

EXAME CLÍNICO - UM ENSAIO A PARTIR DE FOUCAULT

CLINICAL EXAMINATION - AN ESSAY FROM FOUCAULT

José Carlos Manço

Docente. Aposentado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

CORRESPONDÊNCIA: Rua Argeu Fuliotto, nº 320 - CEP: 14096-520 - Ribeirão Preto - SP. e-mail: jcmanco@fmrp.usp.br

MANÇO JC. Exame clínico - Um ensaio a partir de Foucault. **Medicina, Ribeirão Preto**, 37: 117-134, jan./jun. 2004.

Resumo - No pensamento de Foucault, a história do conhecimento é descontínua e as mudanças do que ele denomina a *épistémê* (episteme) não se sucedem de maneira contínua, mas por rupturas. Em duas de suas obras, Foucault oferece material de grande interesse para uma análise não convencional das mudanças do conhecimento humano e do modo de pensar que influenciaram o modelo de clínica médica e do exame clínico, que, de certa forma, chegou aos nossos dias. Os dois textos são: *As palavras e as coisas - uma arqueologia das ciências humanas* e *O nascimento da clínica*. Na análise do tema "exame clínico", decidimos seguir o pensamento de Foucault, para acompanhar as transformações ocorridas no pensamento científico, a partir da Renascença, e o desenvolvimento do método clínico nos séculos XVIII e XIX. Para finalizar, são tecidas considerações críticas acerca das influências que o modelo de exame clínico, descrito pelo filósofo francês causaram na prática da clínica médica nos dias atuais.

UNITERMOS: Educação Médica. Sintomas e Sinais. Patologia.

1- INTRODUÇÃO

Na Grécia Antiga, há cerca de 2500 anos, Hipócrates examinava seus pacientes, utilizando-se da anamnese e do exame físico, este último representado, naquela época, quase que exclusivamente pela inspeção e palpação do corpo humano. No exame clínico dos dias atuais, pelo menos quando executado no ambiente de uma escola médica, também são empregadas as técnicas da anamnese e do exame físico. Numa visão histórica convencional, seríamos tentados a desenrolar a linha do tempo, para tentar compreender como esses procedimentos chegaram até nós, atravessando um longo período. Estaríamos nós, médicos, aplicando, nos dias de hoje, procedimentos técnicos milenares, cuja única transformação teria resultado de um contínuo avanço tecnológico no intervalo de tempo que nos separa das práticas médicas da Grécia Antiga? Será que, numa clínica moderna do mundo ocidental, o paciente e o exame clínico são pen-

sados da mesma maneira com o eram no tempo de Hipócrates? Ou estamos falando de coisas diferentes, apesar do uso das mesmas palavras, numa e noutra época?

A abordagem histórica, tradicional, da evolução do conhecimento científico admite uma trajetória linear, que se faz através de descobertas sucessivas que atraem a atenção do mundo e, por conseguinte, ganham aceitação. Sendo assim, e dentro dessa visão da História, poderíamos simplesmente deduzir que o exame do paciente, parte integrante do método clínico, obedece até hoje à sistematização introduzida por Hipócrates, mas valendo-se dos avanços científicos e tecnológicos que a História registra tão bem. Não há dúvida de que, num inventário temático da idéia de clínica e de seu modo de examinar, pudessem aparecer valores e velhas noções, usados há muito tempo e que já eram incorporados pela medicina grega. Entretanto, diz Foucault, "nada neste velho arsenal pode designar claramente o que ocorreu na passagem do

século XVIII, quando a retomada do antigo tema ‘produziu’, à primeira vista, uma mutação essencial no saber médico” e, podemos acrescentar, no modo de examinar e de “ver” o paciente. O objeto principal da análise de Foucault é, com efeito, o de permitir uma nova concepção da história do conhecimento e de romper com as interpretações históricas, clássicas, que perduram até hoje. No pensamento de Foucault, a história do conhecimento é descontínua e as mudanças do que ele denomina a *épistémê* (episteme) não se sucedem de maneira fluida, mas por rupturas. “Mais do que uma história, no sentido tradicional da palavra, trata-se de uma *arqueologia*”. Em duas de suas obras, Foucault oferece material de grande interesse para uma análise não tradicional das mudanças do conhecimento humano e do modo de pensar que influenciaram o modelo de clínica médica e o do exame clínico, os quais, de certa forma, chegaram aos nossos dias. Os dois textos são: *As palavras e as coisas – uma arqueologia das ciências humanas*⁽¹⁾; *O Nascimento da clínica*⁽²⁾.

Na análise do tema “exame clínico”, decidimos seguir o pensamento de Foucault, expresso nos dois livros citados, com acréscimos menores, usados como subsídio ao enfoque específico, pretendido neste texto. O período que nos interessa começa no século XVI. Vamos, inicialmente, fazer uma apresentação sucinta das transformações ocorridas no pensamento científico, usando as mudanças da episteme na análise do filósofo francês.

Similitudes, assinalação e representação. Ordenação e classificação.

Analisemos os dois textos que se seguem:

Texto nº 1:

“*Há sete janelas dadas aos animais no domicílio da cabeça, através das quais o ar é admitido no tabernáculo do corpo, para aquecê-lo e nutri-lo. Quais são essas partes do microcosmos? Duas narinas, dois olhos, dois ouvidos e uma boca. Da mesma forma, nos céus, como num macrocosmos, há duas estrelas favoráveis, duas desfavoráveis, dois luminares e Mercúrio, indeciso e indiferente. A partir dessas e de muitas outras similitudes da natureza, tais como os sete metais, etc, que seria cansativo enumerar, concluímos que o número de planetas é necessariamente sete*” (S. Warhaft, org.: Francis Bacon: *A Selection of his Works*; citado por Alves, R.: *Filosofia da ciência – introdução ao jogo e suas regras*)⁽³⁾.

Texto nº 2:

“*A borrasca começa quando o ar se torna pesado e se agita, a crise, no momento em que os pensamentos se tornam pesados, inquietos; depois as nuvens se acumulam, o ventre incha, o trovão estronda e a bexiga se rompe; os relâmpagos fulminam enquanto os olhos brilham com um fulgor terrível, a chuva cai, a boca espuma, o raio deflagra enquanto os espíritos fazem rebentar a pele; mas eis que o tempo se torna claro e a razão se restabelece no doente*”. (Comparação entre “apoplexia” e tempestade, de acordo com Crollius: *Traité de signatures*; citado por Foucault: *As palavras e as coisas*)⁽¹⁾.

A configuração epistemológica desses dois textos segue o conceito em torno do qual se articula o saber ocidental no período da Renascença: o das *similitudes ou similaridades*, entre os quais está incluída a *analogia*. Nada está isolado. O homem é o microcosmos, modelo do universo, próximo de todos, visível, conhecido. O homem está em proporção com o céu, assim como com os animais e as plantas, assim como com a terra, os metais, as estalactites ou as tempestades. As sete aberturas formam, no seu rosto, o que são os sete planetas do céu. No final do século XVI, além da *analogia*, cujo conceito está na base dos dois textos apresentados, ainda havia três outras formas de semelhanças (*similitudes ou similaridades*): a *convenientia* (conveniência), a *aemulatio* (emulação) e a *simpatia*. Esta última, em particular, voltará a ocupar um lugar no vocabulário científico, na segunda metade do século XVIII, como ocorre na obra de Bichat; mas o conceito não será certamente o mesmo.

No pensamento do final do século XVI, as **similitudes** nos dizem somente o modo como o mundo deve dobrar-se sobre si mesmo, de certa forma se duplicar, se refletir como que num espelho ou se encadear para que as coisas possam se assemelhar. Indicam-nos os caminhos das similitudes, mas não onde elas estão, nem onde as vemos e nem mesmo que marca levam para serem reconhecidas. Pela ordem natural do mundo, as similitudes se reconhecem por sinais exteriores e visíveis, como marcas especiais. O mundo das similitudes é um mundo marcado pelas **assinalações**. Diz Paracelso: “Não é vontade de Deus que o que ele cria para o benefício do homem e o que lhe deu permaneça escondido. E ainda que ele tenha escondido certas coisas, nada deixou sem sinais exte-

riores e visíveis com marcas especiais – assim como um homem que enterrou um tesouro marca a sua localização a fim de que possa encontrá-lo” (Paracelso: *Die 9 Bücher der Natura Rerum*; citado por Foucault: *As palavras e as coisas*)⁽¹⁾. Há *signos* (sinais) a nos mostrar, tornar visíveis as similitudes. Há afinidade entre a noz e a cabeça; “o que cura ‘as aflições do pericrânio’ é a espessa camada verde que repousa sobre os ossos – sobre o invólucro – do fruto: mas os males interiores da cabeça são evitados pelo próprio núcleo ‘que indica totalmente o cérebro’. O sinal da afinidade, e o que a torna visível, é simplesmente a analogia” (Crollius: *Ibidem*; citado por Foucault: *As palavras e as coisas*)⁽¹⁾.

Para a existência de tal forma de conhecimento, tornava-se necessário um discurso que fosse adequado ao seu objeto; tornava-se necessária uma linguagem que pudesse, corretamente, de forma absoluta, designar as coisas. Ou melhor, exigia-se uma nova fidelidade, na qual as palavras eram as marcas das coisas. “Sob sua forma primeira, quando foi dada aos homens pelo próprio Deus, a linguagem era um signo das coisas, absolutamente certo e transparente, porque se lhes assemelhava. Os nomes eram depositados sobre aquilo que designavam, assim como a força está escrita no corpo do leão, a realeza no olhar da águia, como a influência dos planetas está marcada na fronte dos homens: pela forma da similitude. Essa transparência foi destruída em Babel para punição dos homens”. A destruição da transparência foi substituída pelos signos e a perda das coisas não foi total. O castigo de Deus não foi completo.

O conceito de signo, necessário à compreensão através das similitudes, será por nós retomado na discussão dos sinais e sintomas revelados no exame clínico. No momento, vamos lembrar que, no pensamento do século XVI, “saber consiste em referir a linguagem à linguagem. Em restituir a grande planície uniforme, das palavras e das coisas. Em fazer tudo falar. ...O que é próprio do saber não é nem ver nem demonstrar, mas interpretar”.

Nós podemos compreender, agora, porque a classificação (das coisas) não desempenhava papel importante na Renascença. O quadro dos conhecimentos era linear e se limitava em descobrir as marcas indicativas das semelhanças que unissem as coisas, em elaborar um repertório e, se possível, encontrar as palavras que se assemelhassem o máximo possível ao que elas designavam. Era um saber do Semelhante, sem que tenha sido realizada a empreitada sis-

tematizada e metódica da classificação das coisas. O homem do século XVI não ordenava e não classificava: só bastava revelar as semelhanças de um mundo que Deus havia ordenado.

No século XVII, a semelhança parece insuficiente para explicar a relação entre as palavras e as coisas. Nesse ponto, para expor seu pensamento acerca da emergência da **representação**, Foucault recorre à literatura, especificamente representada por Cervantes, com a obra *Dom Quixote*, “...a primeira das obras modernas, pois que aí se vê a razão cruel das identidades e das diferenças desdenhar infinitamente dos signos e das similitudes: pois que aí a linguagem rompe seu velho parentesco com as coisas...”. Na primeira parte do livro, Dom Quixote tenta, mas não consegue, demonstrar a conformidade dos signos lingüísticos às coisas: o rebanho é exército, as criadas são damas, os albergues são castelos. “Mas, na segunda parte do romance, Dom Quixote reencontra personagens que leram a primeira parte do livro e que o reconhecem, a ele, homem real, como o herói do livro”. Assistimos, assim, à emergência de uma nova propriedade e de um novo poder “representativo” das palavras⁽⁴⁾. É através da teoria da representação que vai aparecer uma nova forma de saber. “O signo deixa de ser uma figura do mundo e deixa de estar ligado ao que ele marca pelo vínculo da semelhança”. A partir de então, esta ligação está assegurada pela representação: o significante é representado pelo significado e vice-versa, sem intermediário. O signo não mais pré-existe na linguagem humana. “A magia, que permitia a decifração do mundo descobrindo as semelhanças secretas sob os signos, não serve mais senão para explicar de modo delirante por que as analogias são sempre frustradas”.

Nós já ressaltamos que, no pensamento fundamentado nas similitudes, não havia espaço para a ordenação, como etapa para a classificação. Vamos, agora, falar um pouco sobre **ordem e classificação**. Para começar, como faz Foucault no prefácio de *As Palavras e as Coisas*, vamos transcrever parte de um texto de Borges (trata-se de um curto ensaio de Jorge Luis Borges, intitulado “*El idioma analítico de John Wilkins*”, publicado pela primeira vez na coleção “*Otras inquisiciones*”, Buenos Aires, 1952)⁽⁵⁾:

“...numa certa enciclopédia chinesa” está escrito que “os animais se dividem em: a) pertencentes ao imperador; b) embalsamados, c) domesticados, d) leitões, e) sereias, f) fabulosos, g) cães

em liberdade, h) incluídos na presente classificação, i) que se agitam como loucos, j) inumeráveis, k) desenhados com um pincel bem fino de pêlo de camelo, l) et cetera, m) que acabam de quebrar a bilha, n) que de longe parecem moscas”.

O que nos perturba, no texto de Borges, é a inexistência de qualquer critério que nos seja familiar na classificação desses seres. Retomando Foucault: “a enciclopédia chinesa citada por Borges e a taxonomia que ela propõe conduzem a um pensamento sem espaço, a palavras e categorias sem tempo nem lugar; ...haveria assim uma cultura... que não distribuiria a proliferação dos seres em nenhum dos espaços onde nos é possível nomear, falar, pensar”.

Mas vamos, agora, pensar no que diz Foucault sobre um outro texto, de Aldrovandi, famoso naturalista e médico do século XVI, num capítulo do livro *Historia serpentum et draconum*. “Vemos o capítulo ‘Da Serpente em Geral’ desenvolver-se segundo as seguintes rubricas: equívoco (isto é, diferentes sentidos da palavra *serpente*), sinônimos e etimologias, diferenças, forma e descrição, anatomia, natureza e costumes, temperamento, coito e geração, voz, movimentos, lugares, alimentação, fisionomia, antipatia, modos de captura, morte e ferimentos pela serpente, modos e sinais de envenenamento, remédios, epítetos, denominações, prodígios e presságios, monstros, mitologia, deuses aos quais é consagrada, apólogos, alegorias e mistérios, hieróglifos, emblemas e símbolos, adágios, moedas, milagres, enigmas, divisas, signos heráldicos, fatos históricos, sonhos, simulacros e estátuas, usos nos alimentos, usos na medicina, usos diversos”. O que se encontra em Aldrovandi é “uma mistura inextrincável de descrições exatas de citações relatadas, de fábulas sem crítica, de observações concernindo indiferentemente à anatomia, aos brasões, ao *habitat*, aos valores mitológicos de um animal, aos usos que dele se podem fazer na medicina ou na magia”.

O que chama a atenção, nos dois textos, é a incoerência neles contida, se analisados segundo os modelos que formaram o nosso pensamento de ordenamento e classificação. Aldrovandi fazia História Natural; morreu em 1605; John Wilkins, a quem Borges se refere no seu texto, foi um famoso organizador de instituições científicas, filósofo, astrônomo e matemático inglês, que viveu de 1614 a 1672; sua última obra, de linguagem universal, descrevia a origem das línguas e alfabetos, seguia com uma classificação exaustiva e abrangente de todas as áreas do conhecimento,

prosseguia com o relato completo de gramática, sintaxe e ortografia e terminava com a apresentação dos símbolos da nova escrita que idealizou. A “enciclopédia chinesa” de Borges teria sido inspirada na classificação proposta por Wilkins.

Ao contrário do que ocorria na época de Aldrovandi, a idade clássica concebe a História de outro modo. Assim, a História Natural passa a ser elaborada a partir de um olhar minucioso sobre as próprias coisas e, em seguida, a transcrição daquilo que foi recolhido na observação, com palavras neutras e transparentes. Utiliza-se de uma reflexão clarificada, sem o recurso das semelhanças. Desse modo, Foucault considera que “a História Natural tem condições de possibilitar que as coisas e as palavras, em comum, pertençam à representação”. Desde então, os documentos dessa nova história não são apenas outras palavras (textos, arquivos...), mas a própria natureza, onde os seres, e não mais suas marcas, se apresentam uns ao lado de outros, como nos herbários, jardins, e “se comparam segundo seus traços comuns e, a partir de então, virtualmente analisados e portadores de seus próprios nomes”. Com isso, a análise que a representação dos seres vivos opera, através da linguagem da História Natural, abre as portas para um mundo ordenado. De fato, fazer história sobre seres consiste em dar-lhes uma ordem, classificá-los segundo seus traços comuns. Dito de outra forma, e de acordo com o pensamento de Foucault, a História Natural deve responder à necessidade de ordenar as naturezas, das mais simples às mais complexas, constituindo, finalmente, uma taxonomia. Nos séculos XVII e XVIII, com o surgimento da História Natural, a classificação aparece como uma etapa realmente essencial, como objeto da atividade científica. Mas como é que essa mudança no pensamento científico repercutiu na Medicina?

A medicina das espécies

“Nunca tratem uma doença sem se assegurar da espécie”, dizia o médico Gilibert no livro *L’Anarchie médicinale*, de 1772 (citado por Foucault: *O nascimento da clínica*)⁽²⁾. Outros textos médicos da mesma época (Sauvages: *Nosologie méthodique*, 1761; Pinel: *Nosographie philosophique*, 1798; citados por Foucault: *Ibidem*)⁽²⁾ mostram que “a regra classificatória domina a teoria médica e mesmo sua prática”. A classificação das doenças procura copiar o modelo botânico de classificação das plantas. “O Ser Supremo não se sujeitou a leis menos certas ao produzir as

doenças ou amadurecer os humores mórbidos, do que cruzando as plantas ou os animais... Quem observar atentamente...o acesso de febre quartã, os fenômenos de calafrio, de calor, em uma palavra, todos os sintomas que lhe são próprios, terá tantas razões para crer que esta doença é uma espécie, quantas tem para crer que uma planta constitui uma espécie porque cresce, floresce e perece sempre do mesmo modo”. (Sydehan; citado por Sauvages: *Nosologie méthodique*; citados por Foucault: *Ibidem*)⁽²⁾. Estamos diante da “Medicina das Espécies”. Muito embora fizessem uso das mudanças do modo de pensar que propiciaram o surgimento da História Natural, o que se evidencia, na busca da classificação das doenças, é que os médicos da época ainda recorriam às analogias e simpatias, como era próprio do raciocínio das semelhanças. “De uma doença a outra, a *distância* que as separa se mede apenas pelo *grau* de sua *semelhança*”. “Uma hemorragia nasal pode tornar-se hemoptise ou hemorragia cerebral; subsiste unicamente a forma específica do derrame sanguíneo. É por isso que a Medicina das Espécies esteve, durante toda sua carreira, ligada à doutrina das simpatias, ambas as condições só podendo reforçar-se mutuamente para o justo equilíbrio do sistema”.

De acordo com o pensamento da época, a doença comportava-se como tendo existência própria, com suas próprias leis de desenvolvimento, nisso se aproximando das plantas e dos animais. “O Ser Supremo não se sujeitou a leis menos certas ao produzir as doenças”. Na relação entre doença e paciente, predominava a atenção do médico sobre a doença. “Paradoxalmente, o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre”. “É preciso que quem descreve uma doença tenha o cuidado de distinguir os sintomas que a acompanham necessariamente, e que lhe são próprios, dos que são apenas acidentais e fortuitos, como os que dependem do temperamento e da idade do doente”.

Outra característica da Medicina das Espécies é atribuir às doenças como que um direito próprio de nascimento e de relação nos espaços sociais. “Existe uma natureza ‘selvagem’ da doença que é, ao mesmo tempo, sua natureza e seu mais sábio percurso”. “Mas, quanto mais complexo se torna o espaço social em que está situada, mais ela se *desnaturaliza*”. Sobre as doenças e as classes sociais: “À medida que se ascende na ordem das condições e que a rede se fecha em torno dos indivíduos, ‘a saúde parece diminuir gradativamente’; as doenças se diversificam e se com-

binam; seu número já é grande na ‘ordem superior do burguês’; ele é o maior possível na alta sociedade”.

Uma das marcas do período das doenças das espécies é a crítica aos hospitais, pois “o hospital, como a civilização, é um lugar artificial em que a doença, transplantada, corre o risco de perder seu aspecto essencial”. “O lugar natural da doença é o lugar natural da vida – a família...”. Há, também, uma crítica aos aspectos econômicos das fundações hospitalares: “os bens que as constituem são inalienáveis: é a parte perpétua dos pobres....Por outro lado, é um erro econômico basear a assistência na imobilização do capital....O doente, sem dúvida, não é capaz de trabalhar, mas, se colocado no hospital, torna-se uma dupla carga para a sociedade: a assistência de que se beneficia só a ele diz respeito, enquanto sua família, deixada ao abandono, se encontra, por sua vez, exposta à miséria e à doença”.

A consciência política e o modo de pensar a doença

As epidemias, comuns no século XVIII, e as profundas mudanças políticas, nos anos que antecederam a Revolução Francesa, tiveram grande repercussão sobre o modo como era percebida a prática da Medicina. “As epidemias são funestas e destrutivas em seus começos apenas porque suas características, sendo pouco conhecidas, deixam o médico na incerteza quanto à escolha do tratamento que deve aplicar”. Reconhece-se, nessa época, que os práticos, que exerciam a Medicina sem preparação formal, representavam um risco para a população. Além disso, desperta-se para o fato de que o ensino nas escolas de Medicina era muito acadêmico e pouco prático. A criação da Sociedade Real de Medicina, com a tarefa de dar uma resposta aos desafios das epidemias e ao controle dos médicos, dá início ao conflito com Faculdade, que acaba evoluindo para o fechamento desta. “A Sociedade Real de Medicina não agrupa mais apenas os médicos que se consagram ao estudo dos fenômenos patológicos; tornou-se o órgão oficial de uma *consciência coletiva dos fenômenos patológicos*”.

“Os anos anteriores e imediatamente posteriores à Revolução viram nascer dois mitos, cujos temas e polaridades são opostos; mito de uma profissão médica nacionalizada, organizada à maneira do clero e investida, ao nível da saúde e do corpo, de poderes semelhantes aos que este exercia sobre as almas; mito do desaparecimento total da doença em uma sociedade sem distúrbios e sem paixões, restituída à sua saúde

de origem”. Não é preciso muitas palavras para dizer que ambos os projetos falharam. O primeiro desses mitos repousava na crença de que o médico, sem ter que ir atrás de honorários, pois receberia do Estado, poderia desempenhar melhor a profissão. Estava também implícita uma rigorosa organização do serviço de saúde. “Ao terminar seus estudos, o novo médico ocupará não o posto de sua escolha, mas o que lhe for indicado...”. “Tornando-se atividade pública, desinteressada e controlada, a Medicina poderá se aperfeiçoar indefinidamente”. “O outro mito procede de uma reflexão histórica levada ao extremo”. Era correta a observação de que as doenças variam com a época e com os lugares, mas estavam incorretas as interpretações e, conseqüentemente, as ações propostas para livrar a sociedade das doenças. “Uma nação que vivesse sem guerra, sem paixões violentas, sem ociosos não conheceria, portanto, nenhum desses males; e, sobretudo, uma nação que não conhecesse a tirania que a riqueza exerce sobre a pobreza, nem os abusos a que ela própria se entrega”.

Apesar do fracasso do projeto revolucionário, uma vez que assentado em mitos, na interpretação de Foucault, houve conseqüências benéficas. “E, no entanto, desempenharam importante papel: ligando a Medicina ao destino dos Estados, nela fizeram aparecer uma significação positiva”. Além disso, podemos acrescentar, tal positividade também se exerceu no despertar da consciência para uma Medicina Social em contraste, mas não necessariamente oposta, a uma Medicina das Espécies, centrada no indivíduo. E ainda mais, os questionamentos sobre a atuação da academia acabariam por se refletir de modo positivo na discussão do ensino médico.

Os questionamentos das estruturas hospitalares e do ensino da Medicina

Na segunda metade do século XVIII, na França, adquirem significativo destaque as discussões sobre a regulamentação da profissão médica, sobre as estruturas hospitalares e sobre a própria educação médica. Na realidade, a regulamentação da profissão médica era um tema mais antigo. “Os decretos... promulgados no mês de março de 1707, tinham regulamentado para todo o século XVIII a prática da Medicina e a formação dos médicos. Trata-se então de lutar contra os charlatões, os empíricos e as pessoas sem título e sem capacidade que exerciam a Medicina”. O ensino médico também é alvo de pesadas críticas: “...correlativamente, tinha sido necessário reorganizar as faculdades entregues, há vários anos, ao

mais extremo relaxamento”. Mas os resultados esperados acabaram não acontecendo: “...no final do século (i.e., XVIII), os críticos são unânimes, ao menos quanto a quatro pontos: os charlatões continuam florescendo; o ensino canônico ministrado na Faculdade não responde mais às exigências da prática, nem às novas descobertas (só se ensina a teoria; não se dá lugar nem às Matemáticas, nem à Física); há excesso de escolas de Medicina, para que o ensino possa ser assegurado em toda parte de maneira satisfatória; reina a concussão (procuram-se as cadeiras como cargos; os professores dão cursos pagos; os estudantes compram seus exames e fazem com que suas teses sejam escritas por médicos necessitados)”. Conseqüências do quadro político, das críticas e dos projetos de reforma: “Agosto de 1791, fechamento das universidades, setembro, a Assembléia Legislativa é dissolvida”. O papel dos hospitais na assistência médica era motivo de debates, pois ainda era grande a legião dos que julgavam que “o único lugar possível de reparação da doença é o meio natural da vida social – a família”.

Na sua maioria mantidos por ordens religiosas, os hospitais ganhavam algum destaque no atendimento dos pobres e sem família, no isolamento de casos contagiosos, nos casos de doenças complexas e como estrutura no esquema de vigilância no projeto de combate às epidemias. A articulação da prática hospitalar com o ensino médico era precária. Nos projetos de reforma do ensino médico esses pontos são destacados: “Mas, sobretudo, é necessário ter em vista um ensino prático;...um Instituto Real, mais ou menos independente da Faculdade, que asseguraria à elite dos jovens médicos uma formação aperfeiçoada e essencialmente prática. Criar-se-ia...uma espécie de internato, com um Hospital adjunto, onde os professores, visitando os doentes, ensinariam”. Caracterizava-se, assim, uma dicotomia: “Formação prática claramente dissociada do ensino teórico universitário”. Apesar dos esforços reformistas, “toda a reorganização pedagógica e técnica da medicina fracassava por causa de uma lacuna central: a ausência de um modelo novo, coerente e unitário para a formação dos objetos, das percepções e dos conceitos médicos”. Estava lançado o desafio para a elaboração de um projeto no qual o ensino teórico e sistematizado das doenças estivesse sempre ligado à prática à beira do leito do doente. “Estes temas imprecisos exigiam uma unidade de conhecimento e da prática médica; lhe indicavam um lugar ideal; mas eram também o principal obstáculo para sua realização”. Tal projeto poderia ser resumido em poucas palavras: experiência clínica.

Clínica Médica: a experiência clínica e seu papel pedagógico

Saindo do âmbito restrito da experiência francesa, torna-se oportuno rever, cronologicamente, alguns fatos marcantes como tentativa de compreender o sentido e a estrutura da experiência clínica. “Em 1685, François de La Boe abre uma escola clínica no Hospital de Leyde: publica suas observações com o título *Collegium Nosocomium*. ...é possível, entretanto, que tenha existido, em Pádua, desde fins do século XVI, uma cadeira clínica. Em todo caso, foi de Leyde, com Boerhaave e seus alunos, que partiu, no século XVIII, o movimento de criação, através de toda a Europa, de cadeiras ou institutos clínicos. São discípulos de Boerhaave que, em 1720, reformam a Universidade de Edimburgo e criam uma clínica segundo o modelo de Leyde; ela é imitada em Londres, Oxford, Cambridge e Dublin. Em 1733, pede-se a Van Swieten um plano para o estabelecimento de uma clínica no Hospital de Viena: o seu titular é também um aluno de Boerhaave, de Haen, a quem sucedem Stoll e depois Hildebrand; o exemplo é seguido em Göttingen, onde ensinam sucessivamente Brendel, Vogel, Baldinger, e J.-P. Franck; em Pádua, alguns leitos do hospital são reservados à clínica, tendo Knips como professor; Tissot, encarregado de organizar uma clínica em Pávia, fixa seu plano em sua aula inaugural...; em torno de 1770, Laçassaingne, Bourru, Guilbert e Colombier desejaram organizar, em caráter privado e a suas expensas, uma casa de saúde de 12 leitos, reservada às doenças agudas; os médicos visitantes ao mesmo tempo nela ensinariam a prática”. Voltando à situação francesa: “A Faculdade, o corpo dos médicos em geral tinham bastante interesse em que se mantivesse o antigo estado de coisas, onde um ensino prático era dado na cidade, de modo individual e oneroso, pelos mais notáveis consultores. Foi nos hospitais militares que se organizou primeiramente o ensino clínico”.

O estudo de casos não é novidade na experiência médica. Qual teria sido, portanto, a importância do desenvolvimento dessas clínicas, que Foucault chama de “protoclínicas”, fenômeno abrangente que ocorreu na Europa? O mesmo Foucault responde: “1. Esta protoclínica é mais do que um estudo sucessivo de casos; deve reunir e tornar sensível o corpo organizado da nosologia. ...Não tem obrigação de mostrar os casos, seus pontos dramáticos e seus acentos individuais, mas de manifestar em um percurso completo o círculo das doenças”. Mais adiante, Foucault destaca

o aspecto selecionador das clínicas comparativamente aos hospitais: “2. ...nos hospitais se encontram indivíduos que são indiferentemente portadores de uma doença qualquer...Na clínica, inversamente, se encontram doenças cujo portador é indiferente. ...No hospital, o doente é *sujeito* de sua doença...; na clínica, onde se trata apenas de um *exemplo*, o doente é o acidente de sua doença...”. A clínica, em princípio, não é um instrumento para descobrir uma verdade ainda desconhecida, ou seja, de pesquisa. Em Foucault, prosseguindo, encontramos: “3. A clínica é uma espécie de teatro nosológico de que o aluno desconhece o desfecho”. Em consonância com o item anterior, prossegue: “4. Não é em si mesma uma experiência, mas o resultado, para uso dos outros, de uma experiência anterior. ‘O professor indica a seus alunos a ordem em que os objetos devem ser observados para serem mais bem vistos e gravados na memória...’ (numa referência a Cabanis: *Observations sur les hôpitaux*, 1790)”. Em seguida, respondendo ao questionamento posto acima, Foucault lembra que mesmo não sendo em si mesma uma experiência, no sentido inovador do conhecimento, ela não deixa de ser uma experiência no sentido de prova: “5. ...prova de um saber que o tempo deve confirmar, prova de prescrições a que o resultado dará ou não razão, e isto diante do júri espontâneo que os estudantes constituem”.

Pela maneira como foi instituída, no final de século XVIII, podemos dizer que a clínica ainda reproduzia aspectos do modelo já estabelecido, sem realmente representar uma força transformadora do ensino médico. “Ela (a clínica) conduz e organiza uma determinada forma de discurso médico; não inventa um conjunto novo de discursos e de práticas”.

O ensino nos hospitais

As múltiplas e rápidas modificações do quadro político e institucional, que ocorreram no final do século XVIII, tendo como fulcro a Revolução Francesa, e os fatos subsequentes, o jogo de forças antagônicas de grupos influentes, as novas formas de organização da sociedade repercutiram profundamente na estruturação da profissão médica e acabaram por determinar a orientação a ser dada ao ensino da Medicina. A estrutura acadêmica das faculdades estava destrojada e muitas faculdades que haviam sido fechadas continuavam funcionando na clandestinidade. A exigência de formação universitária para o exercício da Medicina era vista como uma forma de corporativismo. Um fato significativo ocorreu quando Baumes, um antigo

e experiente professor universitário com idéias republicanas, foi encarregado da seleção de oficiais de saúde para treinamento em um hospital militar. Este episódio despertou a atenção dos alunos de Medicina que, descontentes com a desorganização vigente no ensino, mobilizaram as forças populares e conseguiram a criação de um ensino clínico dentro de um hospital distrital; sob a responsabilidade do mesmo Baumes. Sobre essa experiência, Foucault assim se expressa: “Este exemplo é, sem dúvida, privilegiado, mas nem por isso menos significativo.... Aparentemente, ela (a experiência) nada mais faz do que colocar em dia, como única via de salvação possível, a tradição clínica que o século XVIII havia elaborado”.

Entre o final do século XVIII e início do século XIX são discutidas e implementadas várias medidas que irão assegurar a reabertura das escolas médicas, uma disciplina mais rigorosa no exercício da profissão médica e, sobretudo, uma profunda reformulação do ensino da Medicina, com a clínica entrando nos hospitais. Era o início da utilização pedagógica dos hospitais. “Esta nova definição da clínica estava vinculada a uma reorganização hospitalar”. Talvez possamos ver nesta experiência o aparecimento dos “hospitais de clínicas”, que acabariam criando a possibilidade de um ensino prático da Medicina não dissociado do saber acadêmico. “Encontram-se assim reunidos, pela primeira vez, em um quadro institucional único, os critérios do saber teórico e os de uma prática que só pode estar ligada à experiência e ao hábito”.

Os desafios conceituais da observação clínica

A discussão que se segue, percorrendo a mesma linha do pensamento de Foucault, talvez represente o aspecto mais importante deste pequeno ensaio, tendo em vista o seu propósito principal de servir de subsídio à introdução do ensino clínico em escolas médicas. “A observação clínica supõe a organização de dois domínios conjugados: os domínios hospitalar e pedagógico. O domínio hospitalar é aquele em que o fato patológico aparece em sua singularidade de acontecimento e na série que o cerca.... Não existe, portanto, diferença de natureza entre a clínica como ciência e a clínica como pedagogia. Forma-se, assim, um grupo constituído pelo professor e seus alunos, em que o ato de reconhecer e o esforço de conhecer se realizam em um único movimento”. Assim, definido o espaço do ensino clínico e esboçadas suas linhas de desenvolvimento, na transição do século XVIII para o século XIX, vamos analisar alguns de seus desafios conceituais.

Sintomas e sinais. Signos

Na configuração que o saber médico assumiu a partir da segunda metade do século XVIII, o exame do doente se apóia no conjunto de sintomas e sinais. Essa estrutura do exame clínico é a mesma que se adota na Medicina Ocidental dos nossos dias, ainda que, atualmente, esse modelo de exame apareça permeado por interferências que transgridem o seu sentido original: o de núcleo do diagnóstico médico.

Ensina-se, nos nossos cursos de Semiologia, que **sintoma** é fenômeno subjetivo referido por um paciente acerca da sua doença; e que **sinal** é fenômeno objetivo observado por um médico no exame de um paciente. Acredito que, como recurso simplificador e com objetivos didáticos imediatos, visando ao treinamento semiológico, a definição se justifica. Entretanto, convém refletir um pouco sobre o modo como médicos e pensadores discutem sintomas e sinais (signos) na abordagem “arqueológica” de Foucault. Há, segundo ele diz, distinção no valor semântico de *sintomas* e *signos*. Para tentar acompanhar o raciocínio de Foucault, vamos recordar que o saber médico da época atribui à doença uma natureza essencial, como uma espécie nos modelos classificatórios da taxonomia. “Paradoxalmente, o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre”. Conseqüentemente: “O sintoma – daí seu lugar de destaque – é a forma como se apresenta a doença: de tudo o que é visível, ele é o que está mais próximo do essencial; e da inacessível natureza da doença, ele é a transcrição essencial. Tosse, febre, dor lateral e dificuldade de respirar não são a própria pleurisia – esta jamais se oferece aos sentidos, só se desvelando pelo raciocínio – mas formam o ‘sintoma essencial’, visto que permitem designar um estado patológico...”. Na mesma linha de pensamento: “O signo anuncia: prognostica o que vai se passar; faz a anamnese do que se passou; diagnostica o que ocorre atualmente”. Ainda na mesma linha, estabelece o vínculo entre o signo e o tempo: “...o signo desvela o tempo como o azulado das unhas anuncia infalivelmente a morte...”. Refletindo sobre o discurso de Foucault, lido no contexto do pensamento da época, o da “Medicina das Espécies”, talvez eu possa me arriscar, dizendo que o sintoma, ao se referir diretamente à doença, ganha a posição mais importante, pois o raciocínio era centrado na doença; o sinal (signo?), associado ao corpo, isto é, ao doente, permite “acompanhar” a passagem da doença pelo corpo, mas não é a sua essência. “Estrutura feliz e

tranqüila, em que se equilibram o sistema Natureza-Doença...e o sistema Tempo-Resultado...”

Há motivos plausíveis para que, em termos de treinamento semiológico, sejam adotadas as definições iniciais de sintoma e sinal. Entretanto, é preciso ter cuidado para que não se induza o estudante a pensar que há uma distinção essencial entre sintoma e sinal no campo do raciocínio médico. “A formação do método clínico está ligada à emergência do olhar do médico no campo dos signos e dos sintomas. O reconhecimento de seus direitos constituintes acarreta o desaparecimento de sua distinção absoluta...”. “A oposição entre a natureza e o tempo, entre o que se manifesta e o que anuncia, desapareceu; desapareceu também a divisão entre a essência da doença, seus sintomas e seus signos...”.

O raciocínio probabilístico

O final do século XVIII assiste à retomada da discussão da incerteza na Medicina; a Medicina, conhecimento incerto. A conceituação mais elaborada da incerteza no campo da clínica não é menos importante do que aquela que se dá em relação aos sintomas e sinais. Dentro de um movimento geral do pensamento, em que se manifesta a influência de Laplace, a Medicina descobre que a incerteza, que até então é uma de suas marcas mais proeminentes, pode ser submetida a um tratamento analítico. “Esta mudança conceitual foi decisiva: abriu para a investigação um domínio em que cada fato constatado, isolado e em seguida confrontado a um conjunto, pôde tomar lugar em uma série de acontecimentos cuja convergência ou divergência eram em princípio mensuráveis”. A incorporação do pensamento probabilístico, na clínica, só é possível através do abandono da singularidade dos casos e a adoção de uma observação crítica de uma série de casos; na análise da frequência com que os fatos ocorriam na série; na pluralidade das constatações; na complexidade das combinações possíveis dos fatos observados na série; na relação e na análise das analogias (p. ex., de sinais e sintomas) entre os casos da mesma série (“A analogia dessas relações permitirá *identificar* uma doença numa série de doentes”).

Sobre o pensamento probabilístico, encontramos em Foucault: “(Esta mudança conceitual) dava ao campo clínico uma nova estrutura, em que o indivíduo posto em questão é menos a pessoa doente do que o fato patológico indefinidamente reprodutível em todos os doentes igualmente afetados; em que a pluralidade

das constatações não é mais simplesmente contradição ou confirmação, mas convergência progressiva e teoricamente indefinida...”. Conceitualmente reconhecida como importante, a aplicação da teoria das probabilidades, no campo clínico, encontrava, no século XVIII, séria limitação pelas dificuldades já discutidas anteriormente acerca da articulação entre o saber médico e as estruturas hospitalares. “A razão não está na teoria matemática das probabilidades, mas nas condições que podiam torná-la aplicável: o recenseamento dos fatos fisiológicos ou patológicos... não era tecnicamente possível em uma época em que o campo hospitalar continuava ainda a tal ponto à margem da experiência médica...”. Uma das vantagens teóricas da teoria das probabilidades aplicada à Medicina seria o de oferecer elementos para uma quantificação de *certezas* acerca, por exemplo, dos diagnósticos e dos tratamentos das doenças. Mas o hospital ainda não era reconhecido como espaço de experiências já impregnado de pensamento probabilístico. “Daí o caráter imperfeito, precário e parcial do cálculo das certezas, e o fato de que procurou um fundamento confuso, oposto a seu sentido tecnológico intrínseco”. Para ilustrar essas limitações, segue-se um fato cujo relato é atribuído a Brulley (*De l’art de conjecturer em médecine*, 1801; citado por Foucault: *O nascimento da clínica*)⁽²⁾:

“Um doente...desejava ser operado de cálculo; a favor da intervenção, duas probabilidades favoráveis: o bom estado da vesícula e o pequeno volume do cálculo; mas, contra elas, quatro probabilidades desfavoráveis: o doente é sexagenário; é do sexo masculino; tem um temperamento bilioso; está afetado por uma doença de pele. O indivíduo não quis entender esta aritmética simples: não sobreviveu à operação”.

Domínios conjugados: hospitalar e pedagógico. Ver e saber

Durante muito tempo, predominou o pensamento de que a família era o lugar natural para o tratamento da doença, que poderia assim desenvolver-se segundo sua própria natureza, sem alterações. O hospital, ao contrário, induziria, na doença, modificações que seriam, ao mesmo tempo, perturbações patológicas e perturbações da ordenação das formas patológicas. Entretanto, a partir do momento em que o pensamento médico se define em termos de frequência e proba-

bilidade, o ambiente natural, quase mítico, da família deixa de ter a importância que lhe era atribuída. Necessita-se, agora, de um ambiente neutro, no sentido de homogêneo, para permitir comparação; e aberto, sem princípio de exclusão ou seleção. É isto que se pretende com o domínio hospitalar. “Que fonte de instrução, duas enfermarias de 100 e 150 doentes cada uma!...Que espetáculo variado de febres e flegmasias malignas ou benignas...” (Pinel: *Médecine clinique*, Paris, 1815, citado por Foucault: *Ibidem*)⁽²⁾.

Estavam, assim, delimitados os domínios hospitalar e pedagógico. “Não existe, portanto, diferença de natureza entre a clínica como ciência e a clínica como pedagogia. Forma-se, assim, um grupo, constituído pelo professor e seus alunos, em que o ato de reconhecer e o esforço de conhecer se realizam em um único movimento”. No momento em que a clínica encontra seus domínios, surge outra necessidade: a escolha do método para que seja realizada a observação clínica. A multiplicidade de propostas oferecidas ou de fato aplicadas se presta à ilustração da complexidade do problema. A clínica de Edimburgo adota um método de observação clínica que é diferente do que é adotado em Montpellier. Em Paris, Pinel critica os dois modelos anteriores. Em essência, o que todos buscavam era o método que se prestasse à difícil tarefa de passar para o *enunciado* aquilo que tinha sido o objeto da observação, no conjunto dos seus sintomas e sinais. Está implícito que qualquer um dos modelos tinha, como pressuposto, o domínio das habilidades para lidar com os sintomas e sinais. O desafio viria a seguir: fazer com que a observação clínica pudesse, de fato, substituir, sem perdas (“sem resíduos”) o conjunto do observado. “É nesta passagem, exaustiva e sem resíduo, da *totalidade do visível* à *estrutura de conjunto do enunciável* que se realiza finalmente esta análise significativa do percebido...”.

Essa difícil e exaustiva passagem teria que se conformar ao pensamento da época e à sua lógica; não poderia ser diferente. O que hoje pode nos parecer mito, na época, tinha o *status* de parte indissociável do pensamento. Aquilo que agora chamamos de obstáculo à passagem pretendida, era, então, um ponto do trajeto. Foucault põe em destaque quatro aspectos que devem ser comentados acerca do tema. O primeiro deles diz respeito ao “*mito epistemológico*” de atribuir à doença uma estrutura alfabética, semelhante, e com a mesma força, à que os gramáticos realizavam com uma língua. O alfabeto continha os menores segmentos que permitiam o aprendizado da língua.

Do mesmo modo, juntando-se os sintomas e sinais, compunha-se a observação clínica. “...da mesma forma que o pequeno número de ‘modificações designadas pelos gramáticos com o nome de consoantes’ basta para dar à expressão do sentimento a precisão do pensamento’, de maneira idêntica, para os fenômenos patológicos, ‘a cada caso novo, se acreditaria que são fatos novos, mas são apenas outras combinações’...” (Cabanis: *Du degré de certitude*, Paris, 1819, citado por Foucault: *Ibidem*)⁽²⁾. Quase que uma consequência previsível da anterior, uma segunda opção é uma redução nominalística. O nome da doença era sua expressão completa. “Mas o que é, portanto uma pleurisia?... É o concurso destes acidentes (i. é: *sintomas, sinais*) que a constituem. A palavra pleurisia, nada faz além de retrazá-los de maneira abreviada” (Cabanis, *O nascimento da clínica*, citado por Foucault: *Ibidem*)⁽²⁾. Uma terceira maneira de encaminhar o exame clínico consistia em usar o modelo químico (nitidamente, uma influência das pesquisas de Lavoisier): “...os nosologistas não deveriam antes ter tomado os sistemas dos químico-mineralogistas, isto é, contentar-se em classificar os elementos das doenças e suas combinações mais frequentes?” (Demorcy-Deletre: *Essai sur l’analyse appliquée au perfonctionnement de la médecine*, 1818; citado por Foucault: *O nascimento da clínica*)⁽²⁾. O quarto e último aspecto diz respeito ao reducionismo que vê a observação clínica não como um ato intelectual, mas, simplesmente, como uma experiência sensível, no sentido de que se esgota naquilo que é recolhido pelos sentidos. É o “golpe de vista”. “...a teoria se cala ou se desvanece quase sempre no leito dos doentes, para ceder lugar à observação e à experiência; se não é sobre o relato de nossos sentidos, sobre o que se fundam a experiência e a observação?” (Corvisart, prefácio à tradução de Auenbrugger: *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine*, 1808; citado por Foucault: *Ibidem*)⁽²⁾. É a arte com sua estética.

Mas, enfim, qual é o sentido de tudo isto que acabamos de analisar? O que representaram a adoção do modelo hospitalar-pedagógico e a estruturação da clínica com o seu método de observação? A resposta comporta duas partes, pelo menos. Em primeiro lugar, mas não necessariamente, a mais importante, no início do século XIX, a medicina está se deslocando da doença, enquanto natureza essencial, para o corpo do doente. Em segundo lugar, o “olhar clínico” muda de feição e passa a ser o “golpe de vista”.

Enquanto que o primeiro se desenvolve na ordem, como que numa leitura, o segundo aponta e denuncia, vai direto ao ponto. “O golpe de vista é da ordem não verbal do *contato*”. Ele não se dirige à superfície, mas às profundezas. “Em medicina, tudo ou quase tudo dependendo de um golpe de vista ou de um instinto feliz, as certezas se encontram antes nas próprias sensações do artista do que nos princípios da arte” (Roucher-Deratte: *Leçons sur l'art d'observer*, 1807; citado por Foucault: *Ibidem*)⁽²⁾. A doença se esgotou no discurso dos sintomas. O olhar clínico é superficial. O golpe de vista deve atingir a profundidade dos órgãos. “E a medicina dos sintomas, pouco a pouco, entrará em regressão, para se dissipar diante da medicina dos órgãos, do foco e das causas, diante de uma medicina inteiramente ordenada pela anatomia patológica”.

A anatomia patológica

Foucault defende o ponto de vista, digamos radical, de que a clínica encontrou, finalmente, no início do século XIX, os seus fundamentos na anatomia patológica. Radical é também a contestação que faz da visão histórica convencional, que procura encontrar, na proibição para o uso de cadáveres, a causa do retardo na incorporação, pelo pensamento clínico, dos conhecimentos revelados através do estudo sistemático dos corpos dos mortos. Na realidade, tal proibição para a dissecação de corpos humanos não teria ocorrido, pelo menos com a força que alguns historiadores e biógrafos de médicos famosos, principalmente do século XVIII, querem fazer crer. “No fim do dia, quando a noite se aproximava, Valsalva penetrava furtivamente nos cemitérios para estudar, à vontade, os progressos da vida e da destruição...; (Viu-se) Morgagni revistar a tumba dos mortos e introduzir seu escalpelo nos cadáveres roubados do caixão” (Rostan: *Traité élémentaire de diagnostic, de pronostic, d'indications thérapeutiques*, 1826 citado por Foucault: *Ibidem*)⁽²⁾. Afirma Foucault: “Esta reconstituição é historicamente falsa. Morgagni, em meados do século XVIII, não teve dificuldades em fazer autópsias; tampouco Hunter, alguns anos mais tarde;...Desde 1754, a clínica de Viena tinha uma sala de dissecação, como a de Pávia organizada por Tissot; Desault, no Hôtel-Dieu, pode livremente demonstrar no corpo privado de vida as alterações que tornaram a arte inútil”. A lei não era obstáculo às dissecações; na realidade as estimulava: “Ordenamos aos magistrados e diretores dos hospitais que forneçam cadá-

veres para as demonstrações de anatomia e o ensino das operações “ (art. 25 do decreto de Marly).

Em 1679, Bonet, considerado por muitos o precursor da anatomia patológica, havia publicado o livro *Sepulchretum sive Anatomia practica*, no qual relata, ordenadamente, 2.934 observações, realizadas em cadáveres, sobre as causas das doenças, incluindo os protocolos de autópsias. Trata-se de uma compilação de resultados de 470 autores, além de resultados próprios de Bonet. Em 1760, Morgagni publica o monumental livro *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, dando verdadeiramente início à anatomia patológica, à patologia dos órgãos. Mas os trabalhos de Morgagni tiveram, junto aos médicos, repercussão muito aquém da importância da nova ciência. Somente 40 anos depois, com a divulgação, no meio médico, dos estudos de Bichat, a anatomia patológica é redescoberta e sua importância finalmente reconhecida. “Portanto, nenhuma escassez de cadáveres no século XVIII, nem sepulturas violadas ou missas negras anatômicas; se está em pleno dia da dissecação”. Para Foucault, a aceitação da versão histórica sobre o impedimento ao uso de cadáveres, funciona como “justificação retrospectiva”. Na realidade, o pensamento médico da época ainda não estava pronto para entender a importância da anatomia patológica, daí o *esquecimento* da obra de Morgagni e outros. Seguindo essa linha interpretativa, pode-se dizer que Bichat teve enormes méritos, pelos seus trabalhos originais, em introduzir a anatomia patológica no pensamento clínico, mas, de certa forma, foi favorecido por uma circunstância feliz que merece ser comentada como faremos mais adiante. Por enquanto, devem ser destacados os seus estudos sobre os tecidos constituintes dos órgãos, propiciando o início da patologia tissular, como que uma extensão da patologia dos órgãos, de Morgagni. Bichat tinha acesso ao microscópio, mas dele não quis fazer uso: “quando se olha na obscuridade, cada um vê à sua maneira”. Bichat teve uma carreira muito curta (morreu com 31 anos), mas extremamente produtiva. Conta-se que passou um inverno inteiro sem sair da sala de autópsias, o que lhe permitiu dissecar perto de 600 cadáveres no período. Fazendo uso da observação macroscópica e de procedimentos físicos e químicos no processamento dos tecidos orgânicos, submetendo-os à dessecação, putrefação, maceração, cocção, ação de ácidos e álcalis, etc., Bichat identificou nada menos do que vinte e um “tecidos simples” que compunham os órgãos. O grande avanço propiciado pela patologia dos

tecidos, inaugurada por Bichat, foi o de oferecer explicação satisfatória, em bases realmente objetivas, para as manifestações das doenças que ocorrem simultaneamente, e com características semelhantes, em mais do que um órgão. Assim, como uma *simpatia*, mas com uma interpretação totalmente diversa daquela que se baseava nas similaridades. “Todas as inflamações das membranas serosas se reconhecem por seu espessamento, pelo desaparecimento de sua transparência, por sua cor esbranquiçada, por suas alterações granulosas e pelas aderências que elas formam com os tecidos adjacentes” (Bichat: *Traité des membranes*). Três obras englobam os trabalhos de Bichat: *Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine* (1801), *Traité des membranes* (1807) (considerada por muitos como sua obra mais importante) e *Anatomie pathologique* (1825). A repercussão que teve a obra de Bichat pode ser melhor entendida, quando analisada no conjunto do pensamento e das obras de três personagens: o próprio Bichat, Condillac e Pinel⁽⁶⁾.

De acordo com o pensamento de Condillac, filósofo francês que viveu de 1715 a 1780, o homem não é capaz de conhecer nada que não seja através dos seus sentidos; dito de outro modo, os sentidos do homem são as portas dos seus conhecimentos; é através dos sentidos que o homem adquire informação e conhecimento. Mas a percepção através dos sentidos não basta para chegar ao conhecimento; necessita-se de uma elaboração mental que segue as seguintes etapas: a) reduzir a informação obtida através dos sentidos a *idéias simples*; b) a partir dessas idéias simples, construir *idéias complexas* ou *compostas*, formando um todo; c) confrontar com a realidade para validar as elaborações mentais. Eram esses os elementos essenciais do *sensualismo* defendido por Condillac^(6,7).

Pinel viveu entre 1745 e 1826 e se tornou um nome muito conhecido na Psiquiatria, pela influência que teve na orientação do tratamento das “doenças mentais”. Desenvolveu trabalhos muito significativos também nas áreas de clínica e de anatomia patológica. A primeira edição de seu livro *Nosographie philosophique* (1798) desempenhou o papel de uma *revelação* para Bichat, a partir de conceitos que aparecem na introdução: “Que importa que a aracnóide, a pleura e o peritônio se situem em diferentes regiões do corpo, se suas membranas têm uma conformidade geral de estrutura? Não sofrem lesões análogas na flegmasia?” Estava enunciado, pela primeira vez, o

princípio da analogia aplicado à anatomia patológica, desenvolvido posteriormente por Bichat nos seus estudos sobre patologia dos tecidos. Mas, segundo Foucault, “a dívida de Bichat para com Pinel é ainda maior, pois ele encontrava formulados, embora não preenchidos, os requisitos a que este princípio de isomorfismo devia responder: uma análise, de valor classificatório, que permitisse uma ordenação geral do quadro nosológico”.

Ao estabelecer o conceito de “tecido simples” como unidade anatômica e funcional do corpo humano, influenciado pelos enunciados de Pinel, Bichat seguiu as idéias do filósofo Condillac. O “tecido simples” da constituição dos órgãos, identificado por Bichat, é equivalente à “idéia simples” das idéias mais complexas no pensamento de Condillac. A par de suas contribuições para o avanço da anatomia patológica, Bichat também valorizou corretamente a importância da função dos órgãos nas manifestações de doença, além de oferecer, com o conceito de tecidos, os meios para melhor compreender as simpatias. Assim, Bichat afirma que as simpatias não existem entre órgãos, mas sim entre tecidos. “Muito tem sido falado acerca das simpatias do estômago, dos intestinos, da bexiga, do pulmão etcétera. Jamais as entenderéis se as relacionais com o órgão em sua totalidade, fazendo abstração de seus diversos tecidos.... Quando as fibras carnosas do estômago se contraem sob a influência de outro órgão e produzem vômitos, são elas as túnicas (carnosas) que receberam a influência. Esta (influência) não se exerce nem sobre a serosa e nem sobre a mucosa...”. Cabe, enfim, conjecturar sobre o papel que estaria realmente reservado para a anatomia patológica no conjunto do pensamento médico, na observação clínica. Um papel fundamental, a julgar pelo que afirma Bichat: “...noite e dia se tomarão notas, ao leito dos doentes, sobre as afecções do coração, dos pulmões e da víscera gástrica e o resultado será apenas confusão nos sintomas, que, a nada se vinculando, oferecerão uma série de fenômenos incoerentes. **Abram alguns cadáveres: logo verão desaparecer a obscuridade que apenas a observação não pudera dissipar**” (Bichat: *Anatomie générale*, 1801; citado por Foucault: *O nascimento da clínica*)⁽²⁾.

Sintomas e sinais outra vez

Parece não haver dúvida de que, no pensamento de Bichat, sintomas e sinais, a partir de então, pouco valor significativo teriam caso desvinculados do que

ocorria nos órgãos e em seus tecidos. “Não há fenômeno sem estrutura. A causa ou a origem dos fenômenos tem-se que estudar na estrutura; ...logo verão desaparecer a obscuridade que apenas a observação não pudera dissipar” (Bichat: *Anatomie générale*, 1801; citado por Foucault: *O nascimento da clínica*)⁽²⁾. Talvez seja este o momento de se retomar a discussão de sintomas e sinais, pois estão na essência da Semiologia. Para tanto, penso ser conveniente, por um certo tempo, fazer abstração dos critérios de subjetividade (dos sintomas, em relação ao paciente) e de objetividade (dos sinais, em relação ao médico). Podemos, em seguida, perguntar se todos os sintomas que o paciente refere na sua anamnese, sintomas que, na sua percepção, poderiam compor a “história” de sua doença, têm, para o médico o mesmo valor que lhes é atribuído pelo paciente. A resposta é: não necessariamente. Há uma intervenção consciente que permite atribuir ou não ao sintoma o valor enquanto elemento que permite levar à doença de que o paciente é portador. Quando, através de um raciocínio clínico, consciente e fundamentado, o sintoma aparece como pertencente à doença, então ele é um *signo*. Quando, pelo contrário, o sintoma se apresenta isolado (no contexto do raciocínio), sem significação patológica evidente, o sintoma não é um *signo*. Trata-se, isto sim, de um “sintoma sem explicação”; a denominação de “funcional”, que alguns semiologistas lhe atribuem, é imprópria. Todo sintoma pode ser um *signo*. Nem todo *signo* é um sintoma. Vemos, portanto, que a distinção entre sintoma e sinal, baseada na objetividade, é necessariamente limitada. “Dá-se o mesmo com a clínica, no tocante às relações entre esta linguagem de ação que é o sintoma e a estrutura explicitamente linguística do signo”. “É a intervenção de uma consciência que transforma o sintoma em signo”. Tal intervenção se dá através de operações mentais de um pensamento analítico e totalizador que seja “sensível à diferença, à simultaneidade ou à sucessão, e à frequência”. Implica, portanto, em estabelecer comparação, rememorar o funcionamento normal, registrar as frequências da simultaneidade ou sucessão e, finalmente, não se restringir às primeiras aparências mas, ao contrário, ir além na busca do “invisível visível”.

A percepção anatomoclínica impõe uma nova dimensão nas relações entre sinais e sintomas. Primeiramente, porque o achado revelado pela anatomia patológica pode ser o elemento que faltava para um sintoma encontrar seu lugar na representação da doença; o sintoma é, então, um *signo* (diferente do sentido de sinal da Semiologia). Em segundo lugar, em

sentido oposto e, talvez, de maior importância, a anatomia patológica pode por em destaque o “mutismo” dos sintomas. “Que sintoma pode indicar com certeza a tísica pulmonar? Nem a dificuldade de respirar, que se pode encontrar em um caso de catarro crônico e não encontrar em um tuberculoso; nem a tosse, que também pertence à peripneumonia mas nem sempre à tísica; nem a febre hética, freqüente na pleurisia, mas que se declara muitas vezes de maneira tardia nos tísicos” (Bayle: *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, 1810; citado por Foucault: *Ibidem*)⁽²⁾. Neste caso, poderíamos falar que os sintomas não são específicos. Não são *signos* de tuberculose. Mas a anatomia patológica pode também operar no sentido de dar ao sinal a condição de *signo* de uma doença. “É o que acontece quando Laënnec, auscultando uma doente...tem a impressão de ouvir a voz sair diretamente do peito.... Talvez isso fosse o efeito de uma lesão pulmonar, de uma abertura no corpo do pulmão. Ele encontra o mesmo fenômeno em uma vintena de tísicos. Laënnec postula assim a *pectorilóquia* como único signo patognomônico da tísica pulmonar”.

Procurando novos sinais

A emergência da anatomia patológica deixa claro que o corpo humano pode ser interrogado; interrogado até mesmo em profundidade. E o interrogatório dá resultados positivos, mesmo se dirigido ao corpo desprovido da vida. As lesões nos órgãos e nos tecidos (mais tarde, com Virchow, chegaria a vez das células) e as disfunções que as acompanham têm, a par de seu valor imanente, a propriedade adicional da criação de novos *signos*, sejam eles sintomas ou sinais. Não demorou muito para que os clínicos se dessem conta dessa nova realidade. Entretanto, cabe perguntar por que é que antes os clínicos haviam se mantido à distância do corpo. Pudor, como diz a história? Preceitos higiênicos? Talvez. Mas antes de avançar nesta discussão, vamos usar dois acontecimentos exemplares para ilustrar a aproximação do clínico ao corpo humano.

Em 1761, o médico Auenbrugger havia publicado um pequeno livro, *Inventum novum*, no qual descreve um método para detectar a presença anormal de líquido dentro do tórax. Esta descoberta era respaldada em um conhecimento bem estabelecido em patologia: em muitas doenças torácicas, acumula-se líquido dentro do tórax, provocando diminuição da quantidade de ar nos pulmões. Uma experiência muito simples, realizada antes por Auenbrugger, foi o ponto de partida para o novo método: a percussão de um barril revela, pelo nível de mudança da ressonância, o

quanto ele está cheio. Mas houve, também, a experiência mais complexa, provavelmente definitiva, realizada no cadáver: “Se, em um corpo, a cavidade sonora do tórax receber um líquido por meio de uma injeção, o som se tornará obscuro, do lado do peito que terá sido cheio, até a altura que o líquido injetado atingir” (Auenbrugger: *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine*, tradução francesa de Corvisart, 1808, citado por Foucault: *O nascimento da clínica*)⁽²⁾. A obra e o método novo de Auenbrugger permaneceram durante cerca de 50 anos na obscuridade, quando, então, saiu a tradução francesa de Corvisart. Como ele era um clínico famoso, médico de Napoleão Bonaparte, a técnica da percussão ganhou destaque e, desde então, passou a ser praticada entre os clínicos.

Laënnec assim descreve a sua experiência pioneira, que levou à invenção do estetoscópio: “Em 1816, fui consultado por uma jovem mulher que apresentava sintomas de doença do coração, e neste caso a percussão e a aplicação da mão davam poucos resultados devido à sua gordura. A idade e o sexo da doente me proibindo o tipo de exame de que falei (aplicação do ouvido à região precordial), lembrei-me de um fenômeno de acústica bastante conhecido: aplicando-se o ouvido na extremidade de uma viga, ouve-se distintamente um golpe de alfinete dado do outro lado...eu enrolei um maço de folhas de papel formando como que um cilindro e apliquei uma de suas extremidades na região do coração e a outra ao meu ouvido, e não foi pequena a surpresa ao descobrir que eu podia perceber a ação do coração de modo muito mais claro e preciso como jamais tinha conseguido com a aplicação imediata do ouvido”⁽⁸⁾.

Esses dois acontecimentos, aos quais poderíamos acrescentar vários outros igualmente significantes, mostram como a aproximação ao corpo humano propiciou a emergência de uma nova maneira de ver o corpo do doente, de examiná-lo criticamente e analiticamente. Não mais o exame superficial do olhar médico do século XVII e início do século XIX, nem tampouco o “golpe de vista”, com a aceitação de que “as certezas se encontram antes nas próprias sensações do artista do que nos princípios da arte” (Roucher-Deratte: *Leçons sur l'art d'observer*, 1807, citado por Foucault: *O nascimento da clínica*)⁽²⁾. Essa interpretação se obtém a partir de Foucault: “A mudança do saber médico, no final do século XVIII, não provém, essencialmente, do fato de que o médico estendeu os dedos e aplicou o ouvido; que, mudando de escala, ele percebeu o que havia logo atrás da super-

fície visível, sendo assim, pouco a pouco, levado ‘a passar para o outro lado’ e a descobrir a doença na profundidade secreta do corpo?” Mas essa mudança não é assim tão simples, pois “ela traz consigo vários requisitos ou referências que permanecem muito pouco elaboradas: progresso da observação, cuidado em desenvolver e ampliar a experiência, fidelidade cada vez maior ao que os dados sensíveis podem revelar, abandono dos sistemas e teorias em proveito de um empirismo mais científico”.

A questão dos obstáculos ao exame clínico

As histórias contam que as proibições morais serviram, durante muito tempo, de anteparos a impedir o contacto do médico com o corpo do paciente. Proibições que, finalmente, foram levantadas com o progresso do Iluminismo? Não é o que pensa Foucault: “Se essa fosse a explicação, compreender-se-ia mal que Corvisart, no Império, tenha reinventado a percussão, e que Laënnec, na Restauração, tenha pela primeira vez inclinado o ouvido sobre o peito das mulheres. O obstáculo moral só foi sentido depois de constituída a necessidade epistemológica”. Estaríamos assim, mais uma vez, diante de uma “justificação retroativa”. O anteparo moral serve como uma justificativa à mediação técnica, que o substitui. A alegação de pudor poderia se prestar a um outro tipo de disfarce: “A auscultação direta é tão incômoda para o médico quanto para o doente; só o nojo a torna quase impraticável nos hospitais; é apenas sugerível no caso da maioria das mulheres, e mesmo para algumas o volume das mamas é um obstáculo físico a que se possa utilizá-la”.

Fora do texto de Foucault, mas como que a reforçar sua crítica à interpretação de que proibições morais impediam o contacto físico entre médico e seus pacientes, deve-se lembrar que essas proibições não impediram que, no início do século XIX, na França, o toque *per vaginam* já estivesse incorporado ao exame ginecológico e obstétrico, como consta de publicação de 1822, de autoria de Jacques-Paul Maygrier⁽⁹⁾. O médico apenas desviava o seu olhar do corpo da paciente, enquanto realizava o toque. A sensação tátil é permitida. Ver não é permitido. Com a incorporação de novos métodos para desvendar sinais no corpo doente, pelo tato e pela audição, ainda que esta última estivesse mediada por um instrumento, o “olho clínico” adquire outras propriedades que não o limitam ao sentido da visão. “Assim armado, o olhar médico envolve mais do que diz a palavra ‘olhar’. Encerra, em sua estrutura única, campos sensoriais diferentes. ...O ‘golpe de vista’ tornou-se uma organização complexa

para um assinalamento espacial do invisível. Cada órgão dos sentidos recebe uma função instrumental parcial. E o olho não tem, certamente, a mais importante; que pode a vista cobrir além do ‘tecido da pele e o começo das membranas?’... Olhar que toca, ouve e, além disso, não por essência ou necessidade, também vê”. Na interpretação de Foucault, a nova configuração do “olhar médico” remete para uma verdade que só se encontraria totalmente tangível na mesa de autópsia e só se aclararia na morte. “É preciso não deixar escapar o essencial. As dimensões tátil e auditiva não vieram pura e simplesmente acrescentar-se ao domínio da visão. A triangulação sensorial indispensável à percepção anátomo-clínica permanece sob o signo dominante do visível: primeiramente porque a percepção multisensorial é apenas uma forma de antecipar este triunfo do olhar, que será a autópsia; o ouvido e a mão são apenas órgãos provisórios de substituição, enquanto esperam que a morte torne verdadeira a presença luminosa do visível”.

O paciente e o ensino clínico

A discussão sobre o ensino clínico não se reduz à escolha do modelo, aos aspectos pedagógicos, à disponibilidade de locais apropriados e à qualificação dos docentes. No bojo das mudanças políticas e sociais, que ocorreram na França, no período revolucionário e nos anos subsequentes, tiveram destaque temas como a assistência médica, as liberdades do exercício profissional na área da saúde, o controle dos hospitais pelo estado e a reformulação do ensino da Medicina; todos eles, temas intimamente relacionados entre si^(2,10). As clínicas, instituições então incipientes e resultantes de iniciativas individuais ou de pequenos grupos de médicos, geralmente de incomum projeção acadêmica e profissional, ofereciam a oportunidade para que estudantes de Medicina nelas realizassem o seu treinamento junto aos pacientes. Constituíam prática corrente a remuneração dos professores pelos estudantes. Com a “hospitalização” do ensino prático da Medicina, o treinamento dos alunos passou a ter como sujeitos da sua experiência acadêmica os pacientes hospitalizados, na sua maioria pobres e sem família. Numa época da História em que as liberdades individuais são um tema central, não causa surpresa ver aparecer a discussão sobre a moral e a ética na utilização de pacientes para o ensino prático da Medicina nas enfermarias dos hospitais. “O problema moral mais importante que a idéia clínica suscitava era: com que direito se podia transformar em objeto de observação clínica um doente que a pobreza obrigava a vir pedir

assistência no hospital? Ele requisitava uma ajuda de que era sujeito absoluto, na medida em que esta havia sido concebida para ele e ele é agora requisitado para um olhar, de que é o objeto, e objeto relativo, pois o que concede é destinado a melhor conhecer os outros”. A partir de Menuret (*Essai sur les moyens de former de bons médecins*, 1791; citado por Foucault: *Ibidem*)⁽²⁾, Foucault defende, do ponto de vista moral, o ensino junto aos pacientes: “Não existe nisto, sendo bem entendido o equilíbrio das coisas, nenhuma injúria aos direitos naturais do sofrimento, nem aos que a sociedade deve à miséria. O domínio hospitalar é ambíguo: teoricamente livre e aberto à indiferença da experimentação, pelo caráter não contratual do laço que une o médico a seu doente, ele está sobrecarregado de obrigações e de limites morais... Se no hospital o médico não faz, por respeito, experiências teóricas, é por que faz, ao entrar, uma experiência moral decisiva que circunscreve sua prática ilimitada por um sistema fechado do dever”. Neste texto de Foucault está implícita a aceitação de um contrato moral a reger o relacionamento médico-paciente nas enfermarias de ensino, apesar da afirmação sobre o “caráter não contratual do laço que une o médico a seu paciente”.

Numa situação em que o estado não controla os hospitais, os interesses da economia liberal perturbam a transparência do contrato moral, que permite a experiência didática realizada nos pobres hospitalizados: “O hospital aí encontra, em regime de liberdade econômica, a possibilidade de interessar ao rico; a clínica constitui a inversão progressiva da outra parte contratante; ela é, por parte do pobre, o *interesse* pago pela capitalização hospitalar consentida pelo rico... indenização que é do tipo do *interesse objetivo* para a ciência e do *interesse vital* para o rico. O hospital torna-se rentável para a iniciativa privada a partir do momento em que o sofrimento que nele vem procurar alívio é transformado em espetáculo”. Mas os argumentos para rebater as objeções morais e éticas ao ensino médico junto aos pacientes hospitalizados nem sempre estão revestidos de sutileza. Demangeon, na França, elogia o funcionamento de uma clínica de partos de Copenhague, que só recebe “mulheres não casadas, ou que se anunciam como tal. Parece que não se poderia imaginar nada melhor, pois é a classe das mulheres cujos sentimentos de pudor são reputados como os menos delicados. Não estando em condições de exercer a beneficência... contribuem pelo menos para formar bons médicos e pagam a seus benfeitores com usura” (Demangeon: *Tableau historique d’un triple établissement réuni seul hospice à Co-*

penhague, ano VII da Revolução; citado por Foucault: *O nascimento da clínica*)⁽²⁾. “Assim, esta classe moralmente desarmada, e socialmente perigosa, poderá servir para a maior utilidade das famílias honradas”.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

1- Sobre o local dos fatos descritos por Foucault em *O Nascimento da Clínica*. Trata-se, inicialmente, de perguntar até que ponto as “peças” recolhidas na Europa, França em particular, por Foucault, servem para uma reflexão sobre a nossa realidade, brasileira, no que tange ao modelo de clínica. A minha impressão, essencialmente derivada da experiência didática no ensino médico, é que há muito mais do que mera coincidência temática. Não tenho dúvidas de que o modelo por nós adotado, no ensino clínico, o da Semiologia, especialmente, está impregnado dos conceitos, das práticas e dos desafios da experiência européia e francesa, quando se constituíram as “clínicas” e se instituíram os modelos de práticas hospitalares. Os nossos “hospitais de (das) clínicas” talvez revelem mais do que uma simples opção de denominação entre tantas possíveis. Mas não há dúvidas de que a nossa orientação pedagógica, no que tange ao ensino médico, ainda está marcada pela mesma experiência analisada pelo filósofo francês.

2- Sobre a época em que se deu a mudança da episteme. Neste texto, optei por compor uma sinopse das transformações do pensamento científico ocidental, a partir do século XVI, inspirado em Foucault (*As palavras e as coisas*)⁽¹⁾, e tendo por objetivo preparar-me e preparar o leitor para as discussões sobre a formação do pensamento clínico, sobretudo as transformações dos séculos XVIII e XIX. Há indicações históricas de que a cultura francesa, médica inclusive, teve papel destacado na formação da nossa matriz cultural no período abrangido pela análise. Aliás, a influência da Medicina Francesa, na ocasião em que ocorreram os fatos que estamos analisando, se fazia presente em praticamente todo o mundo ocidental. No período colonial, aqui no Brasil, a Medicina era exercida, a par das práticas alternativas, por relativamente poucos físicos e cirurgiões portugueses, espanhóis e holandeses. Médicos mesmo eram poucos: alguns brasileiros, formados na Europa, e raros europeus que aqui vinham exercer sua profissão. O domínio colonial a que estávamos submetidos impedia a criação de um ensino superior no País: era considerado uma ame-

ça à nossa dependência a Portugal. As Primeiras Escolas de Medicina, no Brasil, somente foram criadas em 1808, com a vinda da família real portuguesa. As duas primeiras Escolas de Medicina e Cirurgia foram instaladas na Bahia, em Salvador, e na cidade do Rio de Janeiro. O período e as circunstâncias históricas e culturais, na época em que se instituiu o Ensino Superior de Medicina no País, sugerem que tenha havido profunda influência da Medicina Francesa. Há um pequeno indício, paralelo, a reforçar essa influência cultural daquele país europeu: a fundação, no mesmo ano do início do período joanino da nossa educação (1808 a 1821) de uma escola de educação onde se ensinavam as línguas portuguesa e francesa^(11, 12).

3- Sobre o ensino hospitalar. Na análise de Foucault, o projeto das clínicas (“protoclínicas”), levado aos hospitais, teve papel extremamente positivo na reestruturação do ensino médico, nos seus princípios e nas suas práticas. Nas nossas melhores escolas médicas, há vários anos, os hospitais universitários ou os hospitais de (das) clínicas têm se constituído em locais privilegiados para o ensino clínico que, em vários aspectos, exhibe pontos de convergência com o modelo cujo nascimento se acompanhou neste texto. Mas há mudanças que preocupam. De acordo com a orientação vigente, os hospitais das clínicas, destinados ao atendimento em nível terciário, podem estar atendendo **apenas** pacientes portadores de doenças complexas e que não puderam ser resolvidas nas Unidades Básicas de Saúde ou em unidades de atendimento secundário. A inserção qualificada (no sistema de saúde) faz sentido. Mas como resolver o problema que se cria para o ensino, ao seguir o modelo imposto pelo sistema? Como resolver o problema do ensino da clínica, a partir da Semiologia, num hospital de nível terciário? A “clínica”, na acepção que se adotou neste estudo, deverá sair dos hospitais das clínicas, percorrendo, no sentido contrário, o caminho do seu nascimento? Ou vamos aceitar como não passível de questionamento o modelo de ensino clínico que parte do princípio de que os alunos podem ser formados através do treinamento nas diversas clínicas (isto é, enfermarias e ambulatórios especializados) que constituem os hospitais? Hospital das Clínicas é, a partir de agora, e inclusive para o ensino, **somente** um local para o atendimento e o ensino das especialidades?

4- Sobre os pacientes. Eram, em sua maioria, quando a clínica nasceu, os pobres e sem família que serviam de objeto ao ensino dos estudantes de Medi-

cina. Nós tivemos, no Brasil, durante muito tempo, a figura do indigente. Entre os indigentes se encontravam os pacientes que se submetiam ao exame, para fins didáticos, nos nossos hospitais de caridade e, durante certo tempo, nos nossos hospitais de ensino; os hospitais das clínicas abrigavam os indigentes, e isto facilitava o ensino clínico, que ali se realizava com muito sucesso. O indigente deixou de existir, quando se reformou o sistema previdenciário e quando se criou o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de então, o paciente do SUS, de forma majoritária, se tornou o objeto da observação médica de cunho didático. Nos hospitais de clientela estratificada, onde, além do SUS, admitem-se pacientes de outros convênios e pacientes particulares, geralmente, em número reduzido, o ensino médico, quando permitido, se restringe à oportunidade de examinar os pacientes do SUS. Foi aprovado no Senado um projeto de lei que autoriza o atendimento de 25% de clientes privados em hospitais universitários. Quais as repercussões, para o ensino de clínica, da destinação de porcentual dos leitos dos hospitais universitários para os pacientes particulares e de convênios outros que não o SUS?. A experiência vivenciada até agora, no nosso País, tende a mostrar que onde entra o paciente conveniado (não do SUS, é bom realçar), não entra o estudante de Medicina. Desconheço a existência de estudos visando à adoção de medidas que garantam um determinado porcentual de leitos dos nossos hospitais públicos universitários à internação de pacientes, tendo como objetivo, além da assistência, o interesse didático para a área da saúde, mesmo que o atendimento não se enquadre no nível terciário. Como vemos, um velho tema com as mesmas e velhas soluções. Mas é importante dizer que não há, em princípio, restrição, do ponto de vista ético, a que o estudante de Medicina faça o seu treinamento com a colaboração de pacientes. Está implícito, nesta atividade, mais do que um respeito formal às normas de um código de ética. Exige-se, isto sim, da parte do médico e do estudante, a obediência a um contrato não formalizado, que se dá entre eles e o paciente; e esse contrato deve ser a garantia de um tratamento digno ao paciente, que é a parte mais frágil na relação assimétrica que se vai estabelecer.

5- Sobre a anatomia patológica e as imagens. Na interpretação de Foucault, a anatomia patológica, a dos órgãos e, principalmente, a dos tecidos, estava indelevelmente presente no nascimento da clínica e, ao mesmo tempo, era o objeto ao qual, em última

instância, o médico dirigia o seu olhar. Ao examinar o paciente, com os seus sintomas e sinais, o médico estaria procurando, com este conjunto de *signos*, elaborar não somente um diagnóstico da doença, mas encontrar, sob este diagnóstico, o substrato imaginado da própria doença. Imaginado, mas, também, real. Mas essa realidade só se revelaria, de pleno, no exame do cadáver. Entretanto, essa realidade mudou. Da imagem dos órgãos e dos tecidos passou-se à das células e seus constituintes mais recônditos. Inaugurou-se a época das estruturas moleculares, dos átomos e das partículas subatômicas. Compostos orgânicos e inorgânicos, extraídos ou eliminados pelo organismo, foram submetidos a procedimentos analíticos cada vez mais sofisticados tecnologicamente (os assim denominados “exames laboratoriais” eram poucos e desprovidos de maior importância na época em que Foucault registrou o nascimento da clínica; hoje, são parte importante da “patologia clínica”). Métodos gráficos múltiplos, que traduzem uma função ou aspectos de uma função, passaram a compor o universo visual do médico; a Eletrocardiografia foi um bom começo; depois vieram outras “grafias funcionais”. Nos últimos anos, os métodos que geram imagens, modestamente iniciados com a radiologia convencional, atingiram, parece, o ápice do desejo do médico para poder “ver” o paciente. É bem verdade que muitas e muitas vezes só se mostram “pedaços” ou “fatias” do corpo, mas o médico moderno, não por culpa dele, mas como consequência da formação que recebeu (ditada pelo “mercado”?) parece se contentar com isso. Muitos pacientes também, é bom que se diga. De forma que hoje, expressões como “ver” e “olhar médico” têm um sentido completamente diverso daquele que foi empregado para caracterizar o nascimento da clínica no texto de Foucault; ainda que sejam as mesmas as palavras. A aproximação do médico ao corpo do doente foi substituída pela aproximação do médico à “imagem”, em sentido literal, do corpo do paciente; não mais aquela imagem, de certa forma “ingênua”, que se projetava através da anatomia patológica, mas uma imagem extremamente complexa, produzida por um conjunto muito grande de “imagens simples”.

6- Sobre as transformações da clínica médica do século XIX até o século XXI. A análise apresentada por Foucault, acerca da mudança da episteme no pensamento clínico, termina, praticamente, na segunda metade do século XIX. Sua obra relacionada ao tema (*O nascimento da clínica*) teve a

primeira publicação em 1963, mas nós já estamos no século XXI. Há uma enorme rede de acontecimentos históricos, políticos, sociais, científicos, etc., lançada sobre o espaço que se pode construir a partir dessas datas. Alguns pontos nesse espaço foram acima considerados. Mas o que aconteceu com a clínica nesse novo espaço?

7- Sobre a formação do método clínico. A interpretação apresentada por Foucault, acerca da for-

mação do método clínico, não é, com toda certeza, a única possível. Assim como o próprio texto de Foucault, sobre o tema, admite outras leituras que podem ser diferentes, no seu todo ou em partes, da que foi aqui exposta. É um espaço aberto.

(Os trechos do texto que aparecem entre “aspas duplas” são transcrições de Foucault, *obras citadas*^(1,2), salvo menção em contrário).

MANÇO JC. Clinical examination - An essay from Foucault. **Medicina, Ribeirão Preto**, 37: 117-134, jan./june 2004.

ABSTRACT: According to Foucault's thought, history of knowledge is not continuous, and the changes in what he names *épistémê* do not happen in a continuous manner, but rather through gaps. In two of his works, Foucault offers material of great interest for a non-conventional analysis concerning changes in human knowledge and the pattern of thought that have had influence on the standards of medical practice and clinical examination, which, in a way, have reached our days. These two texts are: *The Order of the Things: An Archaeology of Human Sciences* and *Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. During the analysis of the subject "clinical examination", we have decided to observe Foucault's thought in order to follow the transformations occurred in scientific thought from Renaissance, as well as the development of clinical methodology during the XVIII and XIX centuries. As a conclusion of this work, we have discussed the influence that the standards of clinical examination described by this French philosopher have brought to the way we practice Medicine at the present time.

UNITERMS: Education, Medical. Signs and Symptoms. Pathology.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - FOUCAULT M. **As palavras e as coisas – uma arqueologia das ciências humanas**. Trad. Salma Tannus Muchail, Martins Fontes, São Paulo, 2000.
- 2 - FOUCAULT M. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado, Forense Universitária, São Paulo, 2001.
- 3 - ALVES R. **Filosofia da ciência – introdução ao jogo e suas regras**, Loyola, São Paulo, 2000.
- 4 - DELOBEL O. La classification dans 'Les mots et les choses'. Doc. da World Wide Web. Página acessada em 23/10/2001. URL: <http://www.philagora.net/philo-fac/foucault1.htm>
- 5 - BORGES JL. El idioma analítico de John Wilkins. Doc. da World Wide Web. Página acessada em 26/10/2001. URL: <http://megabaud.fi/~karttu/tekstii/wilkins.htm>
- 6 - CORTÉZ FM. La medicina científica y siglo XIX mexicano: I – La medicina se estaba volviendo científica. Doc. da World Wide Web. Página acessada em 23/10/2001. URL: http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen1/ciencia2/45/htm/SEC_3.HTM
- 7 - PALLUAULT F. Etudiants et praticiens au service de la médecine: la Société Anatomique de Paris. [Tese]. Doc. PDF. Página acessada em 26/10/2001. URL: <http://www.bium.univ-paris5.fr/asclepiades/palluault.pdf>
- 8 - COMROE JR JH (ed.). **Pulmonary and respiratory physiology**. Dowden, Hutchinson & Ross, Stroudsburg, Pennsylvania, 1976, Part II, p. 176-178. (Benchmark papers in human physiology, v. 6).
- 9 - THE "TOUCH" METHOD OF GYNECOLOGICAL EXAMINATION. Doc. da World Wide Web. Página acessada em 29/9/2001. URL: <http://www.people.virginia.edu/~wwc2r/vicstudies/touch.html>
- 10 - GRAÇA L. O Sistema Hospitalar em França, desde o Fim do 'Anciën Régime' até 1848. Doc. da World Wide Web. Página acessada em 01/11/2001. URL: <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos83.html>
- 11 - HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO NO BRASIL. Período joanino (1808-1821). Doc. da World Wide Web. Página acessada em 27/09/2001. URL: <http://home.iis.com.br/~jbelllo/hejoao.htm>
- 12 - FACULDADE DE MEDICINA-HISTÓRIA.MDoc. da World Wide Web. Página acessada em 31/10/2001. URL: <http://www.cives.urjf.br/medicina/historia/historia.html>

Recebido para publicação em 26/08/2003

Aprovado para publicação em 29/12/2003