

# A CRIANÇA COMO OBJETO DA MEDICINA

MARISA C. LOBO DA COSTA\*

---

## RESUMO

A partir da caracterização da Medicina como um instrumento de dominação tecnocrática sobre a sociedade ocidental, o artigo examina a situação específica da Pediatria, principalmente no que se refere ao uso da criança como objeto de pesquisa clínica. Este uso, muito mais intenso em crianças do que em adultos, coloca problemas éticos muito graves, tanto por ser a criança naturalmente mais indefesa, como pelo próprio contexto autoritário em que se dá a prática médica, agravado pelo isolamento da criança no meio hospitalar. O artigo termina pela análise de algumas alternativas práticas que têm sido tentadas no sentido de inverter as tendências constatadas no campo da Pediatria.

## SUMMARY

Characterizing Medicine as an instrument of technocratic domination in Western society, the paper examines the specific situation of Pediatrics, particularly with regard to the utilization of children as object of clinical research. This type of research, much more intense with children than with adults, raises very serious ethical problems, both because the child is naturally more unprotected and because of the authoritarian context in which medical practice occurs, which is worsened by the isolation of the child in hospitals' environments. The article ends with an analysis of some practical alternatives that have been tried out in order to radically change the tendencies observed in Pediatrics.

---

\* Do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

No Mundo Ocidental, a Medicina Moderna tem assumido características peculiares às corporações dominantes, com forte conotação autoritária, detentora de prerrogativas e poderes só comparáveis, em termos históricos, à sua antítese, isto é, à religião. Nas populações primitivas, tanto da pré-história quanto atuais, o sacerdote-médico-feiticeiro (ou a casta a que pertencesse) exercia dominação efetiva sobre a vida, os usos, os costumes, e a morte da população, através de prescrições rituais, obedecidas exclusivamente pelo temor reverencial que a crença em seus poderes inspirava. Na longa história da civilização, após perder seu caráter mágico-religioso, a "arte de curar" foi durante muito tempo exercida por indivíduos com expressão social menor, esvaziando-a de seu prestígio e poder. Na Idade Moderna, com o advento da ciência biológica, a Medicina passou a ser exercida como ciência e técnica, voltando a ocupar posição significativa entre as instituições que exercem poder de dominação sobre os homens.

Exorcizados os fantasmas do passado de origem, cortadas todas as ligações com a religião e a magia, ou com o empirismo dos cirurgiões-barbeiros, eis que de novo a Medicina, em nossos dias, vestida com os assépticos uniformes cirúrgicos, iluminada pelos científicos conhecimentos da Biologia, da Química, da Física, escudada pela linguagem hermética da ciência e da tecnologia, volta a dominar. Paradoxalmente, exerce seu poder sobre os leigos nos mesmos moldes do ancestral temido: através da detenção exclusiva de um "conhecimento" não partilhado, de "fórmulas" e "métodos" e de uma linguagem "cabalística", acessível apenas aos iniciados.

Por mais que se afirme (num sentido neopositivista) ser o conhecimento científico e não místico, fazer parte do saber e não do acreditar, que diferença faz para um leigo a afirmação de que seus padecimentos são devidos

à deficiência de metabolismo por falta de uma enzima específica, ou a um pequeno demônio? Apenas houve a substituição de "divindades" universais, em que toda a comunidade acreditava, por "entidades particulares" em que acreditam os médicos. Substituiu-se a dominação teocrática pela dominação tecnocrática. Mas o exercício da dominação tecnocrática, através da corporação médica, não pode prescindir de componentes religiosos, com ascética, mística e liturgia próprias, como qualquer outra espécie de culto. Na verdade, não há nada que se assemelhe mais a um ato religioso — com paramentos, rituais e fórmulas próprias — do que um ato médico contemporâneo. Se o fervor e a fé dos oficiantes sofre alguma influência mercenária, apenas corrobora historicamente a analogia . . .

O uso de linguagem hermética — em Português a terminologia médica abrange um vocabulário específico de cerca de 10.000 palavras — favorece grandemente o monopólio do conhecimento. Reconheço que isso não é peculiar à Medicina, pois novas línguas aparecem na imprensa diária (o "sociologuês", o "economês", etc.) mas, para o grande público o objeto específico dessas linguagens não tem a importância pessoal assumida pela linguagem médica, ao tratar da vida e da morte de cada um. Dois médicos podem conversar livremente, na frente de um leigo inteligente e instruído, sobre o assunto que mais o preocupa — sua saúde, ou a de um ente querido — sem que ele compreenda nada do assunto tratado. E como o assunto diz respeito a angústias fundamentais, saúde ou doença, felicidade ou sofrimento, vida ou morte, não causa admiração o temor reverencial infundido ao leigo, que se entrega ao médico não como sujeito consciente (isto é, agente dos verbos que forem conjugados), mas como objeto sem vontade própria, isto é, sofrendo passivamente as ações que lhe forem prescritas, como "paciente", termo específico para a designação da clientela médica em Português.

**A** biologia moderna vem esmiuçando a intimidade de fenômenos ligados à saúde e à vida, bem como à doença e à morte. Cada nova descoberta abre perspectivas ilimitadas de novos conhecimentos. O aperfeiçoamento instrumental já permitiu passar do nível celular para o nível molecular dentro da célula. Os estudos prosseguem. Todo esse progresso em campos específicos vem sendo rapidamente incorporado aos atos médicos específicos: o diagnosticar e o tratar. A Medicina empírica se transformou em Medicina científica e sua hegemonia hoje se faz principalmente através do conhecimento. Um corpo de doutrinas bem estruturado lógico e estatisticamente, embora em mutação constante e acelerada, constitui um *saber* não partilhado com os leigos. Enormes campos de ignorância ou dúvida são mantidos em ético segredo. O volume de conhecimentos, o ritmo acelerado de novas descobertas, a quantidade de técnicas

e aparelhos envolvidos em sua aplicação vêm reforçando uma forma de dominação mediatizada pelo monopólio do saber. Como é impossível pensar hoje na divulgação e generalização desses conhecimentos e técnicas, na forma atual do seu emprego, pode-se prever uma crescente força de dominação da Medicina e da corporação médica sobre a sociedade ocidental.

Sem endossar totalmente as teses de Illich, (1975), é forçoso concordar em um ponto: nas sociedades ocidentais a Medicina assumiu um papel de dominação do *saber* e do *fazer* em relação à saúde e, agora, não se oferece mais como serviço (que se pode aceitar ou rejeitar) mas se impõe como única alternativa válida e legitimada no consenso social. Até para morrer é preciso que o médico dê o seu consentimento (nem o paciente nem sua família podem mais opinar sobre o *que* e *até quando* se deve ou não fazer algo para manter vivo um canceroso ou um acidentado por exemplo). Singer (1978) chama a atenção para outro problema: ninguém mais pode ser enterrado sem o competente atestado de óbito, que será sempre fornecido por médico — ou o que o assistiu em vida, ou o legista que o necropsiou após a morte. Assim, deixou de haver opção para o *serviço* e a corporação médica passou a ter foro legal. O mesmo se diga dos exames médicos para concessão de licença, aposentadoria ou admissão a emprego ou escola. Sabe-se que entre nós tais tarefas assumiram aspectos meramente burocráticos. Não deixam, porém, de demonstrar o alcance alarmante da Medicina enquanto instituição sobre a vida legal do cidadão em nossa sociedade. Com o aumento da competitividade dentro do próprio mercado de trabalho médico, é bem possível que os limites de abrangência desse alcance sejam alargados, não no interesse da sociedade, mas, para atender interesses da classe médica.

Seria tal saber específico partilhável, até pelo menos ao nível da desmistificação e da superação de domínio? Mesmo que o seja, na estruturação atual da sociedade, quem lucraria com isso? As poucas tentativas existentes vêm sendo sistematicamente repudiadas e condenadas à marginalização pelo legitimado "saber" oficial.

Quanto à dominação exercida através de fórmulas e ritos, basta observar o ambiente hospitalar, ou assistir a qualquer intervenção cirúrgica: o local dos atos principais (de culto) é interdito aos leigos (por que não permitir que assistam, através de janelas de vidro, mantida a assepsia?) as vestimentas são litúrgicas (qual a necessidade de padronização de forma e cor, desde que fossem devidamente asseadas, ou esterilizadas, quando necessário?), uma rigorosa padronização de atitudes solenes, com observância rígida de hierarquia, seqüência metódica de gestos, silêncio só interrompido quando o "oficiante" principal o quer ou o permite . . . Quem já presenciou criticamente um ato cirúrgico, sabe que a responsabilidade e o risco são realmente grandes, justificando o ambiente tenso e contido, a economia de gestos e sistematização dos mesmos. Porém, quando se pensa que um cirurgião vivencia a mesma situação muitas vezes, em cada jornada de trabalho, durante toda a sua vida profissional, começa-se a compreender a mística

imposta aos ritos: são eles o apoio e o reforço do próprio médico. Sem eles, a banalização de atos habituais (como ocorre nos casos de guerras ou catástrofes quando a demanda de serviços assim o impõe) tornaria a figura do médico equivalente à de um mero serviçal competente, no desempenho de uma função tão importante quanto muitas outras concomitantemente desempenhadas. Filmes não muito recentes exemplificam a questão: Mash e Dr. Kildare (seriados de televisão). A manutenção da mística se baseia no cultivo dos ritos; a parafernália técnica apenas acrescenta mistério e esplendor a seus atos. Quanto mais distante e ritual, mais respeito o médico impõe.

Por outro lado, esse "esplendor litúrgico" é também buscado pelo leigo, principalmente por aqueles que substituíram crenças espirituais em confianças materiais. Quanto mais complicado e misterioso o processo, mais capaz de satisfazer ansiedades e apaziguar temores. Quem tem alguma experiência com os consumidores de atos médicos, bem sabe quando ficam frustrados e decepcionados os que, sentindo-se doentes, não são submetidos a nenhum exame, nem a um Rx . . .

O leigo participa dos ritos, não se entrega a eles apenas com submissão. É uma participação alienada e não crítica, mas eficiente para a manutenção do sistema. Por isso, na Medicina moderna, a instrumentalização assumiu caráter primordial, tanto para os iniciados — os que dominam os aspectos técnicos e científicos da questão — quanto para os leigos. Houve a incorporação popular e o reconhecimento dos ritos. A velocidade de incorporação depende do fenômeno de urbanização e do desenvolvimento sócio-econômico da população, e por isso, entre nós, ocorrem situações paradoxais (recusas ou exigências descabidas por parte da clientela). Mas pode-se afirmar que hoje, entre nós, a credibilidade profissional já não pode prescindir desses "elementos de fé", apesar da pouca divulgação dos "ritos", por causa dos entraves econômicos que impediram, até anos recentes, a complexidade já existente em sociedades mais desenvolvidas. Mas hoje já dispomos, também, dos transplantes de órgãos, das unidades de terapia intensiva, dos aparelhos computadorizados de tomografia . . .

**C**omo faceta complementar do mesmo problema aparece a tendência ao monopólio. Se a medicina atual exerce o seu domínio social através da exclusividade de conhecimentos, técnicas e linguagem, de alto conteúdo mítico face ao problema maior da dor e da morte — que até agora jamais foi resolvido — para conservar essa dominação, ela precisa manter o monopólio dos elementos que a constituem. Daí a forte tendência corporativa, em que produtores de bens (aparelhos, remédios, equipamentos, etc.) se aliam fortemente aos produtores de serviços (médicos e para-médicos) e juntos

conseguem determinar a legalização da prática que lhes interessa<sup>1</sup>. Assim é que, a nível do estamento político e econômico, o monopólio está assegurado para os detentores da "legitimação" oficial do conhecimento: o diploma acadêmico<sup>2</sup>.

Entre nós, sem perder as características já descritas, a clínica sofreu ainda mais uma agravante: um desvirtuamento despersonalizante, imposto em parte pela estrutura previdenciária e sua opção de prestação de serviços, e em parte pela fragmentação interna da própria Medicina em especialidades estanques. Isso trouxe um acréscimo cruel à situação de dominação: não é mais um médico com nome e fisionomia reconhecíveis, mas um médico anônimo, numa instituição difusa como o hospital, que passa a deter o poder supremo de ordenar sobre a vida e sobre a morte, exigindo restrições, suprimindo hábitos, violentando costumes, anulando tradições, impondo procedimentos que chegam às vezes até a mutilações . . .

Não cabe aqui discutir qual o benefício real, em termos de acréscimo quantitativo do tempo de sobrevivência, que um paciente, quando se submete docilmente a essas exigências, possa ter. O que cabe é perguntar qual a autoridade, e por quem foi delegada, para que se disponha, apenas através de critérios técnicos e probabilísticos, da qualidade de vida, da felicidade, talvez, e das limitações de uma pessoa, sem discutir com ela, numa linguagem por ela inteligível, se é isso o que ela quer. Em termos sociais, cabe ainda outra questão: o progresso, em Medicina, vem introduzindo, em ritmo crescente, formas de intervenção cada vez mais caras. Como não cabe ao usuário decidir se lhe convém ou não pagar tudo o que lhe é exigido, ao comprar cuidados médicos o particular, o Estado, ou os órgãos previdenciários ficam à mercê do critério exclusivo do médico, detentor do monopólio a que já se aludiu. Assim, ele pode ordenar — ou prescrever, como se diz — os medicamentos, exames, intervenções etc. que considerar necessários. E nenhum leigo ousará perguntar se não haveria um procedimento similar na eficácia, mas que fosse mais barato.

Como, além do preparo técnico adequado para o exercício de sua profissão, em geral não se propicia ao médico, nas universidades, nenhuma forma de desenvolvimento de sensibilidade para os problemas sociais, sua escolha, ao prescrever condutas, não será baseada nesses parâmetros. Nem ficará preocupado com o custo material e psicológico dos sacrifícios que habitualmente impõe. Constata-se facilmente a veracidade desta afirmação no momento em que o médico, por contingências da

<sup>1</sup> A propósito, é bom recordar a legislação recente sobre "conceito clínico de morte", e "autorização para a remoção de órgãos" que a possibilidade cirúrgica dos transplantes acarretou.

<sup>2</sup> Assistimos, no momento mesmo em que este depoimento é escrito, a uma disputa de legalização da competência profissional entre biomédicos, bioquímicos e farmacêuticos. A regulamentação da carreira, através de lei que garanta os limites inter-disciplinares das respectivas profissões, não passa de partilha interna do mercado de trabalho, pois pertencem todos à mesma "corporação" . . .

natureza humana, se vê transformado em paciente — como são rebeldes e quanto regateiam as prescrições do colega!

A esse quadro geral da Medicina Moderna pode-se acrescentar um dado de humor negro: entre nós, a dominação se torna tirânica nas mãos de elementos tecnicamente mal preparados. Com a proliferação de escolas médicas, a partir de 1965 (eram 25, hoje são 73), isso infelizmente vem acontecendo. Todos os campos da medicina são potencialmente afetados, mas os de prática menos fiscalizável são os de maior risco. Entre eles se situam a Obstetrícia e a Pediatria.

A Pediatria, enquanto campo autônomo da Medicina, é relativamente recente: data da segunda metade do século passado, e tem suas origens na França. Isto significa que a preocupação científica com a criança, do ponto de vista de saúde e doença, não tem ainda grande tradição: conta com pouco mais de um século de existência. Até meados do século passado as crianças eram vistas e tratadas como “adultos em miniatura” e, caso necessitassem de internação hospitalar, eram encaminhadas para enfermarias gerais, apenas divididas em “homens” e “mulheres e crianças”. Embora na França, a partir dos trabalhos de Marfan (por volta de 1870), já se começasse a pensar e a praticar o que é hoje a Puericultura, no Brasil, o processo foi muito mais lento: basta dizer que na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a Pediatria só deixou de ser disciplina do Departamento de Clínica Médica para se constituir em Departamento autônomo, em outubro de 1978!

Essa breve informação histórica tem por finalidade focalizar o cerne do problema que pretendemos discutir: a criança como objeto da Medicina e das pesquisas médico-biológicas.

**N**o Oriente, embora o avanço tecnológico da Medicina não seja comparável ao do mundo ocidental, a visão humanística global da criança é bem superior. Na China, existem faculdades de Medicina e faculdades de Pediatria. São dois cursos completamente distintos, e entre eles é preciso optar: quem quiser ser médico de adultos, faz o curso correspondente mas, quem quiser ser médico de crianças, terá que escolher o curso adequado desde o princípio, onde disciplinas como Anatomia, Histologia, Fisiologia, Psicologia, etc. serão ministradas focalizando exclusivamente o ser humano em crescimento e desenvolvimento, isto é, a criança. A partir desse embasamento teórico, serão depois estudadas a patologia e a terapêutica das doenças infantis.

Supõe-se que, com esse tipo de formação, a adequação dos conhecimentos à criança e a seus problemas deva ser maior e melhor do que a nossa. Entre nós, como em todo o mundo ocidental, a formação médica é padronizada e focalizada no adulto. Estuda-se a Anatomia, a Patologia etc., do adulto. A seguir — ou em paralelo —

no curso de Pediatria (que em algumas faculdades dura apenas 3 meses), faz-se a adaptação ou adequação dos conhecimentos adquiridos para o tratamento de crianças. Os alunos, mais propensos à medicina altamente científica e tecnológica, ficam desesperados ao terem que aprender — para poder orientar — a confecção de mamadeiras e sopinhas. Poucos, mesmo entre aqueles que pretendem se dedicar ao exercício da Pediatria, dão-se conta da importância de estudar a criança normal, suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais, e a variação dessas necessidades com a evolução temporal do processo de crescimento e desenvolvimento. Como médicos, imbuídos de curiosidade científica, alguma coisa de fato os intriga: porque a susceptibilidade infantil a certas doenças (principalmente infecciosas) é tão maior que a do adulto? Por que as deficiências nutricionais ocorrem tanto e, quando ocorrem, chegam a produzir quadros nosológicos de tanta gravidade? Por que algumas patologias, como a gastroenterite, por exemplo, têm uma gravidade tão maior na criança, a ponto de ser causa frequente de morte, se no adulto é doença banal e de poucas conseqüências? Poderíamos multiplicar os exemplos. Acho, porém, que esses bastam para ilustrar, a meu ver, uma conseqüência direta, em termos de atitude: a investigação clínica tem sido, e continua sendo, muito mais intensa em crianças que em adultos.

A imaturidade biológica e psicológica com que nasce o filho do homem — não comparável a nenhum mamífero que lhe seja inferior na escala zoológica — traz consigo um número infinito de indagações irrespondíveis a nível de experimentação animal. Como saber em que fase tais ou quais características aparecem ou desaparecem na criança, se as suas etapas de maturação são, não apenas mais lentas mas, incomensuravelmente mais complexas que as de qualquer primata? Por outro lado, como distinguir o que é “normal” do que é “patológico”, se não se estabelecerem os padrões estatísticos de variação entre as crianças saudáveis, em todas e em cada uma das etapas do seu crescimento e desenvolvimento? Só mesmo observando, dosando, enfim, pesquisando nas próprias crianças.

A intervenção, com fins de pesquisa, “in anima nobile” é passível de contestação ética formal. Por isso, muito do que se faz com fins de “diagnóstico precoce”, “triagem preventiva” ou “terapêutica de prova”, inúmeras vezes mascara de fato a pura e simples pesquisa. A cada novo teste bioquímico, incorporado à prática clínica, uma etapa pediátrica obrigatória terá que ser cumprida: a determinação da normalidade estatística de seus valores, sempre potencialmente diferente da dos adultos. Com os adultos, saudáveis e estáveis em seu metabolismo, basta recrutar um grupo amostralmente significativo de voluntários (em geral prisioneiros ou soldados das tropas regulares). Mas, em se tratando de crianças, cuja estrutura corpórea e metabolismo se modificam em velocidade desconhecida face à idade cronológica, o que fazer?

Essa necessidade de investigação, ao lado da natural curiosidade científica, e da tendência acadêmica de pesquisar e produzir teoricamente, encontra na criança um

campo fértil e ideal: além de tantas dúvidas, a permissão para submetê-la à pesquisa é dada por seus pais ou responsáveis, que talvez se negassem a permitir que os picassem pessoalmente para colher sangue, por exemplo, mas dão tranqüilamente a permissão para que o médico o faça na criança, ainda mais que, na situação clínica, jamais lhes interessa desagradar ao médico. (Mencione-se, ainda, um sem número de pesquisas realizadas à revelia, por mais que tal fato fira a ética profissional.) Para pesquisar, se idealizaram as "camas metabólicas", em que uma criança portadora de diarreia fica amarrada por um período de até 72 horas, imóvel, para que se recolham, sem perdas, todas as suas evacuações e dejetos urinários... Claro é que a finalidade é nobre e altamente científica: através de balanços metabólicos se aperfeiçoam os métodos de hidratação. Porém, e a criança?

Como essas camas metabólicas estão localizadas em enfermarias universitárias, não é de admirar que o aluno de Pediatria, quando médico, sintasse autorizado a solicitar qualquer exame subsidiário, mesmo que implique em algo desagradável, doloroso, apavorante para a criança.

Outra implicação: quanto maior a nossa ignorância, tanto maior o nosso autoritarismo. Por isso, frente a patologias desafiantes, o médico passa a indicar um enorme arsenal de medicamentos, cuidados e exames. Isso é verdade, também, para o adulto, mas na criança, exterioriza-se com maior exuberância. A criança não pode se furtar a nada que lhe seja imposto; como instintivamente chora e se opõe a tudo — o necessário e o supérfluo — não se discrimina quando tem ela razão de se opor a alguma coisa, o que pode incrementar a conduta intervencionista do médico.<sup>3</sup>

**A** impossibilidade de comunicação inteligível (a nível lógico, é claro) a não verbalização coerente, o choro como resposta a todo e qualquer estímulo aversivo são características bem conhecidas dos primeiros meses da infância. O que não se conhece suficientemente, ou pelo menos não se tem enfatizado muito, é a reação do adulto face ao choro infantil. Essa reação é quase sempre de irritação, no plano afetivo, e de desinteresse, no plano racional. Comum a todos os adultos, manifesta-se de maneira exacerbada quando a relação não se assenta sobre ligação afetiva — é o caso específico do médico e de outros profissionais que tenham como objeto de seu trabalho a criança. Tentando levar a situação para um campo de neutralidade afetiva, o profissional passa simplesmente a ignorar o choro. Empatia e compaixão o

tornariam vulnerável, quando fosse ele próprio — e seus atos — o agente desencadeador do choro. Essa vulnerabilidade o tornaria incapaz, talvez, de exercer o que lhe pareça ser o seu *dever*: o uso de técnicas e intervenções, que se tornam a cada dia mais agressivas, por isso mesmo cada vez mais traumatizantes para a criança (por exemplo, punções de órgãos, biópsias etc.).

É interessante verificar que na Pediatria, face à impossibilidade de um "costume adquirido" pelo usuário, essas inovações se fazem com maior facilidade. Por outro lado, a literatura especializada, veiculando novidades através de milhares (literalmente) de periódicos, atinge especialmente os meios universitários onde as tendências e os modismos se divulgam mais eficazmente. É por essa razão que as indústrias financiam tantas revistas (através de anúncios) e subsidiam tantas fundações de pesquisa médica. Enfatize-se o papel das indústrias de produtos alimentares infantis.

Com isso não quero minimizar a utilidade do progresso científico: ao contrário, quero denunciar a maneira pouco crítica com que novas conquistas são incorporadas à prática clínica, sem nenhuma consideração custo-benefício e, principalmente, benefício específico-prejuízo global que tal inovação possa trazer. Exemplo desta afirmação é a proliferação de Unidades de Terapia Intensiva nos hospitais infantis, onde os aspectos psico-emocionais do paciente são relegados a plano tão secundário que quase inexistem. A criança gravemente doente — e, principalmente essa — se estiver consciente, necessita afetivamente de apoio e de afeto. Entretanto, no ambiente asséptico e tecnológico de uma UTI não são admitidos estranhos, como os pais das crianças, por exemplo. Quanto to benefício ao "tratamento da doença" a monitorização possa acarretar, não sei dizer, mas, duvido que possa ser um benefício global valioso para o "tratamento da criança".

Na moderna concepção do hospital infantil, há uma tendência a introduzir a mãe (ou quem lhe assuma o papel) de maneira sistemática ao lado da criança, com a incumbência de cuidá-la e medicá-la na medida de seus conhecimentos (que o hospital pode ampliar) e habilidades (com adiestramento adicional, quando necessário). Infelizmente, entre nós, essa tendência é apenas incipiente e a mãe, quando admitida como acompanhante, é apenas tolerada, e, conscientemente, alienada do tratamento de seu filho.

Quando os pais ficam alertas algumas condutas podem ser alteradas. A frequência com que isso ocorre em nosso meio, porém, é muito pequena, pois a maioria da população infantil é atendida por instituições estatais ou previdenciárias, onde os pais não conhecem o custo das intervenções, e o médico é senhor absoluto de prescrevê-las sem prestar contas de seus atos.

Vale chamar a atenção, também, para mais uma faceta do problema, relativa à prática médica geral, mas especialmente pertinente à Pediatria: o advento da Medicina Moderna, após a Segunda Guerra Mundial, com a introdução rapidamente progressiva de instrumentos e técnicas que se interpoem entre o médico

<sup>3</sup> Outro poderoso aliado dessa tendência é o "lobby" das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos, que obrigam seus produtos a um obsolescência precoce, incorporando ao uso clínico descobertas recentes e nem sempre suficientemente testadas, ou que pouco acrescentam à eficácia de métodos, técnicas ou produtos anteriores.

e seu cliente na realização do ato médico, desumanizou a prática clínica, favorecendo a especialização. O especialista é um profissional que se sente honestamente capaz de tratar um órgão, aparelho ou doença, sem se importar com o doente como um todo, e sem que com isso se sinta culpado de omissão, ou seja, desta acusado. A Pediatria ainda conta com pediatras generalistas, mas essa tendência à especialização se faz sentir nitidamente nos hospitais universitários.<sup>4</sup>

Tal tendência na Medicina, fruto do avanço tecnológico e científico, é natural e se impõe pois, hoje, ninguém pode dominar em profundidade o conhecimento extensivo a todas as especialidades clínicas. Na Pediatria, tal tendência é catastrófica. Deixar de assistir globalmente à criança — sadia ou enferma — é pecado mortal na prática pediátrica, além de ser, freqüentemente, causa de fracasso. No entanto, é um pecado cometido a cada instante, principalmente a nível de Medicina curativa hospitalar. No breve histórico que se apresentou, podem-se perceber as causas do fenômeno. A Medicina moderna não foi criada para crianças. Os métodos, técnicas e aparelhos não foram pensados para atender necessidades peculiares da infância. Quando muito sofrem adequações ou adaptações por interesse técnico, e não por respeito à criança.

A relação de dominação assume caráter peculiar na Pediatria: não é apenas a doença e a morte, mas a saúde e a vida que passam a ser regidas, também, pela batuta do médico. Condutas alimentares, de vacinação, educacionais, passam a ser dadas não como conselhos mas como *prescrições*. Além da preocupação sanitária, a Puericultura passa a ter, também, um caráter modelador e controlador, impondo normas de conduta e de vida, oriundas principalmente dos hábitos e costumes da classe dominante, de onde provêm, em sua maioria, os teóricos e os normatizadores, isto é, os médicos, como bem o demonstrou Boltansky (1977).

Hoje, com as facilidades de transporte e de comunicação de massa, tornando o mundo realmente uma "aldeia global", alguns princípios válidos para determinado local e cultura, para determinado povo em determinada época, são, principalmente através da propaganda comercial, divulgados e adotados universalmente. A aceitação não crítica de algumas teorias tem "contaminado" mesmo o ambiente científico, principalmente com relação aos hábitos alimentares.

A adaptação ecológica, em equilíbrio com o clima, a produção alimentar local e outros fatores, são de perfeito conhecimento biológico. Apenas o homem foge a essa adaptação e, através do "progresso", tem procurado equalizar a vida, seus hábitos e costumes, de maneira uniforme em qualquer latitude ou longitude. A colonização de regiões "atrasadas" por povos "adiantados" muito contribuiu para isso. Por mais que científicamen-

te se compreenda o erro — que pode ser catastrófico para a espécie — a "mentalidade de colonizados" dos profissionais nativos, unida à "mentalidade colonizadora" dos principais centros produtores de ciência, tornam tímidas e inócuas as tentativas de denúncia e de mudança. Por isso, povos, culturas e raças diferentes vêm sofrendo uma real violentação científica, com o aval e o serviço da Puericultura, sobretudo no assim chamado terceiro mundo. Como exemplo de transformação catastrófica podemos citar o desprestígio e o abandono da amamentação materna, através da introdução indevida das mamadeiras de leite industrializado, bem a gosto da civilização industrial e de consumo. Esse abandono foi tão rápido e repentino que, num país como o Chile, causou um surto de desnutrição e mortalidade infantil tão evidente que sensibilizou a comunidade científica da Europa. A razão, então, foi "descoberta": as populações pobres, desmamavam precocemente seus filhos porque a mamadeira lhes era apresentada como alimento equivalente ao leite materno, ou até melhor — e de mais "status" social. Não tendo porém, condições de higiene e de dinheiro para utilizar o leite em pó na quantidade e com os cuidados de preparação desejáveis, essas populações tiveram os seus descendentes desprotegidos contra as infecções para as quais o leite materno traz proteção específica, e desnutridos, pela insuficiência quantitativa que o preço do leite em pó veio lhes impor.

Neste caso específico a comunidade científica se posicionou, contrariando os interesses das indústrias de alimentos, e emitindo uma verdadeira contra-ofensiva de divulgação popular, através de periódicos com os "The baby killers" na Inglaterra, e hoje assistimos a uma vigorosa campanha de "reversão", com a amamentação materna como carro-chefe dessa tendência. Os pediatras estão "redescobrimdo" entusiasmadamente, apoiados em critérios técnicos e científicos, as enormes vantagens do leite materno, que a natureza sempre prodigalizou a todos os mamíferos pelo tempo necessário e suficiente à sua sobrevivência... Outros padrões de alimentação "importados", como o uso de alimentos industrializados ou de cereais pouco produzidos ou não produzidos em nosso meio, ainda não mereceram igual consideração.

Quanto a vacinas, lei recente as tornou obrigatórias para o recebimento do salário-família. Sem desmerecer seu valor e eficácia, cabe uma pergunta: os preparados comerciais disponíveis são, de fato, os mais adequados? Não seria conveniente diminuir, por exemplo, a dor de uma vacina tríplice ou tetânica? Esse tipo de preocupação deixou de existir entre as indústrias internacionais de medicamentos, pois seus produtos já estão consagrados quanto à eficácia, e não necessitam, do ponto de vista médico, nenhum aperfeiçoamento que lhes garanta melhor mercado. Como esse, centenas de outros exemplos poderiam ser dados: as balanças antro-

<sup>4</sup> Em hospitais de adultos, mesmo os não universitários, bem sabemos o que já ocorreu, haja vista entre nós os Institutos de Gastroenterologia, de Endocrinologia, de Cardiologia, de Ortopedia etc.

pométricas apavoram as crianças, e a pesagem é uma mensuração obrigatória na rotina das consultas. Já se conseguiu camuflá-las para parecerem com brinquedos e, assim, não hostilizar as crianças. A adequação foi tecnicamente possível, mas, comercialmente, não interessou a nenhuma das fábricas, que já vendem satisfatoriamente seus produtos.

O próprio consultório pediátrico precisa ser sério, a fim de impressionar e intimidar os pais, mantendo o clima de dominação, sem tentar agradar às crianças. Um ambiente alegre e descontraído, próprio para deixar à vontade os pais e as crianças, seria desastroso: aquele "clima místico", a que se fez referência no início, seria fatalmente desfeito, e o pediatra, reduzido à simples condição de adulto que trata de crianças, deixaria de ser ouvido e acatado com respeito incontestado pelos outros adultos que ele pretende orientar. Posto em igualdade de condições face aos pais da criança, teria que discutir com eles — e na linguagem deles — as condutas preconizadas; talvez tivesse até que rever alguns dos seus princípios e conceitos frente à experiência infomável de algumas velhas avós. Aceitar condutas inspiradas na tradição secular de gerações, anteriores aos conhecimentos da ciência que o ilumina, e ainda não explicadas por ela; aceitar o bom senso instintivo, apoiado no afeto dos pais pelos seus filhos; saber reconhecer as distorções artificialmente impostas por processos de violência cultural, como tem sido entre nós o processo de urbanização; reconhecer com humildade que algumas dessas condutas valham tanto ou mais que as condutas livrescas que lhe transmitem na escola, e às quais foi preciso que aderisse para poder fazer parte da "corporação".

Sua credibilidade se associa à imagem que dele fazem. O processo de retro-alimentação propulsiona a religião da ciência. Modificar-se sem que as instituições se tenham modificado, sem que a opinião pública acolha a mudança, sem que a própria sociedade se modifique — equivale a um suicídio profissional.

Em congressos científicos já se discutem, por exemplo, temas como o valor de um parto natural pelo método Leboyer. A comunidade médica, porém, vem fazendo oposição sistemática a esse tipo de inovação. Essa oposição não é explícita, mas tende a impedir uma mudança que lhe tire a situação de *poder* (sempre associado a um possuir, relativo ao uso de salas cirúrgicas, equipamentos, medicamentos, pessoal auxiliar etc.). O mesmo seja dito em relação à presença do recém-nascido junto da mãe logo depois do parto, ao invés de ficar nos clássicos berçários (onde o índice de contaminação e epidemias é sabidamente muito maior). Ao lado da própria mãe, o bebê recebe, desde logo, afeto, atenção individual, aleitamento, além de estreitar precocemente os laços emocionais mãe-filho, revertendo o fenômeno de rejeição que as dores do parto tenham por ventura podido acarretar. Porém, ao lado da própria mãe, o bebê dispensa pessoal para cuidá-lo, e, alimentado ao seio materno, não dará lucro para as indústrias de alimentos infantis. Assim, há uma poderosa pressão do "sistema médico tradicional" para que não se implantem essas novidades,

tão velhas quanto a humanidade e só modificadas pela técnica há menos de 50 anos. . .

Por fim, uma palavra sobre as perspectivas futuras: a discussão desses temas já começa a se tornar inquietante nos meios tanto médicos quanto leigos, de sociedades mais desenvolvidas, como as de alguns países da Europa Ocidental. Nos Estados Unidos, a mesma discussão está sendo levantada, especialmente nos meios políticos, por outra razão: a incontrolável tendência ao aumento de preços, não regidos pelas leis de mercado, dos custos de atenção médica.<sup>5</sup>

Assim, pode-se esperar, em prazo razoável, uma salutar mudança nas condições e atitudes de assistência médica, especialmente em relação às crianças, desde o momento de seu nascimento.

Diante do que foi analisado, é lícito, porém, concluir que a criança, face à Medicina moderna, entre nós, tem sido tomada muito mais como objeto do que como sujeito de prática e investigação. Nossas condições de subdesenvolvimento, aliadas ao autoritarismo, tanto do regime vigente quanto das políticas educacionais e de atenção à saúde, tendem a agravar essa situação. Talvez, com as mudanças vislumbradas na literatura, especializada e de divulgação, tal situação entre nós também mude. Oxalá isso ocorra o quanto antes, e se acompanhe também de adequada mudança nos equipamentos sociais de educação e de lazer. Só assim, poder-se-á esperar gerações mais sadias, mais felizes, com criatividade e entusiasmo suficientes para renovar a nossa combatida civilização ocidental. ●

---

<sup>5</sup> A esse propósito é interessante citar reportagem do Time (maio, 28/79) sobre os custos da Medicina e sua alta excessiva nos últimos cinco anos.

---

#### BIBLIOGRAFIA CITADA

- BOLTANSKY, Luc. *Prime educação et morale de classe*. Mouton, Paris — La Haye : 2<sup>ème</sup> ed. 1977.
- ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde*. Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1975.
- SINGER, Paul; Campos, Oswaldo e Oliveira, Elizabeth M. *Prevenir e curar — O controle social através dos serviços de saúde*. Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1978.

#### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- BERLINGER, Giovanni. *Medicina e Política*. Cebes-Hucitec, São Paulo, 1978.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1978.
- DONNANGELO, Maria Cecília F. *Medicina e Sociedade*. Pioneira, São Paulo, 1975.
- DONNANGELO, Maria Cecília F. e Pereira, Luiz. *Saúde e Sociedade*. Duas Cidades, São Paulo, 1976.
- GENTILE DE MELO, Carlos. *Saúde e Assistência Médica no Brasil*. Cebes-Hucitec, São Paulo, 1977.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1977.
- THE AMERICAN HEALTH EMPIRE. *Power, Profits and Politics*. A Report from the Health Policy Advisory Center. Vintage Books Edition, New York, 1971.