

Do Bio-Poder ao Poder Médico

Graça Carapinheiro

Graça Carapinheiro – Doutora e Agregada em Sociologia e Professora Associada com Agregação no Departamento de Sociologia do ISCTE. Investigadora no Centro de Investigação e Estudos em Sociologia (CIES) do ISCTE e investigadora associada no Centro de Estudos Sociais (CES) da FEUC.

1. DUAS MEDICINAS...DUAS POLÍTICAS

O encontro da Sociologia com a Saúde foi, desde sempre, o encontro com a Medicina e com todas as ciências que à sua volta se foram associando num mesmo projecto modernista de desenvolvimento das sociedades contemporâneas. Duas ideias inaugurais presidiram a esse encontro. A primeira realçou a questão de os problemas de saúde das sociedades actuais, pela sua magnitude, amplitude e complexidade, não poderem ser tratados a partir da perspectiva de uma única disciplina, ou seja, da exclusiva perspectiva da medicina. A segunda sublinhou a exigência de uma abordagem multidisciplinar a esses problemas, realizada segundo uma base de trabalho conjunta, desafiando a organização convencional dos ramos do saber e dos seus currículos e pondo em causa a divisão do trabalho profissional nos sistemas de saúde.

A estas duas ideias articulou-se uma condição incontornável, a do desenvolvimento de uma epistemologia crítica da saúde e da doença, que fosse reflexiva, isto é, que reconhecesse a importância que detém o conhecimento das formas como se estabelecem, histórica e socialmente, os saberes de natureza científica; que fosse construtivista, isto é, que pusesse em causa a ideia da existência de factos médicos neutros e progressos médicos sem ambiguidades, favorecendo a integração do carácter construído da saúde, da doença e das medicinas; que fosse céptica relativamente aos fundamentos que apoiam a acção exclusiva da medicina científica e do modelo de intervenção médica, apoiando-se na noção de multicausalidade complexa dos fenómenos sociais, culturais, individuais e biológicos. Este cepticismo praticar-se-ia não só sobre os requisitos profissionais das ciências médicas, como também sobre a divisão disciplinar das ciências sociais e humanas.

Partindo da formulação do carácter crítico desta epistemologia, é possível salientar as formas de que se tem revestido a relação entre a Medicina, a Medicina Social e a Sociologia, revelando as questões estruturais que se prendem a esta relação e que remontam às políticas da vida desenvolvidas nos

séculos XVII e XVIII. De uma forma sintética, a partir de uma perspectiva inspirada em Foucault (1963, 1975, 1980) e Turner (1987, 1992) foram duas as principais formas sob as quais evoluiu o poder sobre a vida: uma centrando-se no “corpo como máquina” (na sua disciplina, na otimização das suas capacidades, na extorsão das suas forças, no incremento da sua utilidade e docilidade e na integração da sua eficiência em sistemas de controlo económico), cuja administração se encerra no funcionamento das disciplinas científicas, vistas como tecnologias de poder; a outra centrando-se no “corpo como organismo” (a propagação da espécie humana, a natalidade e a mortalidade, os níveis de saúde das populações, a esperança de vida e a longevidade), cuja regulação opera através de novos métodos de cálculo racional da vida. A partir desta tecnologia bipolar, a “anatomy-política do corpo” e a “bio-política da população”, desenvolveram-se a individualização anatómica e a especificação biológica, como os dois processos estruturais que marcaram a consagração da era do bio-poder, ou seja, do poder cuja função se maximiza no investimento progressivo sobre a vida.

Nos séculos XVIII e XIX reforçou-se a coordenação e a articulação entre estas duas técnicas de poder, indispensáveis ao desenvolvimento do capitalismo, cuja possibilidade histórica dependia da inserção controlada dos corpos na máquina de produção e exigia o ajustamento dos fenómenos da população aos processos económicos. A progressiva edificação da medicina científica no século XIX não podia ser dissociada da concomitante organização de políticas de saúde e da consideração da doença como um problema económico e político, necessariamente enquadrável numa estratégia global que assegurasse a ordem, a riqueza e a saúde. Tanto a medicina “privada” (entenda-se este qualificativo como a expressão da existência de uma rede de pessoas que ofereciam cuidados médicos com alguma qualificação, na resposta a uma procura em crescimento e articulada à emergência da medicina clínica, centrada no exame, diagnóstico e terapêutica), como a medicina “socializada” (qualificativo que corresponde à existência de políticas médicas definidas para a saúde das comunidades e apoiada em estruturas orgânicas de poder) fazem parte desta estratégia política, na igual medida do que as opõe e as reúne no seu apoio recíproco. Foi no quadro destas condições políticas que se instituiu o complexo família-criança como a primeira instância para a medicalização dos indivíduos, enquanto que, simultaneamente, se atribuiu à higiene e à medicina o privilégio de constituírem a principal instância de controlo social.

Neste momento, e porque se estão a traçar os contornos de uma transição paradigmática, é indispensável adiantar alguns elementos que permitam

compreender como esta medicina “socializada” se institucionalizou nos séculos XIX e XX como “medicina social”, que tensões marcaram a sua coexistência com a “medicina clínica” e que tipo de ligações é possível estabelecer com a “sociologia médica”, tal como foi inicialmente designada, nas décadas de 50 e 60 do século XX.

Este trajecto analítico inicia-se com as ideias precursoras da medicina social, ligadas à intervenção pública nos assuntos de saúde e associadas à função social do estado mercantilista do século XVIII, em contextos que favoreciam o desenvolvimento de uma “ciência policial” (*Polizeiwissenschaft*) e em que a administração pública da saúde era vista como fazendo parte do policiamento geral da sociedade, dando origem à ideia de polícia médica. Uma ilustração desta concepção de medicina social é a obra de Peter Frank, produzida em seis volumes, entre 1779 e 1817, onde eram analisadas as intervenções dos governos para a protecção da saúde individual, a partir da defesa de uma perspectiva que pugnava por uma política de saúde pública para a vigilância da população, de cunho paternalista e autoritário (Turner, 1992).

Mas o nascimento do termo “medicina social” e a fixação dos seus contornos científicos aconteceram em França. Foi ainda sob os efeitos das crises urbanas geradas pela revolução industrial e das consequências políticas de longo prazo do reformismo social de Saint-Simon que Jules Guérin cunhou este termo, como uma nova realidade científica, a partir dos inquéritos públicos realizados em Nantes, em 1835, onde foram utilizados novos métodos estatísticos na compreensão da extensão da saúde pública. O que era novo e inovador nesta proposta era a consideração das funções sociais e políticas atribuídas ao papel dos médicos e o alargamento da intervenção médica a todas as esferas da vida social. A medicina social surge, assim, comprometida com a gestão política das populações, em termos de princípios de saúde e de princípios sociais de carácter geral e munida de uma abordagem crítica e sistemática ao papel convencional dos médicos.

Médicos radicais como Guérin em França e Virchow na Prússia, acreditavam que esta medicina deveria adoptar um novo perfil científico, incorporar uma nova consciência de responsabilidade social e desempenhar novas funções políticas no estado moderno emergente (Porter, 1997:4). Tal aceção correspondia a assumir que a medicina social deveria ser uma ciência social com consciência crítica e a reconhecer o seu papel de transformação política nas sociedades europeias. Num já célebre estudo produzido sobre uma epidemia de tifo na Silésia, em 1847/48, Virchow desenvolveu o argumento de as causas da epidemia não serem só de natureza biológica e física, mas sobretudo de

natureza social, política e económica (Virchow, 1848 in Rather, 1986). Desenvolveu o que ele próprio designou por uma epidemiologia “socio-lógica”, cujos resultados provavam que a força da epidemia se explicava por múltiplas fraquezas: pelo estado de pobreza, pela condição de exclusão e pela cultura de subjugação vividos pelos habitantes da Silésia.

Muitos autores consideram que Virchow inaugurou uma perspectiva radical sobre a reforma da saúde das comunidades, antecipando em mais de um século a economia política da saúde radical de Vincente Navarro (1979a, 1979b), ao considerar que a saúde pública só poderia ser melhorada a partir das reformas políticas, sociais e ambientais, que incluíam a democratização do sistema político, chegando mesmo a declarar que: “A medicina é uma ciência social e a política mais não é do que medicina a uma larga escala” (Virchow, 1848 in Rather, 1986).

As ideias de Virchow não se restringiam apenas à Prússia. Expandiram-se como um movimento social, político e cultural por toda a Europa, reafirmando a importância da medicina social e dando origem a inquéritos que constituíram trabalhos de referência para o estudo das condições de vida e de saúde da classe operária industrial europeia, como é o caso do “Enquiry into the Sanitary Conditions of the Labouring Population”, de Edwin Chadwick, em 1842 e o caso de “Conditions of the Working Classes in England”, de Friedrich Engels, em 1845 (Turner, 1992). A importância deste movimento residia não apenas no seu carácter político radical, mas também por se apoiar num sistema de novas evidências científicas que apontavam para uma concepção multicausal da doença e para um novo entendimento sobre a natureza do estatuto de saúde das populações, constituindo-se como os pré-requisitos indispensáveis para a realização de reformas sociais e políticas. A este propósito, Porter e Porter referem que: “A medicina social dependia de acções do estado, cientificamente informadas e tecnocraticamente determinadas. Esta visão tecnocrática diferencia as ideias de medicina social das teorias da medicina socialista, na qual a visão do estado é política e não técnica: A medicina socialista procura as causas da saúde e da doença nas relações económicas de produção e nas relações de classe e equaciona as questões preventivas nas relações políticas de poder.” (1988:102).

É no âmbito desta tendência reformista que atravessa as sociedades europeias no fim do século XIX e início do século XX, que se enquadram, respectivamente, o projecto inglês de construção da medicina como uma ciência social, que dá origem a um novo modelo de governação médica do estado e que se inclui o projecto alemão de construção do higienismo social, onde se cruzam

reformas ambientais e reformas eugênicas, ambos os projectos atribuindo à medicina e às ciências sociais um novo papel de administração política no estado moderno. A demonstração prática desta tendência é feita com recurso a alguns dados historiográficos que, em ambos os projectos, mostram o investimento como ciência social feito na medicina, como é o caso de, na Inglaterra, os médicos figurarem entre os fundadores da *National Association for Social Science*, em 1856, e de serem criadas a *London Statistical Society* e a *Epidemiological Society* como instâncias de fundamentação científica das políticas de saúde pública e de, na Alemanha, em Berlim, em 1905, ter sido fundada a *Racial Hygiene Society*, inspirada na retórica eugenista da antropologia física produzida sobre a regulação da reprodução da espécie humana (Porter, 1997:6).

Entretanto, ao longo do século XIX assistia-se ao crescimento do modelo biomédico de produção de cuidados de saúde, através de avanços significativos nos conhecimentos e nas tecnologias médicas, que tornaram as intervenções médicas e cirúrgicas mais seguras e mais eficazes, nomeadamente com o aperfeiçoamento das anestésias e dos procedimentos antissépticos e com o desenvolvimento da teoria dos germes (Lister e Pasteur). Pela inexistência de um sistema hospitalar, os cuidados médicos eram, na sua maioria, realizados em casa dos doentes, na base de uma relação privada entre médico e doente, na condição da exclusividade da intervenção médica, e desenvolvida segundo a visão monocausal da doença, fundada na teoria dos germes. Mas as mudanças estruturais das condições de vida, associadas à industrialização, à urbanização e ao crescimento do sistema de transportes, exprimiam-se também em mudanças sociais e culturais que proporcionavam a emergência de novas clientelas, endinheiradas, receptivas à ideologia da ciência, disponíveis para se submeterem ao exercício da medicina científica (Carapinheiro, 1986).

A coexistência desta medicina com a medicina social colocava frente a frente duas concepções, contrastantes e conflituais, sobre a natureza e a forma das doenças e sobre a sua etiologia e sistemas de intervenção, que estiveram na origem de muitas tensões, científicas, sociais e políticas. Enquanto a medicina científica se desenvolvia segundo o modelo do exame clínico, a partir da relação privada entre médico e doente, dispensando a intervenção de outros profissionais e apoiando-se na abordagem monocausal da doença, por sua vez, a medicina social reivindicava um modelo interdisciplinar da saúde pública, apoiando-se na abordagem multicausal da doença e na intervenção do Estado como instância de gestão e de regulação do ambiente.

A apresentação desta ideia não pode dispensar os contributos de inspiração predominantemente foucaultiana, produzidas por autores contemporâneos já

consagrados na sociologia da medicina, para a revelação analítica de alguns aspectos que reclamam a articulação da problemática da relação entre estas medicinas com a problemática do corpo, expandindo o campo da explicação dos regimes de governação médica aos regimes de medicalização dos corpos (Armstrong, 1983; Turner, 1987, 1992). Armstrong elucida sobre a necessidade de pontuar esta análise com a distinção entre os corpos e a natureza e com a distinção dos corpos entre si. Considera que o objectivo principal da saúde pública do século XIX era sanitizar a fronteira que separava o corpo da natureza, isto é, o corpo do não-corpo. Daí que sobre esta fronteira se tenham intensificado numerosas práticas de escrutínio, que vigiavam eficazmente as condições de “salubridade interna” e de “salubridade externa” dos corpos investidos de energia para viver (Armstrong, 1983). Mas, na primeira metade do século XX, as técnicas de saúde pública do século XIX orientaram-se para um novo alvo: não para os perigos que cercavam as fronteiras naturais dos corpos, mas para as ameaças que povoavam os espaços definidos pelas relações entre os corpos. Isto constituía algo de qualitativamente diferente em termos de concepção sobre a natureza e a forma da doença física e de concepção sobre as relações sociais que estruturam o espaço físico entre os corpos, conduzindo à construção dos conceitos de higiene interpessoal (*interpersonal hygiene*) e de espaço interpessoal das relações entre os corpos (*interpersonal space between bodies*). Como Armstrong refere “...nos primeiros anos do século XX a tuberculose foi reclassificada como doença contagiosa, em vez de continuar exclusivamente ligada a condições sanitárias deficientes; as doenças venéreas, embora identificadas ao nível dos corpos individuais, passaram a ser apreendidas ao nível das redes de contactos sexuais; e os serviços médicos escolares iniciaram a infundável tarefa de exclusão do contágio e de promoção da higiene interpessoal entre as crianças...” (Armstrong in Porter, 1997:167).

No âmbito do reconhecimento da importância que atribuiu à “população”, desdobrada nas variáveis quantitativas de espaço, cronologia, longevidade e saúde, como objecto de vigilância, controlo, intervenção e modificação, na viragem demográfica que assolou a Europa no século XVIII, Turner alega como ao longo deste século e do século seguinte se foi esboçando uma analítica do corpo que, progressivamente, se desprendeu do modelo de regulação das populações e, sem o perder de vista, nem sequer pôr em causa a sua eficácia, se autonomizou como uma entidade analítica particular, justamente porque apreensível ao nível do desenvolvimento do self na sua relação com o direito, a religião e a medicina e, portanto, sujeitando-se aos sistemas de controlo produzidos sobre o corpo e a identidade.

A especificação das abordagens destes dois autores fornece os elementos mínimos de contextualização histórica do projecto moderno de medicalização dos corpos, que tanto a medicina científica como a medicina social asseguravam. As tensões que entre elas se estabeleceram não eram da ordem do projecto político de controlo social que reclamava a concertação das suas práticas, mas sim da ordem do projecto científico que o sustentava. É justamente em nome da autoridade deste projecto que se instituiu a assimetria de poder entre ambas as formas de conhecimento e de intervenção e se consagrou o paradigma biomédico da medicina europeia ocidental como dominante.

2. MEDICINA E PODERES

O elemento simbólico que presidiu ao acesso desta medicina à posição dominante foi a publicação do Relatório Flexner, em 1910, que proclamava a importância da medicina científica e fornecia um modelo para o futuro desenvolvimento da educação médica nos Estados Unidos e na Europa, orientado para a especialização. De 1910 até 1950, a concretização das orientações e dos princípios da designada “reforma flexneriana” instauraram a era do complexo médico-industrial (Ehrenreich e Ehrenreich, 1970 in Turner, 1992) que, se por um lado se traduzia na implantação do hospital como a unidade central de produção de cuidados médicos e o lugar central de formação e de pesquisa médicas, estando-lhe indissociavelmente ligada a construção do prestígio profissional médico, fundado no treino científico, por outro lado inaugurava o espaço para a especialização dos conhecimentos médicos, preconizando a separação das faculdades de medicina das restantes faculdades e reforçando o isolamento da medicina das disciplinas que lhe poderiam estar associadas. É neste sentido que as ciências básicas são separadas das disciplinas propriamente clínicas, as quais se centraram crescentemente nos hospitais. A visão prometeica subjacente era a do triunfo da ciência na cura de todos os males e a medicina científica especializada representava a sua mais viva expressão, constituindo-se até meados do século XX como a medicina heróica.

Armstrong atribui esta mesma posição às duas medicinas, referindo que: “...esta descrição da emergência de novas especialidades médicas não fornece o quadro de referência que permite a compreensão do desenvolvimento da medicina social; pelo contrário, descreve apenas um primeiro processo de diferenciação ao qual a medicina social não pertence. O que é diferente na medicina social é que não está directamente relacionada com a análise do espaço corporal” (in Porter, 1997:166/167). Na perspectiva deste autor, a

medicina social reconhecia nas interações entre os corpos o *locus* da doença e na crescente complexidade da sua fenomenologia psico-social o seu espaço de intervenção.

Mas neste mesmo período de tempo o projecto da medicina social não esmoreceu. Revitalizou-se no seu ideário político e nos seus pressupostos de acção, na igual medida da dissociação da medicina científica, e crescentemente tecnológica, dessa mesma agenda. Por outro lado, desde 1902, ganha dignidade académica, institucionalizando-se como disciplina universitária, mas reafirmando e mantendo as suas responsabilidades políticas e, até aos anos 40, serão ensaiadas várias experiências de ensino e serão financiados vários programas interdisciplinares de formação universitária que integram a medicina como ciência social, de entre os quais é de salientar a experiência que liga Milton C. Winternitz, a Universidade de Chicago e a experiência do Yale Institute of Human Relations em 1920, nos Estados Unidos (Viseltear in Porter, 1997) e a experiência que associa Lord Nuffield, John Alfred Ryle e o Institute of Social Medicine em Oxford, assim como Richard Titmuss e o Serviço Nacional de Saúde inglês entre 1936-1948 (Porter, 1997:11/13).

Estávamos perante dois movimentos simultâneos no espaço e no tempo. Na primeira metade do século XX, concomitante ao movimento da medicina científica, o movimento da medicina social representava a reemergência da medicina como ciência social, mas dotada de um currículo interdisciplinar de natureza universitária e equipada com uma agenda crítica da medicina clínica e da visão que lhe é própria sobre a saúde e a doença, dominada pelo determinismo biológico. Mas, ao longo dos anos cinquenta e sessenta, este movimento perde gradualmente força política ao nível das reformas sociais, e ao nível do seu estatuto científico e da sua posição universitária debate-se com a não resolução do dilema de consolidar inequivocamente a relevância do seu contributo para a educação médica, mantendo a autonomia dos seus saberes e conservando a natureza social desses saberes. Progressivamente, a dimensão académica acaba por se sobrepor à dimensão política do dilema, mas institucionalmente enfraquecida. Por exemplo, na Grã-Bretanha, no princípio da década de setenta, não é politicamente reconhecido que a medicina social detenha os recursos científicos indispensáveis para a criação da medicina comunitária como disciplina académica autónoma e para o desenvolvimento e implementação do novo paradigma de prevenção que a caracterizava. Assim, intelectualmente isolada e politicamente afastada das reformas estruturais dos serviços de saúde, acaba também por perder a sua histórica habilitação para representar a relação da medicina com as ciências sociais. Lentamente, tanto na

Grã-Bretanha, particularmente a partir dos anos setenta, como nos Estados Unidos, nomeadamente a partir dos anos sessenta, já se vislumbrava a emergência da sociologia médica, embora condicionada pelas histórias intelectuais e políticas muito distintas destes dois países.

Ao quadro panorâmico das condições sociais e teóricas que presidiram à emergência e ao desenvolvimento da medicina social e da medicina científica não são alheias as principais teorias que se institucionalizaram como leituras paradigmáticas da modernidade. Esta confluência permite desenvolver uma sociologia compreensiva dos processos que urdiram as experiências humanas da saúde e da doença, socialmente contextualizados, e das propostas de carácter científico que lhes forneceram significado e alcance e que, assim, as legitimaram à luz dos parâmetros da racionalidade moderna. Equivale à identificação do último patamar da controvérsia científica em análise, que exige, necessariamente, a sua colocação no terreno da sociologia, não só nos tempos e nos espaços primordiais da sua emergência, mas também nos da sua consolidação e especialização.

Não será de espantar tal enlace analítico, na medida em que a medicina social do século XIX se fundava no raciocínio analógico organicista, o mesmo que fundou a sociologia na Europa no mesmo século, desenvolvido pelo pensamento de Saint-Simon, Comte e Durkheim, no âmbito da proposta do positivismo social que, a partir da metáfora organicista, aspirava construir uma nova ordem social, através da prescrição do seu estado normal e do seu estado patológico, tal como se identificavam esses estados na ordem física e fisiológica do organismo. De todas as consequências que podem ser extraídas desta ancestral filiação, sem dúvida que a mais importante resulta de, por transferência deste modelo positivista, as ideias de normal e de patológico terem entrado no discurso sobre o social e sobre as sociedades (Canguilhem, 1984, 1991). Este legado positivista tornou problemática a determinação sócio-biológica dos estados sociais correspondentes a cada uma destas ideias, através dos inquéritos médico-sociais realizados ao longo do século XIX e, por força deste arrastamento, as tensões conceptuais inerentes à metáfora organicista e ao seu compromisso com o desenvolvimento de uma sociologia apostada no esforço de análise da integração social e do desvio perturbaram a construção da sociologia médica no século XX e criaram um paradoxo ontológico cuja resolução implicou o accionamento de recursos intelectuais distintos em contextos intelectuais diversos.

Exactamente a propósito desta condição, Gerhardt considera que a sociologia médica se desenvolveu a partir de uma análise organicista do desvio,

entendido como um tipo de patologia social, cuja abordagem procurava identificar os meios que permitiam a integração do desviante. Neste quadro de referência, a doença é encarada como um de entre muitos aspectos de desintegração individual e social. Gerhardt referencia a emergência da perspectiva da patologia social na sociologia da medicina como um desdobramento particular de uma abordagem mais geral aos problemas sociais e localiza-a nos primeiros anos do século XX nos Estados Unidos (1989: Parte II). Neste mesmo país, nos anos sessenta, a perspectiva dominante de análise dos problemas sociais passa a estar ligada à Escola de Chicago (Goffman, 1961, 1963; Becker, 1963). Emerge sob a forma da teoria da etiquetagem (*labelling theory*), onde são reexaminados os pressupostos teóricos e reatualizados os terrenos de análise da patologia social e, através da colocação central da perspectiva do doente e da construção das ideias de “carreira desviante” e de “carreira de doença”, reenquadra-se com o estatuto de paradigma dominante na sociologia geral, bem como na sociologia médica, tal como nos anos cinquenta tinha acontecido com a teoria de Parsons (1951).

Na sociologia britânica, e também nos anos sessenta, assistiu-se ao dilema de institucionalização de uma teoria e de uma prática que correspondesse a novas solicitações oriundas não só da medicina social, mas também de uma nova visão de saúde pública, articulada, como já vimos, à recente concepção da medicina comunitária de carácter preventivo. Se o atraso do desenvolvimento da sociologia se ressentia nos principais contextos académicos britânicos, na sua falta, grupos de intelectuais, inspirados no marxismo ou no socialismo fabiano, promoviam investigação social sobre diferentes problemas sociais, entre os quais os da saúde pública. Só nos anos setenta foi possível identificar um primeiro filão de pesquisa, inspirado na sociologia americana de Chicago, que se debruçou sobre as realidades e as experiências que estruturam os processos de constituição social do doente e das carreiras de doença, privilegiando a óptica leiga nas relações profissional-cliente.

Assim, investigou-se a variabilidade das situações de doença, a diversidade dos actores envolvidos e a heterogeneidade das relações sociais subjacentes à procura de cuidados. Por outro lado, procurou-se conhecer as estratégias desenvolvidas pelos doentes em situações de doença particularmente difíceis, tendo sido publicada, em 1977, a obra mais representativa desta nova sensibilidade crítica ao funcionamento do modelo biomédico das relações terapêuticas, reunindo uma série de testemunhos de sociólogos da medicina sobre experiências pessoais de doença e de relação com os serviços de saúde (entre outros, Davies e Horobin, 1977). Expuseram-se os pressupostos culturais

que envolviam as relações entre profissionais de medicina e doentes, que legitimavam a posição dominante das culturas profissionais, determinando por oposição o estatuto profano das culturas leigas, associando-lhes a impossibilidade de acção estratégica. De entre as inúmeras investigações sociológicas que poderiam ilustrar esta senda, destaca-se a de Strong (1979), pela finura analítica usada na pesquisa das negociações que ocorrem na relação médico-doente. Um outro percurso de investigação dirige-se para a determinação da relatividade do conhecimento médico, quer na sua produção, quer na sua reprodução, quer ainda na sua prática (entre outros autores é de salientar os trabalhos de Dingwall, 1977 e de Atkinson, 1981).

Mas na sociologia europeia, e nomeadamente na sociologia britânica, nem todos os autores se pautaram por este modelo de interpretação da emergência da sociologia médica. Uma outra ligação foi forjada com o pensamento de Foucault e concretizada pelos trabalhos de Armstrong e Turner. Neste modelo, o argumento principal dos autores desenha-se à volta da ideia de as ciências médicas e as ciências sociais terem contribuído para o alargamento da abrangência e para o reforço da eficácia da rede de vigilância posta em acção pelo olhar clínico, *le regard clinique* de Foucault (1963). Este argumento ancorou-se na tese foucaultiana que considerava a viragem para o século XIX como o tempo em que as ciências sociais expandiram o poder da racionalidade científica, ao disponibilizarem novos modos e novas técnicas de controlo e vigilância dos corpos individuais e das populações. Um e outro autor partem desta ideia comum, mas realçam diferentes aspectos. Enquanto que Armstrong considerou a sociologia médica como um projecto particular deste programa mais vasto e, na medida da disciplinarização das relações sociais da saúde e da doença, largamente implicado na produção de dominação (1983), Turner, por sua vez, também visualizou a sociologia médica no âmbito deste programa, mas implicada na influência moral da medicina para a regulação dos comportamentos (1987).

Independentemente dos modelos de interpretação, a maioria dos autores reconhece a sociologia médica como um projecto cuja plena realização científica aconteceu no fim da segunda guerra mundial, na medida dos vários tipos de formalização desta sociologia especializada que ocorreram nas décadas de cinquenta e sessenta, dos quais a criação da Secção de Sociologia Médica na Associação Americana de Sociologia, em 1960, é seguramente o marco mais relevante. Mas é precisamente no fim da década de setenta e princípio da década de oitenta que surgiram os primeiros textos, hoje considerados basilares, que fizeram a reconstituição histórica das condições de emergência da

sociologia da medicina ou sociologia médica, que revisitaram e reviram os principais enunciados teóricos fundadores, que formularam as sínteses principais e que reformularam os objectivos e os objectos desta sociologia especializada, face ao desenvolvimento da sociologia como um todo, face a novos interfaces e a novas interactividades entre disciplinas e paradigmas das ciências sociais e face às mudanças sociais que estavam a acontecer nas sociedades ocidentais (entre alguns outros, Stacey e Homans, 1978; Twaddle, 1982; Wardwell, 1982). Tinha chegado o momento da transição da sociologia da medicina para a sociologia da saúde e da doença e não se tratava apenas de uma questão de correcção e apuramento de nomenclatura, mas da migração para uma disciplina reformulada, articulada a outras sociologias, dotada de uma epistemologia crítica e equipada com uma nova agenda política.

É no âmbito desta nova agenda e na assumption de todas as consequências teóricas e metodológicas que resultaram das convulsões científicas e das transições paradigmáticas atrás analisadas que se esboçaram as primeiras tentativas de investigação sociológica da saúde em Portugal. Seguindo esta linha analítica, não foi certamente por acaso que o hospital se constituiu como um dos primeiros objectos de estudo, no reconhecimento da sua longa história institucional e da posição central que detém no sistema de saúde português, tal como aconteceu nos restantes países do mundo ocidental, bem como na renovada confirmação das suas especificidades organizacionais (Carapinheiro, 1987, 1991a, 1991b, 1993). Foram estas especificidades que permitiram discuti-lo como burocracia racional (Weber, 1982), como organização profissional (Bucher e Stelling, 1969; Stelling e Bucher, 1972 in Strauss et al, 1970), como instituição total (Goffman, 1968), como uma ordem negociada (Strauss et al in Freidson, 1963; Strauss, 1978) e como uma ilustração do conceito de panóptico (Foucault, 1963, 1975; O'Neill, 1985, 1986; Turner, 1987) (Carapinheiro, 1993).

Foi da confluência das questões levantadas nestes vários patamares analíticos que foi deduzida a problemática do poder médico como central para decifrar o funcionamento do hospital. Foi na determinação da natureza deste poder que emergiu a dominância da profissão médica na divisão do trabalho médico, subordinando-se-lhe todas as profissões que com ela colaboram. Foi no reconhecimento da autonomia económica e política e do seu desdobramento em autonomia científica e tecnológica, que se descobriu a liberdade que dispõe no desenvolvimento de conhecimentos especializados e na definição de práticas médicas cientificamente aceitáveis. Foi também a partir da interpretação do poder médico como um poder-saber que se pôde conhecer como se estabelecem as relações e como emergem os processos negociativos com outros poderes-

saberes, assumindo o serviço o estatuto analítico de lugar estrutural privilegiado para analisar os saberes como fonte de poderes. Finalmente, foi reconhecido que cada poder-saber produz concepções sobre a sua identidade e sobre as suas práticas que servem de suporte ideológico para o desenvolvimento das suas estratégias.

Analisar poderes é analisar estratégias de poder e analisar estas estratégias corresponde a fazer o reconhecimento das formas de produção e reprodução do poder médico como poder dominante, do saber médico como saber central, do saber de enfermagem como saber periférico e do saber do doente como saber profano. A exuberância das formas de poder médico encontradas nestas estratégias alicerçaram-se sobre o accionamento de ideologias hospitalares, terapêuticas e profissionais que imprimiram formas variáveis de retraimento, de contração e até mesmo de impedimento das possibilidades de acção estratégica dos enfermeiros. Por sua vez, a inviabilidade institucional, a inoportunidade funcional e a ilegitimidade estrutural das possibilidades estratégicas dos doentes repousaram na determinação da natureza das suas culturas leigas, como destituídas de expressão, desapossadas de acção, expurgadas de sentido social e objectificadas em corpos inertes e passivos.

Desta agenda de investigação e da sua epistemologia crítica desprenderam-se os significados sociais e os alcances políticos das culturas que estruturam os universos práticos e simbólicos dos principais participantes das relações terapêuticas e reencontraram-se, embora noutros tempos, noutros lugares e com recurso a outros paradigmas e a outras perspectivas, os mesmos projectos de medicalização dos corpos e de medicalização das sociedades. Mas porque esta mesma agenda reclamava uma sociologia comprometida com a perspectiva do doente, dela desocultaram-se estatutos informais de doentes, carreiras de doença contra-institucionais, itinerários terapêuticos alternativos e vidas quotidianas clandestinas que permitiram reconhecer no doente o estatuto de sujeito e da sua condição descobrir o “doente informador privilegiado” e o “doente profissional” (Carapinheiro, 1993: 277).

BIBLIOGRAFIA

- Alan Davies; Gordon Horobin (eds.), *Medical Encounters*, Londres, Croom Helm, 1977.
- Andrew Twaddle, “From medical sociology to the sociology of health: some changing concerns in the sociological study of sickness and treatment”. In: Tom Bottomore; Stephan Nowak; Magdalena Sokolowska (eds.). In: *Sociology. The State of the Art*, Londres, Sage Publications, 1982.

- Bryan S. Turner, *Medical Power and Social Knowledge*, Londres, Sage Publications, 1987.
- Bryan S. Turner, *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*, Londres, Routledge and Kegan Paul, 1992.
- David Armstrong, *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1983.
- Dorothy Porter; Roy Porter, "What was Social Medicine? An Historiographical Essay", *Journal of Historical Sociology*, 1, 1988, pp.90-106.
- Dorothy Porter (ed.), *Social Medicine and Medical Sociology in the Twentieth Century*, Amsterdam, Rodopi, 1997.
- Erving Goffman, *Asylums*, Nova Iorque, Doubleday, 1961.
- Erving Goffman, *Stigma*, Englewood Cliffs, Nova Jersey, Prentice-Hall.
- Georges Canguilhem; Yvette Conry; François Gremy; Lucien Israël; Jean-Claude Pages; Jean Schwartz, *Médecine, Science et Technique*, Paris, Éditions du CNRS, 1981.
- Georges Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique*, Paris, PUF, 1991.
- Graça Carapinheiro, "A saúde no contexto da sociologia", *Sociologia - Problemas e Práticas*, 1, 1986, pp.9-22.
- Graça Carapinheiro, "Cenários de estratégias médicas no hospital", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, 1987, pp.141-156.
- Graça Carapinheiro, "Médicos e representações da medicina", *Sociologia - Problemas e Práticas*, 9, 1991a pp. 27-41.
- Graça Carapinheiro, "Poder médico e poder administrativo no quotidiano hospitalar", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 1991b, pp.83-91.
- Graça Carapinheiro, *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*, 1.ª ed, Porto, Afrontamento, 1993.
- Howard Becker, *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*, Nova Iorque, Free Press, 1963.
- Michel Foucault, *Naissance de la Clinique*, Paris, PUF, 1963.
- Michel Foucault, *Surveiller et Punir*, Paris, Gallimard, 1975.
- Michel Foucault, "The Politics of Health in the Eighteenth Century". In: Charles Gordon (ed.), *Power/Knowledge. Selected Interviews and Other Writings - 1972-1977*, Brighton, The Harvest Press, 1980.
- Paul Atkinson, *The Clinical Experience. The Construction and Reconstruction of Medical Reality*, Londres, Gower Publications, 1981.
- Paul Strong, *The Ceremonial Order of the Clinic*, Londres, Routledge and Kegan Paul, 1979.
- Robert Dingwall; Christian Heath; Margaret Reid; Margaret Stacey (eds.), *Health Care and Health Knowledge*, Londres, Croom Helm, 1977.
- Rudolph Virchow, *Public Health Reports*. In: L.J. Rather (ed.), Maryland, Science History Publications, 1986, vol.1, pp. 307-319.
- Talcott Parsons, *The Social System*, Londres, Routledge and Kegan Paul, 1951.
- Uta Gerhardt, *Ideas About Illness. An Intellectual and Political History of Medical Sociology*, Londres, Macmillan, 1989.
- Vincente Navarro, *La medicina bajo el capital*, Barcelona, Crítica, 1979a.
- Vincente Navarro, *Capitalismo, imperialismo, salud y medicina*, Barcelona, Ayuso, 1979b.