



REVISTA INTERNACIONAL DE
**HUMANIDADES
MÉDICAS**

VOLUMEN 6
NÚMERO 2

**REVISTA INTERNACIONAL
DE HUMANIDADES MÉDICAS**

VOLUMEN 6, NÚMERO 2, 2017



REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS

<http://lascienciashumanas.com/revistas/coleccion/>

Publicado en 2017 en Madrid, España

por Global Knowledge Academics

www.gkacademics.com

ISSN: 2254-5859

© 2017 (revistas individuales), el autor (es)

© 2017 (selección y material editorial) Global Knowledge Academics

Todos los derechos reservados. Aparte de la utilización justa con propósitos de estudio, investigación, crítica o reseña como los permitidos bajo la pertinente legislación de derechos de autor, no se puede reproducir mediante cualquier proceso parte alguna de esta obra sin el permiso por escrito de la editorial. Para permisos y demás preguntas, por favor contacte con <soporte@gkacademics.com>.

La REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS es revisada por expertos y respaldada por un proceso de publicación basado en el rigor y en criterios de calidad académica, asegurando así que solo los trabajos intelectuales significativos sean publicados.

REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS

Director científico

Dante Gallian, Universidade Federal de Sao Paulo, Brasil

Consejo editorial

Renato D. Alarcón, Mayo Clinic, EEUU y Perú

Ángel Asúnsolo del Barco, Universidad de Alcalá, España

Emilio Balaguer, UMH, España

Victoria Camps, Universidad Autónoma Barcelona, España

Josefa Cantero, Asociación Juristas de la Salud, España

Fernando Lolas, Universidad de Chile, Chile

José Morgado Pereira, Universidad de Coimbra, Portugal

Ana Leonor Pereira, Universidad de Coimbra, Portugal

Héctor Pérez-Rincón, UNAM, México

Wilza Vieira Villela, Universidad Federal de São Paulo, Brasil

Índice

Tecendo relações entre educação e saúde: processo de escolarização de alunos gravemente enfermos1

Amália Neide Covic Amália, Fabiana Aparecida de Melo Oliveira Fabia, Victor Gottardello Zecchin Vistor Zecchi, André Covic Bastos Covic

Habilidades de enseñanza en docentes de práctica clínica11

Nikell Esmeralda Zárate Depraect, Nora Angélica Bustillos Terrazas, César Roberto Jiménez Ramírez, María Guadalupe Soto Decuir, Ricardo Bustamante Ávila

As patologias da embriaguez na Grécia clássica: o silêncio eloquente do Corpus Hippocraticum19

Guilherme Messas, Tadeu Andrade

O direito à saúde na atenção básica no MERCOSUL: a fraternidade como possibilidade de garantia de direitos sociais33

Sandra Regina Martini, Maria Isabel Barros Bellini



Table of Contents

Weaving Relationships Between Education and Health: the process of schooling of seriously ill students	1
<i>Amália Neide Covic Amália, Fabiana Aparecida de Melo Oliveira Fabia, Victor Gottardello Zecchin Vistor Zecchi, André Covic Bastos Covic</i>	
Teaching skills of clinical practice trainers	11
<i>Nikell Esmeralda Zárate Depraect, Nora Angélica Bustillos Terrazas, César Roberto Jiménez Ramírez, María Guadalupe Soto Decuir, Ricardo Bustamante Ávila</i>	
The pathologies of intoxication in classical Greece: the eloquent silence of the Hippocratic Corpus (Corpus Hippocraticum)	19
<i>Guilherme Messas, Tadeu Andrade</i>	
The Right to Primary Healthcare in MERCOSUL: the Fraternity as a Possibility of Social Rights Guarantee	33
<i>Sandra Regina Martini, Maria Isabel Barros Bellini</i>	





TECENDO RELAÇÕES ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE

Processo de escolarização de alunos gravemente enfermos

Weaving Relationships Between Education and Health: The process of schooling
of seriously ill students

AMÁLIA NEIDE COVIC¹, FABIANA APARECIDA DE MELO OLIVEIRA², VICTOR GOTTARDELLO ZECCHIN²,
ANDRÉ COVIC BASTOS³

¹ Instituto de Oncologia Pediátrica - Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer, Brasil

² Universidade Federal de São Paulo, Brasil

³ Universidade Estadual de Campinas, Brasil

KEY WORDS

*Education and Health
Severely Ill Students
Hospital Classes
Learning
Pediatric Oncology*

ABSTRACT

The objective of this study is research produced by the multi-professional group of Education and Health in a center for the care of children and adolescents with cancer in a Brazilian city. We selected an investigation that aims to study and determine the school specificities of pupils submitted to hematopoietic cell transplantation (HCT). We studied the process of school intervention with 200 student-patients, in the interval of 2000-2015. Four annotations were made for the articulation of knowledge focused on the social practices of language of the current school year. The students submitted to the HCT present a process of irregular schooling necessitating orientation to the specific curricular demands.

PALAVRAS-CHAVE

*Educação e saúde
Alunos gravemente enfermos
Aulas hospitalares
Aprendizagem
Oncologia pediátrica*

RESUMO

O objeto deste estudo são pesquisas produzidas pelo grupo multiprofissional de Educação e Saúde em um centro de atendimento infanto-juvenil ao paciente com câncer de uma cidade brasileira. Selecionamos uma investigação que tem como objetivo estudar e determinar as especificidades escolares dos alunos submetidos ao transplante de células hematopoiéticas (TCH). Estudamos o processo de intervenção escolar com 200 alunos-pacientes, no intervalo de 2000-2015. Realizou-se quatro anotações para a articulação de conhecimentos voltados às práticas sociais de linguagem do ano escolar em curso. Os alunos submetidos ao TCH apresentam processo de escolarização irregular necessitando de orientação às demandas específicas curriculares.

Introdução

O propósito deste texto é principalmente apresentar os resultados de uma pesquisa realizada em um hospital infanto-juvenil que atende pacientes em tratamento de alta complexidade oncológica do Brasil, mais especificamente pacientes que realizaram Transplante de Células Hematopoiéticas (TCH). Estudos sobre esse processo são significativos já que a literatura assinala a tendência de retorno às atividades de vida diária, após a fase crítica de tratamento, e a escola faz parte desse repertório (BALDOMERO et al, 2010; WARD et al, 2014).

A organização textual segue uma proposta da dinâmica fenomenológica da figura-fundo, apreendendo a experiência vivida de vários sujeitos sobre um fenômeno com vista a buscar invariante, qual seja seu significado central (HEGEL, 1992; HOLANDA, 2006). Com isso, não se distinguem sujeitos envolvidos, arranjos sociais, espaços situacionais, mas se remete a um todo no qual as relações entre os sujeitos e o contexto hospitalar são intermediadas pelo processo de escolarização.

De início explicitamos que a base da construção de dados da pesquisa são as produções escolares praticadas com os alunos em tratamento, e foram desenvolvidas no hospital com o grupo de professores do setor responsável pelo processo de escolarização dos pacientes. Cabe mencionar, ainda, que não são tentativas de suplência das atividades da escolar regular, com fins de regulação do currículo escolar praticado no hospital para uma norma, mas sim aquela praticada no momento da aula em função de todo contexto do tratamento. Durante a aula assumem relevância para a pesquisa fenômenos de origem social, escolar, clínico e relacional. Entre esses, destacamos a demanda social do familiar responsável, o tratamento em curso, a neoplasia, a solicitação da escola regular e a tarefa ética do professor em compreender as singularidades da produção do aluno e a defesa dessas no ato avaliativo da produção realizada. (COVIC & OLIVEIRA, 2011)

Justifica este estudo o fato do câncer da criança e do adolescente (CCA) ser um problema social que afeta não somente o doente e a área da medicina pediátrica, mas também sua família, comunidade e diferentes campos do conhecimento. Com a intencionalidade de situar o espaço do qual se fala, sem a pretensão de abordar diferentes variáveis, cita-se que atualmente, na maior parte do mundo, o CCA está entre uma das três primeiras causas de morte para a população que possui idade inferior a vinte anos. Essa evidência continua a aumentar principalmente pela cura que em toda sua extensão não foi alcançada e mais ainda pelo fato de que para a maior parte dos cânceres nessa faixa etária não se conhece prevenção. Situamos dentro dos limites

desta justificativa que o risco de qualquer criança desenvolver um câncer entre o nascimento e vinte anos de idade é de cerca de 1 em 300. Evidências mostram que entre 30% e 40% de todas as mortes por câncer pode ser evitada por meio do diagnóstico precoce e terapias alvo.

Na literatura temos que o câncer mundialmente representa de 0,5% a 3% de prevalência entre as crianças e adolescentes quando comparadas à população em geral (PETRILLI, 2003). No Brasil, a partir dos dados obtidos do registro de câncer de base populacional, observou-se que o câncer infantil varia de 1% a 4,6% (INCA, 2007).

Além disso, no Brasil, as pesquisas são escassas para um posicionamento global sobre informações estatísticas, entretanto, de forma ampla, longe de catástrofes e eventos adversos, a incidência do CCA independe de aspectos sociais e ambientais, com isso podem-se considerar os dados populacionais como válidos para as diferentes partes do mundo (WARD et al, 2014). Diante do exposto, o diagnóstico e a pesquisa ainda são raros no Brasil e solicitam dos profissionais e pesquisadores da saúde e das áreas relacionadas com crianças e adolescentes incremento de pesquisa e a respectiva divulgação (PRESTI, 2012; SIEGEL et al., 2014).

Abrimos um parêntese para mencionar que a Educação Básica Brasileira é composta da Educação Infantil, Ensino Fundamental e do Ensino Médio compreendendo um total de 12 anos. O Ensino Fundamental tem início aos 6 anos de idade e é composto de nove anos escolares, o Ensino Médio, por sua vez, tem três anos escolares.

Pelo mencionado, objetiva-se pelo método do delineamento longitudinal descritivo compreender como ocorre a sequência dos anos escolares de crianças e adolescente que realizaram TCH em relação às práticas sociais de linguagem (PSL): articulação de conhecimentos para a resolução de atividades de ano escolar em curso no período da pesquisa.

Fundamentos Teóricos

Para alcançar o objetivo da investigação buscamos sustentação nos referentes teóricos da educação e da saúde e é na intersecção dessas duas fontes que se dá a reflexão que responde à questão central da pesquisa: quais vulnerabilidades de âmbito escolar estão presentes no processo de escolarização de crianças e adolescentes que realizaram Transplante de Células Hematopoiéticas?

A escolarização e a oncologia pediátrica

A aprendizagem, atualmente reconhecida como intrínseca da consciência e do próprio viver, dá-se ao longo da vida e não necessariamente dentro de uma escola. Entretanto, na infância e na adolescência, a Educação formal, notadamente a “forma escolar” é parte integrante e constituinte do desenvolvimento

da identidade e da aprendizagem da busca de autonomia. A memória desses períodos da vida é fortemente marcada pela experiência escolar, pelas aprendizagens implícitas e explícitas, decorrentes do contato com o grupo social, com as intencionalidades presentes no currículo escolar e com o conteúdo escolarizado das diferentes ciências, dentro de um formato definido e estruturado para o tempo e espaço da escola. (ZEBRACK et al, 2002; JARVIS, 2009; FREITAS, 2009)

Porém, quando em situação de internação hospitalar, certamente essa construção acima referida sofrerá um abalo decorrente deste processo. O hospital em que ocorre a pesquisa situa-se na cidade de São Paulo e atende exclusivamente CCA de alta complexidade de qualquer estado brasileiro, possui setores de serviços multiprofissionais da tradição de um hospital desse porte, entre eles: diferentes especialistas oncológicos, geneticistas, psicólogos, fisioterapeutas, dentistas e professores. O setor de atendimento escolar hospitalar é formado por professores de diferentes licenciaturas e pedagogos; esse setor tem seus espaços de formação de professores ligados a uma Universidade. No caso, a formação continuada pode ocorrer no espaço da especialização ou ainda no mestrado e doutorado.

O tratamento neoplásico desse hospital tem um caráter predominantemente ambulatorial de hospital-dia. A permanência em uma casa de apoio à família, as internações ou a debilidade física em função dos diferentes tratamentos - quimioterapia, radioterapia e cirurgias, provocam o afastamento escolar.

A educação dos jovens com câncer enfrenta alguns obstáculos, semelhantes àqueles enfrentados por estudantes com deficiência e/ou crianças cronicamente enfermas. A doença e seus tratamentos podem causar dificuldades diretas na aprendizagem, ou outras indiretas, como as discriminações. As interrupções do ano escolar e o insucesso nas aprendizagens pesam sobre o futuro dos alunos que realizam tratamento de câncer. A manutenção da escolaridade contribui não só para evitar a defasagem escolar, mas também para consolidar alguns referenciais de identidade, como aquele de ser estudante.

A cultura escolar levada ao hospital, portanto, mostra-se como um importante vetor desse período tão importante no desenvolvimento de crianças e adolescentes gravemente enfermos, não simplesmente por se tratar de uma norma da legislação, mas por fazer parte da cultura dos primeiros anos de socialização destes indivíduos.

Durante o tratamento existem períodos de suspensão da vida social, como nas internações e convalescências. Esse é um período que se impõe como um desafio para educadores e pesquisadores da área da Educação, uma vez que a preocupação se volta à continuidade da vida de modo o mais ajustável possível desde o ingresso no tratamento até a alta médica. Para os casos mais graves, sem

esperança de cura, os estudos consultados apontam para que as ações educativas se desenvolvam no sentido de contribuir com as condições dignas até o fim da vida do aluno (KANEMOTO, 2011).

Desta forma, o debate volta-se para o fenômeno da escolarização hospitalar que na prática do hospital pesquisado tem um caráter de uma escola móvel, ou seja, o professor dirige-se ao aluno no local em que ele está para a aula. A construção do conteúdo desenvolvido durante a aula, que é individual, segue aquele delimitado pela legislação nos diferentes anos escolares. Posteriormente essas aulas são registradas em um sistema de dados e são conteúdo das discussões de reuniões de ajuste do currículo praticado àquele esperado pelas escolas de origem do aluno. Com base nesse conjunto de dados, relatórios são encaminhados para as escolas, quando então uma avaliação formal é produzida e um conceito é atribuído, a fim de validar o período de estudo.

Esse serviço de atendimento escolar hospitalar existe desde o ano 2000 e atendeu até o ano de 2016 em torno de 4700 pacientes e é desse grupo de pacientes que foram selecionados os indivíduos para esta pesquisa.

A noção de escola móvel, pela própria característica que lhe é intrínseca, de *mobilidade*, coloca-se como noção distinta da escola tradicional, localizada em espaço institucional fixo. Essa distinção suscita reflexões epistemológicas que incidem diretamente na realidade onde esse processo se desenvolve, isto é, no dia-a-dia do trabalho da ação educativa (BARROS, 2007). O currículo da escola tradicional projetado numa grade cronológica, por exemplo, se torna na escola móvel algo não tangível a sua realidade. Dadas as circunstâncias do próprio tratamento, a organização curricular nesse espaço sugere uma mobilidade organizacional ajustável às demandas que vão surgindo no processo do tratamento.

A escolarização hospitalar, nesse sentido, adquire uma particular configuração de espaço de construção identitária mobilizada pelo confronto epistemológico entre as instituições Escolar e Hospitalar. A experiência da vivência escolar em espaço estranho ao de sua origem incide também na prática e na constituição da identidade do professor. Embora a formação deste profissional obedeça à lógica de atuação no contexto da escola convencional, no espaço hospitalar a identidade deste, como a do aluno, se formam intersubjetivamente.

Contribui com esse processo de constituições intersubjetivas os modos de atuação da escola hospitalar pesquisada, no caso, as PSL, distribuídas nos diferentes conteúdos curriculares brasileiros (PCN,1997; PNE, 2014), objetivam a emancipação observada pelo sentido habermasiano do termo. O conhecimento que circula nas PSL é antropológicamente observado, quer dizer, são vistos a partir do ponto de vista de que os sujeitos

possam compreender a realidade, fazem parte da história social e natural dos seres humanos (HABERMAS, 2003).

Em complemento, nos apropriamos do conceito de infância de Agamben (2014) para situar os sujeitos na experiência das PSL. Faz-se isso a partir da concepção de infância do filósofo, vista esta, não como algo anterior à experiência da linguagem, mas como algo irreversível que não para de existir, coexistindo e se constituindo nas PSL, construindo a cada intervenção os sujeitos e dialeticamente se construindo. A experiência de entrada dos alunos e professores no hospital, para uma ação não vivida anteriormente carrega o sentido de abertura de necessidade de novas aprendizagens de conteúdos socioculturais desenvolvidos tanto na escola como no hospital.

A oncologia pediátrica e a escolarização

O câncer é considerado uma doença genética, é caracterizado pela proliferação celular desordenada, ou seja, as células se reproduzem até formar uma massa de tecido conhecida como tumor. Compreende-se até o momento que a propagação ocorre por um desvio do mecanismo de controle das células, sendo transmitido de uma afetada para uma célula regular através de genes tumorais (BELIZÁRIO, 2002; APLAN, KHAN & SAKAMOTO, 2011).

O tratamento do câncer, além do uso de medicamentos, em sua maioria ocorre por meio de cirurgia, radioterapia, quimioterapia e transplante de medula, este último objeto específico deste estudo. O avanço das diferentes abordagens alterou a expectativa de vida longe da doença, se há trinta anos 70% dos pacientes infanto-juvenis faleciam, atualmente quando diagnosticado precocemente e tratado com terapias alvo, essa porcentagem é a de sobreviventes. No entanto, o câncer infanto-juvenil além de apresentar sinais e sintomas inespecíficos, não possui de forma geral prevenção, é assim de difícil diagnóstico. A divulgação científica de estudos multicêntricos aliada à formação de profissionais tem contribuído para os avanços verificados. (PIZZO et al., 2006).

Agamben (2012) descreve os sobreviventes de eventos do contemporâneo com a metáfora do *devoto sobrevivente*, escolarmente, estudantes da geração entre os anos 2000 e 2010 desta pesquisa, são da primeira geração de alunos brasileiros que retornaram à escola após sobreviverem ao transplante de células hematopoiéticas. Como sugere o filósofo, esses sujeitos possuem um caráter eminentemente político, convém aqui retomar literalmente “[...] a vida não é simplesmente a vida natural, reprodutiva, a *zoé* dos gregos, nem o *bíos*, uma vida qualificada (p. 121)”, o debate que se abre coloca de um lado a produção de conhecimento biotecnológico e de outro os desejos pessoais de vida autônoma.

Nas três últimas décadas, o TCH cada vez mais é utilizado como opção curativa para crianças e adolescentes em tratamento oncológico principalmente quando existe a falência do

tratamento de base. Essa modalidade de tratamento é principalmente indicada para tumores malignos tais como o linfoma de Hodgkin (HL), o linfoma não Hodgkin (LNH), a leucemia linfoblástica aguda (LLA) e os tumores do sistema nervoso central (SNC) (ATKINSON, 2004).

Existe mais de um tipo de TCH e cada um deles provoca diferentes efeitos após o início do tratamento, que podem ou não acompanhar cronicamente o paciente (ATKINSON, 2004; ANDERS & LIMA, 2004). Estudos multicêntricos como aqueles elencados pelo grupo Childhood Cancer Survivor Study (CCSS) possuem catalogados esses efeitos e indicações para o acompanhamento quando eles ocorrerem, entretanto, em relação ao processo de escolarização promovido por educadores, as informações são reduzidas (DEBRA et al., 2010). Este estudo é o primeiro realizado por este grupo de pesquisadores sobre o tema escolarização e TCH, com isso os cruzamentos entre os eventos clínicos e os escolares serão realizado em posteriores pesquisas, destarte, não descreveremos as relações entre as modalidades de transplantes e suas repercussões nas crianças e adolescentes pesquisadas.

Contextualizamos, em tempo, que anterior ao tratamento do TCH o aluno já realizou outra modalidade de terapêutica em função do tratamento inicial oncológico (ATKINSON, 2004). A vivência partilhada entre idas e vindas ao hospital provoca o desprendimento de uma grande carga de preocupação com as aprendizagens sobre o câncer, o tratamento e as novas relações que se estabelecem; cenário esse observado pela literatura como aquele no qual os envolvidos não possuem como principal foco o seguimento do ano letivo.

Apresentamos no quadro abaixo o tempo médio de afastamento escolar, qual seja o período médio que o tratamento de cada neoplasia acarreta de ausência na vida escolar dos alunos. Muitos fatores influenciam nesse tempo vinculado à realidade escolar brasileira: a grande dimensão do espaço geográfico brasileiro, o fato de nem todas as localidades possuírem centros de tratamento oncológico, o retorno escolar não acontecer logo após o período intensivo de quimioterapia em função do acompanhamento multidisciplinar que se faz necessário.

Quadro 1 - Tempo Médio de Afastamento escolar

Doença	Tempo Médio de Ausência Escolar
Tumor de Wilms	127 dias
Linfomas	150 dias
Tumor do Sistema Nervoso	182 dias
Tumor da Família de Ewing	241 dias
Neuroblastoma	297 dias
TCH	350 dias
Leucemias	360 dias
Osteossarcoma	536 dias

Fonte: (Covic, 2011; p. 97)

Pode-se ressaltar que interrupções no ano escolar existirão e um trabalho de acolhimento escolar a esses alunos pode ser significativo no sentido de prevenir exclusão dos sistemas de ensino, já que vários estudos mostram uma forte ligação entre a não conclusão do ensino médio e a presença de efeitos tardios em adultos curados do câncer durante a infância (COVIC, 2014; ZEBRACK, et.al. 2002, MASTROPIETRO, OLIVEIRA-CARDOSO & SANTOS, 2011).

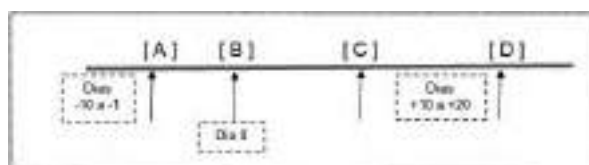
A fim de fundamentar o dado da tabela acima em relação ao TCH, em explanação didática, referimos que o transplante é utilizado como tratamento desde a década de 1960 não só para as doenças oncológicas como desta pesquisa, mas também para as hematológicas, imunológicas e erros inatos do metabolismo (SEBER, 2012). Dos referentes teóricos de que se ocupa o TCH apresentam-se neste item aqueles que possuem proximidade com os objetivos deste estudo: fases e tipo de TCH.

Fases do Transplante de Células Hematopoéticas

Segundo SEBER (2012), os TCH seguem uma sequência de etapas bem definidas. Em linhas gerais, a primeira delas (A) é composta por preparos para o tratamento hematopoiético, contexto em que é feita a inserção de cateter venoso central e o regime de condicionamento que se fizer necessário com quimioterapia e radioterapia. Na segunda etapa (B) tem-se o início do transplante propriamente dito com a infusão das células hematopoiéticas, posteriormente (C) se segue um período de aplasia da medula e profilaxia da doença do enxerto contra o hospedeiro, por fim, (D) o período de recuperação hematológica “pega da medula”.

O processo apresentado encontra-se registrado no Quadro-2 Fases do TCH, e tem a duração média de 20 dias a 30 dias. Após esse intervalo o paciente comparece ao hospital diariamente para controle do TCH, pois a fase crítica do tratamento foi controlada, entretanto o retorno à escola e vida social ativa, somente serão liberados quando o organismo se encontrar fortalecido imunologicamente.

Quadro-2 Fases do TCH



Fonte: SEBER, 2012.p.272

Tipo de TCH

A classificação do TCH aqui apresentada está relacionada com o tipo de doador, assim: (1) TCH denominado Alogênico possui um doador compatível em relação ao HLA (do inglês *human leukocyte antigens*), qual seja um sistema histocompatível, neste caso o doador pode ser aparentado ou não. (2) TCH Autólogo tem como doador o próprio paciente. Nesse caso, o período de recuperação pós-transplante é, considerando-se o tipo anterior, menor. (3) TCH Singênico tem como doador um gêmeo idêntico.

Método

Objetivos

Geral

Compreender como ocorre a sequência dos anos escolares de crianças e adolescentes que realizaram TCH em relação às práticas sociais de linguagem (PSL): articulação de conhecimentos para a resolução de atividades do ano escolar em curso no período da pesquisa.

Específicos

1. Identificar o perfil dos alunos segundo os critérios: gênero, idade do TCH, neoplasia inicial do tratamento, ano escolar em cada fase da pesquisa.
2. Registrar as PSL mediadas entre professores e alunos em cada fase da pesquisa.

Problema central da pesquisa

Quais as vulnerabilidades de âmbito escolar estão presentes no processo de escolarização de crianças e adolescentes que realizaram Transplante de Células Hematopoéticas (TCH)?

Participantes

Designamos os alunos da pesquisa por alunopaciente (AP), são alunos na medida em que estudam no hospital e pacientes em função da realização do TCH. Registramos que o AP, além de estudar no hospital, encontra-se matriculado em uma escola regular de seu município de origem, sendo que essa ratifica os estudos realizados no hospital.

O estudo envolveu inicialmente 357 AP e 360 TCH autólogo e alogênico atendidos pelo setor de escolarização do hospital entre os anos 2000 e 2015, a diferença se deve ao fato de que três alunos realizaram mais de um transplante. Realizou-se um recorte envolvendo os 100 primeiros e os 100 últimos TCH de alunos com idade entre 3,9-19,9 anos.

Desenho da pesquisa

Estudo de delineamento longitudinal descritivo (ESTEBÁN, 2003; CRESWELL, 1998; GADAMER, 1998), composto de quatro fases que utilizou prontuários clínicos e escolares na construção de dados sempre que o tempo após o TCH permitiu, uma vez que alguns AP faleceram durante o período da pesquisa. Realizaram-se quatro anotações das PSL, compondo assim as fases da pesquisa: (1) durante a intervenção escolar ao transplante, (2) um ano, (3) cinco anos e (10) dez anos após o TCH. Na primeira fase os informantes são as atividades desenvolvidas nas aulas hospitalares pelos alunos na própria unidade de transplante, nas demais fases os informantes são os AP que comparecem ao hospital para controle clínico do pós-transplante ou, ainda, para orientação de estudos introdutórios à vida universitária ou profissional.

Por outra parte, não construímos hipóteses nem realizamos correlações, mesmo que o número de participantes o permitisse. Justifica tal postura de pesquisa o fato desta ser a primeira que organiza sistematicamente a população estudada.

Técnicas e instrumentos

Antes da escrita deste artigo, seguindo a norma institucional, o resumo foi submetido ao Comitê Científico do hospital, recebeu sugestões e foi aprovado para apresentação em congresso e publicação científica.

Analizamos os conteúdos das aulas hospitalares que se encontram no sistema de dados do hospital. Consta desse registro a aula em si e as observações realizadas pelo professor sobre o desenvolvimento e os ajustes realizados entre o pretendido e o realizado. Selecionamos como instrumento de observação um rol de habilidades que circulam nas práticas sociais de linguagem e fazem parte do repertório da educação básica nacional, o Quadro-3 anuncia essas práticas como também um item que observa o processo de escolarização dos anos escolares.

Para cada item observado registrou-se a pontuação 0,1 e em cada fase da pesquisa realizou-se essa observação, considerando-se assim que a pontuação máxima de anotações completa um (01) ponto.

Quadro 4 - Perfil dos AP pesquisado

Tipo de Neoplasia anterior ao TCH	N	Tipo de TCH	N	Gênero	N
Leucemias	89	Alogênico Aparentado	95	Masculino	137
Linfomas	41	Alogênico não aparentado	30	Feminino	83
Neuroblastoma	14	Autólogo	74		
Tumor do Sistema Nervoso	14	Singênico	1		
Tumor da Família de Ewing	12				
Tumor de células germinativas	12				
Síndrome Mielodisplásica	12				
Outros	6				
Total	200	Total	200	Total	200
Vivos 122/200= 61%		Falecidos 78/200= 39%			

Fonte: Dados da Pesquisa

Quadro 3- Habilidades Escolares Investigadas

1. Selecionar e organizar informação.
2. Compreensão dos temas e conteúdos do ano escolar em curso.
3. Estratégias de enfrentamento de situação problema.
4. Leitura e interpretação de textos e dados.
5. Participação.
6. Relação entre conteúdos.
7. Resolução das atividades propostas.
8. Uso e aplicação de conhecimentos prévios.
9. Antecipação/inferência.
10. Não reprovou ano escolar até a fase da pesquisa em estudo.

Resultados e Comentários

Com a finalidade de descrever o estudo realizado, apresenta-se o resultado em duas frentes, na primeira aludimos sobre os AP de forma global, ou seja, sobre os 200 alunos envolvidos no estudo. Da descrição, apresentada no Quadro-4, obtemos o perfil dos AP em relação à neoplasia inicial do tratamento, ao tipo de TCH e ao gênero, registrados no início do tratamento e inclui-se neste perfil a porcentagem de alunos que faleceram ao longo da pesquisa.

Observa-se que 45% (89/200) dos AP realizaram antes do TCH tratamento de Leucemia, doença essa melhor designada no plural – leucemias -. Trata-se de um tipo de câncer caracterizado por uma produção descontrolada de leucócitos e que tem terapia pautada em quimioterapia ao longo de um período de tempo e, no caso de recaída ou modalidade de leucemia, que apresenta no TCH um poder curativo, o total de período de tratamento não é a somatória de número de dias do Quadro-1 com o sugerido pelo Quadro-2, no entanto é superior a esse tempo, pois a aplicação do TCH não tem a linearidade da junção de dois tratamentos, mas depende de uma análise caso a caso em função do acúmulo de toxidade que isso poderia causar; assim sendo, existe a possibilidade de o aluno ficar até 3 anos fora da escola regular. (PUI, 2006; LOGGETTO, PARK & BRAGA, org. 2012)

No caso do tipo de TCH observa-se que 48% (95/200) deles ocorreram na modalidade de transplante Alogênico Aparentado e, nesses casos, a intensidade dos efeitos adversos da doença do enxerto contra o hospedeiro ocorre com maior intensidade que os Autólogos 37% (74/200) e os Singênico 0,5% (1/200), sendo que esses efeitos têm se manifestados com maior intensidade no Alogênico não Aparentado 15% (30/200). O agravamento é função principalmente da disparidade genética entre paciente e doador (SEBER, 2012), aspecto que provoca interrupções sucessivas no tempo escolar praticado no hospital, em vista disso, em relação aos demais casos, o número de aulas é menor.

A segunda fase de apresentação dos resultados é composta da relação dos resultados das médias descritivas nas quatro anotações das PSL: durante a intervenção escolar do transplante, um ano, cinco anos e dez anos após o TCH. Nesse sentido, os resultados se localizam na distribuição do Quadro - 5 e do conjunto de gráficos.

Quadro 5 - Práticas Sociais de Linguagem X Etapas da Educação

PSL anotadas	Educação Infantil N = 51 alunos	Ensino Fundamental N = 101	Ensino Médio e Superior N= 48
Ao TCH	0,54	0,53	0,80
01 ano após	0,33	0,52	0,64
05 anos após	0,55	0,73	0,82
10 anos após	0,57	0,68	0,87

Fonte: Dados da Pesquisa

Para efeito de uma leitura paralela entre as diferentes etapas da educação brasileira compomos o Gráfico-1 que apresenta no eixo das abscissas, que contém os diferentes períodos de leitura das PSL, e o eixo das ordenadas, com os valores do PSL nos respectivos períodos da pesquisa. Mencionamos que a série 1 demarca as PSL da Educação Infantil e as subsequentes o Ensino Fundamental e Médio.



Reiteramos que as anotações se deram durante a intervenção escolar ao transplante, um ano, cinco anos e dez anos após o TCH, compreendendo o período que equivale aos anos de 2000 até 2015. Nesse sentido, os pacientes, à medida em que realizavam a preparação para o TCH, foram se tornando sujeitos da pesquisa. Ao considerarmos que no primeiro momento (ao TCH), iniciamos com 100% de respostas, um ano após obtivemos 54% de respostas, em cinco anos temos 29,5%, e, finalmente, dez anos após o TCH chegamos a 17% das respostas, observa-se que essa diferença não ocorre somente em função dos óbitos registrados no Quadro-4, mas, também, pelo desenho processual da pesquisa.

Ainda em relação à análise dos resultados depreendemos que o primeiro ano após o TCH é o mais crítico em relação à escolarização para todos os grupos; no período em questão, temos uma queda abrupta em todos os grupos exceto naquele do ensino fundamental. Outra tendência concerne ao número de anos escolares longe da doença, qual seja, quanto menor o número de anos de escolarização no momento em que o transplante é realizado, maior a distância dos demais grupos ao longo do tempo.

Considerações Finais

Estivemos até aqui orientados pelos objetivos gerais e específicos descrevendo os resultados encontrados e compreendemos que os alunos submetidos ao TCH possuem um processo de escolarização irregular, necessitando de orientação das instituições escolar e hospitalar para que atendam às demandas específicas curriculares como possibilidade de reconhecimento dos diversos percursos escolares.

Esta pesquisa é descritiva, entretanto em função principalmente de ser reduzido o número de publicações em Educação e Saúde relacionadas com escolarização e vivências sociais ao TCH, pode-se entender que ela tem um caráter metodológico exploratório, isso nos possibilita propormos duas hipóteses. A primeira parte do pressuposto dos objetivos gerais da educação no qual o grau de reflexibilidade tende a aumentar ao longo do tempo do ensino infantil até o superior, observa-se que após o TCH os valores são próximos ao anterior, exceto para o ensino fundamental que tem crescimento superior. Inferimos a hipótese: o tratamento inicial altera com maior incidência o processo de escolarização da educação infantil e os efeitos ocorridos durante os transplantes são possíveis de serem transpostos.

A outra hipótese é referente à produção que metrifica com maior precisão essas grandezas. Explicita-se: será necessário partir de um N inicial maior, dado que o *dropout* ao longo de toda a

pesquisa gira em torno de 83%, sendo assim, um grupo inicial de 1177 alunos pacientes seria necessário para manter um N de 200 casos completos. Inferimos a hipótese de que uma pesquisa com diferentes centros de transplantes mobiliza tal número e uma orientação educacional proposta nessas condições obterá forte caráter de generalização.

Dentro das limitações que este texto permite, considerando como problema principal de pesquisa as vulnerabilidades do âmbito escolar no processo de escolarização do AP apontamos: (1) o caráter multifacetado do processo de escolarização, com diferentes barreiras e em todas elas necessidade de diretrizes para conduzir o processo, principalmente em espaços de escolarização não integralizados como o brasileiro; (2) o espaço do atendimento escolar ao AP localiza-se na intersecção da

Educação e da Saúde, as pesquisas nesse campo caminham pelas bordas, com isso a capacidade de resposta até o momento é embrionária; (3) necessidade de desnaturalização das regularidades alcançadas em Educação e Saúde, a fim de que as especificidades do atendimento escolar do AP seja incorporada aos elementos da educação formal; (4) a ambiguidade dos tempos presentes no tratamento por TCH: o retrospectivo e o prospectivo são de difícil acesso nas reflexões sobre o processo de escolarização, o não-tempo da construção do currículo no ato da aula, o tempo de aprendizagem entre os diferentes processos de intervenções clínicas.

Por fim, o TCH é um desafio para pesquisadores, tanto de ações no campo hospitalar e escolar, como epistemológica, evidenciando com isso a necessidade de novos grupos de pesquisas.

Referências

- Agamben, G. (2012). *Homo Sacer, o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- (2014). *Infância e História, destruição da experiência e origem da história*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Anders, J. C.; Lima, R. A. G. de. (2004). Crescer como transplantado de medula óssea: repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto*, 12(6), 866-874.
- Atkinson, A. (ed.). (2004). *Clinical Bone Marrow and Blood Stem Cell Transplantation*. Cambridge: University Press.
- Baldomero, H. et al. (2010). Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Global Perspective. *The Journal of the American Medical Association*, 303(16), 1617-1624.
- Barros, A. S. S. (2007). Contribuição da educação profissional em saúde à formação para o trabalho em classes hospitalares. *Cadernos Cedes*, 27(73), 257-278.
- Belizário, J. E. (2002). O próximo desafio: reverter o câncer. *Ciência hoje*, 315(184).
- Covic, A. N. e Oliveira, F. A. de M. (2011). *O Aluno Gravemente Enfermo*. São Paulo: Cortez.
- Covic, A. N. et al. (2014). Estudo do desenvolvimento escolar de alunos da educação básica que passaram pelo tratamento oncológico. Em: *Anais do XIV Congresso Brasileiro de Oncologia Pediátrica*. Brasília: Sobope.
- Creswell, J. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design, Choosing among Five Traditions*. California: Sage Publications.
- Debra L. et al. (2010). Subsequent Neoplasms in 5-Year Survivors of Childhood Cancer: The Childhood Cancer Survivor Study (CCSS). *J Natl Cancer Inst*, 102 (14), 1083-1095.
- Estebán, M. P. S. (2003). *Investigación Cualitativa em Educación, fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- Freitas, M. C. e Bicas, M. de S. (2009). *História social da educação no Brasil (1926 – 1996)*. São Paulo: Cortez.
- Gadamer, H-G. (1998). *Verdade e Método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes.
- Habermas, J. (2003). *Consciência Moral e Agir Comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Universitário 84.
- Hegel, G. W. F. (1992, V1). *Fenomenologia do Espírito*. Petrópolis: Vozes.
- Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 24(3), 363-372.
- Inca. (2007). Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. *Instituto Nacional do Câncer*. Rio de Janeiro: Brasil.
- Jarvis, P. (2009). *Learning to be a Person in Society*. London: Routledge.
- Kanemoto, E. e Covic, A. N. (2011). Escola, Esquecimento e Morte. Em: Santos, F. S. Santos (edt), *Cuidados Paliativos: diretrizes humanização e alívio de sintomas*. São Paulo: Atheneu.
- Loggetto, S. R.; Park, M. V. F. e Braga, J. A. P. (org.) (2012). *Oncologia para Pediatra, série atualizações pediátricas*. São Paulo: Atheneu.
- Mastropietro, A. P.; Oliveira-Cardoso, E. A. de e Santos, M. A. (2011). Vida ocupacional de pacientes sobreviventes ao transplante de medula óssea: estudo exploratório. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 12(2), 241-252.
- PCN. (1997). *Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais*. Brasília: Brasil.
- PNE. (2014). *Planejando a Próxima Década Conhecendo as 20 Metas do Plano Nacional de Educação*. Brasília: Brasil.
- Petrilli A. S. e Caran E. M. (2003). Câncer. Em: V. Coates, G. Worcman, L. Françoso (edt), *Medicina do Adolescente*. (p. 267 - 273). São Paulo: Sarvier.
- Presti, P. de F. et al. (2012). Estudo epidemiológico de câncer na adolescência em centro de referência. *Revista Paulista de Pediatria*, 30(2), 210-216.
- Pui, C.H. (edt.). (2006). *Childhood Leukemias*. Cambridge: University Press. Seber, A. (2012). Transplante de Medula Óssea. Em: S. R. Loggetto, M. V. F. Park e J. A. P. Braga (org.) *Oncologia para Pediatra, série atualizações pediátricas*. (p. 269-276). São Paulo: Atheneu.
- Siegel R. et al. (2014). Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 64, 09-29.
- Ward, C. de S. et al. (2014). Childhood and Adolescent Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin*, 64, 83-103.
- Zanoni, A. P. et al. (2010). *A percepção de adolescentes submetidos ao transplante de células tronco hematopoéticas em relação à própria hospitalização*. *Revista RSBPH*, 13(1), 136-156.
- Zebrack, B. J. et al. (2002). Psychological outcomes in long-term survivors of childhood leukemia, Hodgkin's disease, and non-Hodgkin's lymphoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Clinical Pediatrics*, 110, 45-52.



HABILIDADES DE ENSEÑANZA EN DOCENTES DE PRÁCTICA CLÍNICA

Teaching skills of clinical practice trainers

NIKELL ESMERALDA ZÁRATE DEPRAECT, NORA ANGÉLICA BUSTILLOS TERRAZAS,
CÉSAR ROBERTO JIMÉNEZ RAMÍREZ, MARÍA GUADALUPE SOTO DECUIR, RICARDO BUSTAMANTE ÁVILA

Universidad Autónoma de Sinaloa, México

KEY WORDS

*Teaching practice
Teaching skills
Clinical training
Clinical learning
Didactic*

ABSTRACT

This study highlights which teaching skills, from the judgement of different bachelors of art students enrolled in clinical practice training, for clinical practice trainers are a must. Through a non-experimental descriptive, transversal and quantitative study; 218 students who attended one clinical practice training semester answered Gomez and Rosales (2014) survey, one which evaluates teaching practice in clinical subjects (IEPDCLIN). Resulting that feedback, group discussion and research of scientific information to simplify doubts and to enhance and update student's knowledge are areas of opportunity for clinical practice area trainers.

PALABRAS CLAVE

*Práctica docente
Habilidades de enseñanza
Enseñanza clínica
Aprendizaje clínico
Didáctica*

RESUMEN

El presente estudio destaca las habilidades de enseñanza de docentes de práctica clínica de diversas licenciaturas desde la opinión de los estudiantes a través de un estudio no experimental descriptivo, transversal, cuantitativo. 218 estudiantes que cursaron al menos un semestre de práctica clínica contestaron el cuestionario de Gómez y Rosales (2014) que evalúa la práctica docente en asignaturas clínicas (IEPDCLIN). Encontrándose que la retroalimentación, discusión grupal y búsqueda de información científica para aclarar dudas y reforzar y actualizar el conocimiento de los estudiantes son las habilidades de enseñanza de oportunidad en los docentes de área clínica.

Introducción

La formación de los estudiantes del área de la salud, se consolida principalmente en los campos de práctica clínica pues es en estos escenarios donde integran los conocimientos teóricos con los prácticos (habilidad) para resolver los problemas a los que se enfrentarán en el ejercicio de su profesión.

En este sentido, la práctica profesional es aquella actividad que comparte, entre otras cosas, conocimientos, habilidades, lenguaje específico e instrumentos particulares para desarrollarse tanto en consultorios, clínicas y hospitales. Es parte fundamental de la formación clínica de los estudiantes en el área de la salud. Es pues, una actividad dispuesta y pensada para que aprenda haciendo.

A pesar del reconocimiento del impacto favorable que tiene la práctica clínica en el futuro profesionalista, la enseñanza, incluso de estos escenarios clínicos sigue presentando mayor énfasis en los aspectos teóricos, dando poca atención a la forma de enseñar el conocimiento práctico. Generalmente no se cuenta con programas que guíen la enseñanza clínica ni con planeaciones didácticas de intervención que propicien el desarrollo de los alumnos en situaciones clínicas reales. En relación a lo anterior, la formación docente es escasa pues pareciera ser que hay mayor preocupación por la enseñanza en el aula que en la clínica. Se tiene conciencia de que el profesor de ésta área tiene un adecuado manejo de su disciplina, pero eso no garantiza que sepa cómo enseñar, lo que propicia que los aprendizajes adquiridos por los alumnos se asocien principalmente con situaciones circunstanciales (Crespo, s.f: 7-8).

En ese sentido se puede decir que las habilidades se forman como acciones sistematizadas. Son niveles complejos de dominio de la persona sobre la actividad que realiza. Se les denominan también como la destreza para hacer algo, están compuestas de un grupo de acciones relacionadas, no se desarrollan aisladamente, se asocian a los conocimientos y valores reforzándose unos a otros mediante secuencias y deben de orientarse para alcanzar una meta específica. En el desarrollo de las mismas en el estudiante, es innegable la participación del docente y en el caso de las habilidades clínicas no es la excepción ya que contribuye tempranamente mediante su forma de organización, a que el alumno establezca compromiso con su papel en el cuidado de la salud de los individuos.

Al evaluar las habilidades clínicas en estudiantes del Nuevo Programa de Formación de Médicos se obtuvieron los siguientes resultados: lograron desarrollar las habilidades clínicas, pero mostraron dificultades en la conducción del interrogatorio, la realización del examen físico del sistema nervioso,

del diagnóstico diferencial y selección de la conducta terapéutica. Los resultados se contrastaron con el maestro que impartió cada uno de los cursos y se dedujo que en gran medida los malos resultados alcanzados por los estudiantes son resultado de una mala praxis educativa (Gómez et al., 2011: 487).

En la enseñanza universitaria española, el peso de la docencia recae aún en la clase magistral y sus contenidos. Si bien se reconocen las ventajas que ésta ofrece, se busca implementar mecanismos que coadyuven en la formación de un estudiante más activo, que comprenda y enjuicie participando en la búsqueda de soluciones a las problemáticas planteadas. Es en ese sentido que se realiza la incorporación de casos clínicos en la impartición de la Fisiopatología, asignatura ubicada en el tercer año de la licenciatura de Farmacia en la Universidad de Sevilla, esperando lograr una mayor participación activa de los alumnos, la mejora de sus calificaciones y su aproximación a un método de aprendizaje más autónomo. Para medir el impacto de la estrategia implementada, se aplicó a los alumnos una encuesta anónima para evaluar la actividad de innovación docente y los resultados emanados muestran su conformidad y satisfacción con la misma, además opinaron que sienten una buena disponibilidad para participar en nuevas metodologías de aprendizaje. Los resultados muestran también que, el implementar casos clínicos en la enseñanza de la Fisiopatología, beneficia a los alumnos mejorando su participación, aumentando su conocimiento, así como las calificaciones logradas y su relación con sus profesores (Cano et al., 2011: 28-29).

Por otra parte, en un estudio de la percepción de los alumnos de enfermería sobre los factores que inciden en su aprendizaje clínico se encontró que éstos desconocen los propósitos de las prácticas a desarrollar lo que dificulta su participación en la planeación y desarrollo de su aprendizaje. La investigación explora la competencia clínica y conocimientos del docente, sus habilidades para la enseñanza clínica, las relaciones interpersonales y personales del docente con sus alumnos y sus habilidades para la enseñanza. Los resultados conseguidos mediante una encuesta aplicada a los estudiantes, reflejan que la habilidad del docente para la enseñanza, así como las relaciones interpersonales, son los principales elementos que benefician el aprendizaje de los alumnos, siendo la percepción del estudiante sobre el campo clínico, el factor que menos influye en su aprendizaje (Crespo et al., 2011: 92).

Se investigó la opinión de los alumnos de las carreras de ciencias de la salud sobre los factores que inciden en su aprendizaje clínico, utilizando un instrumento diseñado mediante una adaptación de los utilizados en otros trabajos que constaba de 7 categorías que incluían la percepción del alumno sobre competencias clínicas y conocimientos del

docente en la enseñanza clínica, sus habilidades para la enseñanza, percepción del alumno sobre relaciones interpersonales y personales del docente y percepción del alumno sobre la evaluación de los aprendizajes que desarrolló el docente durante la práctica clínica, encontrándose que según los estudiantes, las relaciones interpersonales y personales del docente con los alumnos y sus habilidades para la enseñanza son los factores que tienen mayor peso en su aprendizaje clínico pues presentan una asociación del 88.5%. El aprendizaje clínico no tiene relación con el grado máximo de estudios del docente. En otros resultados resalta el hecho de que dentro del aula se da un marcado binomio docente-alumno, pero en la clínica estos son escasos a pesar de que es ahí en donde se integran los conocimientos buscando la formación del futuro profesionalista (Crespo & Mora, s.f: 7-8).

Continuando con el mismo orden de ideas, en las clases clínicas, el docente es el responsable de generar un ambiente de comunicación y trabajo en equipo para el correcto desarrollo de las sesiones y así definir el sentido de la enseñanza-aprendizaje clínico. (Hidalgo et al., 2013: 92) en su estudio realizado con estudiantes de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia encontraron como una variable de importancia la comunicación y cooperación, ya que fueron favorables durante la tutoría en las clases clínicas y como áreas de oportunidad el trabajo.

En la enseñanza de conocimientos prácticos en odontología, es poco habitual utilizar herramientas que evalúan el desarrollo de habilidades clínicas y creen que sea porque de manera implícita supervisan el trabajo en laboratorios y clínicas, omitiendo la sistematización de este proceso, por lo cual al no existir de manera documentada o explícita esta actividad, refieren que el docente puede omitir y hasta olvidar aspectos importantes realizados durante el curso (Espinoza et al., 2013: 189).

Los estudiantes conciben las prácticas clínicas como una metodología activa importante para su formación profesional, y durante este proceso ellos son capaces de identificar el rol del docente siendo éste un elemento importante en la etapa clínica, así también como un factor obstaculizador si carece de experticia o no posee formación en el área pedagógica (Hernández et al., 2013: 142).

Además, el proceso de enseñanza clínica implica la aplicación de los conceptos y principios generales de la didáctica, a las condiciones del proceso enseñanza aprendizaje para cada asignatura. Los roles que asumen tanto el docente como el alumno se ven alterados dado el contexto en donde se desarrolla el aprendizaje; los docentes bajo el contexto clínico son prestadores de servicios profesionales en la atención hospitalaria, en tanto los estudiantes son partícipes en una forma indirecta durante esos momentos (Díaz & Ramos, 2013: 31).

Señalan la importancia de la docencia clínica en la adquisición de dos competencias médicas

fundamentales: las habilidades para realizar la entrevista clínica y el examen físico, además resaltan la relevancia que hay en el desarrollo de habilidades comunicativas para mejorar la interacción con el paciente y su familia. (Bitrán et al., 2014: 723-724).

Con base a las referencias anteriores, también se destacan las diversas estrategias de enseñanza que hasta el momento han funcionado en la enseñanza clínica. Las formas de organizar el proceso educativo garantizan la calidad de la formación en estudiantes del área de la salud; el desarrollo profesional se asegura en la medida en que en la práctica asegure la enseñanza a través de la asistencia al paciente. Ante ello, estos autores establecen que la estrategia de enseñanza: Discusión clínica familiar sí sirve para que los estudiantes adquieran las competencias que requieren los futuros médicos generales integrales (Lago & Valcárcel, 2016: 6).

El éxito de la estrategia para promover la enseñanza situada está basado en los procedimientos que debe llevar a cabo el docente, por lo que se le exige la actualización y aplicación de nuevas herramientas para la enseñanza, dejando de lado la enseñanza con modelos cognitivos (Palomimo et al., 2016:27).

El elemento axial en la enseñanza clínica es el paciente como sujeto de intervención para la adquisición de aprendizajes, por lo que la estrategia de enseñanza: Simulación clínica es favorecedora para ello, siempre y cuando el docente asuma su rol de mediador y demuestre dominio y creatividad para caracterizar la situación clínica que espera cumplir los objetivos de aprendizaje (Ruda, 2016: 242).

Al usar la estrategia de enseñanza: Metodología de la investigación acción participativa (IAP) como primera etapa para revisar la teoría, seguido de la discusión grupal, análisis del caso clínico, tomar decisiones y finalmente incorporar a la práctica para actuar y aprender de ello, además de agregar la reflexión durante el quehacer disciplinar en la enseñanza clínica. Hacen alusión a que es importante retomar la teoría durante la enseñanza clínica ya que proporciona valores para fomentar el cuidado humano permitiendo la práctica y que a través de la reflexión se ubica al estudiante en el análisis de la propia práctica disciplinar (Hidalgo & Sánchez, 2016: 317).

Estrategias de enseñanza como: técnica expositiva-participativa, discusión de casos clínicos, seminarios impartidos por ponentes invitados procedentes de instituciones, simulación clínica, tutorías, y actividades de trabajo autónomo que incluyen la utilización de recursos informáticos y bibliográficos ayudan al cumplimiento de objetivos durante la enseñanza clínica. Pero aun dan peso al ensayo reflexivo como herramienta útil que desarrolla habilidades clave como: análisis crítico y pensamiento reflexivo, la búsqueda e identificación

de fuentes de evidencia científica y aplicación de nuevo conocimiento a la práctica clínica. Además, les permite identificar necesidades concretas en el paciente y su familia, y diseñar un plan de cuidados individualizado (Antón et al., 2016: 48).

La relación estudiante paciente es fundamental para el aprendizaje clínico, priorizando los requerimientos del paciente cimentados en la confianza, el diálogo, el empoderamiento y la autonomía. Además, dice que la pedagogía basada en el contexto para que los estudiantes aprendan a deliberar, discernir sobre la situación actual del paciente y así reflexionar sobre sus necesidades fisiológicas, psicológicas y ambientales es fundamental ya que generan en él, el uso de la razón clínica priorizando el actuar basado en el pensamiento y diálogo crítico-reflexivo (Álvarez, 2016: 196).

El rendimiento académico de la práctica clínica es el reflejo de factores relacionados con el paciente, el profesor, los compañeros, las instalaciones y los propios procesos administrativos que se ejercen en los espacios clínicos de enseñanza (Vega et al., 2015: 1354).

Es necesaria la reflexión dentro del proceso de enseñanza aprendizaje clínico para ayudar al paciente, por ello le apuesta al método clínico como principal estrategia de enseñanza, se reafirma el interrogatorio, exploración física, comunicación humana y acertar en el diagnóstico y tratamiento a seguir. Sin dejar de lado el uso racional y bien justificado (sobre la base de la hipótesis) para la indicación de exámenes de laboratorio y gabinete que permiten complementar y ser más certeros en el diagnóstico. Pero lo esencial de ésta metodología de enseñanza radica en el dominio disciplinar del docente y la actitud humanista durante la enseñanza (Corona & Fonseca, 2015: 274-275).

El fortalecimiento del profesionalismo entendido como el comportamiento basado en el "deber ser" en el estudiante del área clínica beneficia la imagen social y da seguridad al paciente y que puede generarse con la enseñanza a través de seminarios, foros, análisis de casos clínicos e intervenciones multidisciplinares (Duarte, 2015: s.p).

El análisis de las prácticas reflexivas de casos clínicos como método de enseñanza en el área de la salud, para ello el docente inicialmente plantea el objetivo de aprendizaje y lo basa en el análisis y discusión dando orden y relación a conceptos anclados a los contenidos. También toma en cuenta la interacción con los estudiantes. Y resaltan la constante formación docente y disciplinar de los docentes para cumplir con la formación de estudiantes no sólo con casos clínicos si no también reflexionar sobre la salud social y la preventiva (Ortega et al., 2015: 587).

Sobresalen los sentimientos-emociones de los docentes clínicos como factor importante para la enseñanza, sumados a la trayectoria profesional y experiencia personal; el docente clínico se autorreconoce como guía, formador, tutor,

orientador, facilitador, motivador, incluso como un modelo a seguir por los estudiantes y así transmitir valores, actitudes y patrones de pensamiento y comportamiento. Además, destacan la empatía como factor indispensable existente entre el docente y los estudiantes para auxiliarle asertivamente y fomentarle la autonomía en su proceso de aprendizaje. También, resaltan que el generar ambientes de aprendizaje que dejen ver las oportunidades del estudiante para que trabaje en ellas es prioritario en la enseñanza clínica. Asimismo, articular en todo momento la teoría-práctica para dinamizar los procesos formativos resulta enriquecedor. Igualmente, el aprendizaje por error, resulta gratificante en un estudiante en formación. Finalmente, estos autores explican que tanto docentes clínicos como estudiantes deben partir de la base que el valor más importante que posee una persona es precisamente ser persona, por tanto, el compromiso moral con ella es condición base de toda relación humana. Y que los docentes clínicos, requieren de herramientas pedagógico-didácticas sumadas a las disciplinares (Mansilla & Ricouz, 2016: 107-109).

Objetivo

Conocer las habilidades de enseñanza de los docentes de práctica clínica de licenciaturas en Odontología, Enfermería, Podología y Fisioterapia de una universidad pública, desde la opinión de los estudiantes.

Material y método

Estudio no experimental descriptivo transversal de enfoque cuantitativo. Se usó una muestra por conveniencia constituida por 218 estudiantes de Licenciaturas en Odontología, Enfermería, Fisioterapia y Podología. Tomando en cuenta como criterio de inclusión que hayan cursado al menos un semestre de práctica clínica. Se realizaron adaptaciones contextuales al cuestionario de Gómez-López y Rosales-Gracia (2014), titulado: Instrumento de evaluación de la práctica docente en asignaturas clínicas (IEPDCLIN), constituyéndose por 9 enunciados que expresan actividades que ocurren dentro del proceso educativo durante la práctica clínica; el instrumento muestra 3 opciones de respuesta que van desde 1=nunca a 3=siempre. Para el análisis de los datos, se realiza análisis de frecuencia estadística. Se solicita permiso para la realización de este proyecto tanto a autoridades de cada licenciatura como la firma del consentimiento informado a cada participante.

Resultados

La muestra corresponde a 69% mujeres y 31% hombres. La edad oscila entre los 19 y 53 años, siendo 21 años el de mayor frecuencia con un 36%.

46 estudiantes cursan la licenciatura en Enfermería y reciben la enseñanza clínica en sala de hospitalización de institución de salud pública, a 77 estudiantes de Fisioterapia se les enseña en consultorios de institución de salud pública, 69 estudiantes de odontología aprenden en clínica de enseñanza de la propia institución, al igual que los 26 estudiantes de podología.

En los resultados de estadística descriptiva, los valores por debajo de la media fueron los

correspondientes a las preguntas 5, 6 y 8 (2.37, 2.38 y 2.39 respectivamente), mismos que se refieren a la práctica docente propiamente dicha, es decir: a) retroalimentación, b) promoción de discusión grupal y c) la enseñanza de la búsqueda de información bibliográfica para esclarecer dudas y complementar el tema de estudio.

A continuación, en la Tabla 1, se describen globalmente los resultados de los ítems que integran el cuestionario:

Tabla 1. Resultados de frecuencia estadística del Cuestionario IEPDCLIN

Enunciados	Nunca	A veces	Siempre	Valor perdido
1.- En las actividades de enseñanza de esta unidad de aprendizaje, se incluye la relación directa con paciente.	10%	17%	72%	1%
2.- Mi profesor realiza reuniones para esclarecer dudas.	10%	38%	52%	-
3.- Mi profesor resalta la importancia de la relación practicante/paciente.	2%	19%	79%	-
4.- En las actividades de aprendizaje frente al paciente, está presente mi profesor.	6%	34%	60%	-
5.- Una vez realizada la práctica clínica frente al paciente, mi profesor me da retroinformación.	8%	46%	46%	-
6.- Mi profesor favorece la discusión grupal en las sesiones de retroinformación.	7%	44%	47%	-
7.- Mi profesor utiliza listas de cotejo para la evaluación de procedimientos y/o habilidades clínicas.	12%	27%	61%	-
8.- Mi profesor fomenta la información bibliográfica (artículos, textos) para esclarecer dudas y/o complementar el tema de estudio.	10%	41%	49%	-
9.- Mi profesor inicia y/o termina la clase puntualmente.	5%	25%	70%	-

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 1, deja ver las áreas de oportunidad de los docentes de clínica desde el punto de vista de los estudiantes. En relación a ello, se aprecia que el 46% de los estudiantes refiere que a veces reciben retroalimentación por parte del docente durante la enseñanza clínica. El 44% dice que a veces el profesor favorece la discusión grupal en sesiones de retroalimentación y el 41% de los estudiantes declara que solo a veces se fomenta la búsqueda de información científica para esclarecer dudas y complementar el tema de estudio.

Análisis y discusión

Las áreas de oportunidad de los docentes de práctica clínica de enfermería, odontología, podología y fisioterapia son: retroalimentar la clase, promover discusión de casos clínicos y la búsqueda actualizada en artículos de investigación científica. Desarrollar habilidades docentes y comunicativas que favorezcan la relación docente-estudiante para facilita el aprendizaje; tal y como lo comentan los autores mencionados.

Asimismo, se coincide con Gómez et al., (2011); Cano et al., (2011); Crespo et al., (2011); Lago e Izquierdo (2016); Ruda (2016); Álvarez (2016); Vega et al., (2015); Corona y Fonseca (2015); Ortega et al., (2015) y Mansilla y Ricouz (2016); al argumentar que: a) al desconocer el objetivo de la

práctica clínica la planeación-enseñanza y aprendizaje, se obstaculiza, b) las formas de organizar el proceso educativo y el desarrollo profesional del docente garantiza la calidad educativa, c) el mal rendimiento académico del estudiante es por una mala praxis educativa, , d) la relación estudiante paciente es fundamental para el aprendizaje clínico ya que no debe olvidarse que es el paciente a quien se toma como sujeto de intervención para adquirir aprendizajes y al mismo tiempo generar la enseñanza, por ende la confianza, el diálogo es fundamental, e) es el docente el que debe generar el pensamiento y diálogo crítico-reflexivo, f) la constante formación docente y disciplinar del maestro reconociéndose como guía, formador, tutor, orientador, facilitador, motivador, incluso como un modelo a seguir por los estudiantes, g) transmitir valores, actitudes y patrones de pensamiento y comportamiento a través de la empatía partiendo de que el valor más importante que posee una persona es precisamente ser persona.

Además, resaltamos que es necesario que los docentes clínicos analicen el contenido temático de la disciplina a enseñar para decidir la didáctica a seguir, ya que es parte fundamental del quehacer de un buen profesor clínico, además de tomar en cuenta los aspectos personales tanto del estudiante

como del paciente para favorecer el logro de la competencia a adquirir.

En este sentido, el docente clínico eficaz y eficiente debe organizarse con flexibilidad, creatividad y una dosis máxima de humanismo, además de conocer estrategias que le permita ejercer habilidades de enseñanza como: Discusión clínica familiar, Simulación clínica, Técnica expositiva-participativa, Discusión de casos clínicos, Seminarios, Tutorías, Ensayo reflexivo, Actividades de trabajo autónomo y Enseñanza situada, sin dejar de lado que recordar la teoría en la enseñanza clínica también resulta ser enriquecedora para la adquisición de aprendizajes significativos en el estudiante ya que asocia el desarrollo de habilidades cognitivas, aptitudinales e incluso actitudinales.

Conclusión

Principalmente la retroalimentación, discusión grupal y búsqueda de información científica para aclarar dudas, reforzar y actualizar el conocimiento de los estudiantes son las áreas de oportunidad en los docentes de área clínica.

Los estudiantes reconocen la importancia del aprendizaje clínico para su formación ya que impacta en su ejercicio profesional. Sin embargo, las acciones de enseñanza que se realizan para priorizar y fortalecer esta etapa no son las adecuadas ya que se enfocan más en la parte teórica que en la enseñanza práctica. En ese orden de ideas, es necesario formalizar y sistematizar los procesos pedagógicos de enseñanza clínica implementando planeación docente, formas de evaluación al estudiante, entre otras y ofreciéndoles constante capacitación.

Referencias

- Álvarez, L. N. (2016), "El prácticum clínico como espacio para la enseñanza del arte profesional humanizado". Tercer congreso internacional cuidado de la salud. Editorial UNIMAR, pp. 187-198. <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/libroeditorialunimar/article/view/1013>. [Consulta: octubre.2016]
- Antón, I., Guerrero, S., García, L., Juárez, R. y Pelicer, B. (2016), "El ensayo reflexivo como herramienta de enseñanza-aprendizaje y evaluación en la asignatura de tercer curso Enfermería Clínica II" *Enfermería Docente*, 1(105), pp. 44-45. http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/120/pdf_345 [Consulta: octubre, 2016]
- Bitran, M., Zúñiga, D., Leiva, I., Calderón, M., Tomicic, A., Padilla, O. y Riquelme, A. (2014). "¿Cómo aprenden los estudiantes de medicina en la transición hacia el ciclo clínico? Estudio cualitativo de las percepciones de estudiantes y docentes acerca del aprendizaje inicial de la clínica". *Revista Médica Chile*, 142 (6), pp. 723-731. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000600006&lng=es&nrm=iso [Consulta: octubre.2016]
- Cano, M., García, P., Carrera, O. y Vázquez, C. (2011). "Incorporación de casos clínicos para la mejora de la enseñanza de Fisiopatología". *Revista de Enseñanza Universitaria*, 38, pp. 27-36. http://institucional.us.es/revistas/universitaria/38/art_2.pdf [Consulta: octubre.2016]
- Corona, L. A. y Fonseca, M. (2015), "La necesidad del método clínico y de su enseñanza". *Revista Cubana de Medicina*, 54(3), pp. 264-277. <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v54n3/med09315.pdf> [Consulta: octubre, 2016]
- Crespo, S., González, M. S. y Agama, A. (2011). "Percepción de los alumnos de enfermería sobre los factores que inciden en su aprendizaje clínico". *Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 14(2), pp. 88-93. <http://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre112e.pdf>. [Consulta: octubre.2016]
- Crespo, S. y Mora, J. L. (s.f). "Opinión de los alumnos de las carreras de Ciencias de la Salud sobre los factores que inciden en su aprendizaje clínico". Fes Zaragoza UNAM. Congreso Nacional de Investigación Educativa. http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v10/pdf/area_tematica_16/ponencias/0677-F.pdf. [Consulta: octubre.2016]
- Díaz, E. y Ramos, R. (2013), "Reflexiones orientadoras sobre la Didáctica Especial en las asignaturas clínicas". *Revista EDUMECENTRO*, 5(1): 30-46. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-28742013000100006 [Consulta: octubre.2016]
- Duarte, G. (2015). "El profesionalismo en estudiantes de posgrado de anestesiología. Estrategias de evaluación y enseñanza". <http://unimilitar-dspace.metabiblioteca.org/bitstream/10654/14052/2/ENSAYO%20FINAL.pdf> [Consulta: octubre.2016]
- Espinoza, O., Martínez, A. y Díaz Barriga, F. (2013), "Formas de enseñanza y evaluación utilizadas por los docentes de Odontología: resultados y su clasificación psicopedagógica". *Investigación en Educación Médica*, 2(8): pp.183-192. <http://riem.facmed.unam.mx/node/120> [Consulta: octubre.2016]
- Gomez, O., Segredo, A. M. y Hernandez, L. (2011), "Evaluación de habilidades clínicas en estudiantes del Nuevo Programa de Formación de Médicos". *Educ. Med. Super*, 25(4), pp 486-495. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412011000400009&lng=es&nrm=iso [Consulta: octubre.2016]
- Hernández, A., Illesca, M. y Cabezas, M. (2013). "Opinión de estudiantes de la Carrera de Enfermería Universidad Autónoma de Chile, Temuco, sobre las Prácticas Clínicas". *Ciencia y Enfermería*, XIX, pp. 131-144. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100012&lng=es&nrm=iso [Consulta: octubre.2016]
- Hidalgo, Martha Cecilia y Sánchez, María Olivia (2016), "Usando la Teoría en la Práctica: Percepciones sobre los Postulados de la Teoría del Cuidado y su aplicación en el Proceso de Enfermería al Cuidado a la Persona". Tercer congreso internacional cuidado de la salud. Editorial UNIMAR, pp. 313-320. <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/libroeditorialunimar/article/view/1027/0> [Consulta: octubre.2016]
- Hidalgo, J. L., Cárdenas, M. y Rodríguez, S. (2013), "El tutor clínico. Una mirada de los estudiantes de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia". *Enfermería Universitaria*, 10 (3), pp. 92-97. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000300004&lng=es&nrm=iso [Consulta: octubre.2016]
- Lago, E. R. y Valcárcel, N. (2016). "Discusión clínica familiar como de forma de enseñanza para la Medicina General Integral". *Educación Médica Superior*, 30(2), pp. 1-7. <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v30n2/ems19216.pdf> [Consulta: octubre.2016]

- Mansilla, J. y Ricouz, A. (2016), "Vivencia del rol docente clínico de enfermeras de hospitales del sur de Chile". *Ciencia y enfermería*, 22(1), pp.101-111. http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v22n1/art_09.pdf [Consulta: octubre.2016]
- Ortega, J., Nocetti, A. y Ortiz, L. (2015). "Prácticas reflexivas del proceso de enseñanza en docentes universitarios de las ciencias de la salud". *Educación Médica Superior*, 29(3), pp. 576-590. <http://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2015/cem153p.pdf> [Consulta: octubre.2016]
- Ruda, N. L. (2016), "Simulación clínica en la mediación pedagógica y su relación con la práctica clínica". *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 1(2), pp. 231-243 <http://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/125/121> [Consulta: octubre.2016]
- Palomino, F. L., López, J. A., Favela, M. A., Encinas, I. R., Peralta, S. L., Acuña, M. J. Y., Escalante, M. de J. y Cuén, F. A. (2016). "Estrategias de enseñanza puestas en práctica en ciencias biológicas y salud". *BIOtecnia*, 18(1), pp. 21-28. <http://biotecnia.ojs.escire.net/index.php/biotecnia/article/view/224/181> [Consulta: octubre.2016]
- Vega, A. C., Martín, M., Gairin, J. y Vega, W. N. (2015), "Factores de aprendizaje en estudiantes universitarios de odontología visto desde distintas perspectivas en la práctica clínica". *Revista Ibero-Americana de Estudios en Educación*, 10(4), pp. 1354-1381. <http://seer.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/8264/5587> [Consulta: octubre.2016]



AS PATOLOGIAS DA EMBRIAGUEZ NA GRÉCIA CLÁSSICA

O silêncio eloquente do *Corpus Hippocraticum*

The pathologies of intoxication in classical Greece: the eloquent silence of the Hippocratic Corpus
(*Corpus Hippocraticum*)

GUILHERME MESSAS¹, TADEU ANDRADE²

¹ Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

² Universidade Federal da Bahia, Brasil

KEY WORDS

History of medicine
Alcoholism
Knowledge
Causality
Time factors

ABSTRACT

Although wine was an important part of the Greek diet, the Hippocratics did not attribute to it an exclusive role as a cause of diseases. This article explores the Hippocratic epistemological system in search of the reasons for this indifference. The Corpus is based on pre-reflective notions of totality, adequacy and open temporality. The first means that wine is regarded as a mere carrier of the qualitative elements (dry, wet, hot, cold) making up the Universe; the second, that it does not confer an immutable effect, irrespective of the circumstances; lastly, the third leads the Hippocratic view to prognosis at the detriment of the causes, which might include contumacious intoxication. Taken together, these notions preclude the Hippocratic view from associating wine with a specific disease.

PALAVRAS-CHAVE

História da medicina
Alcoolismo
Conhecimento
Causalidade
Fatores de tempo

RESUMO

Ainda que o vinho fosse parte importante da dietética grega, os hipocráticos não lhe atribuem papel exclusivo na geração das doenças. Este artigo explora o sistema epistemológico hipocrático, buscando nele as razões dessa indiferença. O Corpus é fundamentado nas noções pré-reflexivas de totalidade, adequação e temporalidade aberta. A primeira faz com que se veja o vinho como mero portador dos elementos qualitativos (secura, umidade, calor, frio) que compõem o universo; a segunda, com que não se lhe conceda efeito imutável, independente das circunstâncias; por último, a terceira direciona o olhar hipocrático à prognose em detrimento das causas, entre as quais poderia figurar a embriaguez contumaz. Somadas, essas noções impedem que o olhar hipocrático associe ao vinho uma doença exclusiva.

Introdução

Uma investigação intelectual pode brotar da surpresa diante de uma negatividade. O historiador do alcoolismo Sournia intriga-se com o silêncio hipocrático frente à ação nociva da continuada alcoolização no organismo. Surpreende-o o fato de que a medicina do *Corpus Hippocraticum* (CH) “...não tenha visto os desarranjos da alcoolização excessiva, já que existiam bebedores habituais...” (1986: 20). E, *a fortiori*, que jamais tenha formulado uma entidade nosológica específica, comportamental ou física, para o álcool. Para um paradigma médico essencialmente voltado para a natureza como agente precípua da cura (*Epidemias VI*, 5,1¹) e, como consequência, orientado quase que exclusivamente para a nutrição e os exercícios físicos como instrumentos terapêuticos, a chamada dieta (Cairus & Alsina, 2007), soa incompreensível o silêncio sobre os efeitos eventualmente patológicos de um elemento corriqueiro da dietética grega, o vinho. Multiplica-se o aturdimento pelo fato do vinho ser um dos elementos essenciais da terapêutica de Cós (*Regime nas Doenças Agudas, passim*) e pelo fato da concepção grega clássica de tratamento implicar uma atuação sobre o *modus vivendi* do indivíduo, adaptando hábitos alimentares e físicos às necessidades terapêuticas (Laín Entralgo, 1970: 318-325)². A literatura médica do CH, como veremos ao longo desse artigo, é uma pragmática reflexão acerca das relações entre os elementos naturais e o organismo, a ponto de Jones afirmar ser a medicina hipocrática “...meramente um ramo da dietética” (2005: xlvi). Não é gratuito que diversas obras dentro do CH tenham sido consagradas aos regimes. Uma consequência lógica desse protagonismo da natureza seria, na sua confluência com a importância expressiva do vinho, o exame das relações causais entre alcoolização e produção de doenças típicas. Interessado pela participação da natureza na gênese da saúde e da patologia e exímio manipulador do vinho, o médico de Cós aparentemente reunia todas as condições epistemológicas para constituir a figura do alcoolizado como tema científico. Contudo, isso não se deu.

Em uma vasta coleção contemplando ampla variedade de diagnósticos, indo das práticas cirúrgicas às doenças mentais, nada se registra rubricável sob a categoria “efeitos típicos da embriaguez desmesurada”. Alojado ao pé de seu paciente por dias ou meses, fazendo parte de sua

intimidade completa (*Juramento*) e examinando a totalidade de suas produções corporais e afazeres cotidianos, o tema da embriaguez é um ressonante silêncio na sinfonia hipocrática. Como interpretar esse inesperado e mesmo ilógico escotoma?

Essa negatividade temática não pode ser creditada a uma incapacidade de visão clínica do médico. No aforismo VII, 18, o olhar médico contemporâneo não pode deixar de identificar, anacronicamente, semelhanças com manifestações clínicas compatíveis com a alcoolização continuada. Lê-se nele que: “Na insônia, convulsão e delírio são algo ruim”. No rol das doenças neurológicas fomentadoras de semelhante tríade semiológica, seguramente figura a abstinência dos excessos alcoólicos.

No tratado *Nutrição*, lê-se uma sumarização, voltada para o prático, dos sinais a ser procurados na investigação da gravidade das doenças: “...ruptura do pensamento (*rêksis gnômês*), suor (*hidrôs*), ... agitação (*rhiptasmos*), ..., alucinações (*phantasiai*), icterícia (*ikteros*), soluços (*lugmoi*), epilepsia (*epilêpsiê*), [...]” (26, 1-4). A ausência de qualquer menção à beberagem não obsta a relevância que a tradição de Hipócrates concedia a um conjunto semiológico que a medicina contemporânea reconhece poder ser vinculado ao hábito alcoólico. Se o médico de Cós identificava alterações corporais que a alcoolização pode promover e se flamejava na ordem do dia o uso do vinho, por que não se constituiu uma clara vinculação entre esses achados e uma unidade nosológica?

Em apenas três aforismos a embriaguez pelo álcool é citada diretamente:

- a) “Se uma pessoa embriagada subitamente emudece, morre após convulsões, a menos que caia febril ou volte a falar quando chegada a hora de a intoxicação (*hai kraipalai*) se dissipar” (V, 5). Embora se estabeleça algum papel para a embriaguez, resta obscura a ligação desta com a evolução clínica e com a etiologia: não se esclarece se o álcool provoca a mudez e a convulsão ou age de modo meramente acessório. Parece desnecessário ao autor hipocrático esse esclarecimento.
- b) Lê-se no aforismo II, 21 que “a embriaguez (*thôrêksis*) dissipa a fome”. O excesso de laconismo da frase pouco acresce à economia da embriaguez no pensamento da escola, restringindo-se a uma menção de caráter geral.
- c) Em *Doenças II*, 22, identifica-se uma variante do aforismo a), com as mesmas características discursivas: “se a pessoa perde a fala em decorrência da embriaguez: se a febre irrompe de imediato, recobra a saúde; se a febre não irrompe de imediato, morre ao terceiro dia”.

¹ A numeração das linhas segue a edição de Hipócrates da Loeb Classical Library, que consta nas referências bibliográficas abaixo.

² Para breve descrição dos diversos papéis do vinho (não somente da embriaguez) na medicina grega como um todo, cf. Jouanna, com menção da escassa literatura sobre o tema (p. 173, n. 2; 175, n. 12). O autor também constata a ausência de estudos específicos sobre o tema.

Mesmo nos pontos do *Corpus* onde se estabelece uma relação causal inespecífica do álcool com uma afecção, a imbricação entre causas e semiologia não se deixa revelar (Nota: outro gênero de relação causal, aqui denominada específica, será examinado mais abaixo).

- a) “Calafrio e delírio após beberagem em excesso são algo ruim” (*Aforismos*, VII, 7). Ao leitor segue oculto se a bebida provoca diretamente o calafrio e o delírio ou se apenas opera como fator deflagrador de uma patologia, mantida em estado latente até o momento da embriaguez;
- b) Em *Epidemias IV*, 15, relatada a morte de um jovem de 22 anos após um quadro delirante, propõe o autor: “A causa, julgo, foi ter bebido muito vinho não diluído pouco antes de ficar louco”. Não se explicita o papel do excesso do vinho forte e, sobretudo, da intrigante temporalidade mencionada, a saber, a sugestão de que o momento em que tal embriaguez se deu tenha sido decisivo para o desenlace fatal.

Contingente na doença e essencial na terapêutica, o vinho e suas consequências assomam como enigma para o médico contemporâneo. A resposta à questão do silêncio hipocrático diante dos problemas da embriaguez resiste a facilitações. Entretanto, a investigação da estrutura do pensamento da escola hipocrática pode revelar as modalidades de entendimento das patologias e suas relações temporais, fazendo com que se lance luz sobre o modo pelo qual emerge o tema da embriaguez no *CH*. Assumindo que a leitura da tradição de Cós pertence a um sistema de pensamento científico coeso, representando uma visão de mundo particular, podemos vislumbrar com que olhos o médico hipocrático enfrentava os mistérios do mundo (Nota: tal procedimento metodológico não deixa de ser algo arriscado, já que, em diversos pontos do *Corpus*, informações ou posições intelectuais colocam-se em contradição. Entretanto, importantes autores como Laín Entralgo (1970: 41) e Simon (1978: 216) defendem a unidade da medicina hipocrática). Fazendo isso, podemos tentar atingir a significação do vinho em seu sistema epistemológico e os motivos pré-reflexivos pelos quais os problemas a ele relacionados jamais se condensaram em uma entidade nosológica e etiológica. Para a realização dessa tarefa, há que seguir uma rota descendente, partindo de considerações globais do *modus operandi* intelectual hipocrático rumo a suas implicações microscópicas, dentro das quais atua a questão do vinho. Examinaremos todas as passagens relativas ao vinho ou à embriaguez no *CH*, destilando as estruturas de pensamento que as revelam. Procuraremos, por meio dessa positividade, revelar algo da intrigante

negatividade. Seria o silêncio hipocrático um casual e marginal desinteresse pela embriaguez – um tema irrelevante para a agenda médica – ou a consequência mais profunda de uma visão de mundo que revela o vinho sem olhar as patologias da embriaguez?

Visualizando o todo, poderemos entender as premissas que determinam a parte. O objetivo desse artigo é, assim, desvelar quais as condições de possibilidade epistemológicas do *CH* que fizeram com que uma condição patológica aparentemente óbvia para os últimos dois séculos e meio (Wiesemann, 2000) não tenha se formulado como tema de interesse da medicina hipocrática.

O poderio da totalidade

A medicina hipocrática lastreia-se em seu anseio de recuperar, em uma dimensão técnica (Cairus, 2003), a visão racional de mundo da *phusis* dos filósofos pré-socráticos (Frias, 2005: 57; Laín Entralgo, 1970: 64-65). Essa racionalidade permitiria introduzir uma prática médica assentada na razão e no mais rígido empirismo. A entrada da medicina hipocrática na cena do pensamento grego funde, assim, o sentido de totalidade presente no pensamento pré-socrático às necessidades empíricas do médico. No interesse por essa totalidade encarnada na matéria floresce o modo de pensar hipocrático que, sem substanciais alterações, ainda se identifica em obras do início da era moderna (Henriquez, 2004).

A existência de elementos últimos da matéria é tema central dos inícios da filosofia grega, que diverge apenas sobre a quiddidade deste elemento (ora fogo, ora água...) – *A Natureza do Homem*, 1. Temos, portanto, uma noção de totalidade que poderíamos chamar de essencialista, ou seja, que, partindo das variações observadas na matéria, procura atingir o âmago desta – os fundamentos últimos do todo – para depois, voltando à matéria, identificar nela as aparições desse todo (Aristóteles, *Metafísica*, I, 983b: 6-13; Long, 1999: 10 ss.). A matéria, ou melhor, alguns elementos constituintes da matéria, são a totalidade e, por conseguinte, são o estofa final de todo o mundo. Como essa dinâmica se deu no pensamento hipocrático?

Em primeiro lugar, pela rejeição da unicidade dos elementos no homem e pela afirmação da pluralidade humoral nele: “De modo algum digo que o homem seja exclusivamente ar, fogo, água, terra...” (*Natureza do Homem*, 1, 4-6), mas “...digo ser sangue, fleuma, bile amarela e bile negra” (5, 3-4). A realidade derradeira na qual se justifica a vida humana e “por meio de que sente dor ou goza de saúde” (4, 4) radica em quatro humores. Essa é a totalidade abarcando tudo quanto se pensará e se executará sobre o homem. O hipocrático trabalha com a chave material do enigma do mundo na mão: do ponto de vista da substância da matéria, não há

nada a desvelar e tudo girará em torno das relações recíprocas entre esses elementos (em si mesmos imutáveis). Mas a operação habitual da maior parte do *Corpus* não lança mão desses elementos últimos, dando preferência às suas qualidades: quente, frio, seco e úmido. Assim, as reflexões do *CH* se dão quase sempre em termos de relações de harmonia e desarmonia dessas quatro qualidades: elas são a totalidade enfeixando integralmente a antropologia do *Corpus*.

Importante ressaltar a extensão da noção de totalidade (Darbo-Pechanski, 2009). Para o hipocrático, a totalidade antropológica está incluída em tudo aquilo de que é feito o universo: “O ano todo participa de todos <os elementos>: o quente, o frio, o seco e o úmido, visto que nenhum deles subsistiria por tempo algum sem tudo o que inere ao cosmo; antes, caso faltasse um só deles, tudo desapareceria, visto que pela mesma necessidade tudo foi erigido e é nutrido mutuamente” (*Natureza do Homem*, 7, 52-57). Trafegamos num mundo, pois, onde tudo é natureza, *phusis*. Uma natureza encarnada na expressão cotidiana e móvel de seus constituintes qualitativos.

Entendamos com alguma minúcia essa potência de totalização: nunca é demais insistir no entendimento radical da noção pelo *CH*. A palavra *katastasis* - constituição: aquilo do que é feito, o estado de algo – abre o primeiro tratado sobre as epidemias. Saber qual a seiva das estações do ano é para o hipocrático decifrar de antemão as doenças que virão, pois elas terão a marca da estação do ano que as materializou. Mas *katastasis* também traduz a constituição da doença, sua substância. Talvez essa identidade seja facilitada pelo fato de que tanto as características da estação do ano como as doenças nela nascentes convergem para um mesmo ponto de fuga, no qual as qualidades essenciais dialogam e compõem-se entre si.

Mas, para nossos olhos de estrangeiro do tempo e do espaço, a dimensão da totalização se faz revelar com todo o assombro ao sermos informados que “verás, no mais das vezes, que a aparência (*ta eidea*) e os hábitos (*tous tropous*) dos homens seguem a natureza da terra” (*Ares, Águas e Lugares*, 24, 43-45). O todo cósmico ordena e sustenta toda a natureza, da qual o homem é partícipe similar. Na sua natureza (*phusis*) expressam-se as mesmas forças (*dunameis*) que dominam as estações do ano, os ares, as águas, os lugares, as doenças, ou seja: “...tudo o mais que brota na terra segue a terra” (24, 63-64). Assim, perde o sentido uma clara distinção entre saúde (ou doença) mental e corporal (van der Eijk, 2009: 21).

A totalidade cósmica rege todo o *CH*, mesmo que lá e cá se faça alguma concessão aos fatores da lavra humana: os asiáticos seriam fracos porque “... a maior parte da Ásia é governada por reis” (*Ares, Águas e Lugares*, 16, 16-17) e sem independência não haveria força. Mas essa tese auxiliar não passa

de um embrião que o hipocrático não viu motivos para desenvolver. É, de fato, pelo conhecimento dos tráfeos cósmicos, “por testemunhares essas coisas...”, que “... sabes as demais, e não errarás” (24, 65-67).

Idêntico espírito de totalidade não poderia estar ausente do entendimento do âmbito corporal:

Parece-me que o corpo não possui início, antes tudo nele é igualmente início e fim; de fato, uma vez desenhado o círculo, não há como descobrir o seu início. (*Lugares no Homem*, 1, 1-4)

Tampouco da interpretação das relações entre a doença e o todo corporal, tanto da perspectiva causal como finalista:

Causalmente,

...as doenças provêm igualmente de todo o corpo... (ibid., 4-5)

Finalisticamente,

Cada parte do corpo, ao adoecer, imediatamente produz adoecimento em outra parte... (ibid. 13-14)

Essa totalidade radical circular tende a aproximar causalidade de finalidade: não se distingue claramente se determinado achado clínico é causa ou efeito. Reduz-se a força relativa de cada termo na compreensão do adoecer, realçando a potência da unidade da *phusis*, e aliando-se a uma espécie de temporalidade que exploraremos adiante.

Proporção e adequação

O sentido de proporção, de simetria, *metron*, dissolve-se por todo o *CH*, inspirando tanto a noção de doença como de saúde (Peixoto, 2009). Mas não se trata de uma proporção estática. A medicina hipocrática é uma busca pela síntese do movimento com a estabilidade. A natureza é fluida e móvel, mas eterna e estável nos seus fundamentos:

De todas as coisas, nada perece, nem surge o que antes não existia; as coisas mudam por fusão e separação. (*Regime I*, 4, 13-16)

Mas mudam consistente e abrangentemente:

Todas as coisas, divinas e humanas, estão em fluxo para cima e para baixo, por trocas. (5, 36-37)

Assim, a busca pela proporção é uma perseguição contínua da dança dos elementos constituintes a fundirem-se e separarem-se. Eles mantêm-se os mesmos à medida que se transmutam na alteridade. Consequentemente, “...os diagnósticos... são daquilo que tem predomínio no corpo [...]” (*Regime III*, 67, 17-18).

Os sentidos e a mente do médico hipocrático voltam-se, portanto, para a decifração das assimetrias do corpo e seus circundantes físicos, que são, ao mesmo tempo, seu fundamento essencial. O instrumento clínico preponderante é, como vimos, a dieta. Mas a dieta não pode reger-se por meros princípios gerais. Há que lançar mão de um apurado sentido de adequação, de aplicação individualizada da terapêutica:

“Deve-se elaborar o regime conforme a idade, a estação do ano, o hábito, a região e a aparência, opondo-se tanto ao calor quanto ao frio que constituem o clima, pois assim recobrar-se-á melhor a saúde” (*Regime na Saúde*, 2, 14-18). Retoma-se na prescrição a ubiquidade dos elementos, aplicada à particularidade. É a partir do modo singular com que os elementos se fixaram transitivamente em um indivíduo que toda a atividade médica se lastreia.

Vejamos como proporção e adequação abraçam-se em um aforismo. A desproporção espreita mesmo onde não seria esperada. Para o olhar hipocrático, a busca do rendimento não deve superar a da harmonia:

Nos atletas, o bom condicionamento físico levado ao limite é perigoso, se vai ao extremo, pois não conseguem permanecer os mesmos nem deixar de oscilar e, visto que não deixam de oscilar, não mais conseguem mudar para melhor; resta, pois, mudar para pior. (*Aforismos*, I, 3, 1-6)

Mas a correção da desproporção arriscada não se deve dar à custa do abandono dos princípios da adequação. Não se deve executar nenhum movimento brusco que violente a harmonia, nem mesmo na terapêutica, como se vê nos aforismos seguintes: “O que é há muito tempo habitual, ainda que pior do que o inabitual, costuma perturbar menos; mas é necessário mudar rumo ao inabitual” (II, 50); “Em excesso ou subitamente, é perigoso evacuar ou repletar, bem como aquecer ou resfriar ou alterar o corpo de qualquer outro modo: todo excesso é hostil à natureza; fazê-lo pouco a pouco não é perigoso, em especial ao passar de um ao outro oposto” (II, 51).

A adequação é a matriz a guiar os carros do fazer hipocrático, sempre avesso tanto aos extremos quanto às abstrações. Seu sentido, inimigo do geral, absorve também a integridade da terapêutica farmacológica:

Conhecemos as características das drogas e que tipo de efeito delas resulta: não quadram bem todas às mesmas circunstâncias, mas cada uma convém a uma condição. (*Epidemias* II, 3, 2)

Essa primeira asserção ecoa aos ouvidos contemporâneos como óbvia. Mas prossigamos dando voz ao hipocrático:

E, a depender do lugar, são empregadas mais cedo ou mais tarde; também divergem as manipulações das drogas, [...] ademais são variáveis: o quanto se prescreve para cada pessoa, em que doenças, quando na doença, a idade, a aparência, o regime, que tipo de estação do ano, que estação do ano, como vem se desenvolvendo a estação etc. (ibid.)

O ímpeto da cura não verga a sabedoria inata da natureza, que jamais passa do máximo ao mínimo violentamente. O gradualismo marca a práxis hipocrática, respeitando as imposições da situação atual sem resignar-se a ela. Assim, além de cozinheiro, ao médico hipocrático se lhe reserva um talento de diplomata das coisas do cosmos em fluxo. Tratar não é, pois, dobrar a natureza fitando a saúde, mas convencê-la docilmente a atingir a simetria – sempre transitória – sinônima da saúde.

Causalidade geral inespecífica e finalidade

Extraímos das considerações acima que a noção de totalidade impera sobre o pensamento hipocrático, regendo a aplicação dos princípios de adequação e proporção; e que estes últimos, do ponto de vista empírico, recebem mais relevo do que aquela. Sugerimos acima que o privilégio da totalidade enfraquece as noções parciais de causalidade e finalidade. Entretanto, como em todo sistema perseguindo uma atividade prática, o conhecimento causal e finalístico tem uma importância incontornável. Não há medicina sem o reconhecimento das causas das doenças; conseqüentemente, faz-se obrigatória uma observação de perfil genérico e inespecífico sobre a concepção de causalidade no *CH* (Nota: também é necessária uma investigação da causalidade em sentido estrito, a ser realizada mais adiante).

Nos tratados hipocráticos, não são raros os apontamentos sobre a causalidade; contudo, salta aos olhos a sua indeterminação na produção de doenças:

as características das doenças: [...] algumas resultam do corpo; outras, dos regimes, da constituição da doença e das estações do ano. (*Humores*, 12, 1-6)

Essa paleta de fatores implicados nas doenças não pode ser entendida mecanicamente, como a revelação de fatores que, agindo no pretérito, determinaram a doença na atualidade. Antes, o exame minucioso d/os condicionantes das doenças tem como objetivo a revelação do estado atual do corpo que o faz passível de adoecer. Assim, o fato de o inverno ter sido excessivamente úmido significa um excesso fleumático na atualidade do organismo e, conseqüentemente, o risco de doenças fleumáticas e a necessidade de intervenções

farmacológicas buscando a redução dessa desproporção humoral.

A causalidade geral hipocrática não é, portanto, uma soma de antecedentes determinantes alijados do estado atual do corpo, mas um índice revelador do estado atual deste corpo, um instrumento oferecendo ao médico a visão da totalidade material **atual** do indivíduo. Assim, é uma causalidade cuja ênfase recai no presente e não no passado como na causalidade mecânica, na qual os elementos necessários não obrigatoriamente participam da atualidade. Mas não se trata de um presente encerrado em suas próprias características descritivas. O presente típico do *CH* assume o papel de revelador das decisões da natureza, sendo, portanto, um presente repleto de significações futuras. Daí a importância das noções de *kairos* - o momento adequado para a ação terapêutica ou o instante indeterminado e ambíguo (Marramao, 2008: 15) no qual a doença revela quais destinos tomará - e de *krisis* no *CH* (Pigeaud, 2006a: 33-38). Em ambas as noções, há uma assimetria da temporalidade, com ênfase em um presente decisivo ou premonitório.

Esse presente, obviamente, não é um presente estável. Pelo contrário, é um instante fugidio, mensageiro do futuro, rumo ao qual decorre a evolução da doença. A prova disso é a abundância das preocupações prognósticas nos tratados do *CH*. A prognose ocupa pelo menos metade da obra hipocrática (Jones, 2005 op. cit., p. liii). Apreende-se daí a relevante porção concedida ao finalismo nos tratados estudados.

Examinemos esse finalismo. Em primeiro lugar, há que se lembrar que a totalidade dos elementos em equilíbrio instável é a marca do pensamento hipocrático. Portanto, o finalismo não pode abandonar a simetria; antes, é um finalismo de simetrias que se desfazem e refazem-se continuamente. Neste processo de desequilíbrios e reequilíbrios reside o risco da doença e a função moderadora do médico. Ele tem de saber que, embora os constituintes últimos do mundo sejam fixos, a realidade do organismo não o é, e o balanço de elementos estará sempre pronto a ser perdido (vide o clássico aforismo I, 1: "A vida é curta, a arte é longa, a oportunidade é estreita..."). O médico deve, portanto, espreitar a natureza e sua busca de equilibrar-se desequilibrando-se.

Daí a pleora da forma aforismática no *CH*. O aforismo examina com detalhes uma exígua porção da realidade. Mas não uma porção qualquer, um elemento mecânico de uma realidade fragmentada. Pelo contrário, o aforismo espreita os sinais indicativos da natureza, os prenúncios de suas decisões sobre a saúde, a doença ou mesmo a morte. O aforismo não parece ser uma forma casual na literatura médica de então, mas o método heurístico mais adequado para preparar o olhar médico para enxergar o mínimo indício da natureza móvel.

A natureza autônoma e independente é a titular da prognose do ser:

As naturezas <das pessoas> são os médicos das doenças: a natureza descobre por si mesma os caminhos, ... faz o que deve. (*Epidemias* VI, 5, 1)

Resta ao médico decifrar o código da natureza mestra. Os aforismos são a tábua de tradução mais eficaz. O átimo revelador dos desígnios da natureza é o objeto do aforismo. A apresentação analítica das causas das doenças é apenas conhecimento auxiliar desse finalismo exuberante, que podemos caracterizar como aberto. Aberto, porque o *CH* não estipula uma única finalidade para a natureza, nem para o corpo e para a alma do homem, também ela material: "adentra o homem uma alma, que possui uma mistura de fogo e água, porção do corpo do homem" (*Regime I*, 7, 2-4). Esse finalismo é definido pela misteriosa ação da natureza, jamais pela inteligência humana. Esta é, no máximo, a hábil rastreadora e facilitadora da ação natural expansionista. Essa ação expansionista da natureza, por sua vez, não fita nenhuma forma definitiva, não permite ou aloja nenhum alvo predestinado. Movendo-se para o nada, a natureza no *CH* segue um finalismo sem fim.

Mantenhamos em mente o caráter aberto do finalismo hipocrático e agora, por meio de um exercício intelectual algo fictício para o médico grego, já que analisaremos apenas um segmento da totalidade, voltemos nosso olhar para o tema que guia este trabalho: o vinho e as consequências patológicas da embriaguez. Ao realizarmos esse exercício, veremos surgir os perfis e funções que eles podem assumir, determinados pelas grades intelectuais do seu sistema epistemológico condutor.

O vinho e os excessos das qualidades

Como vimos, o vinho, a embriaguez e suas consequências representam papel adventício na escola de Cós. A intemperança, embora visualizável pelos olhos hipocráticos ("Entre os sintomas psíquicos, estão a intemperança da alma, no que diz respeito a bebidas e comidas, ao sono e à vigília..." *Humores*, 9, 1-2), não é seu tema de interesse. A desarmonia das relações do indivíduo com seus próprios prazeres e práticas, o campo da ética, não pertence à agenda médica (Pigeaud, 2006b: 15). Por outro lado, o vinho é protagonista em diversas das suas obras. Persigamos, pois, os caminhos dessa eloquência vinícola. O vinho é, como anunciado, peça chave na dietética e terapêutica hipocráticas. Ora, os princípios gerais destas estão contidos na noção de proporção das composições qualitativas, do quente, do seco, do frio e do úmido. Em um esquema de pensamento como o hipocrático,

inexiste outro modo de compreensão do papel do vinho que não seja por seus traços qualitativos.

Temos aqui uma primeira versão de justificativa do silêncio hipocrático: num mundo visto apenas pela composição de qualidades, o vinho não assume relevância isolada pelo seu efeito de embriaguez – entendida como modificação de uma experiência da consciência -, mas unicamente pela ação de suas qualidades essenciais. Assim, prossigamos na investigação das qualidades do vinho.

A carta dos vinhos

O princípio geral do *CH* da adequação e proporção relativas aos variados fenômenos naturais encontra forma acabada na exposição global do papel do vinho nos regimes. É tal a riqueza de diferenças presente em uma apresentação sumária, de pouco mais de uma página, que poderíamos dizer que o arrolamento vinícola em *Regime II*, 52, assume a forma de uma carta fisiológica de vinhos.

“O vinho é quente e seco...” (52, 1-2) propõe o hipocrático, deixando a impressão inicial de uma potência genérica típica do vinho. Essa impressão não resiste mais que um instante. Logo a seguir, o tratadista passa a descrever a multiplicidade de efeitos atribuíveis aos diferentes tipos de vinhos. Listemo-la aqui (3-37):

- a) dos vinhos, os escuros e amargos são mais secos; [...] secam por seu calor, ao consumir a umidade do corpo;
- b) os escuros suaves são mais úmidos;
- c) os escuros doces são mais úmidos e mais fracos;
- d) os brancos amargos aquecem, mas não secam;
- e) os brancos e os doces leves [...] resfriam, reduzem e umedecem o corpo;
- f) os vinhos ácidos resfriam, umedecem e reduzem o corpo: resfriam e reduzem ao esvaziar o corpo de sua umidade; umedecem por causa da umidade que entra com o vinho;
- g) o vinagre é refrescante, porque consome, ao dissolver, a umidade do corpo;
- h) o mosto aquecido até reduzir-se a um terço (*hepsêma*) aquece e umedece [...]: aquece porque vinhoso, umedece porque nutritivo;
- i) o mosto extraído de uvas já esmagadas (*truges stemphulitides*) umedece [...] porque o vinho doce e novo (*gleukos*) faz o mesmo.

Temos à disposição do médico nove tipos de vinho, provocando efeitos não apenas variáveis como também opostos, ora ressecando, ora umedecendo, ora esquentando ora refrigerando. Diante de tal multiplicidade de potências vinícolas, faria ainda algum sentido creditar ao vinho e a seus usos e abusos algum mérito ou demérito que lhes sejam próprios e independam dos usos particulares e das características singulares de cada bebida? Retornemos

um passo e interroguemos novamente as concepções gerais da farmacologia hipocrática, tais quais expostas no segundo livro das *Epidemias* (3, 2).

Conhecemos as características das drogas e que tipo de efeito delas resulta: não quadram bem todas às mesmas circunstâncias, mas cada uma convém a uma condição [...] ademais são variáveis: o quanto se prescreve para cada pessoa, em que doenças, quando na doença, a idade, a aparência, o regime, que tipo de estação do ano, que estação do ano, como vem se desenvolvendo a estação etc.

O trecho (que reúne todas as observações necessárias à atuação do hipocrático) estreita o emprego do fármaco à sua particularidade; restringe seu emprego, sua função, o sentido – benéfico ou maléfico – mesmo de seu efeito, enfim, tudo que lhe concerne, **à situação e oportunidade específicas em que deve ser utilizado**, ou seja, ao *kairos*. Nenhuma concessão à generalidade, nenhum espaço intelectual para um efeito mecânico único e geral. O hipocrático, como sempre, permanece navegando em paz de espírito com sua bússola defeituosa e incapaz, estado que, quando se apresenta, atormenta o contemporâneo e o impele para procurar reduzir o mundo a uma esfera de certezas mecânicas, gerais e abstratas.

Como não poderia deixar de ser, o vinho participa da textura habitual da noção hipocrática de farmacologia.

Para uns o vinho é nutrição, para outros não o é, [...] conforme a terra e o costume. (*Nutrição*, 33)

Relativamente, tudo é ruim e tudo é bom (44)

Dado ser o vinho elemento fundamental na manutenção da saúde (*Regime na Saúde, passim*), onde poderia residir, pois, algum uso problemático do vinho? O hipocrático da *Medicina Antiga*, ao falar sobre alimentos e fármacos em geral, tangencia o tema:

assim seja dito: ‘beber muito vinho não misturado assim dispõe os homens’; e todos os que conhecem isso viriam a saber que responsável (aitios) por isso é tal potência do vinho, e não o vinho em si. (20, 29-32, com a correção sugerida por Jones, 2005: 64)

Será, portanto, a inadequação do uso do vinho (tomado como fármaco ou nutriente) às condições situacionais do paciente que dará a palavra final sobre o efeito a procurar com o vinho. Inexiste, a rigor, um efeito do vinho; existe, pelo contrário, uma diversidade de possíveis efeitos do vinho. É para essa diversidade que deve atentar o médico no emprego judicioso da bebida.

Mas ocupemo-nos de um detalhe da frase acima que habita o núcleo de nossas preocupações. Ainda que inexista um padrão geral para a interpretação e

utilização dos efeitos do vinho, infiltra-se no pensador hipocrático uma condição global na qual o vinho surge como problemático: o excesso. Estamos diante de um problema: o *CH* é capaz de identificar o excesso e sua consequente desproporção como fonte de patologia. No entanto, apesar de fazê-lo cotidianamente, não confere ao vinho um nicho específico na produção desses excessos (muito menos aos comportamentos, campo da ética). Pelo contrário, como vimos, dá preferência pela descrição das particularidades, da variabilidade situacional do vinho em detrimento de sua globalidade – o fato de todos esses vinhos serem passíveis de excessos. Excessos que jamais estiveram ausentes da Grécia em que viveram esses médicos (cf. Oribásio, 1851, V, 7). Como entender, mais uma vez, o silêncio sobre a embriaguez diante da importância da concepção de excessos e da sua obviedade em relação aos vinhos? Por que, enfim, essa preferência pela classificação dos vinhos segundo suas particularidades? Com que categorias, enfim, enfeixar os excessos?

Retomemos nossa carta de vinhos, procurando reduzir sua diversidade aos seus elementos comuns. Assim procedendo, teremos novamente diante de nós as características qualitativas encontradas por todo o *CH*. Será, enfim, em termos de *secura*, *umidade*, *calor* ou *frio* que todos os vinhos são entendidos em seus efeitos e potências. Assim, recoloquemos a questão acima, transferindo o sujeito de seu interesse do vinho para suas qualidades. Fica assim colocado o problema: há evidências de que o *CH* se preocupa com os excessos e desequilíbrios das qualidades fundamentais do homem? Com a palavra, o livro de aforismos, V, 16, discorrendo sobre o calor:

O calor assim causa os seguintes danos a quem dele sofre: ...debilidade dos nervos (*neurôn akrateian*), entorpecimento da atividade mental (*gnômês narkôsin*), ... o que leva à morte.

Ora, estaríamos em condições de negar essa sintomatologia aos abusadores do álcool? Porém, o calor é igualmente precioso elemento de cura, pelos mesmos motivos. Ou melhor, por parte deles, como por exemplo:

o calor que supura, e isso o calor não faz em toda lesão, é o maior sinal de segurança... (V, 22, 1-2)

O mesmo calor, que tem a potência de entorpecer o espírito, serve aqui como instrumento de cura, dadas as condições da doença. Isso ocorre porque o calor contra-ata os efeitos de seu oposto, o frio, que

...<causa> convulsões, tétano, enegrecimentos e calafrios febris. (V, 17)

Nessa passagem, encontramos, sempre em condições situadas e dependentes da ocasião, a

expressão clara de um excesso. Entretanto, esse excesso nem sequer é ligado ao uso do vinho ou de outra substância, mas **ao emprego desmedido da qualidade do calor**. É, portanto, ao último que visa o olhar do hipocrático; é o calor o elemento final a responsabilizar pelo excesso.

Essa separação entre calor substancial e vinho acessório agora se explica com certa facilidade. O calor, um dos elementos ativos irredutíveis da natureza, não pode ser completamente identificado com o vinho. Acabamos de ver como há mesmo vinhos que são frios e úmidos. Assim, jamais um uso abusivo de vinho, *tout court*, poderia ser objeto de interesse (ou mesmo de captação intelectual) do hipocrático. Sendo o vinho um mero elemento delegado, um veículo contingente das qualidades da matéria, o núcleo do problema transfere-se do vinho em geral para o tipo de vinho em relação ao tipo de doença, dentro do tipo de constituição do indivíduo e da estação do ano. Econômico, o hipocrático foca seu interesse no coração humoral do problema da causação das doenças, deixando de lado a investigação dos seus eventuais portadores, como o vinho. Rigorosamente, dir-se-ia que o hipocrático seria capaz de diagnosticar um desequilíbrio típico do uso abusivo de alcoólicos na dieta. Contudo, indo direto ao ponto relevante, examina essa desproporção em termos de calor, limitando seu interesse aos vinhos quentes.

Esse calor, contudo, obviamente, não pode ser creditado exclusivamente ao vinho. Todos os elementos do cosmos que, por características próprias, possuam homologia qualitativa em relação aos vinhos quentes, poderiam implicar-se igualmente na gênese das acima mencionadas dificuldades oriundas do calor excessivo. O vinho, a despeito da relevância como instrumento prático do sistema hipocrático, não tem a prerrogativa de ser o último a assinar a responsabilidade do engendramento das doenças. A tendência à inespecificidade das causalidades surge também no capítulo dos vinhos. Perseguir a aparição dos onipresentes elementos naturais é uma tarefa titânica incumbida ao médico hipocrático, como se vê no livro primeiro do *Regime* (2, 1-14):

...Digo que quem pretende escrever corretamente sobre o regime humano deve antes de tudo conhecer e saber reconhecer a natureza do homem: conhecer qual a sua constituição primária e saber reconhecer por que partes é controlada; pois, se não conhecer a constituição primária, será incapaz de conhecer o que provém dela, e, se não conhecer o que detém controle soberano no corpo, não será capaz de administrar o que convém ao homem. É, pois, isso que o escritor deve conhecer e, depois, a potência de toda comida e bebida que compõe o nosso regime, tanto a potência que tem por natureza quanto a potência que tem por necessidade e ofício humano.

A causalidade específica: rudimentos de patologias da embriaguez

A despeito das preferências de seu sistema de pensamento, existe no *CH* também espaço para uma compreensão causal mais estrita das doenças, nos moldes do entendimento médico contemporâneo. Exercitemo-nos por esses textos patronos de nossa contemporaneidade, exercício este que só pode ser realizado em toda sua fecundidade neste momento, projetado sobre as ponderações anteriores. O exame em separado dos apontamentos do *CH* ligados à causalidade específica da embriaguez e do vinho na produção de doenças, realizado sem as considerações anteriores, poderia levar ao anacronismo de tomá-los no sentido que a contemporaneidade o faz, ou seja, sem a presença regente de um sentido universal de **totalidade, proporção e adequação**. São estes três princípios que fazem com que se possa entender também a causalidade específica do vinho e da embriaguez no sistema hipocrático. Ocioso dizer que, mesmo nas suas reflexões causais estritas, o autor hipocrático faz ressoar sua visão de mundo. Identifiquemos as doenças particulares nas quais o vinho imoderado atua como agente causal, começando pelas doenças hepáticas:

I) Doenças hepáticas

É nas afecções do fígado que a embriaguez sulca suas marcas mais frequentes. São três as entradas do vinho no catálogo hepático do tratado *Afecções Internas*:

- a) “Outra <doença> do fígado: [...] essa doença incide mais no verão; advém sobretudo por ingestão de carne bovina e por embriaguez (*ex oinophlugies*), pois ambas são mais hostis ao fígado **nessa estação...**” (28) (grifo nosso).
- b) “Outra icterícia: ocorre **no inverno** por embriaguez (*ek methês*)...” (36) (grifo nosso).
- c) “outra icterícia: chama-se “comum” (*epidêmios*) porque ocorre em **qualquer estação do ano**; advém sobretudo da repleção e da embriaguez (*apo plêsmonês* [...] *kai methês*) **quando** <a pessoa> tem calafrios” (37). (grifo nosso).

Inexistem hesitações a respeito da eficiência causal da embriaguez sobre a lesão hepática. Entretanto, o critério fundamental para a catalogação diferencial das patologias é novamente o momento da ação eficaz da alcoolização. A ocasião em que se dá a embriaguez – ou exatamente a ausência desse momento – faz com elas sejam diferentes entre si. Não fica autorizado ao médico avalizar a causalidade alcoólica da doença sem levar em consideração a conjunção de fatores nutricionais, temporais e cósmicos atuantes em sinergia.

Agora, observemos outros dois tipos de afecção em que há causalidade específica:

II) Doenças pulmonares

a) Erisipelas

Numa primeira apresentação das doenças pulmonares, retrata-se associação entre embriaguez e a doença:

Se surgem erisipelas no pulmão, <isso> se dá sobretudo por embriaguez (*ap’ oinophlugias*)... (*Afecções Internas*, 6)

Numa segunda entrada, esboça-se a fisiologia da associação identificada:

Surgem erisipelas no pulmão quando o pulmão se resseca em demasia, e <o pulmão> se resseca em demasia por ardor, febres, esforço e intemperança (*akrasia*). (*Doenças I*, 18)

b) Pleurisia e pneumonia: nesse item, desfia-se um maior detalhamento da fisiologia do adoecimento:

Assim advêm a pleurisia e a pneumonia: pleurisia: quando bebidas quentes e fortes são ingeridas em exagero, o corpo se aquece e umedece por causa do vinho ☐ sobretudo a bile e a fleuma se aquecem e umedecem. (26)

Pneumonia: quando, uma vez alteradas e umedecidas a fleuma e a bile, o pulmão <as> atrai para si, [...] <isso> aquece todo o corpo e produz dor... (27)

III) Delírio (*paraphronesis*)

Quanto ao delírio (não tomado em sua acepção técnica moderna), afirma-se que, com base nos antecedentes dietéticos de toda sorte, é possível prognosticar seu aparecimento: “...se esses homens se embriagam, comem carne, passam insones ou têm contato irrefletido com o frio ou o calor, muito se espera que delirem (*paraphronêsai*) por causa desses regimes.” (*Prorrético II*, 2)

No embrião de fisiopatologia ensaiado nesses excertos, sobre doenças pulmonares e delírio, observamos já a transição habitual do pensamento hipocrático, derivando o interesse do agente acessório – vinho, embriaguez – para a qualidade essencial, o calor, frio, umidade ou secura, estes verdadeiramente implicados na produção da doença. Se na investigação das patologias hepáticas, o *kairos*, o momento temporal circunstante é relevante na determinação da atuação eficiente da embriaguez, nas duas últimas, importa enfatizar a redução dos agentes às suas essências. Tanto lá como cá, nos pontos de causalidade específica do *CH*, reencontramos os princípios que iluminam todo o *Corpus*. A existência de regiões nas quais a causalidade é entendida de maneira parcialmente

mecânica não infirma as teses acima sugeridas. Antes, ela as confirma, lembrando o leitor como jamais a noção de causalidade em Hipócrates tem supremacia sobre as outras dimensões da temporalidade.

Conclusões

Já temos condições de caminhar para algumas conclusões. A antropologia hipocrática dissolve o humano na textura global do cosmos. As mesmas fibras que compõem a trama do mundo fornecem a derradeira amarra do humano, de modo tal que investigá-lo não passa necessariamente por um deslizamento radical da investigação da *physis* do todo cósmico. Embora o médico hipocrático procure instalar as concepções dos filósofos pré-socráticos na empiria da técnica, suas categorias e seu procedimento intelectual irmanam-se com o campo da física, repercutido continuamente. O homem hipocrático é o palco de um irrequieto bailado de composições naturais harmônicas que, rebelando-se contra e reencontrando-se com a forma, negam-se a condensar-se em ponto de apoio definitivo; negam-se a abandonar a mobilidade do mundo em prol de uma estabilidade confortável. Mundo simultaneamente evidente e oculto: a evidência total das qualidades universais derrete-se sob a batuta concertante de um movimento velado, pois ditado pela natureza cujos desígnios seguem inacessíveis ao olhar humano.

Essa potência irreduzível da natureza, que apenas lá e cá se deixa capturar e fixar por meio dos sempre enigmáticos aforismos, isola o sábio de qualquer veleidade de saber definitivo. Esse é o destino dilacerante da medicina hipocrática: a ambição médica deve deixar-se acompanhar da resignação a uma prática cujos limites estão na decifração de um poder maior e secreto diante do qual cumpre curvar-se. O médico hipocrático soube formular sua limitação com todas as letras:

A medicina não faz a mesma coisa agora e daqui a pouco: faz coisas contrárias no que tange à mesma <doença> e <faz> essas coisas contrárias para as mesmas pessoas. (*Lugares no Homem*, 41)

A natureza-mestra, fluida, inconstante, de certo modo adirecional e por completo aberta em suas finalidades, delega ao médico a posição de eterno aprendiz da sua técnica, jamais sintetizável em um rigor formal definitivo. A fraqueza da antropologia hipocrática nos interessa diretamente. Tanto na preservação da saúde – tema preponderante da coleção – como na sua recuperação, o humano deve, ao reconhecer-se como parte integrante da natureza, procurar assumir, pela via do seu *êthos*, a melhor composição por aquela sugerida. O tema do médico é uma agenda da natureza, não dos homens. É essa a função dos regimes: dotar do equilíbrio

momentâneo o mais adequado a composição humoral humana. Esse objetivo guarda em si, à primeira vista, uma aparente contradição, pois faz com que, ao mesmo tempo, o humano seja objeto menor que a natureza - será ela a ditar as regras - e maior que a natureza, pois daquele *êthos* depende o poderio de execução da partitura cósmica. O grau de complexidade exigido pelos regimes é tal que leva a pensar que, para segui-los à risca, o indivíduo devesse ser dotado de uma enorme força de vontade, impondo-se férrea autodisciplina para amoldar-se à natureza a que pertence inelutavelmente. Assim, resulta curioso que a vontade humana – o instrumento por excelência da realização eficaz das leis naturais – não tenha qualquer papel no *CH*. A coleção de tratados toma a vontade necessária à execução de suas prescrições como fato dado, como fator periférico embora reluzente. Não se trata, em ponto algum do olhar hipocrático, de discutir a capacidade humana para execução da miríade de tarefas propostas cotidianamente.

No entanto, mesmo quando atua no âmbito da presunida liberdade de ação, o humano é regido pela natureza. Como um imperativo categórico reverso, pode-se afirmar que a vontade humana é livre para adaptar-se aos ditames da natureza. Assim, esse *êthos* agrilhado, caso seja um problema, não será do campo do médico. A exclusão da ação voluntária, imprescindível para o sucesso da medicina, é uma das consequências que tocará imediatamente o problema da embriaguez.

Ora, o estado de embriaguez alcoólica é, necessariamente, um tema da vontade humana. Inconcebível para o médico hipocrático (e concebível para a medicina, do ponto de vista histórico, apenas tardiamente, e mesmo assim de maneira tangencial, com a obra de Bruhl-Cramer, (Kielhorn, 1996)) que o ato de embriaguez pudesse ser involuntário. Embriagar-se é fruto de decisão livre e, conseqüentemente, escapa, do ponto de vista substancial, do escopo investigativo do médico grego antigo. É tema, enfim, da agenda humana. O desequilíbrio produzido pelo corpo excessivamente aquecido ou ressecado interessa ao *CH*, mas os meios dietéticos específicos de seu engendramento – como os derivados do vinho – fazem-se dignos de nota apenas secundariamente. O tratamento que os vocábulos relacionados à embriaguez pelo vinho recebem ao longo do *CH* dão testemunho dessa condição; ou melhor, a indiferenciação com que os vocábulos são tratados. *Akrasia*, *oinophlugia*, *methê*, *thôrêksis*, *poluposia*, são utilizados no *CH* de modo bastante corriqueiro, não autorizando a pensar que os seus autores buscassem distinguir significações dentre eles. Todos os usos tendem a confluir para a noção de um estado indeterminado de alteração mental ou comportamental produzido diretamente pela ação do vinho. Contrariamente ao que ocorre com os vinhos em relação às suas qualidades, a

virtude do detalhamento do *CH* não parece se interessar por dissecar as diferenças nos efeitos mentais ou comportamentais vinícolas. Como sempre, o humano como manifestação das qualidades da natureza soterra o humano como manifestação subjetiva, mesmo se patológica. Essa cassação de qualquer menção nuclear ao subjetivo humano, esse banimento da força do exclusivamente humano, o apagamento das fronteiras entre humano e natureza, com supremacia desta em detrimento daquele, jamais poderiam permitir a introdução do tema da embriaguez como patologia autônoma no perímetro iluminado pelo olhar do médico helênico. No limite, as categorias hipocráticas jamais conseguiram enxergar o humano como fenômeno integral.

A fraqueza do humano como sujeito titular de sua ação, não consegue, contudo, unilateralmente, explicar a cegueira do *CH* para o tema da embriaguez e suas patologias. É necessário explorá-la pela vertente temporal. Como lembra Pigeaud (2006a, p.33), a medicina grega tratou "... de maneira original e inventiva, as questões da forma do tempo". O *Corpus* assenta-se sobre uma temporalidade finalista e aberta, fitando um infinito indefinido e de complexo acesso ao saber e ação científicos. Essa primazia dada à temporalidade aberta prepara e treina o olhar hipocrático para o movente, para o circunstancial e transitório revelado no presente do *kairos*, deixando estreito espaço para aquilo que se oriente pela regularidade ou estabilidade das causalidades. A etiologia não foi grande preocupação do hipocrático e, quando o foi, dissolveu-se na vagueza do sentido dado à causalidade (Vegetti, 1999, pp. 279 ss.). Menos do que leis regulares, o *CH* parece buscar princípios expressos em um presente premonitório para espreitar a natureza fugidia. Armado por uma objetiva capturante de movimentos, o diafragma hipocrático tampouco consegue repousar sobre uma categoria necessariamente estável como a nossa concepção contemporânea de patologia alcoólica. Calores e frios, securas e umidades, uns transformando-se nos outros, colidindo entre si ou buscando pacificação, revelando-se em presente quase profético, são os elementos visíveis para as retinas hipocráticas: nunca uma categoria específica e independente, demasiadamente humana, determinada por uma única causa eficiente, separada das demais condições com as quais necessariamente se compõe. Tal categoria pareceria aos olhares hipocráticos quase como uma quimera, longe do interesse do verdadeiro saber. Para quem se constitui como intérprete do desequilíbrio concertante, o equilíbrio conceitual rígido soa disforme. A opção hipocrática pela indeterminação conceitual é tamanha que mesmo um dos principais herdeiros intelectuais de sua escola, Galeno, cerca de sete séculos depois do início do *CH*, queixa-se dessa obscuridade (*Sobre a Bile Negra*, Kühn V, 104,

8 - 105.3) e procura superá-la, descrevendo os sintomas e causas das doenças, das quais tampouco fizeram parte os problemas da embriaguez.

O trânsito do tempo hipocrático não é o do desenvolvimento do particularmente humano, firmado em termos de historicidade, de articulação entre um presente, passado e futuro singulares distendendo-se no tempo. Esta modalidade essencialmente biográfica, de uma temporalidade do humano em relação consigo mesmo, inexistente no *CH*. A temporalidade hipocrática desconhece esse ponto de fixação que estreita a amplitude do tempo. Ela é uma abertura absoluta desprovida de uma direcionalidade qualquer que não o equilíbrio e desequilíbrio constantes da natureza. É por esse motivo que, como vimos, a ênfase do pensamento hipocrático recai acima de tudo no presente atual e em movimento. As categorias da progressão da temporalidade no *CH* pertencem antes às da transição da natureza que às das sedimentações da biografia. Sem esse ponto fixo da biografia, ou, em outras palavras, da realização humana como ser autônomo, inexistente campo para um interesse especial pela embriaguez e suas alterações (Nota: nesse ponto, há uma radical diferença entre o *CH* e o *Corpus Aristotelicum*, a explorar em outro artigo).

O humano embriagado jamais foi captado pelo hipocratismo como representante de um estado de ser: permaneceu registrado como alguém excessiva e temporariamente posicionado em uma determinada qualidade humoral. Pelos mesmos motivos, escapa totalmente ao pensamento hipocrático que um embriagado contumaz pudesse ser alvo de algum tratamento médico, entendido como a supressão de um estado patológico. Para o embriagado, no máximo conviria uma gradual recolocação do equilíbrio humoral.

A embriaguez é causa eficiente parcial e débil, fruto de uma ação voluntária humana e, em consequência, está fora da jurisdição do médico; a embriaguez é mero elemento transitório de atualização da qualidade essencial a que se submete; por fim, a embriaguez patológica seria uma categoria ética estável refletindo um estado de coisas definidas pela relatividade da história humana. Esses três motivos determinam que a embriaguez como patologia seja gigantesca carência no *CH*, cuja estrutura de pensamento sempre se voltou à temporalidade natural. Esse paradigma de incúria com o tema das patologias da embriaguez determinou o *modus operandi* de abordagem do tema por mais de dois mil anos de cultura ocidental, sendo rompido apenas a partir do advento do ideário iluminista (Levine, 1978) - inclusive no Brasil (Melo Franco, 1794) - , quando a estrutura de pensamento clássica vai sofrendo alterações até condensar-se em uma nova visão de mundo, com a noção de degenerescência (Bynum, 1984). A partir dela, o conceito de *Alcoolismus Chronicus* nasce em

1849 com Magnus Huss e dissemina-se pelo pensamento médico (Santos, 2006).

Em síntese, situando o leito de seu pensamento em uma temporalidade predominantemente finalista, aberta e direcional, dentro da qual o ser humano é nada além de um *homo natura*, a medicina hipocrática não enxergou a embriaguez como patologia. A investigação no *CH* dos

problemas e patologias da embriaguez demonstra como o recorte epistemológico pode jogar na penumbra o saber sobre os efeitos de um hábito relevante em uma cultura. Demonstra que mais importante do que o fato é a sua captação; ou, mais rigorosamente, o fato é a sua captação e, como tal, relativo e sujeito a variações na correnteza da História.

Referências

- Bynum, W. F. (1984). Alcoholism and degeneration in 19th century European medicine and psychiatry. *British Journal of Addiction*, 79 (1), 59-70.
- Cairus, H. (2003). “A arte hipocrática entre o lógos e a praxis”, *Terceira Margem*, VIII (9), pp. 9-17, [en línea], disponible en: http://www.letras.ufrj.br/ciencialit/terceiramargemonline/numero09/NUM09_2003.pdf [consultado el 26/08/2015]
- Cairus, H. y Alcina, J. (2007). “A alimentação da dieta hipocrática”, *Classica (Brasil)*, 20 (2) pp. 999-999, [en línea], disponible en: http://www.letras.ufrj.br/proaera/classica_2010.pdf. [consultado el 26/08/2015]
- Darbo-Pechanski, C. (2009). Ordem do corpo, ordem do mundo: *aitia, tekâmêrion, historion* nos tratados hipocráticos do fim do século V antes de nossa era. En: Peixoto, M. C. D. (ed.), *A saúde dos antigos. Reflexões gregas e romanas* (pp.43-53). São Paulo: Edições Loyola.
- Eijk, P. V. (2009). Os conceitos de saúde mental na medicina e na filosofia gregas do século V e IV a.C. En: Peixoto, M. C. D. (ed.), *A saúde dos antigos. Reflexões gregas e romanas* (pp.11-32). São Paulo: Edições Loyola.
- Frias, I. (2005). *Doença do corpo, doença da alma. Medicina e filosofia na Grécia clássica*. São Paulo: Edições Loyola.
- Galen y Karl Gottlob Kühn. (1826). *Claudii Galeni Opera omnia*. Editionem curavit. Lipsiae, Car. Cnoblochii.
- Henriquez, F. F. (2004[1731]), *Âncora medicinal. Para conservar a vida com saúde*, São Paulo: Ateliê Editorial.
- Hippocrates. (2004). *The Loeb Classical Library*. Vol I. Cambridge: Harvard University Press.
- (2005). *The Loeb Classical Library*. Vol IV. Cambridge: Harvard University Press.
- (1988). *The Loeb Classical Library*. Vol V. Cambridge: Harvard University Press.
- (1988). *The Loeb Classical Library*. Vol VI. Cambridge: Harvard University Press.
- (1994). *The Loeb Classical Library*. Vol VII. Cambridge: Harvard University Press.
- *The Loeb Classical Library*. Vol VIII (1995), Cambridge, Harvard University Press.
- Jones, W. H. S. (2005). Introduction. En: Hippocrates (ed.), *The Loeb Classical Library*. Vol IV. Cambridge: Harvard University Press.
- Jouanna, J. (2012), Wine and medicine in Ancient Greece. En: *Greek Medicine from Hippocrates to Galen*. Leiden-Boston, Editado por EIJK, Philip van der; traduzido por ALLIES, Niel, Brill, pp. 173-194 [publicado originalmente em *Revue des Études grecques* 109 (1996), 54-64, com o título “Le vin et la médecine dans la Grèce ancienne”].
- Kielhorn, W. F. (1996). The history of alcoholism: Brühl-Cramer’s concepts and observations. *Addiction*, 91 (1), 121-128.
- Lain Entralgo, P. (1970). *La medicina hipocrática*. Madrid: Alianza Editorial.
- Levine, H. G. (1978). The discovery of addiction. Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 39 (1), 143-174.
- Long, A. (1999). The scope of early Greek philosophy. En: *The Cambridge Companion to Early Greek Philosophy* (pp. 1-21). Berkeley: Editado por LONG A, Cambridge University Press.
- Marramao, G. (2008). *Kairós: Apología del tiempo oportuno*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Melo Franco, F. (1994). *Medicina Teológica*. São Paulo: Giordano. Publicação original em 1794.
- Oribasio (1851). Oeuvres d'Oribase: texte grec, en grande partie inédit, collationné sur les manuscrits/ traduit pour la première fois en français, avec une introduction, des notes, des tables et des planches par les docteurs Bussemaker et Ch. Daremberg/ tome 1”. Paris, L’Imprimerie National. [en línea], disponible en: <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/?p=417&cote=34860x01&do=page>
- Peixoto, M. C. D. (2009). Kairos e metron: a saúde da alma na terapia do corpo. En: Peixoto, M. C. D. (eds.). *A saúde dos antigos. Reflexões gregas e romanas* (pp. 55-66). São Paulo: Edições Loyola.
- Pigeaud, J. (2006a). *La crise*. Nantes: Éditions Cécile Defaut.
- (2006b). *La maladie de l’âme. Étude sur la relations de l’âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique*. Paris: Les Belles Lettres.
- Santos, F. S. (2006). Bêbados e alcoólatras, medicina e cotidiano. En: Nascimento, D. R., Carvalho, D. M., Marques, R. C. (eds.). *Uma história brasileira das doenças* (pp. 64-91.). Rio de Janeiro: Mauad.
- Simon, B. (1978). *Mind and madness in ancient Greece. The classical roots of modern psychiatry*. Ithaca e Londres: Cornell University Press.
- Sournia, J. C. (1986). *Histoire de l’alcoolisme*. Paris: Flammarion.
- Vegetti, M. (1999). Culpability, responsibility, cause: Philosophy, historiography, and medicine in the fifth century. En: *The Cambridge Companion to Early Greek Philosophy* (pp. 271-289), Editado por LONG A. Cambridge, University Press.
- Wiesemann, C. (2000). *Die heimliche Krankheit: Eine Geschichte des Suchtbegriffs*, Stuttgart: Bad Cannstatt.



O DIREITO À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA NO MERCOSUL

A fraternidade como possibilidade de garantia de direitos sociais

The Right to Primary Healthcare in MERCOSUL: the Fraternity as a Possibility of Social Rights
Guarantee

SANDRA REGINA MARTIN, MARIA ISABEL BARROS BELLINI

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

KEY WORDS

*Right
Health
Frontiers
Fraternity*

ABSTRACT

This article discusses health as a fundamental and universal right therefore not limited to border demarcation, races and / or any other indicator . The analysis Locus is MERCOSUL- international organization between Brazil, Argentina , Paraguay and Uruguay established in 1991 to facilitate the integration of economic policies between these countries, it is associated with Chile and Bolivia. Discusses the importance of resizing the limits of law in today's society , for which the "frontier" is at the same time limits and possibilities between these to promote access to primary care as a bridge to the execution of other social rights thus breaking with traditional dimensions of the border or transfrontier idea where the right ended at the dividing line between one country and another.

PALAVRAS-CHAVE

*Direito a Saúde
Fronteiras
Fraternidade*

RESUMO

Este artigo aborda a saúde como direito fundamental e universal portanto não limitado a demarcação de fronteiras, raças e/ou qualquer outro indicador. O Lócus de análise é o MERCOSUL -organização internacional entre Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai criada em 1991 para facilitar a integração de políticas econômicas entre estes países, tem como associados o Chile e Bolívia. Discute a importância de redimensionar os limites do direito na sociedade atual, para a qual a "fronteira" representa, ao mesmo tempo limites e possibilidades entre estas o de promover o acesso à atenção básica como uma ponte para a efetivação de outros direitos sociais rompendo assim com as dimensões tradicionais da ideia de fronteira ou transfronteira onde o direito terminava na linha divisória entre um país e outro.

Introdução

O direito não reside nos conceitos mas na comunidade, nos grupos, no exercício concreto do poder e da influência na religião, na vida econômica, na opinião pública. (Resta, 2015)

Este artigo propõe uma reflexão sobre a saúde, como direito fundamental e universal, portanto não limitando essa reflexão à demarcação de fronteiras, raças e/ou qualquer outro indicador que possa negar o acesso a esse direito que nada mais é do que o direito à vida. Delimita-se à Atenção Básica - a qual no sistema de saúde brasileiro é a porta de entrada a rede de saúde- nas zonas de fronteira. A importância das zonas de fronteira se confirma pelo fato do Brasil ser fronteiro com 10 outros países, são eles Guiana Francesa, Suriname, Guiana, Venezuela, Colômbia, Peru, Bolívia, Paraguai, Argentina e finalmente Uruguai, o que define uma área de 23.086 km de fronteiras.

Frente a isso o desafio está em (re)dimensionar os limites do direito na sociedade atual, para a qual a “fronteira” representa, ao mesmo tempo, um limite e uma possibilidade. A vida e o direito nas fronteiras não são mais unicamente locais de guerras, disputas, de exploração sexual ou da criminalidade organizada, ainda que durante muitos anos esta tenha sido a realidade da transfronteira. A realidade tem mostrado que é possível um outro tipo de vida, no qual o acesso à atenção básica pode se apresentar como uma ponte para a efetivação de outros direitos sociais. O direito à saúde é um bem da comunidade e no Sistema Único de Saúde/SUS é considerado universal o que impõe uma ruptura das dimensões tradicionais da ideia de fronteira ou transfronteira onde o direito terminava na linha divisória entre um país e outro. Esse artigo se ampara nos pressupostos do Direito Vivo e da Metateoria do Direito Fraternal para análise do direito a atenção básica em Saúde no MERCOSUL o qual se configura desde 1991 como uma organização internacional constituída por Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, a fim de elaborar políticas de integração econômica e aduaneira entre esses países, tem como associados Chile e Bolívia.

Metateoria do direito fraternal e do direito vivo

Encheram a terra de fronteiras, carregaram o céu de bandeiras. Mas só há duas nações – a dos vivos e dos mortos. (Couto, 2016: pp. 14)

É possível vincular direito, saúde e fraternidade? Como a saúde pode contribuir para romper barreiras disciplinares e barreiras geográficas? Na sociedade contemporânea, precisamos

continuamente desconstruir fronteiras historicamente construídas (Oliven, 2006: pp. 157). Estas foram construídas com muitas lutas, a custo de muito sangue derramado e não necessariamente com a concordância, necessidade ou desejo da população que vivia nestas zonas em disputa¹. Se impunha definir quem era o proprietário da terra, para assim explorá-la até onde fosse possível. Atualmente a necessidade constante é de ultrapassar as fronteiras em sua maioria demarcadas pelas formas históricas de discriminação e produção constante de desigualdade social e não pela natureza e pensar na unificação: os eventos e fenômenos sociais requerem a superação de limites e demarcações e sim a criação de um coletivo para enfrentamento. Antagonicamente nesta busca de união construímos podemos construir outros limites, como, por exemplo, os da burocracia, que impedem a livre circulação de ideias e de solidariedade. Por isso, neste artigo, o desafio é: apostar no pressuposto da fraternidade, como possível para superar a inimizade e as diversas formas de guerra que se mascaram na sociedade global. Esta fraternidade pode e está presente em várias relações sociais: os sistemas do direito e da saúde operam com este pressuposto, sem, necessariamente, percebê-lo.

Os pressupostos da Metateoria do Direito Fraternal como sustentação para essa reflexão, articulando-os com o sistema da saúde, têm como motivador o desafio/aposta lançada na construção de uma sociedade em que o direito efetivamente possa contribuir para a ruptura de fronteiras que impedem uma cidadania cosmopolita. A fraternidade pode se apresentar como um caminho para consolidação dos direitos fundamentais, pois o resgate deste pressuposto iluminista, ao mesmo tempo em que traz novos desafios, recupera a velha ideia de ver o outro como um outro “EU”; mais do que isso, a fraternidade está fundada na lei da amizade, no compartilhar, no pactuar. Talvez por isso ela tenha ficado *escondida nas masmorras da Revolução Francesa*, mas é preciso resgatá-la, e a saúde é, sem dúvida, um bom *lugar* para desvelar este pressuposto. *La fraternità è stata la grande promessa mancata della Rivoluzione Illuministica* (RESTA, 2002: pp. 29)².

A fraternidade retorna com força diante da crise do Estado-nação³ e da necessidade de solidificar

¹ Embora as noções de territórios e de fronteira tenham existido em diferentes momentos históricos, seus significados variam no tempo e no espaço “[...] Desterritorialização é um termo utilizado para designar fenômenos que se originam num espaço e que acabam migrando para outros” (Oliven, 2006: pp. 157).

² “A fraternidade foi a grande promessa não cumprida na Revolução Iluminista”. Tradução Livre.

³ Ainda, segundo Oliven: “Nos últimos duzentos, presenciou-se a formação dos Estados-nação baseados na ideia de uma comunidade de sentimentos e de interesses que ocupa um determinado território delimitado e cujas fronteiras geográficas e simbólicas precisam ser cuidadosamente preservadas. O

uma sociedade cosmopolita, na qual a humanidade é ameaçada somente pela própria humanidade:

L'umanità è come l'ecologia che non è fatta soltanto di fiumi incontaminati e di aria pulita ma anche del loro contrario: l'umanità, si diceva, si può minacciare soltanto da se stessa. Il suo paradosso sta tutto in questa sua dimensione ecologica; così i diritti inviolabili dell'umanità non possono che essere minacciati se non dall'umanità stessa. Luogo e soggetto di un'ambivalenza irrisolta, l'umanità se presenta come portatrice di una sua minaccia ma anche della sua neutralizzazione; lavora per la guerra come per la pace. (Resta, 2002: pp. 29)⁴

Somente na identificação deste paradoxo, damos conta de que a oportunidade de *regular* o mundo só é possível estando no próprio mundo⁵ ou, ainda, cada determinação de mundo apenas pode ser realizada na sociedade e só por meio desta. Do mesmo modo, a indeterminação do mundo significa que este pode ser determinado sempre de modo diverso: historicamente, o mundo vem sendo delimitado, medido, dividido e apropriado. Esta história pode ser alterada; é preciso entender a sociedade como um local possível de transformação social. As fronteiras fazem parte desta sociedade em que os eventos ocorrem de modo simultâneo, independentemente das vontades individuais e locais, mas influenciam diretamente nosso cotidiano. Assim, as *ameaças* fronteiriças podem ser resolvidas no próprio espaço, pois, fora dele, qualquer solução será inadequada. Não temos dúvidas da ambivalência da vida em territórios que confinam. Por isso, a política pública deverá superar esta situação buscando novos caminhos. Não basta reafirmarmos a impotência dos mecanismos estabelecidos; é necessário transformar esta ambivalência em algo positivo.

Estado-nação tende a ser contrário à manutenção de diferenças regionais e culturais, exigindo uma lealdade à ideia do país. O conceito de Estado-nação está sendo afetado pela compreensão do tempo e do espaço, na medida em que a velocidade da informação e dos deslocamentos se intensifica e faz com que as mudanças se acelerem cada vez mais". (Oliven, 2006: pp. 165)

⁴ "A humanidade é como a ecologia, que não é somente feita de rios limpos e de ar puro, mas também do seu contrário: a humanidade, dizia-se, só pode ameaçar-se por si própria. O seu paradoxo está todo nesta sua dimensão ecológica; assim, os direitos invioláveis não podem ameaçados senão pela humanidade mesma. Lugar e sujeito de uma ambivalência não resolvida, a humanidade apresenta-se como portadora de uma ameaça, mas também de sua neutralização; trabalha para a guerra assim como para a paz." Tradução livre.

⁵ Veja-se o que o Oliven diz a respeito: "[...] À medida que o mundo fica menor, torna-se cada vez mais difícil se identificar com categorias tão genéricas como Europa, mundo etc. É natural, portanto, que os atores sociais procurem objetos de identificação mais próximos. Somos todos cidadãos do mundo na medida em que pertencemos à espécie humana, mas necessitamos de marcos de referência que estejam próximos de nós. Experimentamos a mesma dificuldade que tem uma criança em entender o que é um mapa do mundo e por que sua casa não está representada nele". (Oliven, 2006: pp. 165)

Tendo presente que, no processo evolutivo, desvelamos paradoxos criando novos, também resolvemos ambivalências criando novas ambivalências. O conceito de fronteiras é muito propício para esta discussão, como podemos observar através desta definição:

As zonas fronteiriças são zonas de empréstimos e apropriações culturais e, por isso, um lugar privilegiado para a compreensão do fenômeno migratório internacional. Essas fronteiras tanto podem se configurar como lugar de controle como de transgressão, seja das fronteiras geopolíticas, seja das fronteiras culturais e da subjetividade (Rodrigues, 2006)

Esta definição remete-nos à reflexão sobre os aspectos positivos que podemos identificar nestes espaços de *empréstimos e apropriações* culturais. É frequente encontrarmos, nas cidades que fazem fronteira com o Brasil, um *terceiro* idioma: oportunhol, uma forma de apropriação encontrada pelos habitantes dessas regiões, revelando que, de fato, a fronteira é um lugar onde as subjetividades apresentam-se. A saúde assume, diante da sociedade de mundo, um *status* de "internacionalidade". É a partir disso que se pode pensar em um novo modelo de saúde pública internacional e, diante desses novos desafios, pode-se pensar, também, em um novo paradigma com pilares na solidariedade, na justiça social e na fraternidade, ou seja, a saúde como um bem comum público global, baseado em uma ideia de governança da saúde, pois é inviável pensar que os países integrantes do bloco Mercosul ainda ajam modo isolado nas questões de saúde, levando em conta tão somente os seus sistemas internos de saúde e não a dimensão social das doenças.

Evidentemente, quando tratamos de fronteiras, podemos buscar várias definições, mas é fundamental retornar a ideia originária: a lei da terra é a lei da guerra, o sentido do *nomos* é de apropriação e da produção e da distribuição, que

[...] pone ogni sovranità statale come soggetto di un'apprensione violenta e sottoposta quindi a una rivalità mimética e concorrente di ogni altro Stato. E si tratta di Stato, non di po'polo, che vive di apprensione violenta di un territorio, che transforma ogni Idea di com-fine in fronteira, che include qualcosa prechè esclude, che riproduce al interno ed sporta all'esterno la forma dell'opposizione tra amici e nemiche (Fistetti et al., 2004: pp. 31)⁶

⁶ "Coloca cada soberania estatal como sujeito de uma apreensão violenta e submetida, em seguida, a uma rivalidade mimética e concorrente de cada outro Estado. E trata-se de Estado, não de povo, que vive de apreensões violentas de um território, que transforma cada ideia de confim em fronteira, que inclui qualquer coisa porque exclui, que reproduz em seu interno e

Se, originariamente, as fronteiras representavam este espaço de luta entre amigos e inimigos, hoje podemos ver outras dimensões não violentas da fronteira. Não pode ser mais o *locus* de disputa entre nações, ou, ainda, algo que divide e limita, conforme observa Carvalho:

A ideia de fronteira estabelece uma relação entre duas realidades: de um lado, aquela que reconhecemos e que nos faz sentir protegidos [...] e, de outro lado, a realidade muitas vezes ignorada, não controlada pela inteligência, com componentes maiores de aleatoriedade e que, por esta razão, nos transmite uma sensação de insegurança. A fronteira instala o 'outro' no nosso imaginário. Ao delimitar, ela permite a organização e a identificação de tudo o que divide. E, com isso, define o que nos é próprio e o que não o é, torna-se um ponto de referência para a determinação do que é pertencer a 'nós' e a 'eles' (Carvalho, 2006: pp. 58).

O estudo do direito à saúde por meio desta perspectiva identifica que é preciso ver o outro como um *irmão*, não no sentido religioso, moral ou ético, mas no sentido jurídico-social. Em outras palavras, é preciso entender a sociedade não simplesmente como um todo orgânico integrado por partes, mas como uma sociedade sem fronteiras, na qual os limites territoriais têm um sentido restrito numa sociedade altamente complexa, contingente e paradoxal. Ou, ainda, seguindo as observações de Ihering (Ihering, 2002: pp. 71), a sociedade é uma *organização efetiva de vida para e através dos outros*. Na medida em que a vida em sociedade só é possível através do reconhecimento do outro, é preciso entender as novas implicações sociais disso.

Para o "direito vivo", o direito não se encontra nas proposições jurídicas (genéricas abstratas e sucintas), mas sim na complexidade, na dinâmica, na abrangência e nas particularidades das relações apresentadas na sociedade, tendo em vista que o direito vivo é o que "domina a vida". A complexidade é característica da realidade, o direito positivo não consegue abranger em seu conteúdo essas complexidades. A realidade mostra-se infinitamente mais rica que a descrita pelo direito positivo, logo, ele torna-se antiquado. Querer encerrar ou reduzir todo o direito de um tempo ou de um povo nos parágrafos de um código é tão razoável quanto querer prender uma correnteza num açude.

O que entra não é mais correnteza viva, mas água morta e muita coisa simplesmente não entra. Se além disso se levar em conta que cada uma das leis já estava superada pelo direito vivo no momento em que ficou pronta e cada dia está sendo mais superada, então deve-se reconhecer o

exporta ao externo a forma de oposição entre amigos e inimigos". Tradução Livre.

imenso campo de trabalho, praticamente virgem, que se abre [...]. (Ehrlich, 1986:pp. 374)

Nota-se, assim, que os códigos, no contexto do direito vivo, nascem velhos e tornam-se defasados a cada dia. Segundo o autor, o direito vivo não se localiza no Estado, mas sim na realidade social, ele é fruto da própria sociedade, das organizações sociais e assim torna-se a base da ordem jurídica da sociedade. O direito vivo está contraposto à ordem jurídica vigente e em que pese não esteja fixado em proposições jurídicas, ele domina a vida (Ehrlich, 1986).

A possibilidade de acesso ao direito de ter direito à saúde se dá, em diversos casos, não através do sistema de saúde, mas do sistema judiciário ou, ainda pior, através de favores políticos. Em zonas de fronteira, esta situação é agravada por várias ilegalidades. A ruptura deste paradigma pode se dar através dos pressupostos básicos da Metateoria do Direito Fraternal, os quais passaremos a elencar:

1. É um direito jurado conjuntamente entre irmãos, no sentido da palavra latina *frater*, ou seja, é um direito que não parte da decisão de um soberano (de qualquer espécie), mas é *giurato insieme*. É fundamentalmente um acordo estabelecido entre partes iguais, é um pacto acordado a partir de regras mínimas de convivência. É o oposto do direito *paterno*, imposto por algum tipo de soberano; porém, adverte Eligio Resta, *La coniunratio dei fratelli non è contro il padre, o un sovrano, un tirano, un nemico, ma è per una convivenza condivisa, libera dalla sovranità e dall'inimicizia. Esso è giurato insieme, ma non è prodotto di una congiura*⁷(Resta, 2004: pp. 148).
2. É um direito livre da obsessão de uma identidade que deve legitimá-lo. Para Resta, *"È lontano da un ethnos che lo giustifichi ma pronto a costituire un demos grazie ad un patto"*⁸(Resta, 2004: pp. 149). Desse modo, o direito fraternal encontra-se em um espaço político mais aberto, independente das delimitações políticas e/ou geográficas. Sua única justificativa, no sentido abordado, é a *communitas*.
3. Coloca em questionamento a ideia de cidadania, já que esta, muitas vezes, apresenta-se como excludente; por isso, o direito fraternal centra suas observações nos direitos humanos, na humanidade como um lugar comum. Ainda: *"I diritti umani hanno una dimensione <<ecológica>>*,

⁷ "Conjunctado por irmãos e não contra o pai, ou um soberano, um tirano, um inimigo, mas por uma convivência dividida, livre de um soberania e da inimizade. Isto é, jurado conjuntamente, mas não produto de uma conspiração." Tradução livre.

⁸ "Está longe de um *ethos* que o justifique, mas pronto para construir um *demos* graças a um *pacto*". Tradução Livre.

*sono spazio nel quale le coppie oppositive vengono ricomprese: cio porta alla consapevolezza che i diritti umani possono essere minacciati soltanto dall'umanità stessa...*⁹ (Resta, 2004: pp. 149).

4. Outro fundamento importante para o direito fraterno deriva deste terceiro ponto, no qual se identifica o paradoxo da *humanidade ou desumanidade da sociedade*. Mais do que isso, Resta ressalta que existe uma grande distância entre ser homem e ter humanidade. Este aspecto aponta para a necessidade de uma análise antropológica dos deveres contidos na gramática dos direitos, porque os direitos humanos constituem o lugar da responsabilidade e não da delegação, daí a ideia do cosmopolitismo discutida por Eligio Resta;
5. É um direito não violento, destitui o binômio amigo/inimigo. *Per questo non può difendere i diritti umani mentre li sta violando; la possibilita della sua esistenza sta tutta nell'evitare il cortocircuito della ambivalenza mimética, che lo transforma da rimedio in malattia, da antitodo in veleno*¹⁰ (Resta, 2004: pp. 149). Assim, a minimização da violência leva também a uma jurisdição mínima, a um conciliar conjunto, a um mediar com pressupostos de igualdade na diferença;
6. O sexto pressuposto do direito fraterno é muito complexo, pois elimina algumas "seguranças", alguns dogmas, algumas verdades: *[...] è contro i poteri, de tutti i tipi, di una maggioranza, di uno Stato, di un governo, che, si sa, esercitano dominio sulla <<nuda vita>>*¹¹; (Resta, 2004: pp. 150).
7. É um direito que pretende incluir, busca uma inclusão sem limitações.

Estes são os princípios norteadores destas reflexões que aposta na diferença, com relação aos outros códigos já superados pela sua ineficácia, e que dizem sempre respeito ao binômio amigo-inimigo, enquanto o direito fraterno propõe sua ruptura. Quanto ao *esquecimento/lembrança* da fraternidade: o lugar desta não foi preenchido por outros pressupostos e ficou vago, retornando com força, já que os demais pressupostos da revolução iluminista não conseguiram efetivar políticas

públicas capazes de incluir sem excluir e que só tem sentido em uma sociedade disposta a apostar visto que , *"la solidarietà avvicina mondi mentre la solitudine vive di separazioni e di distanze"* (Resta, 2002: pp. 09)¹².

A fraternidade e a solidariedade colocam em discussão as possibilidades que temos de unificar e reduzir as distâncias e o direito à saúde é um tema que ultrapassa várias fronteiras; quando estas não são superadas e ultrapassadas pelos Estados, deixamos a iniciativa privada determinar os rumos da atenção e da promoção da saúde nestes espaços, não mais locais, mas globais:

[...] que a globalização da vida social tem impactos constitutivos no conceito de saúde que os Estados contemporâneos estão obrigados juridicamente a garantir para seus povos. É – importante notar – tais impactos decorrem não apenas das regras de direito adotadas em foros internacionais, cada vez mais incontornáveis, mas também de exigências técnicas, igualmente inafastáveis. É o próprio conceito de saúde que não pode ser compreendido sem o recurso aos direitos de liberdade, de igualdade e de solidariedade entre os povos e gerações. (Dallari, 2010: pp. 29)

O direito à saúde retoma o conceito de saúde que deve ser compreendido, como afirmam os autores, de uma perspectiva global e democrática. O problema que enfrentamos hoje – um deles – é que a democracia representativa foi privada da democracia econômica as quais deveriam coincidir não permitindo que o *futuro da humanidade* continue sendo decidido pelo FMI ou pelo Banco Mundial (que de *banco mundial* pouco tem...). Como superar este problema? Com os tratados? Com os acordos?

Um dos lugares ou canteiros do direito fraterno pode ser exatamente o espaço da fronteira, no qual os cidadãos vivem e convivem a partir de construções próprias, identificando-se com aquele lugar como seu, onde a democracia, em que pese suas dificuldades, torna-se possível. Onde, também o direito pode apresentar-se de outras formas, nem todas legitimadas pelos Estados fronteiriços, mas formas nas quais as comunidades locais encontraram para resolver seus conflitos jurídicos. Neste ponto retomamos as ideias de Ehrlich (EHRlich, 1986), quando afirma – em várias passagens dos seus textos – que existe uma grande diferença entre as normas do agir e as normas do decidir, os indivíduos nem sempre vivem conforme as regras que são aplicadas para resolver as controvérsias. Assim, temos um direito vivo, onde o direito do Estado ou dos Estados, representa uma pequena parcela do agir em determinadas zonas ou comunidades.

⁹ "Os direitos humanos têm uma dimensão <<ecológica>>, são espaços nos quais os pares opostos estão inclusos: isto leva ao conhecimento de que os direitos humanos possam ser ameaçados somente pela própria humanidade." Tradução livre.

¹⁰ "Por isto não pode defender os direitos humanos enquanto os estão violando; a possibilidade de sua existência está em evitar o curto circuito da ambivalência mimética, que o transforma de remédio em doença, de antídoto em doença". Tradução livre.

¹¹ "É contrário a todos os poderes, de todos os tipos, de uma maioria, de um Estado, de um governo, que se sabe, exercem domínio sobre << a vida nua>>". Tradução livre.

¹² "A solidariedade aproxima mundos enquanto a solidão vive de separação e de distâncias". Tradução Livre.

O Direito Vivo está associado as necessidades dos indivíduos. Além Direito Positivado, cada sociedade tem seu direito vivente onde a formação, deste direito, é constituída não através do poder do Estado, mas através das relações comunitárias.

Entender a complexidade do tema da saúde e do direito à atenção básica em saúde nas fronteiras passa também necessariamente pelo conhecimento dos instrumentos jurídico-normativos que temos. Embora exista uma grande distância entre a criação de uma lei e a sua efetivação, esta é fundamental para que se possa concretizar o direito ao direito à saúde.

Alguns acordos existentes demonstram claramente a necessidade de entender o *locus* fronteiriço por meio de uma perspectiva de efetivação da fraternidade e solidariedade entre a população.

Para dar concretude a essa discussão apresentase inicialmente a Cronologia da Agenda do MERCOSUL e após algumas experiências e acordos efetivados entre Brasil e a Argentina ou Brasil e Uruguai na busca de enfrentamento mais efetivo às demandas e necessidades da população dos países.

A Agenda do MERCOSUL teve a seguinte Cronologia:

- **26/03/1991: Assinatura do Tratado de Assunção-metas, prazos e instrumentos para a construção do Mercado Comum do Sul.**
- 19/09/1991: Criação a Comissão Parlamentar Conjunta do MERCOSUL por iniciativa de deputados e senadores dos Estados Partes.
- 29/11/1991: Firma do Acordo de Complementação Econômica n.º 18 no âmbito da Associação Latino-americana de Integração (ALADI).
- 17/12/1991: Assinatura do Protocolo de Brasília-sistema temporário de solução de controvérsias para o MERCOSUL.
- **05/08/1994: Aprovação da Tarifa Externa Comum - importações de extrazona.**
- 05/08/1994: Criação da Comissão de Comércio do MERCOSUL.
- **17/12/1994: Protocolo de Ouro Preto-bases institucionais do MERCOSUL.**
- 15/12/1997: Sede Administrativa do MERCOSUL em Montevidéu, sob a denominação "Edifício MERCOSUL".
- 24/07/1998: Protocolo de Ushuaia-Compromisso Democrático/MERCOSUL-Bolívia e Chile.
- 18/02/2002: Assinatura do Protocolo de Olivos cria o Tribunal Permanente de Revisão
- **06/10/2003: Criação da Comissão de Representantes Permanentes do MERCOSUL**
- 01/01/2004: Entrada em vigor do Protocolo de Olivos para Solução de Controvérsias no MERCOSUL.
- 13/08/2004: Tribunal Permanente de Revisão, em Assunção (Paraguai).
- 16/12/2004: Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL (FOCEM).
- 07/12/2005: Vigor do Protocolo de Montevidéu-Comércio de Serviços do MERCOSUL.
- 09/12/2005: Protocolo Constitutivo do Parlamento do MERCOSUL.
- 24/05/2006: Protocolo de Adesão da Venezuela ao MERCOSUL.
- 15/11/2006: Aprovação do primeiro orçamento do FOCEM.
- 14/12/2006: Sessão Inaugural do Parlamento do MERCOSUL.
- 18/01/2007: Aprovados os primeiros projetos pilotos do FOCEM.
- 18/01/2007: Instituto Social do MERCOSUL.
- 24/02/2007: Protocolo Constitutivo do Parlamento do MERCOSUL.
- 07/05/2007: Sessão de instalação do Parlamento, em Montevidéu.
- 28/06/2007: Sistema de Pagamentos em Moeda Local (SML) para as transações comerciais realizadas entre os Estados Partes do MERCOSUL.
- 15/12/2008: Fundo de Agricultura Familiar do MERCOSUL (FAF).
- 15/12/2008: Estatuto do "Fundo MERCOSUL de Garantias a Micro, Pequenas e Médias Empresas" (Fundo Pymes).
- 15/12/2008: Acordo de Comércio Preferencial MERCOSUL-SACU.
- 01/06/2009: Acordo de Comércio Preferencial MERCOSUL-Índia.
- 24/07/2009: Memorando de Entendimento para a Promoção de Comércio e Investimentos entre o MERCOSUL e a República da Coreia.
- 24/07/2009: Instituto de Políticas Públicas de Direitos Humanos (IPPDH) do MERCOSUL.
- 07/12/2009: Criação do Fundo de Promoção de Turismo do MERCOSUL (FPTur).
- **23/12/2009: Entrada em vigor do Tratado de Livre Comércio subscrito entre o MERCOSUL e o Estado de Israel.**
- 02/08/2010: Aprovação de cronograma para a eliminação da dupla cobrança da TEC.
- 02/08/2010: Código Aduaneiro do MERCOSUL (Decisão CMC n.º 27/10).
- 16/12/2010: Acordo sobre Defesa da Concorrência do MERCOSUL.
- 16/12/2010: Criação da placa veicular do MERCOSUL ("Patente MERCOSUR").
- 16/12/2010 - Plano Estratégico de Ação Social - PEAS.
- 16/12/2010: Instituição da Unidade de Apoio à Participação Social - UPS.
- 16/12/2010: Plano de Ação para Estatuto da Cidadania do MERCOSUL.
- 16/12/2010: Adoção do Programa de Consolidação da União Aduaneira do MERCOSUL (Decisão CMC N.º 56/10).
- 17/12/2010: Criação do cargo de Alto Representante-Geral.
- 20/12/2011: Acordo de Livre Comércio entre o MERCOSUL e a Palestina.
- 20/12/2011: Protocolo de Montevidéu sobre Compromisso com a Democracia no MERCOSUL (Ushuaia II).
- 12/08/2012: Entrada em vigor do Protocolo de Adesão da Venezuela.
- 06/12/2012: Implementação do Plano Estratégico de Ação Social.

- **07/12/2012: Protocolo de Adesão da Bolívia ao MERCOSUL.**
- 07/12/2012: Criação do Fórum Empresarial do MERCOSUL.
- **17/12/2014: Memorando de Entendimento de Comércio e Cooperação Econômica entre o MERCOSUL e o Líbano.**
- **17/12/2014: Acordo-Quadro de Comércio e Cooperação Econômica entre o MERCOSUL e a Tunísia.**

Acordos efetivados entre Brasil e a Argentina ou Brasil e Uruguai :

1. O primeiro acordo trata do Projeto *Fortalecimento das Farmacopeias do Brasil e da Argentina e de seus Laboratórios Nacionais de Controle para a Criação de uma Farmacopeia Regional*, assinado em 25 de março de 2011. As farmacopeias são códigos pelos quais são definidos os parâmetros de aceitabilidade dos insumos utilizados na fabricação de substâncias medicamentosas e do controle de qualidade das novas substâncias desenvolvidas. O acordo permite uma maior integração entre as agências reguladoras dos países envolvidos, a Agência Nacional Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), o que reforça as políticas de controle de medicamentos e permite uma maior integração científica, possibilitando a redução da dependência de outras farmacopeias e permitindo a circulação de medicamentos seguros e eficazes, com preços mais acessíveis (BRASILa, 2016). A integração proposta pelo Projeto de Fortalecimento de Farmacopeias traduz as diretrizes delineadas pelo *Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas* (BRASILb, 2016), que objetiva uma maior integração e a construção de meios para reduzir as desigualdades percipientes naquelas localidades. As inovações científicas no sentido de manter a eficácia das fórmulas dos medicamentos reduzindo os custos, tanto para o Estado quanto para os consumidores, significa um importante símbolo no processo de integração internacional. Assim, para além do bom relacionamento diplomático, atender às necessidades de determinadas populações fragilizadas e enfrentar as problemáticas e intrincadas situações relacionadas à efetividade do direito à saúde marcam a importante mudança no paradigma de acessibilidade à saúde: de um ato de caridade política para um sistema de garantias plenamente exigíveis, inclusive judicialmente.

Ocorre que, embora a proteção jurídica dos cidadãos brasileiros e argentinos encontre-se assegurada por meio das instituições públicas, essa proteção, muitas vezes, não se estende às

populações fronteiriças, o que indica que o intercâmbio entre os países nem sempre ocorre satisfatoriamente. O cidadão fica desprotegido e é levado a buscar soluções alternativas, muitas vezes, *ilegais*, determinando que cidadãos informem nas unidades de saúde endereços que não os seus para terem acesso a um atendimento básico de saúde. O trabalho conjunto que acontece em localidades fronteiriças muitas vezes ocorre, ou melhor, só ocorre quando os operadores da saúde superam as fronteiras rígidas da burocracia.

Destaca-se a relevância de uma efetiva participação das populações para que sejam ampliadas as condições de saúde. A conscientização, por exemplo, sobre os cuidados para prevenção de casos epidemiológicos como a dengue pressupõe o envolvimento de todos os habitantes das regiões afetadas e seus respectivos governos, independentemente de divisões territoriais. Somente é possível minimizar os prejuízos em tais casos com ações que ocorram de forma conjunta.

Nesse sentido, foram firmados acordos e memorandos entre os países do Mercosul fazendo referência ao fortalecimento de políticas para enfrentar as DSTs e AIDS, doenças que devem ser tratadas com cuidado, principalmente em regiões de fronteira, onde o fluxo populacional é acentuado.

2. O Acordo Fortalecimento das Políticas de Enfrentamento à epidemia de DST/AIDS com o Uruguai (Brasilc, 2016), assinado em 2009, e, posteriormente, o Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai na Área da Saúde, que reafirmou a necessidade de cooperação técnica em áreas específicas, entre elas HIV/AIDS, assinado no ano de 2011 (Brasil, 2016). Já no ano de 2003, havia sido assinado, com o Paraguai, o Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Paraguai para Implementação do Projeto Assistência e Tratamento a Pessoas Vivendo com HIV/AIDS no Paraguai (Brasile, 2016).

Tal questão continua sempre em destaque, sendo que, no ano de 2013, foram realizadas reuniões em Brasília para discussão da situação do HIV e da AIDS nos municípios de fronteiras que contaram com a participação dos municípios que integram os Comitês Fronteiriços do Mercosul. Após as discussões sobre o panorama da AIDS e do HIV nessas regiões, foi definido um formulário integrado que deverá ser utilizado como instrumento de diagnóstico e acordado na Comissão Intergovernamental de HIV/AIDS da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul (CIVIH), para a utilização por todos os Comitês (Brasilf, 2016). Na Venezuela, a situação é diferenciada: brasileiros

cruzam a fronteira em busca de atendimentos específicos como exames e serviços médicos.

3. Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência Estudo e Trabalho a Nacionais e Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde (Brasil, 2016). A necessidade da união entre países visando a fortalecer a saúde, especialmente nas fronteiras, apresenta-se também neste acordo que tem como objetivos principais *consolidar soluções por meio de instrumentos jurídicos que facilitem o acesso dos cidadãos fronteiriços aos serviços de saúde, nos dois lados da fronteira e [...] amparar o intercâmbio que já existe na prestação de serviços de saúde humana na região fronteiriça*. É fundamental que se busque a simplificação da burocracia com vistas ao favorecimento desta relação entre os países. Desta forma, otimiza-se a concretização de tais objetivos.
4. Acordo de Cooperação Sanitária (Brasil, 2016), entre Brasil e Uruguai promulgado no ano de 1981. Este é mais um exemplo do reconhecimento da importância dos esforços coletivos entre países vizinhos para o controle de enfermidades que inevitavelmente cruzam suas fronteiras. Consta no acordo: *fatores de natureza epidemiológica, no âmbito do país vizinho, podem produzir repercussões indesejáveis, além-fronteiras, comprometendo a saúde da população em áreas densamente povoadas*. O acordo aqui citado refere-se às consequências da facilidade dos fluxos entre os países: *o desenvolvimento dos meios de transporte e trânsito de pessoas e de bens, de um para outro país, proporciona maiores facilidades para o ingresso de vetores e de agentes patogênicos, capazes de produzir situações de agravo à saúde coletiva*.

Observar a saúde como bem da comunidade implica fraternidade. Foi exatamente esta aposta que fizeram os operadores do direito e da saúde na divisa entre Brasil e Uruguai em 2009, nas cidades de Rivera (Uruguai) e Santana do Livramento (Brasil). Relato desta experiência para demonstra que a fraternidade pode aproximar nações, resolver problemas, ultrapassar os limites de um direito positivista, buscar um direito achado na rua, construído a partir das necessidades de agrupamentos sociais para quem as fronteiras podem ser um local de vida, de felicidade e de ousadia.

A história desta integração transfronteiriça pode ser demarcada no ano de 2006, quando foi criado do primeiro comitê binacional de saúde. Todo este processo tem como marco o *Acuerdo de asistencia gineco-obstétrica de emergência entre comisión de apoyo al hospital de Rivera, hospital santa casa de*

*misericordia y secretaria de saúde de Livramento*¹³. estabelecido em função da greve de médicos em Santana do Livramento; a população ficou desassistida, e o hospital de referência obstétrica estava a uma distância aproximada de 150 km. Então, o prefeito e o secretário municipal de saúde buscaram esta alternativa que permitiu a ruptura de várias fronteiras. Assinado em 07.11.2006, prevê a atenção às gestantes brasileiras usuárias do SUS e diz:

La paciente deberá presentar toda la documentación individual y aquella que pueda acreditar y aportar datos sobre controles prenatales, exámenes previos, así como cualquier otra documentación que facilite su correcta asistencia (Brasil, 2016)¹⁴

Estudos e pesquisas mais recentes abordam como os países do MERCOSUL organizam a prestação de serviços na Atenção Básica mostrando que ainda há muito que construir na direção de ações em conjunto.

Em recente obra que analisou essa realidade foi apontado que:

Há uma convergência, entre os países, quanto à realização de programas focalizados, mantendo-se alinhados às indicações da Organização Mundial da Saúde. As divergências estão nas formas de focalização. Enquanto, no Brasil, a focalização é expressa através da estratégia Saúde da Família, na Argentina, é através do Programa Remediar. Já no Uruguai, as determinações programáticas indicam a atenção primária como uma estratégia para solucionar as alterações mais profundas no modelo de atenção, assim como a estratégia da Saúde da Família, no Brasil. (Nogueira & Col, 2015: pp.153)

Ainda no estudo referido, consta que há diferenças significativas em como alguns países membros do MERCOSUL incidem o financiamento na priorização da atenção básica e que especialmente na Argentina e no Paraguai *“a prestação de serviços e ações de saúde tem, na atenção básica, o foco articulador, ainda que com menor expressão,..., e mantém a dificuldade de se implementar esse tipo de atenção devido a restrições orçamentárias”* (Nogueira, 2015: pp:153.)

As transformações sociais dos países da América do Sul e em especial neste artigo nos países do MERCOSUL, fomentadas mais recentemente com a chegada ao poder de partidos ligados as lutas dos trabalhadores promoveram mudanças nas políticas públicas sociais com a criação de programas e ações dirigidas à população vulnerabilizada

¹³ Livramento é o outro modo como o município de Santana do Livramento é habitualmente chamado/conhecido.

¹⁴ “A paciente deverá apresentar toda a documentação individual e aquela que possa trazer dados sobre controles pré-natais, exames prévios, assim como qualquer outra documentação que facilite sua correta assistência”. Tradução Livre.

economicamente na perspectiva de inclusão destes segmentos historicamente alijados do acesso a bens e serviços. Evidentemente que essas mudanças impactaram nos indicadores de saúde destes países, o que é pontado em documentos do Banco Mundial que apontam “*indicadores de mortalidade infantil, mortalidade de crianças até 5 anos de idade, redução da tuberculose e mortalidade materna*” (Banco Mundial, [2014]b; Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2010a; 2012a; 2013a; 2014^a Apud Nogueira, 2015, p.152).

Considerações finais

O direito à saúde deve ser garantido em qualquer espaço e para qualquer pessoa que dele necessite, sendo que a fronteira tem sido por questões históricas, econômicas, sociais e legais um dos espaços onde esse direito e o acesso a ele se faz mais complexo. A fronteira se caracteriza também por um espaço de vida, convivência e de construção de cidadania onde a democracia torna-se possível. E essa possibilidade está expressa nos exemplos de acordos firmados no MERCOSUL entre Brasil, Uruguai e Argentina, são efetivamente pactos estabelecidos na solidariedade de ambos os lados, com contrapartidas, auxílios e participações significativas na redução da mortalidade infantil, mortalidade das gestantes, enfrentamento das mortes por acidente de trânsito, combate ao mosquito da dengue, campanhas de prevenção da AIDS e melhoria na qualidade de atenção básica.

São exemplos concretos que evidenciam a possibilidade de solução conjunta de problemas das duas cidades de diferentes países na direção da garantia do direito a saúde de seus cidadãos.

Nesta direção outros eventos e realidades fronteiriças têm obrigado as autoridades brasileiras, argentinas e uruguaias a dialogarem buscando ajustes como acordos para permissão de residência, estudo e trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios para prestação de serviços de saúde (publicado em 14.12.2009).

Os documentos elaborados nestas transações referem que “reafirmando o desejo de encontrar soluções comuns para o bem-estar e a saúde das populações dos dois países”; ou ainda “destacando a importância de consolidar soluções por meio de instrumentos jurídicos que facilitem o acesso dos cidadãos fronteiriços aos serviços de saúde, nos dois lados da fronteira”. Este movimento de solidariedade entre os países indicam os avanços nas relações entre as fronteiras e fomentam que cursos de capacitação entre os países sejam realizados e em 2010 a Escola de Saúde Pública – Secretaria Estadual de Saúde realiza o *Curso Binacional de Saúde Pública* com vagas deste curso foram distribuídas igualmente entre os dois países e destinavam-se aos trabalhadores de fronteiras.

Eligio Resta (Resta, 2002) constantemente aborda a possibilidade de mudar a *humanidade da humanidade*. Ele tem razão: esta situação, ainda que pouco frequente, existe, e é o que podemos observar com a situação que vem ocorrendo na fronteira Brasil - Uruguai.

O foco neste artigo foi a urgência de efetivar o direito ao direito à saúde ultrapassando fronteiras, sem criar novas! Tendo como exemplos materializados alguns acordos binacionais do Mercosul entre a América Latina. Identificou-se que muito maior são os direitos do que efetivamente se pode efetivar ainda que leis e legislações – as mais variadas – não faltem.

As indagações seguem atormentando e mobilizando: como o fenômeno da globalização reflete-se nos fundamentos do Estado-nação? Quais são as relações entre os poderes públicos e a globalização jurídica? É possível transportar democracia e justiça além das fronteiras do Estado? Qual justiça estamos ultrapassando, se é que estamos ultrapassando? Qual democracia? (Cassese, 2009: pp. 156-167).

A urgência de uma justiça e um direito global, capazes de efetivar todos os direitos fundamentais impõe exercício de cidadania. Não podemos mais ser pela metade ou servos. Seguindo os pressupostos teóricos deste artigo acredita-se que a fraternidade leva a ver o outro – inclusive e sobretudo o diferente –, como meu irmão, como um outro EU, e impõe refletir sobre a situação da migração nesta era global. Fenômeno antigo, mas que, na contemporaneidade, assume um novo patamar de exclusão (Resta, 2004: pp. 367).

A Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, ao dar tratamento igualitário aos brasileiros e estrangeiros residentes no país (art. 5º), assegurou a estes a possibilidade de acesso às políticas públicas existentes. O compromisso do Brasil com a causa humanitária do refúgio e com a efetivação da proteção dos refugiados está expressa na Lei 9.474 de 22 de Julho de 1997, a qual define os mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, preconiza no seu Art. 7º que o estrangeiro ao chegar no território nacional poderá solicitar reconhecimento como refugiado a qualquer autoridade migratória que se encontre na fronteira. Deverá então, receber as informações necessárias quanto aos procedimentos para efetivar seu pedido. Esse compromisso se expressa também na proposição de políticas públicas sociais para a integração dos refugiados e refugiadas independente do país, religião, raça, cor, credo. E

Sabe-se que o contexto histórico, político e social atual aponta riscos e possibilidades e as proposições presentes nas políticas públicas sociais mais recentes de discursos universalistas tanto podem ser consolidadas ou abandonadas em nome de uma lógica de mercado.

O MERCOSUL foi criado para reforçar os países membros e para fortalecer a política econômica a partir de ações conjuntas. As reformas nas políticas públicas em especial na Política de Saúde tiveram como estofo a universalidade e desta forma incluíam irmãos e *hermanos* em seu escopo. A continuidade desta direção dependerá tanto dos

gestores, trabalhadores como da participação da sociedade em geral no sentido de garantir as conquistas já construídas.

É nesta perspectiva e direção social que este artigo se debruça e se inspira.

Referências

- Brasil a. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Projeto irá fortalecer farmacopéias do Brasil e Argentina*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/080709_1.htm> Acesso: 02 de março 2016.
- b. Divisão de Atos Internacionais. Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2005/b_211/>. Acesso em: 02 de março de 2016.
- c. Divisão de Atos Internacionais. Disponível em <<http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2011/memorando-de-entendimento-entre-o-governo-da-republica-federativa-do-brasil-e-o-governo-da-republica-oriental-do-uruguai-na-area-da-saude>> Acesso em 02 de março de 2016.
- d. Divisão de Atos Internacionais. Disponível em <<http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2011/memorando-de-entendimento-entre-o-governo-da-republica-federativa-do-brasil-e-o-governo-da-republica-oriental-do-uruguai-na-area-da-saude>> Acesso em 02 de março de 2015.
- e. Divisão de Atos Internacionais. Disponível em <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2003/b_83>. Acesso em: 01 março 2016.
- f. Mercosul discute HIV e aids em municípios de fronteiras Disponível em <<http://www.aids.gov.br/noticia/2013/mercosul-discute-hiv-e-aids-em-municipios-de-fronteiras>>. Acesso em 02 de março de 2016.
- g. Acordo Brasil-Uruguai. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5105.htm> Acesso em 02 de março de 2016.
- h. Decreto nº 86.707, de 09 de dezembro de 1981. Promulga o Acordo de Cooperação Sanitária entre o Governo da República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai.. Disponível em <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=126996>> Acesso em 02 de março de 2016.
- Carvalho, E. M. *A fronteira no direito e os direitos sem fronteiras*. In: Barcellos, Marilda de Araujo & Schuler, Fernando (Orgs.) *Fronteiras arte e pensamento na época do multiculturalismo*. Porto Alegre: Sulina, 2006, p.58.
- Cassese, S (2009). *Il Diritto Globale – Giustizia e Democrazia oltre lo Stato*. Torino: Einaudi, 2009.
- Oliven, Ruben (2006). In: *Fronteiras; arte e pensamento na época do multiculturalismo*. Fernando Schuler e Marília de Araujo Barcellos (orgs). Porto Alegre: Sulina, 2006. p. 157.
- Couto, M. (2016). *Os sete sapatos sujos*. Disponível em <<http://www.macua.org/miacouto/MiaCoutoISCTEM2005.htm>> Acesso em 02 março de 2016.
- Dallari, S. G.; Vidal, S. N. J (2010). *Direito Sanitário*. São Paulo: Editora Verbatim.
- Ehrlich, E (1986). *Fundamentos da Sociologia do Direito*. Tradução de René Ernani Gertz. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Fistetti, R. F.; Luciani, F. R. ; Vittorio, P (2004). *Globalizzaione e diritti futuri*. Roma: Manifestolibri.
- Ihering, R. v. (2002). *A luta pelo Direito*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002
- Nogueira, V.M.R; e COL (2015) Políticas de saúde nos países do mercosul: um retorno à universalidade?. *Revista Políticas Públicas* 29(1), p. 145-156.
- Resta, E (2002). *Il diritto frateno*. Roma – Bari: Laterza.
- (2004). In: *Globalizzazione e diritti futuri*. A cura di R. Finelli, F. Fistetti, F.R. Recchia Luciani, P. Di Vittorio. Ministero dell’Istruzione. Roma: Università e Ricerca scientifica.
- (2015). *O direito vivo*. Tradução de Larissa Ribeiro. Disponível em: <http://www.academia.edu/7583541/O_Direito_Vivente_Eligio_Resta>. Acesso em: 01 ago. 2015.
- Rodrigues, F. (2006). Migração transfronteiriça na Venezuela. *Revista de Estudos Avançados* 20 (1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142006000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 de março de 2016.

GLOBAL  KNOWLEDGE
ACADEMICS



ISSN: 2254-5859