

## **A confirmação de um percurso: o sistema da medicina e a prevenção – uma análise a partir da teoria dos sistemas sociais**

### **The confirmation of a course: the medicine system and prevention – an analysis from social system theory**

**Gabrielle Jacobi Kölling<sup>1</sup>**

Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS/Brasil) e  
Centro Universitário das Universidades Metropolitanas Unidas (FMU/Brasil)  
koll.gabrielle@gmail.com

**Gustavo André Olsson<sup>2</sup>**

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS/Brasil)  
gustavo.olsson@yahoo.com.br

**Leonel Severo Rocha<sup>3</sup>**

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS/Brasil)  
leonel.rocha@icloud.com

#### **Resumo**

São constantes as inquietações relacionadas à operação dos sistemas da medicina e da saúde, o tema foi observado por Luhmann de modo bastante generalista, visto que foi um dos últimos sistemas a ser estudado pelo autor. Contemporaneamente, especialmente a partir da tradução do capítulo de Luhmann sobre a medicina, iniciaram-se as diferentes abordagens sistêmicas sobre o sistema da medicina. O desassossego da operação do sistema da medicina está associado ao papel curativo que ela desempenha. Em tese,

---

<sup>1</sup> Doutora em Direito Público (UNISINOS). Professora do Mestrado em Saúde Ambiental e do Mestrado em Administração e Governança do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas - FMU. Professora da Escola de Direito da Universidade Municipal de São Caetano do Sul -USCS. Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Curso de Direito, Av. Goiás, 3400, CEP 09.550-051, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Doutor em Direito Público (UNISINOS). Coordenador do Curso de graduação em Direito da UNISINOS. Professor de Direito da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Curso de Direito. Av. Unisinos, 950, CEP 93.022-000, São Leopoldo, RS, Brasil.

<sup>3</sup> Pesquisador 1D do CNPq, Projeto Teoria dos Sistemas e desenvolvimento na América Latina. Pós-Doutor pela Universidade de Lecce/IT. Professor do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Av. Unisinos, 950, CEP 93.022-000, São Leopoldo, RS, Brasil.

nessa análise, não haveria referência ao papel preventivo e, tampouco, a sua relação com o sistema da saúde. Esse foi o objetivo do artigo: analisar os limites dessa relação e indicar como a prevenção está inserida nesse contexto. O presente artigo é fruto da evolução do percurso de pesquisa traçado pelos autores, que em momento anterior realizaram uma analítica do sistema da medicina e da sua operacionalidade a partir do seu código binário próprio, com o intuito de visualizar o espaço da prevenção na relação do sistema médico com o sistema da saúde no contexto da Teoria dos Sistemas Sociais. O artigo apresentou a confirmação desse percurso teórico, utilizando a vacinação como locus privilegiado para a observação da relação da prevenção com o sistema da medicina e da saúde.

**Palavras-chave:** sistema, medicina, saúde, prevenção, teoria dos sistemas sociais.

## Abstract

There are constant concerns related to the operation of the medical and health systems, the subject was observed by Luhmann in a very general way, since it was one of the last systems to be studied by the author. At the same time, especially from the translation of Luhmann's chapter on medicine, the different systemic approaches to the medical system began. The uneasiness of the operation of the medical system is associated with its curative role. In theory, in this analysis, there would be no reference to the preventive role, nor its relationship with the health system. This was the purpose of the article: to analyze the limits of this relationship and to indicate how prevention is inserted in this context. This article is the result of the evolution of the research path traced by the authors, who in an earlier moment performed an analysis of the medical system and its operation from its own binary code, in order to visualize the space of prevention in the relationship between medical system with the health system in the context of Social Systems Theory. The article presented the confirmation of this theoretical path, using vaccination as a privileged locus for observing the relationship between prevention and the medical and health system.

**Keywords:** system, medicine, health, prevention, theory of social systems.

## Introdução

O presente texto é uma continuação e, ao mesmo tempo, uma retomada de pesquisa realizada pelos autores, buscando um desenvolvimento teórico da compreensão da medicina (e, paralelamente, do sistema de saúde) como um sistema funcionalmente diferenciado no âmbito da Teoria dos Sistemas Sociais.

A relação do sistema médico com o sistema da saúde ainda se mostra desafiadora para os estudiosos da teoria dos sistemas sociais, tendo em vista que, em seus estudos, Luhmann nunca tratou propriamente do sistema da saúde; apenas, de um modo genérico, discutiu o sistema médico.

E haveria, como sustentado anteriormente, uma diferença importante a ser destacada.

É que, por um lado, o foco do sistema médico está na atuação dos médicos, com a pretensão de selecionar a intervenção apropriada sobre o corpo doente, por meio de diagnósticos e tratamentos, com o fito de alcançar um estado de saúde. A função desse sistema está vinculada à vida humana e à saúde para o tratamento de doenças, ou seja, o sistema opera unicamente quando verificada a hipótese de doença, o código negativo do sistema médico. Nesse aspecto, o ambivalente funcional da doença, qual seja, a saúde, não é, em um primeiro momento, o aspecto determinante para o funcionamento do sistema. Por consequência, em tese, não se vislumbra espaço para a integração de ações preventivas no âmbito desse sistema.

De outro lado, o sistema da saúde, por sua vez, é uma construção teórica ainda em desenvolvimento. Ela não foi abordada por Luhmann, mas por Corsi, Martini e Schwartz. Este último concebe a ideia de que o sistema da saúde é um pressuposto, é um sistema que se acopla ao sistema da medicina. Já Martini, juntamente com Corsi, observa que, em que pese Luhmann não tenha se debruçado sobre o sistema da saúde, a própria teoria sistêmica, com suas bases interdisciplinares, fornece subsídios suficientes para observar a saúde como um sistema diferenciado funcionalmente (Martini, 2015, p. 56).

E, e aqui insere-se o objetivo deste trabalho, busca-se estabelecer uma observação acerca do código e da inserção da prevenção no sistema médico e estabelecer uma reflexão a respeito desse sistema e de seu acoplamento estrutural com o funcionalmente diferenciado Sistema da Saúde. Por contingência da abordagem, é necessário discutir o sistema da saúde, uma vez que as ações preventivas não são concretizadas unicamente pelo sistema médico e ultrapassam a atuação restrita dos médicos. Assim, procura-se observar a delimitação do código do sistema médico, visando a compreender o papel que a prevenção de doenças, potencialmente, concretizaria em tal sistema, assim como sua relação com o sistema da saúde, de forma a verificar a possibilidade de imbricação entre os dois sistemas. A hipótese a ser testada consistiria em que ambos podem ser pensados como sistemas funcionalmente diferenciados ou, no mínimo, haveria a necessidade de compreender-se o sistema da medicina integrado ao sistema da saúde a partir da própria prevenção.

No que tange à metodologia de abordagem, utilizar-se-á o método sistêmico, ou seja, parte-se da observação de segunda ordem, bem como das categorias sistêmicas de sistema, ambiente, código, função, dentre outras, para, então, observar, descrever e analisar o tema proposto.

No que concerne à estrutura do trabalho, dividir-se-á em quatro partes. A primeira fará uma breve contextualização dos sistemas médico e da saúde na teoria dos sistemas sociais. A terceira reconstruirá o código do sistema da medicina, discutindo paralelamente o sistema da saúde, objetivando estabelecer a relação do código com a noção de “saúde”, demonstrando minimamente a fluidez histórico-temporal da semântica dessa categoria linguística; e a quarta parte, a partir da construção jurídico-dogmática brasileira, procurará discutir a atuação preventiva no âmbito do sistema médico e do sistema da saúde (buscando estabelecer uma ligação teórica entre ambos), a partir da compreensão de que, havendo fluidez no que concerne à fronteira do ambivalente funcional saúde/doença, necessariamente, há espaço teórico para a atuação preventiva. À guisa de conclusão, serão apresentadas algumas observações finais.

## A compreensão da medicina e da saúde como sistemas

Analisando-se o que fora produzido até então, verifica-se que Luhmann nunca tratou propriamente de um “sistema da saúde” (Martini, 2015, p. 75). Inobstante, não deixou de realizar observação sobre um “sistema médico”. No contexto dessa observação, pode-se destacar que o objetivo orientador da atuação dos médicos está inserto na intervenção apropriada, com consequências desejadas, sobre o corpo doente. Para tanto, valem-se do emprego de diagnósticos e de tratamentos sobre os quais há determinada certeza, conhecimento teórico, tencionando alcançar o estado de saúde (uma relação envolvendo os papéis médico/paciente) (Luhmann, 2007, p. 833). Por conta disso, compreendeu a medicina como uma ciência aplicada<sup>4</sup> (Luhmann, 1990).

Neste momento, não há dúvida a respeito da possibilidade de se pensar a medicina como um sistema funcionalmente diferenciado.

É que, assim como outros sistemas, a medicina poderia se diferenciar a partir de uma separação lógica que a constitui: noção de interno/externo. Aquilo que pode ser pensado como “interno” corresponderia aos elementos e às estruturas constitutivas, separando-o daquilo que não é (aspecto externo). Há uma separação, uma espécie de “membrana” (para usar a linguagem biológica), que implica em “[...] unidades separadas que existiam como tais na contínua realização e conservação da circularidade produtiva de todos os seus componentes, de maneira tal que tudo que acontecia com eles acontecia na realização e na conservação dessa dinâmica produtiva, que os definia e ao mesmo tempo os constituía em sua autonomia” (Maturana; Varela, 1997, p. 14-5).

A partir dessa separação, verificam-se consequências relevantes para a observação de seu funcionamento. Primeiramente, a própria distinção entre interno e externo foge ao escopo de “tratar o corpo doente”. Se os problemas éticos não têm utilidade para o tratamento de doentes (Luhmann, 2015), poder-se-ia falar que, na medicina, há um subsistema para o tratamento de doenças ou, alternativamente, poder-se-ia falar do tratamento de doenças como um sistema autônomo, de ciência aplicada, de função que não poderia ser absorvida por outro sistema (Schwartz, 2003). Note-se, em princípio, não há outro sistema organizado cuja função é tratar de “doenças”.

O método para isolar a autonomia de um sistema de função consiste na identificação de um critério para isolar a contingência de valores desse sistema: a codificação binária<sup>5</sup> (Luhmann, 2007, p. 281). A codificação binária é a transcrição dos valores de um sistema de função para esquematismos binários de “ser/não-ser”, “verdadeiro/falso”, “incluído/excluído”, os quais constituem uma diferença, estabelecendo uma oposição ou-isto-ou-aquilo<sup>6</sup> (Luhmann, 2007, p. 280-1). Quando um “valor” do sistema de função pode ser,

---

<sup>4</sup> Utilizou-se também a tradução que ainda não está publicada em português, realizada por Sandra Regina Martini, cedida pela autora para consulta.

<sup>5</sup> No original: “Los códigos se desempeñan – como otras distinciones también – como forma de dos lados que un observador puede o no utilizar. Tienen también la singularidad de una distinción en la medida en que cada vez sólo se indica un lado y no el otro simultáneamente; solo así se prestan a ser punto de enlace y la mismidad de lo diferente – con lo cual se demostraría a sí mismo que es imposible. Comparado con otras distinciones, lo distintivo de los códigos está en que el paso de un lado al otro – el cruce de la frontera se facilita. Si se acepta un valor positivo – por ejemplo, el de verdadero -, no se establece ninguna dificultad para determinar en una operación posterior lo que, en consecuencia, no sería verdadero. En otras palabras: no se necesitan condicionamientos adicionales para ir e volver del valor al contravalor. Entonces la lógica puede tratar este ir y venir como si no hubiera sucedido.”

<sup>6</sup> No original: “Los medios de comunicación simbólicamente generalizados requieren un código unitario (código central) para todo el ámbito de su médium. Un código consiste de dos valores opuestos y en este plano (aunque obviamente no en ‘la vida’) excluye terceros y más valores. Con ello, la posibilidad indeterminada (tendencialmente en aumento) de rechazar una propuesta

alternativamente, intercambiado para “não-valor”, pode ser examinada sua contingência/dispensabilidade para a reprodução operativa do sistema (não-ser) e sua capacidade de criar conexões, isto é, de condicionar e ser condicionado pelos programas internos ao sistema (ser) (Luhmann, 2015).

Se o sistema do tratamento de doenças puder se transcrito desta maneira binária, em que a tradução de seus valores prescindia dos valores dos códigos de outros sistemas, mantendo sua assimetria interna, então estará caracterizado o tratamento de doenças como sistema de função autônomo. Normalmente, sistemas de função trabalham com codificações binárias, alocando seu objetivo como valor positivo estruturante das operações do sistema.

No caso do tratamento de doenças, não é a saúde que gera reflexos operacionais, mas a doença (o valor negativo) (Luhmann, 2015). Isto é, no tratamento de doenças, a saúde é um valor negativo do sistema; é qualificado como a negação do estado de doença, que foi ou virá.<sup>7</sup> De fato, nessa lógica, não haveria sentido no fato de o médico observar a saúde, porque esse seria um estado do corpo no qual não há necessidade de intervenção; ao contrário, se a atuação se apresenta no sentido de busca da cura ou do estado de saúde (o estabelecimento da integridade do vivo ou, melhor, a manutenção do estado autopoietico do vivo<sup>8</sup>, não haveria sentido em uma atuação médica quando há saúde.

Na observação original de Luhmann, no entanto, deve-se compreender que os conceitos de “saúde” e de “doença” não indicam um particular estado físico ou psíquico, mas têm valor de código, no qual o valor positivo é o da doença, e o negativo é o da saúde. Assim, o que irá ser relevante para este sistema não é a saúde, mas sim a doença, já que só esta importa para os médicos (Martini, 2015, p. 55). Em regra, nessa compreensão, uma pessoa saudável não seria foco de preocupação/intervenção do médico (o que não torna o estado “saudável” não importante, porque é apenas a partir dessa possibilidade de comparação é que pode ser cognoscível a situação de “doença”).

Essa estrutura do sistema de função de tratamento de doenças explica a dificuldade em se formularem teorias para o sistema a partir de sua finalidade, especialmente porque a saúde não contribui para a teoria do tratamento de doenças – em oposição a outros sistemas de função em que o valor positivo na posição de finalidade do sistema de função é gerador de conexões e reflexões internas ao sistema (Luhmann, 2015).

Se “em todos os setores, transformações [...] são produzidas claramente nas recodificações e na teoria da reflexão que as acompanham” (Luhmann, 2015), é consequência que, no tratamento de doenças, sistema de função em que a ação visa ao valor da reflexão saúde – e em que a saúde coloca-se como valor negativo do sistema –, as estruturas e transformações surgem nos ambientes em que haja maior volume de doenças ou doentes.

Evidencia-se, também, a interseção entre medicina e economia, que, no sistema de função de tratamento das doenças, o problema é a falta de doentes ou doenças, que limita o desenvolvimento desse sistema, inclusive por interesses políticos (Luhmann, 2015). De fato, a complexidade é mais ampla, porque, do mesmo modo que a ausência de doentes irrita o sistema, o seu excesso também. E, mais: o acoplamento com o sistema da Economia é um fator

---

de sentido comunicada se convierte en un duro o-esto-o-lo-otro; es decir, una situación ‘análoga’ se transforma en ‘digital’, y con ello se gana una pregunta de decisión clara que resulta ser la misma para alter y para ego.”

<sup>7</sup> Nesse mesmo sentido, ver Corsi, Baraldi e Esposito (1996, p. 143).

<sup>8</sup> Nesse sentido, de forma complementar: “Uma máquina autopoietica é uma máquina organizada como um sistema de processos de produção de componentes concatenados de tal maneira que produzem componente que: i) geram processos (relações) de produção que os produzem através de suas contínuas interrelações e transformações, e ii) constituem à máquina como uma unidade no espaço físico. [...] Podemos dizer, então, que uma máquina autopoietica é um sistema auto-homeostático que tem a sua própria organização como a variável que mantém constante.” (Romesín; García, 1997, p. 72)

potencializador da complexidade interna do sistema, não apenas, na escassez (de doentes ou de dinheiro), como no excesso.

Médicos, pela medicina, trabalham com a contenção da dor e com a gestão do tempo para medicar, curar ou, no mínimo, buscar conforto ao doente (de modo que atua “sobre” a doença). As intervenções e, inclusive, a comunicação, relacionadas ao paciente, se dão de forma contemporânea, e não em outra faixa de tempo. Nesse sentido, evidencia-se o caráter do tratamento de doenças de lidar com a doença e não de produzir saúde como objeto imediato (Luhmann, 2015). Nos locais nos quais os médicos observariam/compreenderiam haver maior necessidade de atuação, haveria, tendencialmente, maior gama de atuação.

O problema está no fato de que as noções de doença/saúde, assim a de “necessidade”, correspondem também a seleções realizadas pelo próprio sistema. Note-se que “toda observación (incluyendo el conocer e al actuar) depende de la selección de una distinción, y selección significa dejar necesariamente algo de lado.” (Luhmann, 2007, p. 142)

Em outras palavras, a preocupação da medicina com a vida humana e da saúde para o tratamento de doenças ressalta o fato de que a ação do sistema se dá somente quando alguém adocece. As doenças ocasionadas ou facilitadas pela forma como está estruturada a sociedade são de particular importância, gerando consequências para o saber, para a prática comunicativa, para as organizações e para as finanças (Luhmann, 2015).

O sistema da medicina tem a função de tratar doenças, e, nisso, visualiza-se o papel de prevenção e compensação de danos (pretende manter ou recuperar a saúde). O mau funcionamento dessa prevenção/compensação é o aspecto problemático: isto é, a possibilidade de saúde não alcançada (Luhmann, 2015). Nessa lógica, o sistema de função de tratamento de doenças, cabe observar, não é particularmente adequado para lidar com métodos preventivos pela prescrição de condutas sociais, para grupos de risco potencial, por exemplo, quer porque as doenças são permeadas de particularidades na sua manifestação em corpos individuais, quer porque a realidade é mais complexa (contingente) que a linearidade do raciocínio causa-consequência (Luhmann, 2006, p. 87)<sup>9</sup> abarcado pela ação preventiva<sup>10</sup>. Essa relação de causalidade é construída pelo observador (Foerster, 1994, p. 46ss), o qual, por sua vez, constrói/modifica a realidade com a própria observação.<sup>11</sup>

Abstratamente, a atividade de prevenção comunica-se com a noção de “maneira correta”, acarretando a orientação das operações do sistema; todavia, acaba deturpada em uma preocupação superficial sobre a abrangência técnica de condutas. Acontece de maneira semelhante com as categorias de enfermidades curáveis e não curáveis – em relação ao diagnóstico e ao tratamento –, em que a codificação secundária remete a discussão a outros sistemas de função da sociedade, com reações no campo social (Luhmann, 2015). Por exemplo, a possibilidade de cura ou não de alguma enfermidade não depende exclusivamente da atuação médica; depende, também, e em algumas hipóteses de forma necessária, da capacidade de outros sistemas, como o da ciência. Note-se que a doença é construída também a partir da observação de outros subsistemas, como o da biologia, que descobre e classifica

<sup>9</sup> No original: “Cualquier intento de especificar las causalidades lleva a problemas cada vez mayores. Lo que acontecerá, jamás dependerá de un solo acontecimiento. Siempre hay un enlace de circunstancias de manera que la incertidumbre se multiplica a la par que la nitidez con la que se haya intentado el análisis. En el horizonte del pasado por lo menos se sabe lo que aconteció, aunque las condiciones causales permanezcan inexplicables. En el horizonte del futuro falta exactamente esta seguridad que desde la perspectiva de la vida hace prescindible un análisis causal. Y precisamente por eso el modo de observación que toma en consideración las causalidades es el que aumenta la discrepancia entre pasado y futuro, sobre todo desde que el concepto en transición de las leyes causales se ha vuelto cuestionable.”

<sup>10</sup> Até porque essa relação é construída por um observador.

<sup>11</sup> Nesse sentido, ver também Ramdom (2002, p. 27-28). Sobre o impacto dessa percepção na construção dos paradigmas científicos, ver Vasconcelos (2013).



eventuais agentes patogênicos (e a história do descobrimento das doenças nos seres humanos é bem elucidativa a esse respeito). Como aponta Herlich (2004, p. 384), “A história da saúde é também a história dos países e cidades, do trabalho, das guerras e das viagens”. Hoje, inclusive, pode-se pensar em diversas “novas” doenças, a cada dia “descobertas” ou “construídas” socialmente: no senso comum, por exemplo, a ansiedade fora o mal do Século XX e a depressão seria o do Século XXI<sup>12</sup> (Organização Mundial da Saúde, 2016). Já o tratamento, por sua vez, pode depender de desenvolvimentos teórico-científicos da biologia, da química, da farmacologia e assim por diante.

Assim, a capacidade ou não de cura para a moléstia não depende exclusivamente do médico, mas da capacidade técnico-científica do ser humano em diagnosticar e de estabelecer meios de erradicar a doença, pressupondo, por óbvio, seleções anteriores (como a priorização desse tópico na comunicação social etc.). A construção da doença e de sua cura é concretizada no âmbito do sistema médico, porque essa forma que estabelece a diferença se dá dentro do próprio sistema. Isso fica evidente quando alguém se sente “doente”, porém o sistema médico não reconhece esse problema como doença, não permitindo (até por talvez não existir) acesso à tratamentos ou meios de amenizar esse sofrimento. E, no limite, a partir de sua codificação, observa o sujeito como detentor de outra doença que estaria levando à “sensação de ter uma doença” (estabelecendo um tratamento a partir dessa “metaobservação”).

Essas interdependências, na verdade, não privam o sistema de função do tratamento de doenças de sua autonomia; pelo contrário, aclaram que esse sistema age pelo próprio código e que diagnóstico e tratamento, informação e assessoria existem como matéria da medicina (Luhmann, 2015). Afinal, são elementos que – traduzidos para o sistema – orientam seu funcionamento interno.

É oportuno destacarmos que Germano Schwartz e Sandra Martini trabalham com a ideia de sistema médico e da saúde a partir dos contributos teóricos de Luhmann. Schwartz partiu, em 2003, do sistema da saúde como pressuposto: um sistema autopoietico que apresenta acoplamento com a medicina. O autor utiliza o próprio Luhmann (p. 190 *apud* Schwartz, 2003) para corroborar a sua afirmação de que sistemas sanitários e médicos são sinônimos para o entendimento do fechamento operacional sanitário. A compreensão acerca do sistema sanitário autopoietico só pode ser operada mediante suas próprias limitações/orientações (Schwartz, 2003). O autor aduz que o sistema sanitário ou médico é autônomo porque tem função própria, ou seja, ninguém pode se curar fora do sistema sanitário. Além disso, possui código próprio, que possibilita a clausura operativa e permite seu contato com o entorno.

Por sua vez, Sandra Martini (2015, p. 56) compreende que “independentemente de Luhmann ter escrito de a saúde se constituir em sistema social [...] queremos mostrar que o ator deixa instrumentos suficientes para o entendimento da saúde como um sistema diferenciado funcionalmente.” Em outras palavras, a partir das categorias teóricas básicas, é possível construir-se/distinguir-se o sistema que envolve a cura e a doença.

Quando se reflete acerca do sistema da medicina, depara-se, quase que automaticamente, com o sistema da saúde. Isso acarreta um “desassossego”, nas palavras de Martini.

O reflexo disso é que, há mais de dez anos, esse assunto tem sido discutido (saúde como um sistema social) por vários pensadores da teoria sistêmica, dentre os quais a autora e, especialmente, Giancarlo Corsi. Na tentativa de reduzir a complexidade, esses autores

---

<sup>12</sup> Gerando atuação e preocupação da própria Organização Mundial da Saúde. Inclusive, no Dia Mundial da Saúde do ano de 2016, o tema fora o estresse no ambiente de trabalho. Ver ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2016).

propõem mostrar a saúde como um sistema. Paradoxalmente, a tentativa de reduzir a complexidade acaba por incrementá-la. Para a definição dos conceitos de saúde e de sistema da saúde, é necessário estabelecermos distinções, sempre indicando a unidade da diferença (produto da observação de ordens diferentes). Isso permite uma abordagem construtivista para o sistema da saúde (Martini, 2015, p. 112-127).

A questão de fundo desses autores, portanto, a qual perpassa este trabalho, é buscar compreender a operacionalidade do código desse sistema (da saúde), discutindo-o em relação ao da medicina, e, especialmente, discutir o papel da prevenção, elemento relevante no que se refere à saúde na sociedade contemporânea.

## **Elementos estruturantes do sistema da saúde e da medicina**

A diferenciação funcional dos sistemas está ligada a um esquema binário específico, por meio do qual há um processamento de informações recebidas. A binaridade exclui – ou pretende excluir – a corrupção dos sistemas, ou seja, uma espécie de individualidade, uma separação lógica, uma distinção entre coisas. Ao fim, por meio da ideia de forma (dois lados), estabelecerá/formará uma unidade do sistema. Uma unidade traduzida pelo código binário (e eventuais códigos secundários) que, ao mesmo tempo, auxilia na compreensão da operatividade do sistema.

É o código saúde/doença, por exemplo que traduz o funcionamento do sistema da medicina, e não o código dinheiro/não-dinheiro. Isso significa uma operacionalidade com fundamento na existência da doença, independentemente da relação envolver capacidade de pagamento: o critério distintivo para a relação médico-paciente é a existência de uma situação de doença, independentemente de eventual aspecto econômico (e, apenas a título de observação, o juramento de Hipócrates, de conhecimento comum no âmbito da medicina, apontaria nesse sentido). A relação econômica pode perpassar a relação médica com maior ou menor relevância, inclusive no momento do diagnóstico (a partir de acoplamentos); porém, não se constitui em determinante do sistema: não há como estabelecer a cura (mediante pagamento ou não) quando não há doença. Do mesmo modo, em um ambiente com um Sistema Único de Saúde – adequadamente funcional -, não haveria diferenciação em relação à existência ou não de capacidade de pagamento, porque a atuação sistêmica estaria relacionada unicamente com a existência da doença.

Da mesma forma, as organizações do âmbito do sistema médico não integram em seus corpos de membros grupos de pessoas que não saibam operar adequadamente o código. Qualquer pessoa teria uma sensação de estranhamento se encontrasse atendendo no hospital curandeiros, benzedeiras ou outra pessoa a realizar tratamentos não focalizados naquilo que se entenda por “medicina”.

No fundo, o pertencimento/inclusão ao sistema da medicina se dá pelas carreiras<sup>13</sup> e, no caso, pelo reconhecimento como médico. Se em um lado da relação há o paciente/doente, no outro está o médico (ainda que exista uma gama de outros elementos a operacionalizar o sistema da medicina, como enfermeiros, técnicos, hospitais, etc.).

De qualquer forma, na estrutura binária, há um valor positivo (ou designativo), que traduz a capacidade de comunicação do sistema segundo sua função, e um valor negativo

---

<sup>13</sup> Sobre a questão da construção das carreiras profissionais como forma de inclusão no sistema social, ver Moeller (2006, p. 91 e ss.). Por exemplo: “On the basis of functional differentiation, social identities are – partially – acquired in function systems. Within a function system one makes a ‘career’: ‘And what is above all decisive is that in modern society the career (...) has advanced to become the most important mechanism for the integration of individuals and society’ (Luhmann, 1997a, 742).” (Moeller, 2006, p. 92)



(valor sem designação), que representa a contingência da inserção do valor positivo no contexto sistêmico. O resultado da interação é a unidade (Schwartz, 2003).

O código é uma espécie de “facilitador” das operações recursivas do sistema, bem como da função, e é o código que permite o reconhecimento da diferença entre o sistema e o entorno (ou, de outra maneira, entre os sistemas). O código possibilita a equivalência negativa para enfrentar a contingência do entorno (Mansilla, 2001, p. 48). No entanto, como visto, não se pode pensar no código do sistema médico exclusivamente na função do sistema – a saúde. É essencial que se pense na sua equivalente funcional – a doença (Schwartz, 2003). De fato, exatamente pela noção de equivalência funcional, devem ser pensadas conjuntamente.

A noção ou conceito de saúde passou por várias percepções, quais sejam: a saúde curativa, a saúde mágica, a saúde preventiva e a saúde promocional. Schwartz chama a atenção para o fato de todas as noções ou conceitos perpassarem o aspecto doença; esse é o elemento comum. A saúde tem seu equivalente funcional na doença e, se não fosse assim, não teríamos no sistema sanitário o seu valor positivo (Schwartz, 2003).

De qualquer forma, não se pode perder de vista a complexidade que envolve a noção de “saúde” e, por consequência, a ambivalente “doença”. A título de exemplificação, no documento internacional que institui a Organização Mundial de Saúde (em 1946), consta a percepção de que “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, significando que “Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”. Por consequência, “A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde”.

Atualmente, grande parte dos estudos a respeito de saúde aponta apenas a primeira diretriz como um conceito de saúde. Saúde, então, para além da ausência de moléstias físicas e mentais, seria um estado completo de bem-estar, inclusive social. De qualquer forma, as demais diretrizes indicam outros elementos que auxiliam na interpretação ou na composição daquilo que pode se entender por saúde, inclusive em relação às crianças e à atuação do poder público, na extensão dos benefícios dos conhecimentos médicos a todos e em uma “opinião pública esclarecida [...] para o melhoramento da saúde dos povos”.

Essa percepção da saúde, por si só, demonstra a dificuldade de compreensão daquilo que pode se entender como doença no mundo contemporâneo. Há uma fluidez na semântica de saúde e de doença, o que, de qualquer modo, não é novidade, porque o tema já foi objeto de discussão por muitos autores). De qualquer forma, não se constituem novidade as discussões nos meios de comunicação a respeito da configuração ou não de determinados “problemas” observados nas crianças como doenças (hiperatividade, hipoatividade). Igualmente, há inúmeras discussões a respeito da existência ou não de síndromes e doenças decorrentes especificamente do modo de vida contemporâneo, especialmente o ocidental. Por exemplo,

[...] Recentemente, médicos dos EUA criaram uma entidade nosológica e até lhe deram um C.I.D.: é a “síndrome da felicidade”, incompatível com a situação do homem, com suas dificuldades, dúvidas, medos e incertezas [...] Esta síndrome dos “normóticos” ou “normopatas” começa a ser percebida por alguns psicanalistas mais atentos e sensíveis [...] Esses sujeitos, exatamente por não contarem com proteção de uma vida psíquica que lhes dê sustentação para enfrentar os acontecimentos traumáticos da vida, são, segundo tais psicanalistas, os mais propensos à somatização. (Segre; Ferraz, p. 538-542)

Além das discussões sobre observações atuais, ainda é possível questionar se dificuldades do cotidiano se configurariam em doenças, em razão de o ser humano sempre ter convivido com alguns tipos de problemas:

Por outro lado, a angústia (com oscilações), tendo essa angústia repercussão somática maior ou menor (por exemplo, um cólon irritativo ou uma gastrite), configura situação habitual, inerente às próprias condições do ser humano. Divergir de posturas da sociedade, e até marginalizar-se ou de ser marginalizado frente a essa mesma sociedade, não obstante o sofrimento que essas situações trazem, é comum e até desejável para o homem sintonizado com o ambiente em que vive. [...] Será que alguém, pelo simples fato de não ter recursos para se alimentar de acordo com nossos padrões, poderá aprioristicamente ser considerado com qualidade pior de vida do que uma pessoa bem alimentada? (Segre; Ferraz, p. 538-542)

A discussão levantada nas transcrições – extraídas de um artigo científico, do âmbito das pesquisas em medicina – indica exatamente a dificuldade de compreensão ou de enquadramento de fatos da vida como doenças. Em outras palavras, há uma variação no conteúdo designativo de doença/saúde.

Inobstante a relevância social dessa discussão, esse tipo de percepção é absorvida pelo código da medicina. Isso porquê, após a conclusão a respeito da existência ou não de uma doença – a incorporação do problema no código, em sentido positivo ou negativo –, há a orientação a respeito de como o sistema potencialmente operará. Evidentemente, enquanto há indefinição (sem perder de vista a contingência da possibilidade de modificações futuras), podem ocorrer todas aquelas circunstâncias estudadas por Michel Foucault em “Os Anormais”, inclusive no que se refere à construção de estruturas jurídicas. Por exemplo, o exame psiquiátrico já viu como “essencial do seu papel é legitimar, na forma do conhecimento científico, a extensão do poder de punir a outra coisa que não a infração” (Foucault, 2010, p. 17), o diferente.

Conforme observa Schwartz, a codificação do sistema possui especificidade em relação às codificações de outros sistemas. Habitualmente, nos outros subsistemas, o código tem um valor positivo e outro negativo. O ponto positivo mostra-se como o enlace da operação interna do sistema. O negativo tem como função a condição de reflexão do sistema (Schwartz, 2003). No entanto, “*el caso contrario lo constituye el sistema de la salud. Sólo en él, el valor negativo (la enfermedad) posee capacidad de enlace, mientras que la salud sirve sólo de valor de reflexión*”; ou seja, isto é que torna a doença o elemento decisivo na atuação no sistema sanitário (Luhmann, 2000, p. 61).

A doença não pode ser compreendida como antônimo de saúde; ela é um equivalente funcional, em termos sistêmicos. Disso decorre a possibilidade de se afirmar que somente por intermédio do código saúde/enfermidade é que o sistema poderá orientar-se para sua função precípua: a saúde (Schwartz, 2003).

A relevância dessa percepção – e para além de Luhmann – consiste no fato de que os dados referentes ao conjunto de diferenças dos dois aspectos do código integram o sistema. Isso permite o abandono do paradigma patogênico de saúde (cuja ênfase se encontra na doença) e abre-se espaço para um novo: o salutogênico (ver Guillod; Sprumont, 1996).

A ideia de que o sistema sanitário intervém só quando alguém está doente é incorreta, segundo Schwartz (2003), pois se deve pensar no enfrentamento dos riscos sanitários com cautela, com precaução e prevenção e isso incrementa a complexidade do sistema.

Em outras palavras, o sistema opera com um código de dois lados, os quais devem ser considerados igualmente importantes. Significa dizer que todos os elementos lógicos que formam a diferença doença-saúde são relevantes, porque estão abarcados pela distinção. Essa não deixa de ser uma exigência da própria fluidez da caracterização saúde-doença, cujos elementos não são distinguíveis de antemão.

O desenvolvimento da medicina e do próprio perfil epidemiológico gera evolução no sistema sanitário (ou médico) e no da saúde. De qualquer forma, tais desenvolvimentos, por via de consequência, também geram como resultado a multiplicação dos riscos e perigos. Novas tecnologias e desenvolvimentos (do âmbito da saúde ou não) multiplicam riscos e perigos. Luhmann (2006, p. 131) apontava que *“La razón por la que la problemática del riesgo provoca tantas discusiones en nuestros días, por la que inclusive nuestra sociedad se considera una sociedad de riesgo, tiene que ver fundamentalmente con la velocidad del desarrollo tecnológico en esferas que son científicamente de la competencia de la física, la química y la biología.”* Tais âmbitos científicos estão inexoravelmente ligados – direta ou indiretamente – com o código da medicina, com a saúde e com a doença, especialmente no que se refere a diagnóstico, tratamento e cura.

As mudanças estruturais a partir de seu próprio código dão ao sistema sanitário uma característica evolutiva a que ele não pode deixar de se apegar, porque a experiência prática indica que quanto mais se sabe, pesquisa e conhece, *“más se constituye una consciencia del riesgo”* (Luhmann, 2006, p. 74). Logo, a estruturação do código sanitário corrobora e reafirma a noção de que a saúde deve ser pensada a partir da própria saúde, sem perder de vista que a doença é a mola que enseja os elementos factíveis que (r)estabilizarão o sistema. Ambos os polos têm como pretensão a busca pela saúde, nunca a doença (Schwartz, 2003, p. 55).

Considerar o código saúde/enfermidade não significa compreender que a saúde é a ausência de doença; é só a sua equivalência funcional, a partir da qual a observação da saúde torna-se possível (Schwartz, 2003).

Para Luhmann, a doença é a realidade, e a saúde é a reflexão e função (Schwartz, 2003), de forma que a realidade é necessária para o sistema sofrer as influências (irritações) oriundas do ambiente. Essa ideia, todavia, contemporaneamente, explica de maneira insuficiente o papel da prevenção.

É oportuno destacar que ainda não há definição e consenso acerca de qual seria o código binário do sistema da saúde. Isso dificulta a observação da prevenção no que tange ao seu “espaço”. Todavia, observando as questões estruturais do sistema da saúde, nota-se que a instrumentalização da prevenção ocorrerá no sistema médico (por exemplo, a partir de um diagnóstico preventivo e/ou reabilitação), bem como no sistema da saúde. Este, por sua vez, considerará as comunicações sanitárias (por exemplo, o perfil epidemiológico de determinada região ou população) e, por meio de suas estruturas internas (por exemplo, a vigilância sanitária), estabelecerá ações de caráter preventivo.

## **A prevenção no sistema médico e no da saúde**

No caso brasileiro, não há dúvida de que o direito fundamental à saúde fora constitucionalizado, na medida em que está previsto expressamente na Constituição Federal de 1988. Ele é fruto da Constituição como aquisição evolutiva.

Havendo o reconhecimento desse direito, é função dos sistemas sociais legitimá-lo. Em um sistema da saúde, a organização é operada com as políticas públicas, a partir de decisões coletivamente vinculantes do sistema da política. Tais decisões determinam a organização das

unidades básicas de saúde, dos hospitais, dos ambulatórios e também das técnicas utilizadas (Martini, 2015, p. 112-127), sem falar dos grupos de trabalhadores e das pessoas envolvidas com a promoção e o restabelecimento da saúde (incluindo-se, também médicos).

Martini chama a atenção para o estreito âmbito de atuação do sistema, que também é uma forma de possibilidade, da reflexão acerca do sistema médico, tendo em vista que esse sistema não opera com o conceito ampliado de saúde. Aqui, como regra, a saúde é vislumbrada como mera ausência de doença.

De qualquer forma, como visto, conforme a definição instituída no documento de criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), é necessário, no mínimo, ampliar o conceito. É desnecessário lembrar que Luhmann, quando estudou o sistema médico, não tinha a preocupação com a dimensão moderna do conceito de saúde, do “direito ao direito à saúde”, nem mesmo a realidade jurídico-dogmática existente no Brasil. A ênfase de sua observação estava na compreensão de um sistema a partir da lógica médica. Em outras palavras, analisava a peculiaridade de o sistema médico operar a partir do código negativo, com a doença (e não propriamente com o código positivo). Essa concepção, por si só, quando se analisa a sociedade atual, como observa Martini, “desassossega” e demanda uma nova discussão sobre o tema e a necessidade de se discutir e observar o sistema da saúde (Martini, 2015, p. 112-127).

Em outras palavras, o sistema médico concebido na lógica de operação baseada na doença não é suficiente para abarcar a complexidade atual. É preciso alargar-se o conceito de saúde e transcender, na teoria dos sistemas, o conceito de saúde como mera ausência de doença; é preciso vislumbrarmos espaço para a prevenção<sup>14</sup>.

E, na atualidade brasileira (embora não seja tão distante da mundial), pode-se pensar na questão da vacinação, que acabou se tornando um paradoxo (sobretudo quando pensada na estrutura preventiva de doenças).

Em 1974, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu um programa de vacinação mundial (Expanded Program on Immunization) para garantir o acesso universal a todas as vacinas infantis rotineiramente recomendadas com o objetivo de reduzir a incidência de doenças. Entretanto, como estas doenças se tornaram extremamente raras, e até mesmo desconhecidas pela maioria da população em geral, criou-se um paradoxo na conquista sanitária mundial, a qual tem sido motivo de preocupação dos governos em todo mundo: a atenção do público não está mais centrada nas doenças imunopreveníveis, mas sim na segurança e eficácia das vacinas e na questão ética implicada pela sua utilização.

Em particular, os atuais programas de vacinação passam à população leiga uma impressão positiva associada às vacinas entendidas como realidade empiricamente observável, especificamente naquelas circunstâncias em que seu uso é amplamente disseminado em todas as populações. Paradoxalmente, o mesmo não ocorre para as doenças negligenciadas, pois a ONU não colocou como uma das metas de seu “Global Plan to Combat Neglected Tropical Diseases 2008-2015” o controle destas doenças por meio de vacinas. Este fato demonstra que em países mais pobres como o Brasil, a transição epidemiológica não tem ocorrido de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países desenvolvidos, pois ainda convivemos com as “velhas” doenças negligenciadas e tendo que enfrentar as

---

<sup>14</sup> Note-se, por exemplo, as teorias ligadas à administração possuem concepções sistêmicas com um quadro conceitual diferenciado, mas que podem auxiliar na inserção da prevenção no sistema da saúde. Talvez fosse possível pensar o sistema da saúde brasileiro como uma “organização que apreende”, que necessita tomar decisões em um ambiente complexo e contingencial, de modo que deve ser aplicada uma alavancagem específica. Sobre o tema, ver, por exemplo, Senge (2014).

"novas" doenças crônico-degenerativas. Isso leva a uma distinção da percepção social e da importância dispensada às doenças entre as populações mais pobres e menos esclarecidas em relação às mais ricas, pois nesta camada social a maior preocupação diz respeito aos efeitos adversos das vacinas. Souza e Teixeira, por exemplo, ao analisarem os motivos da recusa à vacinação contra H1N1 por estudantes de medicina de uma universidade pública do Rio de Janeiro, descobriram que o medo de reações adversas é a segunda maior causa (41,9%) da recusa à vacinação, atrás apenas do fator falta de tempo (42,4%). (Lessa; Schramm, 2015, p. 115-124).

Considerando esses pressupostos sistêmicos, a sociedade é um grande sistema social composto por subsistemas. É constituída por comunicação, elemento básico da sociedade, por uma malha, uma rede de comunicação, o que rompe com as delimitações territoriais/políticas<sup>15</sup>. Da mesma forma, as doenças também rompem com essas barreiras, e o sistema da saúde ou o médico precisam dar respostas para isso, inclusive por meio da prevenção.

Deve-se pontuar que são características dessa sociedade a complexidade, a contingência, a paradoxalidade e o risco, dentre outras<sup>16</sup>. Pode-se dizer que um sistema é complexo na medida em que apresenta mais possibilidades do que pode realizar em dado momento. Há a necessidade de o sistema fazer uma seleção dessas possibilidades, sob pena de não mais continuar operando, e o sistema da medicina seleciona a doença e opera a partir dela.

Embora haja uma diferenciação entre sistema e ambiente, este exerce irritações naquele, e o sistema tende a ficar mais complexo. Por exemplo, quando surgem novas doenças ou epidemias, tais como, por exemplo, o retorno de doenças "erradicadas" pelas vacinas na atualidade, há uma irritação no sistema médico. Imagine-se a situação de um paciente ser levado a um centro de atendimento e não haver capacidade de diagnóstico e/ou tratamento da doença (até porque pode não ser capaz de observar a presença de certa doença, que se tornou rara por conta da vacinação em massa). O médico – ainda que possa tratar sintomas –, na perspectiva da cura, opera na escuridão.

A irritação é o que enseja o sistema a "auto-produzir-se", ou seja, essa irritação provocada pelo ambiente estimula a autopoiese do sistema. Conforme Luhmann (1997, p. 68), "as irritações se dão sempre inicialmente a partir de diferenciações e comparações com estruturas internas aos sistemas, sendo, portanto, do mesmo modo que a informação, produto do próprio sistema". Ainda que nem tudo gere irritação no sistema (imagine-se um paciente que faleça por causa desconhecida), em algumas possibilidades, o ambiente irritará o sistema. Uma irritação tal como o retorno endêmico do sarampo, por exemplo, pode ensejar modificações no sistema da medicina, no que tange ao tratamento e diagnóstico da doença, bem como no sistema da saúde, nas estruturas internas de vigilância sanitária que deverão abarcar as irritações acarretadas no contexto da epidemia a fim de "evitar" (prevenir) que a doença se alastre.

Em outras palavras, o papel da prevenção (vacinação) está de algum modo inserido entre a saúde e a doença. Não existindo a potencialidade da doença, não há sentido falar-se em prevenção. Da mesma forma, havendo uma situação de saúde (especialmente considerando o conceito amplo da Organização Mundial da Saúde), não há o que prevenir. E, no caso

<sup>15</sup> Por exemplo, "According to social systems theory, Society has evolved to a state in which it consists of a variety of large communication systems that can be identified by the functions they perform." (Moeller, 2006, p. 24)

<sup>16</sup> Sobre o tema, dentre outros, ver Luhmann (1990, p. 69).



específico da vacinação, exatamente pelo fluxo de pessoas e a ausência de erradicação plena no globo, há a necessidade de sua realização (a qual, no direito, por exemplo, é discutido, a partir de seu próprio código, se “vacinar-se” configuraria em um direito ou em um dever – especialmente na situação em relação aos responsáveis por uma criança, por exemplo).

Essa “irritação” de uma doença do ambiente para com o sistema da medicina e o da saúde pode ser entendida como um “estímulo”/irritação do ambiente. Deve-se dizer que é o sistema que se irrita com o ambiente, é o sistema que seleciona as possibilidades que estão no seu entorno: um mesmo elemento pode ser selecionado por diferentes sistemas. Sobre a irritação, Luhmann (1997, p. 68) explica que “O ambiente não contribui para nenhuma operação do sistema, mas pode irritar ou perturbar (como diz Maturana) as operações do sistema somente quando os efeitos do ambiente aparecem no sistema como informação e podem ser processados nele como tal”.

Assim, o sistema tem de se adaptar à duplicidade de complexidade: a do ambiente e a dele próprio. Caso o sistema não tivesse essa preocupação em diminuir a complexidade, ele estaria imerso no caos, deixaria de ser um sistema. Eis o espaço para a prevenção no sistema da saúde: a existência de uma doença capaz de irritar o sistema (nem todas atingem esse estado) faz incluir na semântica do ambivalente funcional “saúde” a noção de prevenção. Assim, as medidas preventivas acabam sendo processadas a partir das estruturas sanitárias. Não como doenças, mas como potencialidades.

A partir do próprio referencial teórico, as hipóteses nas quais dogmaticamente se reconhece a necessidade de medidas preventivas podem ser pensadas como “programas”. Para Luhmann (2007, p. 294), programas consistem em “*algunas condiciones ulteriores que establezcan en qué circunstancias la atribución del valor positivo y en qué circunstancias la atribución del valor negativo son correctas o falsas.*” Nesse sentido, “*todos los valores que se excluyen, en este nivel, debido a la binaridad del código pueden reintroducirse como puntos de vista de la elección del programa*” (Luhmann, 2007, p. 295).

A prevenção poderia exercer, da mesma forma que as leis, decisões judiciais, e contratos podem ser programas ligados ao código do Direito, estabelecendo as condições nos quais é aplicado (Luhmann, 2007, p. 294); direito/não-direito (ou outras nomenclaturas), um papel de condicionador da aplicação do código saúde/doença. Em outras palavras, havendo a irritação do sistema a partir da comunicação e reconhecidas determinadas circunstâncias, o programa (prevenção) determina a aplicação do código saúde/doença, de forma unitária.

Assim, as comunicações sanitárias participam dessas irritações, o sistema da medicina e o da saúde recebem as informações, processam-nas em consonância com o seu código binário próprio, todavia, com o programa condicionador. Ou seja, não há input de informações, pois o sistema é irritado, e dessa irritação o próprio sistema fará a seleção do que é relevante para ele – de acordo com a função por ele desenvolvida (saúde) – e, dadas as circunstâncias previstas no programa, determina a aplicação do código, ainda que não exista propriamente a doença. Na realidade, o programa permite a antecipação do estado doença, direcionando a atuação do sistema (como se existisse uma efetiva doença). Uma potencialidade que é transformada pelo observador em realidade (ou não, caso, por exemplo, não houvesse preocupação a respeito da baixa atenção às campanhas de vacinação, por exemplo).

Deve-se, por outro lado, observar que a semântica de “saúde” (cujo conceito é fluído, como visto), operacionalizada a partir do código binário próprio, pode ser o mecanismo que proporciona a “abertura cognitiva” do sistema à prevenção. Luhmann, ao trabalhar o sistema médico, escreveu aproximadamente quatorze páginas acerca do tema, sem chegar a discutir a prevenção. Entretanto, isso não significa que não seja possível realizar essa análise a partir do



sistema médico (e da saúde). O próprio código binário do sistema é uma chave para o espaço de construção da prevenção a partir de um processo de atribuição de sentido ao próprio código.

O próprio autor (Luhmann, 2007, p. 282) reconhece que a semântica dos elementos do código podem ser variações, as quais, de qualquer forma, são controladas pelo próprio sistema. E, *“las ‘reservas’ semánticas tanto del derecho como de la ciencia consisten, por ejemplo, de programas”* (Luhmann, 2007, p. 282). Em outras palavras, *“en el transcurso evolutivo de los códigos se forma una semántica de criterios adicionales para determinar en qué condiciones la clasificación del valor positivo o negativo se lleva a cabo correctamente”*. Segundo o autor, *“se adhieren a los códigos respectivos en calidad de enormes aparatos semánticos, y mientras los códigos logran sencillez e invariabilidad, el ámbito de sus programas se carga – casi como suplemento – de complejidad e variabilidad”* (Luhmann, 2007, p. 282).

Em tal contexto, a definição de ações preventivas está alicerçada nas intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo, assim, sua incidência e prevalência nas populações e grupos. A base para essas intervenções são os conhecimentos epidemiológicos das doenças e de outros agravos específicos (agentes de risco) (Czeresnia; Freitas, 2003, p. 15-38), conforme o desenvolvimento técnico-científico do momento. E a hipótese da vacinação é demonstrativo a esse respeito.

Além disso, considerando que a prevenção orienta todas as ações de detecção, de controle e de enfraquecimento (e diminuição) dos fatores de risco de enfermidades, o cerne é a doença e como atacá-la (Buss, 2003, p. 15-38), de forma que esse controle se dá, necessariamente, de forma interna ao sistema da saúde, mais amplo e, ao mesmo tempo, acoplado ao sistema médico propriamente dito.

Ocorre que o paradigma do modelo assistencial abarca a organização das ações para intervenção no processo saúde/doença, articulando, assim, os recursos físicos, tecnológicos e humanos para enfrentar/elidir os problemas de saúde existentes na sociedade (Paim, 1994, p. 455-466). Para isso, a prevenção faz uso de medidas gerais, educativas, que têm como objetivo aumentar a resistência e o bem-estar dos indivíduos, incluindo, ainda, comportamentos alimentares, exercício físico e repouso, contenção de estresse, não ingestão de drogas ou de tabaco, dentre outros comportamentos, com o fito de que os indivíduos resistam às agressões dos agentes causadores de patologias, crônicas ou não, transmissíveis ou não (e, atualmente, no caso da vacinação, a difusão na ideia de importância da manutenção da vacina, assim como a respeito dos riscos que as vacinas podem conter, em relação ao benefício social que carregariam).

Essa atuação – de maneira integral –, dentre outras de possível inclusão e implementação, conforme as semânticas do código e do programa, estão no âmbito do sistema da saúde, que abarca mais que o sistema médico. Talvez, o sistema médico devesse ser incluído como subsistema do sistema da saúde, fazendo uso de um código saúde/doença mais restrito (doenças já reconhecidas, por exemplo) em relação ao sistema da saúde, cujo código possui uma semântica mais fluida.

Dentro dessa lógica, é possível vislumbrar a atuação do médico em relação ao diagnóstico de doenças de comunicação compulsória aos órgãos governamentais. Havendo o diagnóstico pelo valor negativo (doença reconhecida), o sistema médico concretiza sua atuação, assim como comunica (provocando irritações ou não) no sistema da saúde. Da mesma forma, ingressando um paciente com sintomas e doença não conhecida pelo sistema médico, esse realiza as atuações dentro de suas possibilidades (porque reconhece a existência do equivalente negativo, doença) e gera comunicações que podem irritar os demais sistemas, como da saúde, da ciência, da política, etc.

## Considerações finais

O presente trabalho buscou observar a relação da prevenção com o código do sistema da medicina e a construção da relação entre este sistema e o sistema da saúde.

Visando a esse objetivo propositivo, partiu-se dos escritos preliminares de Luhmann a respeito do sistema médico, conjugando-os com os estudos de pensadores contemporâneos como Martini e Schwartz, os quais também discutem a saúde na teoria dos sistemas sociais.

Assim, reconstruiu-se a perspectiva inicial de Luhmann a respeito do sistema médico, explicitando os elementos que o configuram e, ao mesmo tempo, o diferenciam de outros sistemas. Em um segundo momento, observou-se a peculiaridade do código do sistema da medicina, discutindo-o com a utilização de aportes daquilo que pode ser entendido como sistema da saúde. Por fim, procurou-se compreender a inserção do papel da prevenção – elemento de relevância no que se refere à saúde pública contemporânea –, sobretudo enfatizando a semântica fluida do conceito de saúde/doença, de forma a incorporá-la no código do sistema médico.

Inclusive, no âmbito de um contexto de prevenção, percebeu-se uma maior amplitude daquilo que pode se entender como sistema da saúde, em relação ao sistema médico, este restrito à relação médico-doente. De qualquer forma, em razão da mesma flexibilização semântica dos ambivalentes funcionais do sistema médico, observou-se a possibilidade de aplicação do mesmo código ao sistema da saúde.

E, nesse contexto, a partir de um processo construtivo que não se iniciou aqui, mas em pesquisas anteriores, confirmou-se a observação do sistema da medicina como subsistema do sistema da saúde, ambos integrados pelo mesmo código, saúde/doença, o qual contempla, necessariamente, a prevenção. Esta se insere sistemicamente, quer pela forma de programas condicionais, quer pela própria semântica fluida da ambivalência saúde/doença, variável no tempo e espaço.

Nesse sentido, há a demonstração de que ambos os sistemas se acoplam, permitindo irritações recíprocas, e operam a partir de seus próprios elementos específicos, de maneira autopoietica.

## Referências

- BRETON, D. L. 2017. *A Sociologia do Corpo*. Petrópolis, Vozes.
- BUSS, P. M. 2003. *Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde*. In: D. Czeresnia; C. M. Freitas (orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 15-38.
- CORSI, G.; BARALDI, C.; ESPOSITO, E. 1996. *Luhmann in Glossario: i concetti fondamentali della teoria dei sistemi sociali*. Milano, FrancoAngeli.
- FOUCAULT, M. 2010. *Os Anormais*. 2ª ed. São Paulo, WMF Martins Fontes.
- GUILLOD, O.; SPRUMONT, D. 1996. *Le Droit à la Santé: un droit en emergence*. In: P. Zen-Ruffinen; A. Aver (Eds), *De la Constitution: études en l'honneur de Jean-François Aubert*. Berne, Helbing & Lichtenhahn.
- HERZLICH, C. 2004. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. *Physis*, 14(2):383-394.
- Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-7331200400020\\_0011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-7331200400020_0011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22/04/2017.

- LESSA, S. de C.; SCHRAMM, F. R. 2015. Proteção individual versus proteção coletiva: análise bioética do programa nacional de vacinação infantil em massa. *Ciência & Saúde Coletiva*, **20**(1):115-124. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.14882013>.
- LUHMANN, N. 1990. *Sociedad y Sistema: la ambición de la teoría*. Barcelona, Paidós.
- LUHMANN, N. 1997. O conceito de sociedade. In: C. B. Neves; E. M. B. Samios (Orgs), *Niklas Luhmann: a nova teoria dos sistemas*. Porto Alegre, UFRGS.
- LUHMANN, N. 2000. *La Realidad de los Medios de Masas*. Barcelona, Anthropos Editorial.
- LUHMANN, N. 2007. *La Sociedad de la sociedad*. México, Editorial Herder.
- LUHMANN, N. 2015. Il codice della medicina. In: G. Corsi (org.), *Salute e malattia nella teoria dei sistemi*. Milano, Franco Angeli, p. 40-51.
- LUHMANN, N.; DE GIORGI, R. 1996. *Teoria della società*. Milão, Franco Angeli.
- MANSILLA, D. R. 2001. La Teoría de la Sociedad: invitación a la sociología de Niklas Luhmann. *Metapolítica*, **5**(20):42-51.
- MARTINI, S. 2015. Sistema da Saúde e Transformação Social. In: S. Martini (coord.), *Saúde, Direito e Transformação Social: um estudo sobre o Direito à Saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, Livraria do Advogado.
- MARTINI, S. R. 2015. Sistema social da saúde e a Teoria Sistêmica de Luhmann. *Revista de Direito sanitário*, **16**(1):112-127.
- MATURANA, H.; VARELA, F. 1997. *De Máquinas e Seres Vivos: autopoiese – a organização do vivo*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). 2017. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – *Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 12, 2017*. Brasília, Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/06/2017-010-Monitoramento-dos-casos-de-dengue--febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-virus-Zika-ate-a-Semana-Epidemiologica-12--2017.pdf>>. Acesso em: 22/04/2017.
- MOELLER, H-G. 2006. *Luhmann Explained: from souls to systems*. Chicago, Open Court Books.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2016. *Estresse no ambiente de trabalho cobra preço alto de indivíduos, empregadores e sociedade*. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5087:estresse-no-ambiente-de-trabalho-cobra-preco-alto-de-individuos-empregadores-e-sociedade&catid=845:noticias&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5087:estresse-no-ambiente-de-trabalho-cobra-preco-alto-de-individuos-empregadores-e-sociedade&catid=845:noticias&Itemid=839)>. Acesso em: 22/04/2017.
- ROMESÍN, R. M.; GARCÍA, F. V. 1997. *De máquinas e seres vivos – autopoiese: a organização do vivo*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- SENGE, P. M. 2014. *A Quinta Disciplina: a arte e a prática da organização que aprende*. Rio de Janeiro, Best Seller.
- PAIM, J. S. 1994. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: M. Z. Rouquayrol, *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro, MEDSI, p. 455-466.
- RAMDOM, M. 2002. *O Território do Olhar*. In: *Educação e Transdisciplinaridade II*. Coordenação executiva do CETRANS. São Paulo, TRIOM.
- SCHWARTZ, G. 2003. A autopoiese do sistema sanitário. *Revista de direito sanitário*, **4**(1):50-59.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. 1997. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, **31**(5):538-542. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14/02/2017.
- SENGE, P. M. 2014. *A Quinta Disciplina: a arte e a prática da organização que aprende*. Rio de Janeiro, Best Seller.

VASCONCELLOS, M. J. E. de. 2013. *Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência*.  
Campinas, Papirus.

*Submetido: 18/12/2018*

*Aceito: 23/10/2019*