

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

ENTRE A ESCUTA E A AUSCULTA

Uma crítica à racionalidade médica ocidental, centrada na
medicina baseada em evidências

Eduardo Conte Póvoa

Dissertação apresentada como
requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre em Saúde
Pública, Curso de Mestrado em
Saúde Pública – área de
concentração em Saúde e
Sociedade da Escola Nacional de
Saúde Pública.

Orientador: Prof. Luís David Castiel

Rio de Janeiro

2002

DEDICATÓRIA

À minha mãe Helena, por ter me proporcionado condições para pertencer à profissão que amo e ter me ensinado a lutar pelo crescimento pessoal.

Aos meus filhos Cláudio, Thiago e Lucas e à minha mulher Eliane, por serem meus principais motivos para viver e prosperar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Escola Nacional de Saúde Pública, pelo exemplo de instituição de ensino e pesquisa, procurando sempre proporcionar ao aluno condições favoráveis para seu aprendizado.

Aos mestres desta instituição, pela competência e capacidade de transmitir seus conhecimentos.

Ao professor Júlio de Mello Filho, por ter me iniciado no mundo da Psicossomática, motivando-me a sempre aperfeiçoar meu lado intuitivo e minha capacidade empática, além de me incentivar a lutar por uma medicina mais humana.

À professora Madel Luz, não apenas por ter me acolhido no IMS nas reuniões do grupo de Racionalidades Médicas permitindo que eu possa desfrutar com deleite de suas sábias palavras, mas fundamentalmente pelo exemplo de MESTRE e de PESSOA.

Em especial ao meu orientador professor Luis David Castiel: Pela capacidade de observar as características fundamentais de seus orientandos e alunos; Por proporcionar espaço de criatividade e liberdade de pensamento; Pelo esforço e pela dedicação sincera às demandas mínimas de seus orientandos; Por estar contribuindo para meu amadurecimento acadêmico; Por ensinar-me a ouvir; Por demonstrar que a crítica e a auto-crítica são fundamentais para que não passemos pela vida de forma ingênua e principalmente para que possamos repudiar o silêncio quando este tem cunho de omissão.

A todos os meus amigos e parentes que de alguma forma contribuíram com palavras, sugestões e estímulos para que eu vencesse mais esta etapa.

“Sentimos que mesmo depois de serem respondidas todas as questões científicas possíveis, os problemas da vida permanecem completamente intactos”

Wittgenstein

“...os principais fatores para a saúde não estão nas últimas maravilhas tecnológicas, mas em coisas comuns como o amor, a compaixão, a amizade e a esperança”

Dr. Larry Dossey

RESUMO

A racionalidade médica ocidental contemporânea ou mais especificamente da Biomedicina, traz como características já apontadas por vários autores, o objetivismo, o mecanicismo e o cientificismo. Este modelo recebe influência histórica imerso num contexto político, cultural e econômico favoráveis. A Biomedicina vem reduzindo seu objeto de estudo à doença/patologia (sob uma visão ontológica). Apesar dos esforços de algumas disciplinas, tais como a Psicologia Médica, Filosofia da Saúde, Antropologia Médica e segmentos da Saúde Coletiva, parece ficar em segundo plano valores éticos e subjetivos da relação médico-paciente, assim como uma visão positiva do binômio saúde/doença. Constatamos a permanência deste mesmo paradigma em algumas práticas contemporâneas. Neste trabalho, utilizamos como exemplo de iniciativa o surgimento da chamada "Medicina Baseada em Evidências"(MBE), buscando enfatizar os possíveis efeitos (positivos e negativos) dos critérios assistenciais utilizados por esta prática, sob o ponto de vista ético e de integralidade na relação médico-paciente. Em que pese seus benefícios e avanços à área da Saúde, parece que muitos defensores desta prática ratificam o mesmo paradigma (no sentido Kuhniano) na Biomedicina, enfatizando o modelo cientificista, imersos no contexto da globalização. Será feita uma reflexão crítica dos aspectos apontados, mas também buscaremos apontar princípios, ações, estratégias possíveis para avançarmos em direção a valores das dimensões éticas e intersubjetivas como critérios a serem contemplados na prática médica, pondo inclusive os avanços científicos a serviço do cuidado e da atenção. Para tal, nosso estudo se baseia em pesquisa bibliográfica (livros, revistas, banco de dados da internet, artigos em geral). A estratégia metodológica principal foi a análise do discurso dos autores defensores da MBE como principal critério decisório em práticas assistenciais, sob o ponto de vista de autores da Filosofia Médica, Psicologia Médica e Saúde Coletiva/Epidemiologia.

Palavras-chave: Medicina Baseada em Evidências; Psicologia Médica; Médico e Paciente; Biomedicina; Subjetividade

ABSTRACT

The rationality of the contemporary western medicine or specifically of Biomedicine, inherits characteristics already stressed by many authors: excessive objectivity, mechanistic point of view and scientific patterns of thinking. That model acquires historical influence immersed in a political, cultural and economical context. Biomedicine reduces its study object in disease/pathology (in an ontological perspective). Although the efforts of some disciplines like Medical Psychology, Philosophy of Health, Medical Anthropology and Public Health, ethics and subjective values of the doctor-patient relationship apparently stay in second level, as well as a positive view of health/disease process. We notice the permanency of this same paradigm in some other contemporary practices. In this dissertation, we have focused the so-called “Evidence Based Medicine” as an example of an actual enterprise, pointing out the possible effects (positive and negative) of standards of care proposed by this practice, under an ethical point of view and under an holistic vision into the context of doctor-patient relationship. In spite of the usefulnesses and advancements into the Health field, this practice’s defenders ratify the same paradigm (in Kuhn’s sense) as the one prevailing in Biomedicine, when they focus the scientific model, immersed in a globalized context. The above-mentioned aspects were considered with a critical eye. However, principles, actions and strategies towards values of ethic’s and intersubjective’s dimensions as criteria in the medical practice, were also approached. The scientific advancements were regarded as positive, when they occur in terms of care and assistance. Our study is based in a bibliographic search (books, reviews, internet, articles in general). The principal methodologic strategy was the analysis of the discourse of EBM’s supporters as if their criteria were of the highest rank in health care based upon the views of authors of Medical Philosophy, Medical Psychology and Public Health/Epidemiology.

Key-Words: Evidence Based Medicine; Medical Psychology; Doctor and Patient; Biomedicine; Subjectivity.

SUMÁRIO

- Resumo -----	vi
- Abstract -----	vii
- Sumário -----	viii
- Abertura -----	10
I - Introdução -----	15
II – A Racionalidade Médica Ocidental – Biomedicina -----	21
II-1- Racionalidade Biomédica – Origem e Características Gerais -----	21
II-2- A Racionalidade Biomédica e a Relação Médico-Paciente -----	28
III - Contribuições da Psicanálise: a Psicologia Médica no Contexto da Biomedicina – “Nadando contra a corrente?” -----	33
III-1- O Surgimento da Psicologia Médica – As Principais Contribuições de Balint -----	33
III-2- A Importância do Ensino da Psicologia Médica -----	40
III-3- Evolução Conceitual da Psicossomática e Psicologia Médica --	43
III-4- Formação Psicológica do Médico -----	45

IV - A Medicina Baseada em Evidências – Um “novo paradigma” ?	47
V – Cuidado e Atenção em Saúde	62
V-1- O Cuidado na Perspectiva de Leonardo Boff e de outros autores	62
V-2- O Cuidado na Visão de D.W.Winnicott – O Conceito de <i>holding</i>	65
V-3- Semelhanças entre os conceitos de Cuidado (Leonardo Boff) e de <i> Holding</i> (D.W.Winnicott)	68
VI – Entre a Escuta e a Ausculta ?	71
VI.1 - Um Dilema Entre a Ética e a Técnica – Escuta, Ausculta e Informática Médica	71
VI.2 - Na Interface ou Na “Corda Bamba”?	75
VI-3 – O Pensamento Complexo e Propostas de Integração – Utopia ou Possibilidade ?	78
VII – Considerações Finais	81
- Encerramento	86
- Referências Bibliográficas	90

ABERTURA

O caso clínico a ser relatado abaixo é fictício, porém caso haja alguma semelhança com a realidade, vale a pena ressaltar o seguinte: NÃO é mera coincidência.

Seis horas da manhã de Segunda-feira, o despertador toca e o Dr. Evidência acorda para mais uma jornada de trabalho. Seria mais um dia de ambulatório na vida de um médico que para sobreviver assume três vínculos empregatícios.

Seus atendimentos iniciam às oito da manhã, e lá pelas 10:00h Dr. Evidência pede para chamar seu décimo paciente (dos vinte que o aguardavam para serem atendidos).

Entra no consultório, bastante abatida, uma senhora de 71 anos de idade. Dr. Evidência então inicia sua anamnese:

Dr. Evidência: - Bom dia. Qual o nome da senhora?

A paciente: Incerteza.

Dr. Evidência: - Pois não dona Incerteza, o que é que a senhora está sentindo?

Sra. Incerteza: - Ah doutor tanta dor! Dói principalmente minhas pernas e meus braços, sendo que à noite tenho muita febre.

Nesta ocasião uma enfermidade que recebera o nome de Síndrome Maligna de Tomé, estava sendo um verdadeiro desafio para a medicina. Curiosamente surgia na história da humanidade uma doença cuja a causa e a fisiopatologia eram totalmente desconhecidas. Não eram encontradas lesões nem fatores etiológicos (tipo vírus, bactérias ou fungos) que pudessem justificar a ocorrência dos sintomas e tão pouco sua possibilidade de evoluir para o óbito de forma tão rápida. Porém, apesar da causa ser desconhecida, havia sido identificado um único fator que se correlacionava exclusivamente com esta doença (embora não se soubesse como), que ficou conhecido como fator SMT – importantíssimo para a confirmação do diagnóstico. As suspeitas levavam a crer que a doença tinha caráter auto-imune, porém apesar de dez anos passados do primeiro caso identificado, não se tinha uma confirmação precisa da etiopatogenia. O quadro clínico se apresentava com dores, principalmente nos membros superiores (mãos, antebraços e braços) e nos membros

inferiores (pés, pernas e coxas), febre em torno de 40 graus (noturna) que não melhorava facilmente com os anti-piréticos comuns. A doença tinha como característica principal sua duração de mais ou menos seis meses. Oitenta por cento dos casos evoluía, após este período em média, para a forma maligna, que se apresentava com paraplegia (paralisia dos membros inferiores), cefaléia intensa e morte em aproximadamente 72h (em noventa por cento dos casos que chegava nesta fase). O medicamento que vinha sendo utilizado para conter os sintomas e tentar retardar o curso da doença era conhecido como anti-SMT (quimioterápico que podia trazer uma série de efeitos colaterais, mas que estudos mostravam que seus benefícios predominavam sobre os riscos de toxicidade). Vale ressaltar que o anti-SMT embora pudesse retardar um pouco a morte da vítima desta síndrome na fase considerada letal, não suprimia os sintomas e não evitava a morte (que mais cedo ou mais tarde podia acabar acontecendo). Pelo contrário, evidências mostravam que quando a droga era utilizada nesta fase, aumentava em até sete por cento a probabilidade de realmente a síndrome evoluir para o óbito. Em outras palavras, o anti-SMT somente diminuía os sintomas na fase anterior à considerada grave. Nesta última fase a única vantagem que a droga poderia oferecer era a possibilidade de a morte ser adiada em até uma semana, porém com aumento da probabilidade de acontecer.

Diante desta sintomatologia apresentada pela Sra. Incerteza, Dr. Evidência, após completar sua anamnese objetiva, dirigida, e a realização de um breve exame físico, solicita exames dentre os quais encontra-se a solicitação do fator SMT. Neste momento a Sra. Incerteza interrompe o Dr. Evidência ...

Sra. Incerteza: - Doutor acho que minha doença iniciou depois que meu filho foi embora para outra cidade. Sabe, eu estou me sentindo culpada da forma como ele foi embora, assim com raiva de mim...

Dr. Evidência, sentindo um desconforto e uma certa irritabilidade com as palavras da Sra. Incerteza, logo a interrompe:

Dr. Evidência: - Dona Injusta, perdão, dona Incerteza, não vamos resolver muita coisa com suas palavras de lamento a respeito de sua família. Temos um problema muito sério para resolvermos, que se trata da possibilidade de a Sra. estar com a Síndrome Maligna de Tomé. De mais a mais, a senhora já viu como está cheio lá fora ? À tarde, ainda

vou para meu consultório fazer uma revisão através do computador . Para se fazer uma boa medicina atualmente, temos que ficar horas diante do computador verificando as últimas evidências sobre o assunto. Trarei tudo protinho para a senhora, portanto não se agite, OK? Nos encontramos na próxima semana. Por enquanto tome estes analgésicos que prescrevi para a senhora. Um abraço.

E a Sra. Incerteza, frustrada, assustada, sai do consultório tendo que se preparar para o pior. Ainda tem que encontrar forças para realizar os exames e suportar seus sintomas que mal são resolvidos com os analgésicos que o Dr. Evidência prescrevera.

A Sra. Incerteza era viúva há dez anos, tinha três filhos: um de trinta e cinco anos, do sexo masculino, e duas filhas (uma de quarenta anos e outra de quarenta e cinco anos). Vivia só em seu imóvel na Barra da Tijuca. Não tinha grandes posses, mas dava para sobreviver com a pensão que seu falecido marido deixara. Os três filhos eram casados, sendo que seu filho morava também na Barra da Tijuca, próximo ao prédio onde morava a mãe, até que por causa de uma discussão, em que a Sra Incerteza ofendera a nora, seu filho magoado decide viver longe, indo com sua mulher e mais dois filhos (netos de dona Incerteza) para outra cidade, no interior de Minas. Este ocorrido foi há mais ou menos um mês, sendo que seus sintomas iniciaram há cerca de quinze dias. Vale lembrar que dona Incerteza não apresentara até então nenhum problema sério de saúde.

Passados sete dias, dona Incerteza retorna ao consultório do Dr. Evidência, que após olhar os exames, anuncia:

Dr. Evidência: - É senhora, como suspeitávamos, infelizmente a senhora está com a Síndrome Maligna de Tomé. A conduta é muito simples. A senhora vai ter que fazer uso do anti-SMT para não somente diminuir seus sintomas como também tentarmos retardar a evolução da doença.

Sra. Incerteza: - Mas doutor todo mundo diz que este remédio é horrível, traz uma série de efeitos colaterais. Uns ficam inchados, outros tem queda de cabelo, outros ficam irritados, com insônia.

Dr. Evidência: - Senhora, acabei de fazer uma revisão sistemática da literatura, e os trabalhos (todos randomizados, de alta significância estatística) mostram que 98,5% dos casos respondem de forma predominantemente positiva ao uso de anti-SMT. Logo, diante de tais fatos deveremos discutir mais alguma coisa ? A senhora quer ou não quer melhorar ?

Sra. Incerteza: - Mas doutor, será que devo contar ao meu filho a respeito de minha doença...

Dr. Evidência: - Senhora, eu decido sobre seu tratamento, pois sou médico e essa é minha obrigação. Quanto às decisões familiares cabe tão somente à senhora decidir. A senhora não concorda comigo ?

Sra. Incerteza: - Será que terei o apoio de minhas filhas?

Dr. Evidência: - Não se preocupe. Se a senhora ficar preocupada não vai ajudar.

Sra. Incerteza: - Posso falar um pouquinho o que estou sentindo ?

Dr. Evidência: - Não é dor e febre ? A senhora já disse. Mais algum sintoma?

Sra. Incerteza: - Estou triste, com sentimento de culpa.

Dr. Evidência: - A senhora está deprimida e ansiosa. Vou lhe prescrever um anti-depressivo e um ansiolítico. Caso não melhore, a senhora deverá procurar um psicólogo.

Levantando da cadeira, Dr. Evidência vai conduzindo Sra. Incerteza até a porta do consultório e antes que ela tenha chance de falar mais alguma coisa...

Dr. Evidência: - Falaremos daqui a quinze dias. Um abraço.

Passados quatro meses, Dr. Evidência recebe um chamado urgente no hospital. Sra. Incerteza havia sido internada com sintomas compatíveis com a fase letal da síndrome. Dr. Evidência ao chegar no quarto onde a paciente encontrava-se internada, questiona:

Dr. Evidência: - Por quê a senhora não me procurou mais?

Sra. Incerteza: - Não me senti bem tomando os remédios. Resolvi parar e fiquei com medo que o Sr. brigasse comigo. Procurei fazer um tratamento a base de ervas e melhorei muito, até que há cerca de uma semana comecei a piorar, de forma que hoje nem consigo mover minhas pernas.

Dr. Evidência: - Se a Sra. não tivesse interrompido o tratamento, talvez não estivesse aqui hoje.

Sra. Incerteza: - Mas não estaria mais cedo ou mais tarde ? Gostaria de lhe fazer um último pedido. Posso?

Dr. Evidência: - Pode. Diga qual.

Sra. Incerteza: - Sei que não adianta mais tomar o anti-SMT. Mas sei também que o remédio poderá retardar um pouco mais a minha partida. Preciso ter tempo de falar com o

meu filho, o Sr. entende ? Liguei para ele contando que estava internada, mas não quis assustá-lo, poupando-lhe da gravidade. Ele está vindo para cá daqui dois dias.

Dr. Evidência: - Mas dona Incerteza, todas as evidências indicam que nesta fase o medicamento, apesar de poder retardar a morte em até uma semana, ele pode tornar o caminho em direção à morte ainda mais favorável. A última pesquisa (trabalho randomizado) aponta que o grupo que recebeu a droga no período letal, evoluiu para o óbito em 97% dos casos (embora com prazos maiores que 72h – entre cinco e sete dias). Já no grupo que não recebeu, continuou a proporção anterior de aproximadamente 90%. Em outras palavras, se eu der a droga para a senhora, embora a senhora tenha mais alguns dias de vida, as suas chances de não morrer são de 3%, ao passo que se eu não der, suas chances de sobreviver sobem para 10%.

Sra. Incerteza: - Lá vem o Sr. com esta história de porcentagem prá lá e porcentagem prá cá. O Sr. por acaso imagina como estou me sentindo ? Preciso de alguém que compartilhe desta dor. Por favor se não pode me ajudar não atrapalhe, faça o que eu peço ! Eu me responsabilizo. O senhor sabe que sou uma pessoa esclarecida. Conheço matemática. Em outras palavras: Prefiro prolongar minha vida mais um pouco, mesmo que minhas chances de sobrevivência diminuam. Certo doutor ?

Dr. Evidência: - Vou tentar. Prometo que volto à tarde para resolvermos.

Bastante transtornado com as palavras da Sra. Incerteza, Dr. Evidência resolve reunir-se, em caráter de urgência, com os colegas: Dr. Balint, Dr. Winnicott e Dr. Canguilhem, sob a moderação de Dr. Hipócrates para discussão deste caso.

Veremos a continuação no final deste trabalho.

I – Introdução

O estudo da racionalidade médica ocidental contemporânea (mais especificamente no contexto deste trabalho, racionalidade da biomedicina) vem sendo realizado há anos, sobretudo através de um projeto (Projeto Racionalidades Médicas) desenvolvido na UERJ (no Instituto de Medicina Social), coordenado por Madel T. Luz. Outro autor que muito vem contribuindo para este projeto, vem sendo Kenneth R. de Camargo Júnior. O termo racionalidade médica, é utilizado para denominar o tipo ideal (no sentido weberiano) de uma determinada medicina, e no caso da medicina ocidental contemporânea alopática, reúne as principais características da prática biomédica, incluindo as formas e modelos do agir e pensar médicos, predominantes neste campo. A estruturação desta racionalidade possui bases políticas e históricas, fundamentais para a sua compreensão. É abrangida por toda uma cosmologia, e constituída basicamente de um sistema lógico-operacional que incluem estes cinco principais elementos: anatomia humana; fisiologia humana; um sistema de diagnósticos; um sistema de intervenções terapêuticas; e uma doutrina médica.

Já é consenso estabelecido entre os estudiosos, não somente desta linha de projeto citada acima, mas também por parte de pensadores como Foucault, Canguilhem e diversos outros (como por exemplo aqueles pertencentes à Psicologia Médica), que a racionalidade biomédica possui caráter predominantemente objetivista e mecanicista. A forma que vem sendo considerada soberana para produção de conhecimento e norteadora de decisões para a prática médica, permanece centrada nos pilares da cientificidade, principalmente com suas contribuições ao arsenal terapêutico e aos dispositivos diagnósticos.

O problema evidentemente não está vinculado aos benefícios dos avanços tecnológicos, mas sim às conseqüências e efeitos que o hiperdimensionamento tecnobiocientífico pode provocar no plano da ética, nos valores subjetivos do paciente e por conseguinte na qualidade da relação médico-paciente. Castiel traz uma série de reflexões neste sentido em seu mais recente livro. José Carlos Rodrigues (professor titular de Antropologia da UFF) comentando o autor refere:

“Adotando uma perspectiva transdisciplinar, o autor nos faz encarar o fato de os insofismáveis progressos tecnológicos dos diagnósticos e das terapêuticas – de que muitas vezes nos orgulhamos – se fazerem acompanhar de sérios indicativos de crise, tanto ética, como política e filosófica, que não podemos desdenhar e que dizem respeito aos modelos teóricos e epistemológicos das ciências biomédicas e epidemiológicas.” (1999:Contracapa)

Iniciativas contemporâneas da biomedicina, demonstram uma tentativa de reforço do tecnicismo. Porém, poucos são os esforços (pelo menos no plano político-institucional) em relação a uma maior valorização das demais dimensões do binômio saúde/doença.

A racionalidade biomédica, que nasce principalmente com o advento da anatomopatologia e depois se reforça com a descoberta dos microorganismos (na segunda metade do século XIX), traz como herança os preceitos da física, no que concerne à busca concreta de causa e efeito (a doença corresponderia sempre a uma lesão muitas vezes provocada por um microorganismo). Também recebe influências do pensamento cartesiano, onde o raciocínio diagnóstico tende a seguir modelos nosológicos compartimentados, provocando muitas vezes uma cisão entre as dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Neste sentido os médicos tendem a encarar a doença de forma universalizante, onde o quadro geral (como modelo), as técnicas diagnósticas e os dispositivos terapêuticos, passam a ter valor considerável como objeto de interesse, em detrimento do verdadeiro cuidado e da atenção e da arte de curar.

As tendências mecanicistas de um modelo cartesiano parecem provocar um contexto de incompatibilidade entre uma postura objetivista (técnico-racional) e outra que contemple a subjetividade. Isto acontece em decorrência de um pensamento norteado pelo que Edgar Morin chamou de disjunção/redução, distanciando a visão médica de um caráter mais complexo em direção à integralidade.

A escolha do título deste trabalho, “**Entre a escuta e a ausculta**”, representa nossa inquietude, preocupação e reflexão diante do tema. Pretendemos, a partir de um trocadilho, criar uma expressão que trouxesse vários significados e reflexões implícitas. Tentarei

indicá-las mais adiante, após ressaltarmos os conceitos de escuta e de ausculta que buscamos atribuir respectivamente.

Escuta, no sentido psicanalítico, é a capacidade e a sensibilidade de ouvir o paciente com a atenção voltada para os aspectos afetivos ou de perceber na linguagem metafórica ou até na linguagem não verbal, os outros aspectos que estão atingindo a pessoa do paciente, e inclusive interferindo na evolução da doença (ou da saúde). Adiante teremos a oportunidade de discutirmos a importância da escuta sob o ponto de vista de M. Balint. Ausculta é um procedimento médico – um exame clínico – que permite que o profissional ouça (geralmente através de um aparelho chamado estetoscópio) de forma amplificada, ruídos normais (fisiológicos) ou anormais (resultantes de alterações fisiopatológicas) do organismo. Ajuda a confirmar as suspeitas médicas de um mal – uma doença – foco que predomina na atenção do médico, para que ele possa preencher o modelo nosológico suspeito, e muitas vezes selar seu diagnóstico.

Para discutirmos as características da racionalidade biomédica no contexto contemporâneo, optamos por estudar algo bastante difundido no meio médico atualmente, que parece reforçar o modelo hegemônico da biomedicina – a medicina baseada em evidências (um representante atual da “ausculta”, no sentido de amplificação de dados oriundos de uma determinada doença; no sentido de objetividade centrada no modelo médico). Objeto este que na verdade pode ser vivido como sintoma da tendência tecnicista da medicina ocidental, que parece querer repetir, ou até potencializar, a objetividade e o cientificismo como costumam ser abordadas as questões inerentes à saúde.

Antes ainda de retornarmos para os significados do título, vale relacionar os principais objetivos deste trabalho:

- Objetivo geral: analisar as influências do dispositivo diagnóstico-terapêutico da biomedicina na prática médica;
- Objetivos específicos: analisar as possíveis transformações e efeitos na prática médica (cuidado e atenção) a partir dos critérios assistenciais propostos pela medicina baseada em evidências. Neste sentido buscaremos dar especial enfoque ao plano da relação médico-paciente no contexto dos valores éticos e subjetivos. Outro objetivo específico será o de refletir sobre princípios, ações, estratégias na prática médica.

A partir destes objetivos, surgem alguns dilemas que relacionaremos abaixo, buscando usar o título nos sentidos que tentamos atribuí-lo:

- 1) O hiperdimensionamento da cientificidade a partir dos critérios sugeridos pela medicina baseada em evidências traz incompatibilidade com uma prática médica que contemple valores subjetivos do paciente, no seu contexto sócio-cultural, provocando a necessidade do médico sempre ter que optar entre a escuta ou a ausculta¹ ?
- 2) Se este hiperdimensionamento traz como consequência o uso desmesurado da informática médica (por exemplo), como forma de critério decisório em práticas clínicas, não estaríamos caminhando em direção a maiores interferências na relação médico-paciente e nas etapas concernentes a este campo (como o próprio exame físico), passando a não serem contempladas nem a escuta nem a ausculta²?
- 3) Existiria alguma estratégia a partir do campo biomédico ou fora dele, que poderia promover transformações desta postura mais reducionista em direção à uma postura complexa, que contemple a interdisciplinaridade e a integralidade, permitindo que o médico possa caminhar na interface entre a escuta e a ausculta³?

Os objetivos e as questões que se depreendem, respectivamente, serão abordados neste trabalho, de forma teórica e conceitual, buscando-se como fundamentação a pesquisa bibliográfica. Para tal, reunimos livros, textos localizados no banco de dados da internet e artigos em geral.

Iniciaremos nossa abordagem descrevendo as principais características da racionalidade biomédica (referidas resumidamente acima).

Em seguida, faremos menção aos preceitos da Psicologia Médica, buscando fazer uma breve abordagem histórica e conceitual. Neste capítulo, após citarmos autores de extrema relevância nesta disciplina, daremos ênfase às contribuições de Balint, principalmente no que tange à relação médico-paciente. Faremos também menção à importância do ensino da Psicologia Médica, tanto em nível de graduação como em nível de pós-graduação. Buscaremos discutir aspectos conceituais da Psicossomática e da Psicologia Médica, fazendo articulação com o conceito de paradigma da complexidade de

¹ Neste sentido a escuta representaria o valor subjetivo e a ausculta o valor objetivo.

² Aqui no sentido mais estrito do termo.

³ Aqui retornamos ao primeiro sentido, ou seja, entre a subjetividade e a objetividade.

Edgar Morin. Relacionaremos as principais estratégias utilizadas pela Psicologia Médica no âmbito da prática hospitalar, procurando enfatizar sua importância nas tentativas de promoção da postura interdisciplinar e de uma visão mais integral do paciente. Por fim, faremos uma breve discussão sobre a formação psicológica do médico.

No capítulo seguinte, será feita uma abordagem conceitual da chamada medicina baseada em evidências, buscando enfatizar seus critérios para tomadas de decisões clínicas. Analisar-se-á suas estratégias propostas para as práticas sanitárias, principalmente no âmbito da clínica (o tripé : Epidemiologia Clínica, Bioestatística e Informática Médica). Sendo a racionalidade biomédica “fértil” para tais propostas, será verificada a amplitude de aceitação no campo médico. Destaques serão dados aos discursos dos promotores desta prática, buscando-se demonstrar a magnitude dada aos seus critérios como possível parametrização das práticas sanitárias. Após estas análises, serão enfocadas em primeiro plano as influências que os critérios assistenciais possam ter sobre a prática médica, principalmente no contexto da relação médico-paciente, procurando-se também abordar as dificuldades da aplicação destes critérios em determinadas situações. Neste sentido, faremos menções críticas, lembrando que, sob o nosso ponto de vista, a medicina baseada em evidências não traz mudança de paradigma (no sentido kuhniano do termo), pois ratifica a centralidade cientificista da biomedicina.

Posteriormente dedicaremos um capítulo ao cuidado e atenção em saúde, sob a égide dos conceitos de Leonardo Boff e de Donald W. Winnicott. Faremos aqui menção à importância do cuidado altruístico. Correlacionaremos o conceito de cuidado em Leonardo Boff com o conceito de *holding* de Winnicott. Faremos também uma projeção desta postura na prática médica, procurando mostrar sua importância na relação médico-paciente no que tange à empatia no contexto da intersubjetividade, e suas possíveis repercussões na melhora do paciente. Correlacionaremos também o conceito de *handling* (toque) de Winnicott com as reflexões propostas por Boff sobre a chamada carícia essencial.

Após estas considerações, iniciaremos uma reflexão dirigida para alguns dilemas que vivemos entre propostas de integração, de uma postura médica que também enfatize a subjetividade e a singularidade do adoecer humano e àquelas que vão ao encontro da hipervalorização da tecnologia e da ciência. Discutiremos algumas incompatibilidades possíveis entre estas duas posturas, procurando chamar a atenção para a importância de

serem revistos os aspectos éticos. Neste sentido, levantaremos a questão que se refere à evolução da tecnologia e sua, cada vez maior, intermediação na relação médico-paciente, e as possíveis interferências que isto pode provocar nas etapas desta relação. Daremos ênfase ao uso cada vez maior da informática médica (como preconiza a medicina baseada em evidências), e suas possíveis repercussões. Outro aspecto que vamos levantar diz respeito à dificuldade de muitos médicos integrarem as dimensões objetivas com as subjetivas, ou seja, a dificuldade do que chamamos: “caminhar na interface entre a escuta e a ausculta”. Em geral, os médicos não consideram a psicoterapia, mesmo implícita (como referia Perestrello), como fazendo parte de seu arsenal terapêutico. Quando as alterações psicológicas são evidentes e não são desconsideradas, mesmo que circunstanciais, o médico acaba muitas vezes por encaminhar o paciente. Por outro lado, quando o médico sente vocação para a escuta (digamos assim), em alguns casos procura outras práticas de saúde que favorecem esta atitude. Não somente estes aspectos, mas também algumas reflexões sobre estratégias de integração e de possíveis transformações no campo da prática médica, sob a égide do conceito de pensamento complexo de Edgar Morin, serão abordados neste capítulo. Faremos estas discussões buscando sempre o contexto sócio-cultural, político e econômico que permeia a prática médica, e os sérios desafios que surgem contra propostas que visem mudanças paradigmáticas neste sentido.

II–A Racionalidade Médica Ocidental – Biomedicina

II – 1 – Racionalidade Biomédica – Origem e Características Gerais

Michel Foucault demonstra em seu livro *“O nascimento da clínica”* fatos que vão marcando a mudança de enfoque da medicina ocidental. Sobretudo a partir do que chamou de **olhar** clínico, com o advento da anátomo-clínica – observação de sinais clínicos e correspondentes lesões em cadáveres, inicia-se uma ruptura com o modelo clássico, onde o objeto de estudo passa a ser a doença caracterizada como algo concreto e observável objetivamente: *“A percepção da doença no doente supõe, portanto um olhar qualitativo; para apreender a doença é preciso olhar onde há secura, ardor, excitação, onde há umidade, ingurgitamento, debilidade.”*(Foucault, 1998:13). Percebemos que o fascínio pela tradução da doença em algo observável, em imagens concretas e decifráveis a partir de quem sabe identificá-las, nasce neste contexto: *“Percepção sutil das qualidades, percepção das diferenças de um caso a outro, fina percepção das variantes – é preciso toda uma hermenêutica do fato patológico a partir de uma experiência modulada e colorida; medem-se variações, equilíbrios, excessos ou defeitos.”* (Foucault, 1998:13).

Almeida comentando as considerações de Foucault, acrescenta que este saber médico que surge no início do século XIX, constitui-se de um saber empírico: *“que busca, através de um “olhar em profundidade”, transformar o invisível em visível, trazer à superfície o segredo oculto na profundidade do organismo.”*(Almeida, 1988:6). Completa dizendo que o conhecimento da medicina moderna traz como seu principal pilar a racionalidade anátomo-clínica, que ao situar a doença nas profundidades do corpo transforma a mesma no próprio organismo doente.

Percebe-se também que a medicina ocidental nesta fase, **baseada nas evidências**, no olhar, nos sinais clínicos, cunha a classificação das doenças em modelos nosológicos, que **passa a distanciar o médico da singularidade de cada pessoa**. Diz Foucault em outro trecho:

“Quem desejar conhecer a doença deve subtrair o indivíduo com suas qualidades singulares”. (Foucault,1998:14).

Neste sentido comenta Castiel :

“A metáfora dominante na biomedicina é a da representação do organismo como uma máquina bioquímica. Em geral, uma das conseqüências perceptíveis dessa ótica é a de atribuir a totalidade do padrão de comportamento ‘doente’ em um indivíduo em relação a uma doença identificável ao processo patológico per se. A influência específica dos elementos psicossômicos e contextuais tanto no desencadear como no processo do adoecimento e/ou de sua representação social fica minimizada ou ignorada .”(1994:185).

A racionalidade médica ocidental se torna ainda mais reducionista, determinista, tomando para si um estatuto de ‘ciência’ – influência também da física – diante da descoberta dos microorganismos realizada por Pasteur no século XIX.

Percebemos que ao passo que os médicos se disponibilizam de meios técnicos para identificar “males” que interferem na saúde de seus pacientes, estes últimos passam (mais ainda) a serem considerados objetos de exploração, ficando suas características singulares e a complexidade inerente ao processo de adoecimento humano, veladas ou quando muito relegadas a segundo plano.

Vale lembrar, como foi referido na introdução deste trabalho, que os termos Medicina Ocidental Contemporânea ou Biomedicina, serão aqui contemplados com base no conceito abordado no Projeto Racionalidades Médicas coordenado por Madel T. Luz. Portanto, o termo racionalidade médica, segundo a própria autora, seria um tipo ideal (no sentido Weberiano do termo), definida operacionalmente como:

“Um sistema lógica e teoricamente estruturado, composto de cinco elementos teóricos fundamentais, quais sejam: a) uma morfologia ou anatomia humana; b) uma fisiologia ou dinâmica vital humana; c) um sistema de diagnósticos; d) um sistema de intervenções terapêuticas, e e) uma doutrina médica. Além destes elementos constitutivos, é importante também considerar que os

fundamentos das racionalidades assim descritas residem numa cosmologia” (Luz et al, 1998:15).

Segundo Camargo Jr. (1998) , a opção pelo termo biomedicina se faz muitas vezes, pelo fato de que esta última denominação além de ser mais concisa reflete mais adequadamente a vinculação desta racionalidade com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da Biologia.

Conforme o referido autor, a biomedicina apresenta uma certa incoerência de caráter metodológico. A prática clínica por um lado se dirige a uma abordagem técnica que procuraria dar conta, porém de forma mecânica, de aspectos individuais de determinado sujeito. Por outro lado a biomedicina abrange um certo número de representações de caráter genérico, que traz como implicação - de certa forma universalizante - o raciocínio impessoal no que poderíamos atribuir seu modelo de raciocínio lógico/concreto para práticas de diagnósticos e tratamentos. Podemos acrescentar alguns itens propostos por Camargo Jr. que poderiam reforçar esta questão :

“1) as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, e 2) as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões que devem ser buscadas no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta, com utilização de remédio ou cirurgia (...) Categorias como sofrimento, saúde, vida e cura encontram-se perdidas, não sendo nunca explicitadas.” (Camargo Jr., 1992: 205).

Ainda acompanhando Camargo Jr., a doença para os agentes da biomedicina representa um tipo ideal (no sentido weberiano). Desta forma, ainda lembrando o fato de que para este tipo de racionalidade doença é expressão de uma lesão, ratificamos o caráter genérico como se tende a encarar o processo de adoecer. A tarefa do médico passa a ser a de enquadrar em um modelo nosológico sinais e sintomas que serão pontos norteadores para se chegar a uma categoria específica e objetiva. Pode-se então observar que este modelo de raciocínio afasta o médico da capacidade de observar dimensões subjetivas e

afetivas que muitas vezes são fundamentais para a compreensão do sofrimento humano e condição prévia para a empatia e vínculo – facilitadoras de um cuidado e de uma atenção verdadeiramente eficazes.

Lisboa Guimarães (2001) ratifica o fato de que na biomedicina lesão e doença se confundem. Uma não existe sem a outra. Comenta Almeida (1988), lembrando que este autor aponta a dificuldade que existe nos agentes da biomedicina em diagnosticar casos em que não são encontradas lesões para justificar os sintomas, afirmando que estes casos constituem a grande maioria da clientela que ele chamou de extra-hospitalar, onde predominam queixas mais subjetivas, de caráter existencial. Infelizmente para a maior parte dos médicos, muito embora possamos admitir que é por ignorância, aquilo que não possui lesão para justificar e portanto sofrimentos de ordem subjetiva, são enquadrados no rol do chamado “pitiático”- termo pejorativo usado para rotular pacientes com estas queixas. Lembra também, que quando muito estes sintomas são biologizados, prescrevendo-se um ansiolítico ou encaminhando-se o paciente para um psiquiatra (especialidade muitas vezes considerada menos nobre na medicina).

Vale ainda destacar que mesmo em se tratando de males em que não são encontradas lesões para justificá-las, percebe-se neste sentido que se trata de ignorância médica, pois até mesmo estas alterações estariam enquadradas num quadro nosológico ou seriam classificadas como Transtornos Somatoformes (talvez mais estudadas pelos psiquiatras, mas lamentavelmente desprezadas pelos clínicos). Dizemos “lamentavelmente” visto que a grande maioria dos pacientes portadores destes males procuram os clínicos gerais.

Ainda completa Lisboa Guimarães :

“É assim que a prática adotada pela biomedicina reflete a concepção da ciência hegemônica na nossa sociedade, em que as patologias e a etiologia das doenças são dadas como conceitos fixos e imutáveis, sendo colocados num nível abstrato/superior.”(2001: 21)

Refere ainda que a ação do médico fica subjugada e reduzida à interpretação destes conceitos, onde o conhecimento racional é hiperdimensionado. As descrições teóricas das

patologias e a capacidade em acertar o diagnóstico, mediada por uma gama de exames complementares, acabam sendo os principais norteadores da prática médica.

Percebe-se mais uma vez o viés reducionista pelo qual os agentes da biomedicina são treinados a vislumbrar a doença, desconsiderando uma reflexão filosófica que permitiria a relativização conceitual do binômio saúde/doença no contexto da condição humana. Segundo Canguilhem:

“A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é uma reação generalizada com intenção de cura. O organismo fabrica uma doença para se curar a si próprio.” (1978: 20/21).

E Martins (1999) comentando Canguilhem acrescenta:

“Curar-se é dar-se novas normas de vida, por vezes superiores às antigas. Há uma irreversibilidade da normatividade biológica.” (Martins, 1999: 109).

Reforçamos aqui a permanência deste modelo na sua hegemonia político-institucional, visto que os avanços tecnológicos são utilizados como meios **‘superiormente eficazes’** para aumentar a acurácia nas investigações sobre doenças, muitas vezes deixando-se em segundo plano a pessoa que está doente, e se distanciando das concepções mais amplas de saúde, como já comentamos anteriormente. Por outro lado, na época do advento dos antibióticos, embora saibamos o quanto foi útil para a sociedade, no que tange à cura de uma série de moléstias infecciosas, houve a sedutora e onipotente idéia de que a doença (o mal) poderia ser extirpada do corpo. Ou seja, surgia a ilusão de que futuramente a medicina, através dos avanços científicos, através de seus **dispositivos terapêuticos (farmacologia e cirurgia)**, acabaria com todas as doenças, livrando o homem do mal externo a ele. Atualmente ainda surge a preocupação com a possibilidade da certeza nas medidas e cuidados médicos como herança deste modelo e fomentada pela formação médica. Muitas vezes esta postura é isenta de ingenuidade, em virtude dos entrelaces com

interesses de mercado, provenientes da ambição e onipotência do homem no contexto da globalização e do neo-liberalismo. **Passa a existir uma carência de humildade nas práticas que preconizam cuidado com o próximo.** A falta de subjetividade, ou melhor, da capacidade do médico inserir-se na intersubjetividade, através da empatia,¹ da capacidade de escuta, não parece ser prioridade para os agentes da biomedicina, tanto no nível institucional como no nível político. Que perspectivas temos para o terceiro milênio? Parece não desfrutarmos de evidências atualmente, sobre uma possível mudança de ‘paradigma’.

Embora não seja nossa intenção aprofundarmos em aspectos da Bioética que tratam de uma série de iniciativas da Biomedicina, vale ressaltar aqui que os avanços da genética vem potencializando as características apontadas acima, tais como a possibilidade de diagnósticos preditivos. Este fato traz muitas vezes a perspectiva de intervenção preventiva a partir do conhecimento do potencial de futuras ocorrências. Porém devemos levantar uma questão: Qual seria o limite entre prevenção e invasão nos projetos pessoais de cada indivíduo no contexto de uma inevitável incerteza? É cabível aqui o comentário de que já se cogitou, como forma de prevenção, a realização de mastectomia em mulheres que porventura fossem portadoras de marcadores para um potencial desenvolvimento de câncer de mama.

Outro ponto fundamental repousa no fato de que a cultura da biomedicina e portanto de todos os segmentos que compartilham de seu universo simbólico, vislumbra saúde como sendo meramente a ausência de doença. Mesmo a partir das mudanças ocorridas em torno do conceito de saúde (tanto pela OMS como na ocasião da carta de Ottawa), a postura e o enfoque permanecem centrados naquilo que se pode observar como concreto através dos mais sofisticados meios diagnósticos. Após uma série de exames realizados, por exemplo, em um *check up*, pode-se chegar a uma conclusão de que determinada pessoa possui um corpo sem patologias, ou melhor sem lesões, e portanto é uma pessoa saudável e **normal**.

Para que possamos contrastar tais equívocos que a biomedicina faz em termos do enfoque sobre o binômio saúde/doença, lembraremos as considerações feitas por Canguilhem, sobre o fato de que a doença passa a ser uma nova norma estabelecida pelo

¹ Vale ressaltar aqui o significado da palavra empatia: tendência para sentir o que sentiria caso se estivesse na situação e circunstâncias experimentadas por outra pessoa.

homem, advinda de seu esforço em direção a um novo equilíbrio. Assim podemos expressar o quanto que a incorporação de conceitos equivocados de doença/saúde/prevenção/promoção podem trazer regras irreduzíveis que somente terão como objetivo a eliminação de um mal, às vezes às custas de um preço em que não se questionou se pagá-lo faria parte da opção do paciente.

Neste sentido, Canguilhem afirma que:

“Quando alguém fala em patologia objetiva, quando alguém acha que a observação anatômica e histológica, que o exame bacteriológico são métodos que permitem fazer cientificamente o diagnóstico da doença até mesmo – segundo alguns – sem nenhum interrogatório nem exploração clínica, este alguém está sendo vítima da mais grave confusão do ponto de vista filosófico e, às vezes, da mais perigosa, do ponto de vista terapêutico. (1978: 185).

Completa dizendo que:

“Para fazer um diagnóstico é preciso observar o comportamento do doente.” (1978: 185).

Já Illich, comentando sobre a saúde refere o seguinte:

“A saúde designa a amplitude de autonomia com a qual a pessoa pode exercer o controle de seus próprios estados biológicos e sobre as condições imediatas de seu ambiente. Neste sentido, saúde é idêntica ao grau de liberdade vivida.” (Illich, 1975).

Sabemos da multiplicidade de tentativas em torno de conceitos e designações sobre o binômio saúde/doença. Mas em que pese isto espelhar a dimensão inalcançável do tema, pelo menos parece haver um esforço reflexivo que muitos adeptos do modelo biomédico jamais alcançaram por estarem presos ao modelo reducionista.

II-2 – A Racionalidade biomédica e a relação médico-paciente :

Como nosso objetivo maior está centrado em discutir aspectos importantes da relação médico-paciente, passaremos a analisar que influências este modelo objetivista e cientificista traz para este campo.

Em primeiro plano, incluindo o fato de a biomedicina trazer em suas características o modelo mecanicista em detrimento de uma postura vitalista e holística, a formação médica e todo o contexto social e político que regem os modelos de assistência médica, principalmente em nosso meio, fazem com que na maioria das vezes os médicos abduquem, cada vez mais, da arte de curar substituindo-a pela melhor técnica terapêutica¹. Outro fato que podemos observar é a falta da capacidade de escuta, ou seja, de ouvir o paciente no que ele pode trazer sobre as demais dimensões que fazem parte de sua vida e portanto fundamentais para seu bem estar e sua saúde.

Fazer bons diagnósticos – a partir de um saber centrado nas evidências científicas ou através de aparelhos sofisticadíssimos, tais como os dispositivos de imagem - constitui sem dúvida um dos objetos centrais da realização de um médico da biomedicina. Isto parece reforçar o que Foucault traz como marca da atenção médica: o olhar para o concreto, para aquilo que parece aproximar de uma inteligível certeza (o suposto saber médico). Sobre a importância que o tecnicismo tem no modelo biomédico, comenta Mendes Ribeiro:

“Na sociedade atual, as ciências absorveram elementos técnicos e produziram técnicas a partir dos experimentos (Granger, 1994). A aproximação entre ciência e técnica estimula representações sociais acerca do caráter estritamente científico das técnicas. A medicina, como um conjunto de técnicas que se reportam e se legitimam por meio da ciência, é um exemplo típico deste processo.”(Mendes Ribeiro,,1999:183).

Não se abstendo de qualquer avanço, questionamos até que ponto a racionalidade biomédica não tenderia a corromper o médico em sua mais nobre função: cuidar com compaixão de quem sofre, atendendo o paciente em suas necessidades respeitando seus

¹ Aqui ressaltamos a freqüente dissociação feita pelos médicos entre as dimensões subjetivas e objetivas.

desejos? Quantas vezes o sujeito que se dirige ao profissional de saúde não busca tão somente sua atenção? A arte de lidar com o outro, a capacidade empática e intuitiva, o respeito por outros saberes, enfim o **saber cuidar**, não raro, ficam em segundo plano ou até não existem : *“O sintoma mais doloroso, já constatado há décadas por sérios analistas e pensadores contemporâneos, é um difuso mal-estar da civilização. Aparece sob o fenômeno do descuido, do descaso e do abandono, numa palavra, da falta de cuidado”* (Boff, 1999).

Mais adiante faremos um relato de iniciativas ocidentais importantes que até os dias de hoje persistem em sua tentativa de uma possível mudança de enfoque. Citaremos o advento da Psicanálise e sua grande contribuição à medicina através da Psicossomática e da Psicologia Médica. Um dos grandes precursores desta última disciplina, M. Balint, preconizava que os médicos só fariam diagnósticos mais completos e porém contextualizados num modelo de integralidade, caso fossem empáticos com seus pacientes e se dispusessem a ouvi-lo (seus aspectos afetivos, história de vida, conflitos). Porém o que parece realidade é que por mais que se venha insistindo nestes empreendimentos em direção à mudanças de paradigmas (no sentido Kuhniano do termo), nada pudemos observar dentro do campo biomédico. Parece que esta racionalidade médica ocidental nascida nos pilares de uma medicina baseada na fisiologia, na anátomo-clínica, nas descobertas científicas, enfim, na concepção dualista/cartesiana objetivista, torna-se um monolito capaz de inviabilizar uma verdadeira ética em detrimento de interesses mercadológicos no plano político-institucional, e de provocar desinteresse dos profissionais de saúde pelo cuidado e atenção dirigidos ao ser humano que sofre.

Neste sentido não poderíamos deixar de reforçar que além dos inúmeros avanços tecnobiocientíficos reforçarem aspectos já referidos anteriormente no tangente à onipotência e a falta de humildade científica., estes compartilham-se oportunamente com os efeitos da cultura de mercado e da globalização sobre as políticas de saúde.

Assim, podemos levar em consideração outros aspectos que estão correlacionados com os ruídos que interferem na relação médico-paciente, quais sejam aqueles provenientes de um contexto de modelo assistencial de saúde, sobretudo em nosso meio. Por um lado o sistema de convênios (planos de saúde), cujo vínculo entre o médico e o paciente é prejudicado pelo fato de não haver uma livre escolha do profissional. Um agravante deste aspecto, é que muitas vezes quando o médico é descredenciado de uma

determinada empresa de plano de saúde, o paciente se vê obrigado a mudar de médico para um outro que é credenciado. Ainda neste sentido, muitas vezes um paciente é visto por um cirurgião, operado por outro, e seu pós-operatório realizado por um terceiro profissional – este fato é potencializado pelos baixos valores que os convênios (visando lucros) atribuem ao trabalho do médico, fazendo-o procurar atender o maior número de pacientes no menor tempo possível. Por outro lado, o sistema de assistência público de saúde, que na tentativa de atender os milhares de excluídos socialmente, tem suas unidades sobrecarregadas de pacientes porém com poucos recursos e médicos estressados – pelo número de pessoas que precisa atender em pouco tempo, pelas baixas condições e pelos salários aviltantes.

Pelos motivos expostos e pelos fatores políticos e econômicos que também norteiam este processo (interesses de indústrias farmacêuticas e seus reflexos na terapêutica; aparelhos sofisticados caríssimos para realização de diagnósticos), a relação médico-paciente muitas vezes é substituída por uma relação médico-instituição ou paciente-instituição, com conseqüentes perdas dos aspectos intersubjetivos.

Porém, como afirma Luz, os pacientes almejam uma proximidade maior, onde haja o encontro entre duas subjetividades, para serem verdadeiramente cuidados:

“A generalidade e o distanciamento abstrato com que são tratados os pacientes da biomedicina, em função da centralidade da doença no paradigma da medicina científica, criaram uma barreira cultural para muitos indivíduos e grupos sociais, que demandam serem efetivamente tratados, e não apenas diagnosticados.” (1997).

Vale a pena ressaltar que apesar de afirmarmos que o contexto assistencial prejudica a qualidade da relação médico-paciente, ainda assim não parece ser o fator mais importante que interfere neste processo. Neste sentido Lisboa Guimarães comenta:

“Os médicos da biomedicina que atuam nos serviços públicos de saúde, em geral, não se atêm ao discurso de seus pacientes, pois isto requer tempo, algo de que eles não dispõem. É verdade que a

lógica econômica imposta aos serviços públicos disponibiliza pouco tempo para cada consulta, mas o que vemos é que, em geral, o mais crucial entre os médicos não é a falta de tempo, mas sua indisponibilidade para o paciente.” (2001:25).

O próprio objetivismo do discurso biomédico, a busca concreta de pistas ou modelos para se atingir um diagnóstico, e o compromisso que o médico assume em lidar com a doença / lesão e não necessariamente com o doente, parece ser o ponto crucial que interfere no encontro e na comunicação entre médicos e pacientes. “(...) *faz parte da racionalidade da biomedicina não se ater ao relato do paciente, muitas vezes considerado “impreciso” e “subjetivo”, mas encontrar a doença no organismo, através do exame clínico e de instrumentos técnicos.*”(Ibidem). Lembramos uma frase de Hipócrates citada por José Diogo Martins: “*É mais importante conhecer a pessoa que tem a doença do que conhecer a doença que a pessoa tem*”. (2001: 136).

Merece destaque o fato de que muitas vezes o que acontece entre médicos e pacientes são **desencontros** e não vínculos empáticos. Isto se deve predominantemente ao fato de que o médico é fundamentalmente treinado a perceber dados objetivos, ficando em segundo plano o preparo para ouvir, captar aspectos subjetivos, afetivos, e mesmo para se sensibilizar diante do sofrimento de determinado ser humano no contexto sócio-cultural.

Neste sentido vale lembrar aqui o que Castiel (1996) traz sobre a importância da metáfora. Existem aspectos inerentes a diversas dimensões (afetivas, culturais, simbólicas) cuja a linguagem concreta não dá conta para transmitir sua profundidade. A metáfora pode preencher lacunas que a linguagem concreta por si não oferece. Um paciente pode tentar falar sobre sua dor, por exemplo, da seguinte forma: “doutor **sinto a intensidade de minha saudade cortar meu peito, provocando esta dor insuportável** que vai irradiando até as costas. Seria mesmo esta a razão desta minha possível angina?”. Porém, na grande maioria das vezes o médico não estará atento à parte grifada acima, mas sim a detalhes objetivos sobre a dor, como a irradiação descrita entre outras (localização, caráter da dor, etc) . Por outro lado, quando o médico necessita da colaboração do paciente para impor suas regras ou para criar uma possibilidade de compreensão de dados a serem transcritos para o modelo nosológico, o mesmo também se utiliza de metáforas : Exemplo: “esta dor é uma pontada

ou um rolo compressor passando no peito ?” – para discernir entre uma dor pleurítica (do tipo pontada) de uma de origem cardíaca (do tipo constrictiva – em aperto).

III- Contribuições da Psicanálise: a Psicologia Médica no Contexto da Biomedicina – “Nadando contra a corrente?”

III-1 – O Surgimento da Psicologia Médica – As Principais Contribuições de Balint:

É no cenário de uma medicina cuja racionalidade recebe herança do modelo explicativo-causal da física e onde a doença é caracterizada ou identificada no corpo em forma de lesão, como vimos no capítulo passado, que surge a Psicanálise com Sigmund Freud e suas grandes contribuições. A grande tendência cartesiana, cientificista, precisaria ser quebrada por um novo saber que poderia revolucionar todo um paradigma reinante na biomedicina.

Freud com seus estudos iniciais sobre a histeria, marca o início de um novo enfoque. Com a descoberta do inconsciente, revela influências da mente sobre o corpo. A partir daí surgem outros interesses sobre a possível integração mente/corpo e assim sistematicamente surge a Psicossomática. Autores como Groddeck e Ferenczi (discípulo de Freud) também são conhecidos por terem se dedicado ao estudo das influências da mente sobre o corpo, principalmente no tangente às doenças.

Franz Alexander, psicanalista que imigrou da Europa para os EUA (mais especificamente Chicago), desenvolveu principalmente nas décadas de 40 e 50, com um grupo de colegas, teorias sobre o fenômeno psicossomático. O seu trabalho foi publicado no livro intitulado: “Medicina Psicossomática – Princípios e Aplicações”, onde este termo “Medicina Psicossomática” fica consagrado. Já na introdução deste livro o autor se posiciona em relação às tendências reducionistas da racionalidade biomédica:

“Com o advento do microscópio, a localização da doença tornou-se ainda mais restrita: a célula tornou-se a sede de doença. Virchow, a quem a patologia tanto deve, declarou que não há doenças gerais, apenas doenças dos órgãos e das células. Suas grandes conquistas na área da patologia, bem como sua autoridade, estabeleceram um dogma em patologia celular, o qual vem influenciando o pensamento médico até os dias de hoje.”(1989:21)

Franz Alexander, líder da então designada Associação Americana de Medicina Psicossomática, com seus estudos sobre a importância das influências das emoções em doenças, abre caminhos para novas considerações sobre o adoecer humano. Considerações estas que não mais poderiam ficar restritas às concepções organicistas e mecanicistas. Porém, apesar de esforços como os de Alexander e outros autores, o pensamento hegemônico na biomedicina parece permanecer reduzido à doença como lesão, mantendo a ciência positivista como seu principal pilar de sustentação. As tendências que surgiram, principalmente a partir de iniciativas de psicanalistas, são vistas como secundárias ou menos importantes (quando consideradas).

Em nosso meio, tivemos grandes contribuições. Danilo Perestrello é considerado o pioneiro da Psicologia Médica no Brasil. Suas principais idéias são norteadas por uma postura mais humana na prática médica. Declara, assim como defendia Balint, que os médicos deveriam ouvir mais seus pacientes, e desta forma realizarem o que chamou de “Medicina da Pessoa”. Com uma postura integral o médico que prestasse mais atenção a outras queixas de seus pacientes, não dirigindo tanto suas anamneses, não somente estaria fazendo diagnósticos mais completos, como também estaria realizando o que chamou de “psicoterapia implícita”. Uma relação médico-paciente empática é fundamental na melhora da pessoa e portanto da doença – este vem sendo o consenso entre os diversos defensores da Psicologia Médica, que também consideram esta disciplina como pilar fundamental na formação dos médicos. Danilo Perestrello também foi o fundador da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática, que já existe há 37 anos. Esta Associação surgiu como representativa do pensamento do grupo que a compunha, qual seja : *“promoção de uma nova atitude na assistência, educação e pesquisa médicas, a atitude psicossomática, a qual visava a integração dos elementos psicodinâmicos e biológicos da Patologia e conformar a conduta assistencial dentro desse novo parâmetro”*(Abram Eksterman, 1999). Importantes figuras fizeram parte deste movimento: Prof. Clementino Fraga Filho (quem autorizara Danilo Perestrello a fundar em 1958 a pioneira divisão de Medicina Psicossomática no Hospital Geral da Santa Casa do Rio de Janeiro); os paulistas José Fernandes Pontes Helladio Francisco Capisano e Luiz Miller de Paiva. O grande representante no Rio e considerado um dos pioneiros no Brasil e também um dos fundadores da ABMP, Abram Eksterman, continuou sua contribuição como professor e divulgador da Psicologia Médica

– que chamou de “braço clínico da Psicossomática”, principalmente no Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Outro grande líder e representante da história do movimento da Psicossomática e da Psicologia Médica em nosso meio, tem sido o Prof. Julio de Mello Filho. Além de ser considerado um dos mais respeitáveis autores de livros sobre o tema, incentivou e ajudou a abrir diversas regionais da ABMP pelo país.

Mas foi Michael Balint, psicanalista húngaro, considerado o pioneiro da Psicologia Médica no mundo. Desenvolveu em Londres (Clínica Tavistock), no final da década de quarenta e início da década de cinquenta, um trabalho de observação da prática médica, sobretudo dos médicos clínicos gerais, buscando focalizar mais especificamente os aspectos da relação médico-paciente. Balint percebia que o médico representaria o primeiro “fármaco” a ser administrado pelo paciente. Permanecendo nesta analogia, a relação entre o médico e o paciente, dependendo de sua qualidade, poderia trazer efeitos colaterais maléficis ou trazer benefícios na evolução de um determinado enfermo. Balint ainda afirmava que as capacidades empática e intuitiva deveriam ser atributos de considerável importância para que o médico tivesse sucesso com seus pacientes. No seu livro “*O Médico, Seu Paciente e a Doença*”, Balint faz menção à dificuldade que os médicos possuem em considerar a pessoa que está doente, em sua integralidade, sobretudo os médicos especialistas :

“Esta atitude respeitosa frente aos rótulos de diagnósticos é, claro, também um legado de nosso treinamento. Os clínicos gerais têm sido treinados em hospitais por especialistas. Os especialistas sabem como curar doenças que pertençam ao seu campo especial, se elas forem curáveis, e conhecem também as limitações de suas especialidades; mas no que diz respeito à personalidade total do paciente, eles têm contato bem menor com ela, sendo que se pode mesmo suspeitar que não conhecem nada a respeito”. (Balint, 1988:35).

Logo, mesmo em relação à clínica geral, Balint comenta a forma mecanicista como os médicos tendem a ver seus pacientes, já que (como vimos acima) também são treinados

por especialistas. Utilizam modelos nosológicos que inevitavelmente acabam implicando em rótulos superficiais desconsiderando-se dimensões mais profundas em direção a um diagnóstico mais completo e integral:

“Precisamos ter em mente que na clínica geral o problema real é freqüentemente a doença da pessoa como um todo – como tantas vezes foi pregado a todos os estudantes de medicina. A consequência inevitável deste ensino, entretanto, é raramente mencionada, isto é, que as doenças descritas pelos rótulos hospitalares são apenas sintomas superficiais, e que os próprios rótulos, como aprendido nos hospitais –escola, são de pouco valor para a compreensão dos problemas reais com que se defronta o médico.”(Balint, 1988:35)

Balint também menciona a dificuldade dos médicos de lidarem com as neuroses de seus pacientes, visto que estão treinados para fazerem diagnósticos baseados em alterações físicas. Porém, como já mencionado antes, sabemos que grande parte das procuras em ambulatórios de clínicos e mesmo em setores de pronto atendimento, tem origem nos chamados Transtornos Somatoformes (alterações funcionais ou sintomas físicos em que não são encontradas lesões orgânicas para justificá-las) que por sua vez têm base psicodinâmica. Desta forma, mesmo que os Transtornos Físicos não tivessem influência dos aspectos psicológicos e socio-culturais (o que sabemos não ser a verdade), no que tange aos Transtornos Somatoformes, os médicos geralmente esbarram na sua incapacidade para compreender a pessoa em sua dimensão mais ampla – o que é fundamental para o verdadeiro cuidado e para o compartilhamento com o paciente, de sua dor, através da empatia. Somente através deste vínculo favorável será possível um diagnóstico mais adequado de cada caso, em que inclusive o paciente participa da escolha de uma conduta também mais adequada ao seu contexto. Balint considera como atributo indispensável a escuta (no sentido de uma atenção mais ampla – que abranja as diversas dimensões daquele que sofre) :

*“Nossa experiência foi invariavelmente que, se o médico formula a pergunta segundo o método utilizado para redigir a anamnese, sempre obterá respostas – mas quase nada mais. Antes que possa chegar ao que nós chamamos diagnósticos ‘mais profundos’ necessitará aprender a **escutar**. Escutar implica uma técnica muito mais difícil e sutil do que a que necessariamente deve precedê-la : a técnica de descontrair o paciente, colocando-o em condições de falar livremente. **A capacidade de escutar constitui uma nova habilidade, que exige uma modificação considerável , embora limitada, da personalidade do médico.** A medida que descobre em si mesmo a capacidade de escutar aquelas coisas do seu paciente que surgem confusamente formuladas, porquê o próprio paciente tem escassa consciência delas, o médico começará a escutar o mesmo tipo de linguagem em si mesmo. Ao longo deste processo ele logo descobrirá que não existem perguntas absolutamente diretas capazes de trazer à superfície o tipo de informação que ele busca. A estruturação da relação médico-paciente sobre o padrão de um exame físico inativa os processos que o profissional pretende observar, pois estes só podem acontecer em uma relação bipessoal.”(Balint, 1988:108).*

Ainda no campo da relação médico-paciente, Balint trouxe alguns conceitos a partir do que pode observar sobre suas características. É preciso lembrar que para o estudo dos aspectos negativos e positivos desta relação, Balint se utilizou de uma técnica grupal. Reunia em torno de doze médicos clínicos gerais, onde um deles fazia o relato de um caso clínico que porventura viesse acompanhando. A partir deste relato, baseado numa escuta psicanalítica (onde Balint procurava observar dificuldades inconscientes que poderiam estar interferindo em tal relação), eram pontuadas principalmente questões ligadas à contra-transferência que surgia nos médicos (sentimento muitas vezes inconsciente que os médicos experimentavam em relação a seus pacientes). O que se observava é que diante do

despreparo psicológico e emocional do médico, era facilitada o que podemos chamar de iatrogenia¹ da relação profissional de saúde-paciente.

Das características mais gerais, Balint percebeu as seguintes:

- O “conluio no anonimato” – quando o paciente é encaminhado de especialista para especialista, mas os aspectos emocionais e sócio-culturais do paciente são ignorados por todos os médicos que o atendem. Cada médico procurou um diagnóstico orgânico, sem contudo procurar saber mais sobre a vida do paciente. Balint também trouxe a partir deste fato o conceito de “rodízio da relação médico-paciente”. Muitas vezes o que mais incomoda o enfermo são questões da sua vida afetiva, e seus sintomas podem não possuir uma lesão correspondente, como é o caso de pacientes hipocondríacos ou com outros transtornos somatoformes;
- “Eliminação através de exames especializados” – quando o médico solicita todos os exames específicos para que possa dizer ao paciente que este “não possui nada”. Se os sintomas inicialmente pareciam dar pistas de alguma doença cardio-vascular, o médico após uma série de exames, tais como ECG, prova de esforço, ecocardiograma, cineangiocoronariografia, etc, descarta a possibilidade de uma lesão cardíaca, por exemplo, e depois encaminha o paciente para um gastroenterologista, pois agora é preciso descartar um mal digestivo. Na verdade, é a partir desta conduta que muitas vezes inicia o chamado “conluio no anonimato”;
- A “função apostólica” – quando a despeito do direito que o paciente tem de participar ativamente nas decisões clínicas tomadas a seu respeito, o médico se apropriando da sua posição de autoridade e de todo um suposto saber, dita regras para o paciente segui-las. Muitas vezes este fato resulta do desejo de o médico ser útil, esclarecendo situações para o paciente.

“O importante é que a personalidade do médico constitui o fator determinante quase absoluto na escolha da resposta adequada. Se interrogamos ao profissional, pouco lhe custará apresentar-nos uma série de razões impressionantes, justificando sua escolha

¹ Iatrogenia é considerado qualquer mal que possa ser provocado ao paciente, a partir de um ato médico. Neste caso uma relação onde haja sentimentos contra-transferenciais negativos, poderia ser iatrogênica, por criar (por exemplo) sentimentos no paciente de insegurança ou de desesperança.

particular, mas quando examinamos mais atentamente os motivos alegados notamos que constituem meras racionalizações secundárias. (...) Mais ainda, o objetivo e muito freqüentemente o efeito da resposta é induzir o paciente a adotar as normas do médico, quer dizer, convertê-lo à teoria e à prática de tal fé.” (Balint, 1988: 186/187).

Ainda a respeito da postura autoritária que os médicos costumam assumir diante de seus pacientes, Balint comenta :

“Como a formação médica não reconhece oficialmente a existência de valores psicológicos, o profissional se vê obrigado a elaborar suas próprias normas. Em outras palavras, necessita converter o paciente para que este aceite que as normas individuais que o médico aplica em suas visitas são as únicas válidas.” (Balint, 1988: 194).

Vale ainda a pena ressaltar neste sentido, que sob o ponto de vista da Bioética, determinadas imposições realizadas por médicos, podem desrespeitar o princípio da autonomia (o paciente tem o direito de decisão e escolha junto ao médico). Por outro lado, mesmo que determinadas decisões não venham em tom de imposição, sendo muitas vezes resultado de uma “boa vontade do médico” em oferecer o melhor (em sua opinião) para o paciente (princípio da beneficência), se determinadas dimensões não forem respeitadas no contexto de decisão, poderá o médico estar cometendo o mesmo erro, qual seja o de impedir que os desejos e projetos do paciente sejam considerados, através de uma postura paternalista.

- Por fim, uma das características mais peculiares à racionalidade médica trazida por Balint, é o fato de que quando o paciente traz um quadro desorganizado, o médico tenta organizá-lo num quadro nosológico, ou seja, dentro do modelo biomédico de doença.

Um outro conceito foi desenvolvido por Enid Balint – mulher de Michael Balint, sobre a importância de o médico ouvir seu paciente por pelo menos seis a dez minutos sem interrompê-lo: o conceito de “*flash*”- nas palavras de Júlio de Mello Filho: “*é um momento de intensa comunicação recíproca em que médico e paciente iluminam-se, intensa e emocionalmente, a respeito de determinado problema do paciente. É um momento de insight simultâneo, diríamos nós, numa terminologia psicanalítica*”. Sabemos portanto, que em geral os médicos interrompem os pacientes em segundos, pois precisam dirigir suas anamneses de forma o mais objetiva possível.

Um exemplo de “*flash*” : O caso daquela paciente que chega em um pronto atendimento com cefaléia (dor de cabeça), e o médico além de examiná-la, permite que ela fale algo de sua vida, ouvindo atentamente. Num dado momento, em que ela expõe, angustiada, sobre sua dificuldade conjugal, e sobre o distanciamento e incompreensão dos filhos, o médico percebe que os olhos dela estão “cheios d’água”, e, sensibilizado, fala para a paciente que se ela está com vontade de chorar poderia fazê-lo naquele momento, pois ele imaginava o quanto deveria ser dolorosa aquela situação.

III-2 – A Importância do Ensino de Psicologia Médica:

Desde 1918, em uma conferência em Budapeste, Freud faz menção à importância de se incluir no curso de medicina a Psicanálise como disciplina. Naquela ocasião já admitia que chegaria ainda o dia em que a Psicanálise alcançaria todo indivíduo que necessitasse de cuidados, pois seria direito dos homens o acesso a este tipo de tratamento, assim como o de qualquer outra afecção, e que os médicos deveriam estar preparados para isso. Sabemos que esta conferência foi um dos fatos lembrados por Balint em ocasião do início de sua preocupação com a relação médico-paciente. Bem mais recentemente a Psicologia Médica (inicialmente considerada a psicologia da prática médica), passou a fazer parte obrigatória do currículo das faculdades de medicina no Brasil. O objetivo principal desta disciplina é de oferecer alguma formação psicológica aos acadêmicos de medicina. Mas segundo Allonso Fernandez (1974) “*se um curso de medicina não promover alguma modificação na personalidade do aluno, este curso deve ser reavaliado, pois não está cumprindo seus objetivos*”. Para tentarmos resumir quais seriam as principais metas desta disciplina,

relacionamos abaixo a ementa do curso de Psicologia Médica para graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ¹:

- Compreender o homem sempre como unidade biopsicossocial;
- Perceber a importância da biografia e da personalidade do paciente em seu modo de adoecer e na forma de e relacionar com a equipe de saúde;
- Valorizar o papel das ideologias e instituições médicas na prática da medicina e no relacionamento com o paciente;
- Ouvir e respeitar o paciente como ser humano e dentro de seu marco sócio-cultural;
- Entrevistar psicologicamente o paciente ou sua família quando necessário;
- Perceber a atmosfera psicológica que acompanha o exame do paciente e saber como manejá-la em proveito do relacionamento;
- Transmitir ao doente os achados obtidos, suposições, e diagnósticos em função de sua personalidade e do momento vivido;
- Solicitar os exames complementares avaliando as possíveis reações do paciente à sua execução e utilizar técnicas adequadas para lhe comunicar os resultados;
- Planejar a terapêutica conforme as necessidades globais do paciente como ser humano;
- Identificar a atuação de fatores psicossociais na gênese e evolução das enfermidades, atuando de forma a tentar neutralizar seus efeitos;
- Admitir que a atitude do médico é de importância capital no relacionamento com o paciente e que o médico pode reagir emocional e inadequadamente;
- Perceber as dificuldades emocionais que mais frequentemente ocorrem em seu início de prática profissional;
- Conhecer o funcionamento básico de personalidade humana, seus processos adaptativos e seus modos mais comuns de adoecer;
- Distinguir os aspectos mais característicos da saúde e da doença mental no marco sócio-cultural do paciente;
- Começar a distinguir os pacientes que podem receber ajuda psicológica do médico em geral daqueles que necessitam ser encaminhados aos especialistas em doenças mentais;
- Ter uma visão crítica da formação e prática médica e sua integração com o meio sócio-político e cultural.

¹ Retiradas do artigo “Ensino de Psicologia Médica” escrito por José Roberto Muniz e Luiz Fernando Chazan

Como se pode observar, a Psicologia Médica vem sendo um verdadeiro apelo dentro do contexto da formação médica para tomada de consciência em direção a uma forma mais humanizada de assistência em saúde. Esta preocupação não ficou restrita aos bancos da graduação. Há um esforço por parte dos adeptos da concepção psicossomática, que vai para o campo da prática (principalmente hospitalar) . Neste sentido foram criadas técnicas, a partir da compreensão psicanalítica, Sabemos contudo que a Psicologia Médica vem sendo exercida, na maior parte das vezes, por profissionais da Psicanálise e/ou da Psicologia, num esforço estratégico de conseguir um trabalho de equipe junto ao médico para que a partir de uma postura interdisciplinar se possa modificar algo do modelo mecanicista como a racionalidade biomédica vem exercendo suas práticas.

Desta forma, ainda no que tange a área do ensino, a Psicologia Médica e a Psicossomática vêm sendo objeto de cursos de Pós-Graduação, com o objetivo de especializar profissionais numa área de conhecimento cada vez mais complexa (como veremos adiante numa nova perspectiva conceitual). Alguns destes cursos oferecem aos profissionais de saúde, acima de tudo, capacitação para que os mesmos trabalhem numa visão interdisciplinar e num contexto biopsicossocial. Isto significa dizer que apenas a partir do trabalho em equipe (respeitando os diversos saberes) e de uma visão, não somente orgânica, mas também psicossocial e afetiva do homem, se poderá ter uma aproximação de sua verdade, principalmente em se tratando do binômio saúde/doença.

Para tanto estes cursos também oferecem conhecimentos em Psicossomática - estudo da unidade mente/corpo no contexto biopsicossocial, visando suas principais vertentes : a filosófica, a psicológica, a biológica e a sócio-cultural.

Para os psicólogos, vêm oferecendo possibilidade de maior penetração no mercado de trabalho, pois a partir da psicologia médica (vertente clínica), mediante as estratégias de atuação oferecidas (tais como a interconsulta, os grupos de reflexão, grupos Balint, etc), estes profissionais têm colaborado com uma humanização maior na relação profissional de saúde-paciente e com a psicoterapia de pacientes somáticos. Vale ressaltar que o último concurso oferecido para os psicólogos pela Secretaria Estadual Saúde (Rio de Janeiro), contemplou de forma relevante a Psicossomática e a Psicologia Médica na bibliografia para a prova. Sabemos, através de enquetes realizadas, que a grande maioria dos profissionais

no livro: “Psicossomática Hoje”, editado por Júlio de Mello Filho (1992).

que vêm buscando este tipo de formação, tem sido de psicólogos, talvez em parte pelas razões apontadas acima. Por outro lado, acreditamos que os esforços para que haja uma mudança de paradigma na racionalidade biomédica, têm sido em vão, permanecendo os médicos valorizando mais os aspectos biotecnocientíficos, em detrimento de um cuidado mais integral em suas práticas. Desta forma, apesar de muitas vezes considerarem os investimentos da Psicologia Médica como sendo importantes, não valorizam como algo imprescindível em suas vidas – também porquê não observam perspectivas de retorno financeiro imediato com este tipo de formação.

III-3 – Evolução Conceitual de Psicossomática e Psicologia Médica :

Segundo Edgar Morin (1990), pensador francês contemporâneo, um novo modelo deve ser considerado no contexto da pesquisa e da produção de conhecimento : o que ele chamou de “Paradigma da Complexidade”. Nesta nova concepção preconiza-se que há necessidade de um diálogo entre diversas disciplinas (ex: ciência x filosofia) para que se possa produzir em pesquisa de forma não reducionista e portanto também não disjuntiva. Acreditamos que o conceito de Psicossomática se insira perfeitamente neste modelo. Em primeiro lugar porquê sua trajetória epistemológica vem integrando valores e conceitos filosóficos, psicanalíticos, científicos e sócio-culturais. Em segundo lugar porque seu desdobramento clínico através da Psicologia Médica, visa trabalhar numa perspectiva interdisciplinar, dada a complexidade da saúde de um determinado ser humano.

Logo, podemos considerar de início, que a Psicossomática seria o estudo da unidade mente-corpo no contexto sócio-cultural, onde o binômio saúde/doença se “descola” de seu conceito reducionista e mecanicista, e transcende para uma perspectiva (mais ampla e integral) no mínimo filosófica, psicológica, científica, social e cultural. Por sua vez, a Psicologia Médica seria o desdobramento clínico da Psicossomática (seu “braço clínico” – Abram Eksterman) onde, através de estratégias clínicas e não clínicas, se investe nas relações humanas na área da Saúde – tanto na relação profissional de saúde-paciente, como na relação profissional de saúde-família de paciente, como inclusive na relação entre os próprios profissionais de saúde. Este investimento visa minorar as dificuldades psicoafetivas das relações humanas neste campo, o que por sua vez irá repercutir

positivamente na evolução da saúde dos pacientes. Vale ressaltar que uma das preocupações prioritárias da Psicologia Médica, reside em aprimorar as técnicas psicoterápicas e procurar adequá-las cada vez mais à realidade das instituições de saúde e aos pacientes chamados somáticos. Mas qualquer investimento terapêutico em um determinado paciente, deverá contemplar a visão interdisciplinar para que se possa aproximar da verdade da pessoa do doente. Algumas das estratégias que são utilizadas para que seja fomentado o trabalho interdisciplinar serão descritas abaixo:

- Interconsulta – termo criado por Luchina (psiquiatra argentino), que significa uma forma de pedido de avaliação (neste caso de um médico clínico – por exemplo - para um psicanalista, psicólogo ou psiquiatra), cujo encontro entre os profissionais envolvidos (tanto o médico em questão como o psicólogo, se for o caso) se faz necessário após a avaliação. Esta estratégia rompe com a frieza dos simples pedidos de pareceres, que costumam acontecer na área médica, cujas respostas podem ser feitas apenas por escrito. No encontro entre médico e psicólogo questões da área do conhecimento de ambos, que decerto influenciaram em suas avaliações, poderão ser expostas e os dois pontos de vista serem abordados, assim as duas dimensões do doente serão levadas em conta permitindo uma visão integral do paciente. Nesta abordagem são favorecidos o médico, o psicólogo e evidentemente o paciente, que por sua vez não se sentirá fragmentado;
- Grupo Balint – de certa forma já descrito acima, porém vale ressaltar que hoje os grupos Balint são utilizados não somente com médicos clínicos, mas também com outros profissionais de saúde;
- Grupo de reflexão da prática – tem por finalidade básica a reflexão de um determinado grupo (médicos, psicólogos, auxiliares de enfermagem) em torno de sua prática. Visa muitas vezes minimizar dificuldades ou servir de continente para as mesmas.

Portanto, levando-se em consideração os aspectos complexos do campo teórico – a Psicossomática – e a necessidade de um discurso aproximado entre os diversos profissionais de saúde para uma adequada interação na clínica, é que se faz mister a busca

de troca entre conhecimentos das diversas disciplinas. Para tal, são necessários humildade profissional e investimento no ensino de graduação e de pós-graduação.

III – 4 – Formação Psicológica do Médico :

Uma das grandes contribuições da Psicologia Médica vem sendo a possibilidade de observar características da personalidade dos médicos. Motivações que levam a maioria das pessoas a escolher um curso de medicina, atitudes mais comuns na prática diária dos médicos, e o despreparo psicológico para lidar com determinadas situações como a morte, o insucesso terapêutico e a contra-transferência, são questões ressaltadas neste sentido.

Já é consenso, a partir de trabalhos ou avaliação em faculdades de medicina¹, que em grande parte as motivações conscientes e inconscientes que levam estudantes a optarem pelo vestibular de medicina, tem relação com a vaidade ou prestígio (narcisismo), ou ainda com a onipotência frente as situações de males ou agravos de saúde, o medo de adoecer ou o medo da morte (buscando assim assumir o lado daquele que cuida ou cura, em detrimento de estar do lado de quem adoece), necessidade de tornar-se útil, entre outras.

Sabemos portanto que grande parte das atitudes assumidas pelos médicos, muitas delas já destacadas neste trabalho, tais como aquelas inerentes à racionalidade biomédica, a chamada função apostólica (Balint), entre outras, são também desdobramentos de características psicológicas apontadas acima.

Outro fato notório é que o médico não é preparado para lidar com o sofrimento psicológico. Muito pelo contrário, muitas vezes por identificação com o paciente, tende a desconsiderar este tipo de queixa, para não entrar em contato com sua própria dor. Existe também dificuldade deste profissional frente a situações de tragédia humana, como por exemplo a morte. Muitas vezes, diante de pacientes considerados terminais ou fora de possibilidades terapêuticas, se afasta, como medida de defesa contra seus próprios medos mobilizados neste momento, ou para não entrar em contato com sentimentos de impotência.

Logo, uma das principais preocupações da Psicologia Médica, enquanto disciplina dos cursos de graduação, vem sendo planejar estratégias de educação no sentido de formação e não somente de informação. Para isso, seria necessária uma intervenção que

¹ Para aprofundar-se neste assunto recomendamos a leitura do capítulo 8, item II (“As Motivações do Médico”) do livro: “Manual de Psicologia Médica” (Jeammet, Reynaud et Consoli – 1989).

não fosse inerente a uma simples disciplina ou que apenas considerasse - como recursos estratégicos - aulas, palestras ou outras formas expositivas, mas sim um acompanhamento constante, durante todo o curso médico, onde o aluno seria estimulado a refletir sobre os aspectos apontados acima (como por exemplo a questão da morte). Outra estratégia importante que vem sendo adotada recentemente, é a chamada tutoria ao aluno – assistência ao aluno diante de suas dificuldades, com possibilidades de encaminhamento para uma análise pessoal, por exemplo.

No campo da prática, consideramos que o ideal para que fosse fomentado o encontro reflexivo dos médicos com estas questões, e a partir daí pudessem ajudar de forma mais integral seus pacientes, reside em um tripé: a participação destes profissionais em grupos Balint (o que os faria reconhecer melhor suas dificuldades internas), a participação em equipes interdisciplinares através de interconsultas ou supervisões psicológicas e a disponibilidade para submeter-se à uma abordagem psicológica, como por exemplo a Psicanálise. Porém, infelizmente sabemos que não é fácil a ruptura da resistência que os médicos e as instituições habitualmente oferecem a essas práticas, ora pelos aspectos já apontados em relação à racionalidade biomédica objetivista, ora pela onipotência e o poder médico hegemônico na área da saúde no plano político-institucional.

IV- A Medicina Baseada em Evidências – Um “novo paradigma” ?

A chamada ‘medicina baseada em evidências’, fortemente ligada ao movimento da ‘epidemiologia clínica’ anglo-saxônica, iniciado na Universidade McMaster no Canadá é definida originalmente por Gordon Guyatt como o “processo de sistematicamente descobrir, avaliar e usar achados de investigações como base para decisões clínicas” (Guyatt et al. 1992). Bastante atual na área médica , vem tomando um rumo bastante significativo. Suas influências nas condutas médicas podem vir a se tornar decisivas.

Para melhores esclarecimentos sobre os aspectos conceituais desta nova tendência na biomedicina, utilizaremos um trecho de um artigo escrito para a internet, dos professores Álvaro Nagib Atallah e Aldemar Araújo Castro da Universidade Federal de São Paulo , intitulado : “Medicina baseada em evidências (MBE) o elo entre a **boa ciência** e a boa prática clínica” (1997) : “*A medicina baseada em evidências (Sackett, 1996; Jadad, 1997) – ou em provas científicas rigorosas – tem, para nortear as tomadas de decisões sobre os cuidados em saúde, o compromisso da busca explícita e honesta das melhores evidências da literatura médica*”.¹

Em outro trecho continua:

“dá especial atenção ao desenho da pesquisa , à sua condução e à análise estatística . No tocante ao método de pesquisa, ele se baseia na associação de métodos epidemiológicos à pesquisa clínica chamada epidemiologia clínica (Castelo, 1989). Esse conjunto se completa com métodos bem definidos para avaliação crítica e revisões sistemáticas da literatura médica”.(Ibidem).

Convênios com diversos núcleos, inclusive no brasil – universidades principalmente - , tem sido feito com o *Cochrane Collaboration* (núcleo internacional norteador pelos estudos de metanálise).

Esta dita nova modalidade de pesquisa para diagnósticos e decisões terapêuticas, tem trazido uma série de avanços para a biomedicina, mas também vem sendo objeto de interesse de indústrias farmacêuticas, de indústrias de equipamentos médico-hospitalares,

¹ Grifo nosso.

enfim, de interesses de uma sociedade mercadocêntrica. As forças de *marketing*, juntamente com o pensamento cientificista hegemônico dos médicos e instituições de ‘saúde’ deixam para segundo plano as demais dimensões da saúde, como se estas fossem menos importantes.

Em outros discursos podemos analisar alguns **aspectos que privilegiam o cientificismo nas decisões** sobre práticas de saúde com os pacientes. Seus próprios projetos e suas representações sobre o adoecer ou qualidade de vida são levados em conta? Ou se são, que peso recebem estes critérios?

Eliézer Silva deixa claro no livro : “*Medicina Baseada em Evidências – Novo Paradigma Assistencial e Pedagógico*” (1998), que a grande vantagem da utilização dos métodos sugeridos pela MBE, é a possibilidade de mudança do enfoque terapêutico que antes era fundamentado apenas numa relação fisiopatológica (na falta de evidências mais salutares – como refere – na literatura). Relata que não devemos mais apoiar ou difundir esta impressão como se fosse evidência ou verdade científica. Ratifica que devemos sempre considerar a possibilidade de erro na informação, reavaliando antigos dogmas praticados sem sustentação.

Voltando a expor o aspecto conceitual e as finalidades da medicina baseada em evidências, também no mesmo livro referido acima, José Paulo Drummond relata :

*“Do ponto de vista jurídico, evidências são dados e informações que comprovam achados e suportam opiniões. E aqui nos aproximamos mais do conceito de evidência, utilizado em MBE. Neste sentido, pode ser definida como um critério de maior certeza de determinados achados e opiniões, apoiado em dados e informações, cuja análise é feita dentro de padrões previamente estipulados.(...) Estas evidências podem ser distribuídas em gradações (limitadas, preliminares e fortes) e, do ponto de vista clínico-epidemiológico, apresentam as seguintes características : 1- valorizam desfechos clínicos de significância ao paciente e à sociedade; 2- permitem a definição de graus de **evidência científica para as condutas clínicas**¹;*

¹ Grifo nosso.

3- apresentam dados para análise objetiva do potencial impacto das condutas clínicas.” (Drummond, 1998:3).

Outro relato de Alvaro Nagib Atallah publicado na internet (site – v. referência) conclui o seguinte :

“Em suma, o médico ao envolver sua conduta no compromisso com a boa evidência científica¹, não está diminuindo sua capacidade global de decisão que é e sempre será sua. A sensibilidade do médico (feeling) continua, só que com algo mais, que são informações precisas a orientá-lo naquilo que já foi testado adequadamente à luz da ciência.”(Atallah, A . N., 1997)

Podemos resumir que a medicina baseada em evidências se utiliza da associação da experiência clínica com dados epidemiológicos (associação esta chamada de Epidemiologia Clínica), da Bioestatística, e das revisões sistemáticas da literatura, para critérios decisórios em condutas assistenciais. Seus principais autores aconselham o uso da **informática médica** como meio mais rápido e seguro de acesso ao que há de mais recente em termos de publicações (principalmente através do **MEDLINE**). Na verdade estas publicações são norteadas pelos núcleos que são efetivamente ligados ao movimento da M.B.E., tais como o Cochrane Collaboration. Os mesmos possuem convênios pelas principais localidades do mundo inteiro, incluindo principalmente as universidades de Medicina. A internet também favorece o diálogo com os melhores especialistas no mundo. Curiosamente, no caso de algum parecer, pode-se entrar em contato com , por exemplo, o site intitulado : “Abdomem on line”, para se tirar dúvidas sobre patologias que envolvam esta parte do corpo.

Milos Jenicek (1997), professor de Epidemiologia e de Epidemiologia Clínica no Canadá, faz críticas à medicina baseada em evidências. Algumas destas críticas seriam as seguintes :

- As evidências muitas vezes são incompletas e contraditórias;
- Aumento da incerteza quando múltiplas técnicas estão associadas com estratégias clínicas;

¹ Grifo nosso.

- Relativo distanciamento da medicina baseada em evidências das preferências dos pacientes e da ética social;
- Aplicação de estudos feitos em grupos populacionais em casos particulares ou individuais é um desafio;
- Medicina baseada em evidências é impraticável ou impossível em muitas situações de emergência;
- A evidência pode não ser encontrada para muitas situações clínicas em sua especificidade;
- A problemática integração da MBE com a experiência clínica, conhecimento e prática de cada médico.

Para que seja possível a incursão do médico no contexto da subjetividade e da intersubjetividade, se faz necessário que este profissional **tenha a consciência crítica das incertezas que envolvem a Medicina**, ou melhor as ‘verdades’ sobre o homem. Castiel ressalta :

“É preciso salientar a curiosa metamorfose gramatical ocorrida. O adjetivo ‘clínica’ se transforma no substantivo de mais amplitude ‘medicina’, e recebe uma locução adjetiva de indiscutível efeito retórico. ‘Baseada’ veicula a sugestiva idéia de solidez, como em ‘fundação/fundamento’, que será constituída pelo elemento sensorial humano considerado mais fidedigno (a visão) para o testemunho de fatos que então poderão ser evidenciados como ‘verdades’”.(1999:31).

Curiosa e porquê não dizer “sintomática” é a atitude tomada por David L. Sackett (considerado um dos principais criadores, defensores e divulgadores do movimento da MBE), publicada no *British Medical Journal* (em maio de 2000). Nesta publicação, Sackett confessa sua frustração com os efeitos do excesso de *experts* no campo da MBE . A partir desta “indignação” , o principal representante do movimento renuncia a escrever, ministrar cursos e atuar como *referee* em temas relacionados à medicina baseada em evidências.

Sackett faz menções críticas ao cunho retórico do uso inadequado (envolvendo inclusive interesses mercadológicos) da MBE pelos ditos *experts* deste campo considerado por alguns como novo paradigma – modelo mais acurado de se aproximar da verdade do paciente.

Outros dados a serem considerados, deste dito novo paradigma :

a) Diretrizes.

Os chamados *guidelines*, representam uma das grandes tendências atuais para pautar decisões clínicas. Esta modalidade para formulação de protocolos de decisão (defendida sobretudo pela MBE), encontra-se amplamente difundida na informática médica como parâmetro fundamental a ser utilizado em práticas de saúde. São orientações desenvolvidas sistematicamente, com o objetivo de facilitar ou mesmo de encaminhar decisões clínicas (consideradas **apropriadas**), em situações específicas, com a tentativa de selecionar (filtrar) de forma conveniente e de pronto utilizável, um número considerável de informações ou conhecimentos médicos.

Em ementa do curso oferecido *on line* por um site (2002) dedicado à medicina baseada em evidências (v. referência)), encontram-se relacionadas as seguintes características relativas às chamadas diretrizes clínicas:

- No momento em que as informações são sintetizadas, **incorporando a experiência clínica** acumulada, elas podem ser transformadas em recomendações, as diretrizes clínicas (*practical guidelines*);
- As diretrizes clínicas **sintetizam** de forma sistemática o conhecimento que temos sobre uma doença servindo de orientação de como conduzir os doentes;
- Em virtude da produção contínua de informações devem existir estratégias de atualização e de aprimoramento dessas diretrizes para que elas cumpram seu papel;
- Para que uma diretriz clínica seja efetiva, sua disseminação e implementação devem ser vigorosamente perseguidas;
- A **implementação** significa que as diretrizes serão efetivamente utilizadas no processo de tomada de decisão clínica;

- O processo de tomada de decisão clínica é realizado com três componentes: a) o julgamento criterioso e imparcial dos resultados das pesquisas clínicas, sintetizada e contextualizada pelas diretrizes clínicas, b) as preferências do doente devidamente esclarecido, c) as circunstâncias em que o doente é atendido, o estágio da doença e os recursos disponíveis no local de atendimento;
- A **vivência do profissional** é que vai permitir o ajuste fino deste processo para que o doente tenha maior probabilidade de benefício que prejuízo.

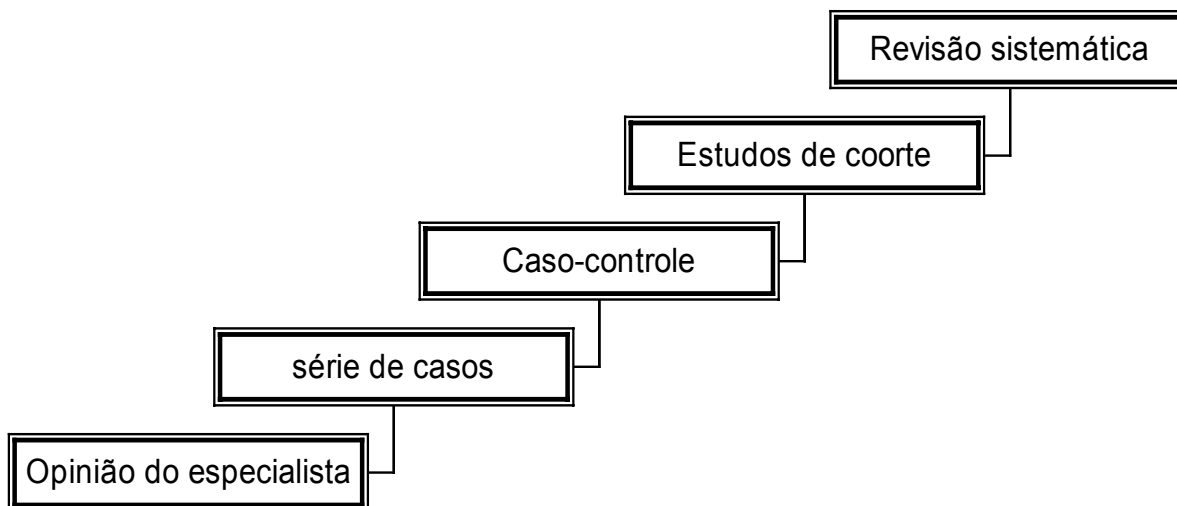
b) A melhor evidência.

Vale ressaltar que os defensores da MBE propõem uma escala que deve ser considerada para tomada de decisões.

Tipos e Níveis de Evidências

I- Evidência forte de, pelo menos, uma revisão sistemática (metanálise) de múltiplos estudos randomizados controlados bem delineados; II- Evidência forte de, pelo menos, um estudo randomizado controlado bem delineado, de tamanho adequado e com contexto clínico apropriado; III- Evidência de estudo sem randomização, c/ grupo único, c/ análise pré e pós – coorte, séries temporais ou caso-controle pareados; IV- Evidência de estudos bem delineados não-experimentais, realizados em mais de um centro de pesquisa; V- Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica, estudos descritivos e relatórios de comitês de expertos ou consensos. (Extraído do livro : Medicina Baseada em Evidências – Novo Paradigma Assistencial e Pedagógico, de José Paulo Drummond e Eliézer Silva,1998:117)

Para melhor ilustrar, utilizaremos esquemas de *slides* feitos para curso *on line*, oferecido pelo mesmo site referido acima (v. referência):



Outra forma para nivelar a importância ou o peso das evidências é proposta pelo *guidelines – 2000* :

Confira o significado das Classes no Guidelines 2000:

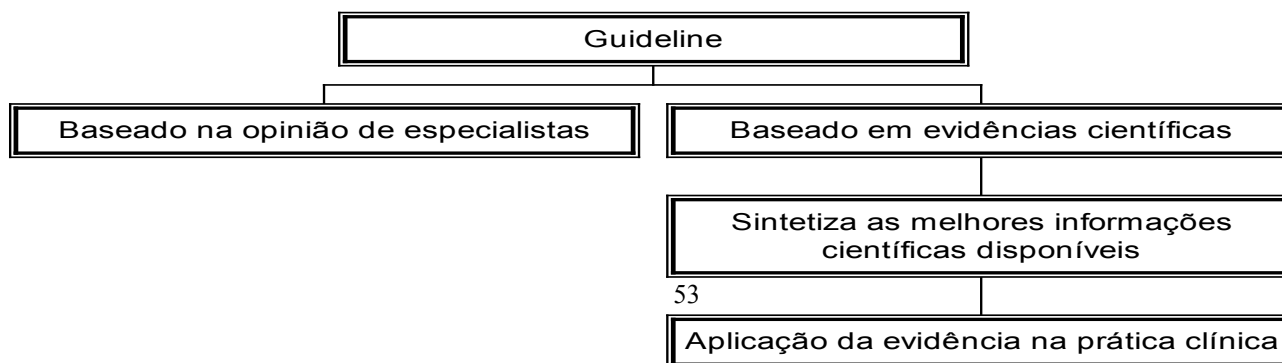
Classe I: existem evidências definitivas de que o procedimento é benéfico e seguro em seres humanos e deve ser utilizado.

Classe IIa: existem boas evidências de que é benéfico e seguro em seres humanos, sendo fortemente recomendada sua utilização.

Classe IIb: existem confiáveis evidências de que é benéfico e seguro em seres humanos, não havendo evidências de dano. É uma opção aceitável.

Classe Indeterminada: são intervenções que ainda não apresentam evidências. Geralmente são procedimentos recentes que precisam ser mais estudados e seu uso rotineiro não se justifica. Ainda são necessários alguns anos para sua melhor definição.

Classe III: são intervenções que não apresentam utilidade confirmada e podem causar dano. Portanto, o procedimento é inaceitável.



Portanto, como podemos observar, este tipo de conduta demanda tempo considerável. Para que determinadas situações clínicas (já amplamente conhecidas e estudadas) disponham de protocolos desta natureza, seria necessária a criação de atalhos, para que não sejam cada vez mais delegadas funções de pesquisas demoradas ao clínico, em momentos em que não se dispõe de tanto tempo. Outro desafio é o possível (ou impossível) equilíbrio entre evidência e circunstância clínica.

Contudo, a maior cautela deve se basear nos desejos e projetos do paciente. Em muitos casos a autonomia do paciente poderá até ser considerada, porém esta fica a mercê de métodos objetivos, universais, e previamente qualificados – a escolha do paciente passa a ser a escolha da “melhor evidência”, prevalecendo o princípio da beneficência, porém no sentido paternalista. Podemos utilizar o conceito de “função apostólica” que Balint atribuiu aos médicos quando querem impor regras aos seus pacientes. A diferença é que parece que a partir dos parâmetros para se atingir a “melhor evidência” o médico também é “catequizado” por outros pares mais habilitados : os *experts* em MBE , ou consultar uma “cartilha” encontrada na conceituada informática médica. O paciente diante de tais circunstâncias optará pela pior evidência ?

Parece que o respeito pela subjetividade do paciente perde cada vez mais seu espaço. Parâmetros, diretrizes, metaanálises, dados epidemiológicos, informática médica, bioestatística, todos estes dados de extrema relevância na produção de conhecimento e portanto de teoria médica, mas não deverão substituir a arte do cuidar que impõe capacidade empática, intuitiva, até para eventualmente, em determinado caso abrir mão da busca de uma “evidência” (certamente sempre concreta ou objetiva).

c) A força da globalização-informática.

A globalização sem dúvida favorece a difusão de métodos que fazem parte dos interesses mercadológicos, através da força de divulgação e *marketing*. Hoje os meios sofisticados de comunicação nos ligam a todas as partes e definem critérios, estabelecem normas, padrões culturais, invadindo características locais. Se é válido questionarmos as tendências particulares ou individuais de cada médico, ou não permitirmos decisões que partam da considerada mera experiência clínica de um profissional na defesa de consistência ou ‘evidência’ científica, também deveremos questionar modelos de critérios

profissionais universais impostos de forma hiperdimensionada, a ponto de eventualmente invadirem aspectos subjetivos e éticos da atenção e cuidado em saúde.

Logo, o que devemos indagar não é evidentemente sobre a gama de ferramentas que o avanço tecnológico traz para o arsenal diagnóstico e terapêutico, mas sim se esta corrida em direção a verdades científicas baseadas em dados estatísticos, epidemiológicos e a valorização da informática médica, não seria a tentativa de transformar algumas dimensões em toda a medicina, como mostra Castiel ao comentar o termo ‘medicina baseada em evidências’.

Desta forma podemos perceber que grande parte das propostas feitas pelos defensores da MBE, constitui de forma positivista a evolução de um tipo ideal (no sentido Weberiano), ou seja, de uma mesma racionalidade médica norteadas pelo caráter concreto, cientificista, com tendências à **parametrizar** a prática médica, mantendo a doença como objeto de estudo em detrimento da valorização da saúde em sua complexidade (Morin) e da singularidade humana. Pelo menos no que tange o conceito Kuhniano de paradigma, a MBE está longe de ser a proposta de um novo paradigma. Se esta proposta muda a forma infundada (muitas vezes) que determinados médicos se utilizavam para se decidir por práticas, da mesma forma pode muitas vezes cercear alguns outros médicos de sua capacidade intuitiva, empática, para perceber aquilo que não é da ordem do concreto, do objetivamente evidenciável.

Nestas considerações acima não se pretende propor a abstenção de métodos científicos que possam ajudar na produção de conhecimentos clínicos. O que se procura enfatizar é o modelo hegemônico em que predomina a pretensa ilusão de que a Medicina Ocidental seria levada a verdades, orientada por uma “soberania” científica. É perceptível a “nuvem de fumaça” que o objetivismo e o modelo mecanicista da Biomedicina vem deixando diante de valores subjetivos, psicológicos e sócio-culturais dos pacientes, permanecendo como objeto principal a preocupação com a DOENÇA. Camargo-Jr. comenta:

*“Penso que supor, como Kuhn, a ciência como um empreendimento apenas **parcialmente** como determinante fundamental na forma como o cientista percebe o mundo, abre*

*perspectivas no estudo do que chamei de **paradoxos da clínica**. Refiro-me em especial ao papel condicionante que as teorias correntes acerca das categorias diagnósticas e de sua gênese têm no modo como o médico traduz o sofrimento que seus pacientes apresentam, supervalorizando os aspectos objetiváveis, traduzidos em doença, e deixando de lado o universo subjetivo do **sofrer**. Proponho como hipótese de trabalho que esta dissociação deve-se à existência de um **paradigma clínico-epidemiológico**, que condiciona a percepção do médico ao modelo da teoria das doenças. Sendo um paradigma, não é completamente enunciável em termos objetiváveis, e seu aprendizado tampouco se faz por meio de proposições lógicas analiticamente decompostas, mas mediante **exemplos**” (Camargo Jr. , 1992: 10-11).*

Em outras palavras, a proposta do uso da MBE não traz mudança de paradigma à Medicina. Poderíamos até ousar dizer que se trata de uma tentativa de ratificar a racionalidade médica ocidental já existente, através da sofisticação e refinamentos de objetos e técnicas, segundo os cânones dos empreendimentos científicos.

É preciso reiterar o hiperdimensionamento que se tenta dar a uma faceta da biomedicina (entre várias), tanto no que se refere à sua prática e ao ensino, assim como também ao seu desdobramento no campo semântico (o método se transforma em toda uma medicina). Há portanto que se ter muito cuidado quando se propõe a mudança de um paradigma pedagógico para a formação médica : em primeiro lugar pelos aspectos já referidos acima, em segundo lugar pelo que se pretende dizer conceitualmente com a palavra “paradigma” , e em terceiro lugar pela necessidade de se colocar as seguintes questões: Do que é que a biomedicina mais carece? Ou ainda, de que tipo de treinamento nossos médicos mais necessitam, se quando saem das faculdades de Medicina deveriam pretender aliviar o sofrimento dos seus pacientes? E ainda, qual seria a dimensão da saúde a ser alcançada?

Se é verdade que nossa formação médica é ainda predominantemente cartesiana e que sua racionalidade científica vem reduzindo a percepção da importância da

complexidade humana, como incluir elementos para lidar com as limitações que outras disciplinas indicam (como a Psicologia Médica, Antropologia Médica) para abordar tais aspectos, diante de **mais esforços** dirigidos para um conhecimento **baseado em supostas verdades científicas**? A difusão de pressupostos que indicam a ciência como soberana nas decisões clínicas, incompatibilizaria a prática intuitiva baseada na arte de curar ?

Neste sentido vale lembrar sobre a difusão da medicina baseada em evidências no meio acadêmico:

Álvaro N. Attallah (professor Livre docente e Chefe da Disciplina de Clínica Médica da UNIFESP/EPM e Diretor do Centro Cochrane do Brasil), informa através do site da UNIFESP (2002) sobre a expansão da MBE no Brasil, principalmente em relação às Universidades:

- O Grupo Interdepartamental de Epidemiologia Clínica da **Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM)** oferece um curso anual de mestrado em Epidemiologia Clínica. O curso de pós-graduação em Medicina Interna e Terapêutica desta Universidade, recentemente iniciado, dá grande ênfase ao ensino de Clínica Médica associado à Medicina Baseada em Evidências;
- A Disciplina de Clínica Geral da **Faculdade de Medicina da USP** enfatiza também a epidemiologia Clínica;
- Há unidades de Epidemiologia Clínica inauguradas, ou em formação, nas **Faculdades de Medicina de Londrina, Universidade Federal do Ceará e Faculdade de Medicina de Marília**;
- A **Universidade Federal do Rio de Janeiro** tem um grupo bem treinado sobre epidemiologia clínica e organiza, no momento, um curso de pós-graduação sobre esse tema.

Castiel comenta sobre a difusão do movimento no meio biomédico:

“É perceptível o sucesso na difusão da MBE no âmbito biomédico. Alguns indicadores triviais e arbitrários podem ser empregados. Por exemplo: a) uma rápida busca no Medline com a palavra-chave ‘evidence-based medicine’ traz, no ano de 2000, mais

de 4600 artigos publicados; b) o fato da segunda edição do compêndio de Sackett e associados (1997) lançada em 2000: 'Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM' se encontrar entre os dez livros mais vendidos na livraria virtual do British Medical Journal, em dezembro 2000 ".(Castiel, 2001:207).

Outra forma de difusão da medicina baseada em evidências que podemos constatar, diz respeito à sua penetração nas sociedades de diversas especialidades (oncologia, psiquiatria, cardiologia). Em nosso meio, a Sociedade Brasileira de Cardiologia lança a proposta da Cardiologia Baseada em Evidências (CBE).

Certamente estamos diante de um desafio muito maior: pensar em saúde de forma complexa – isto é, levando-se em consideração suas múltiplas dimensões: subjetivas, sócio-culturais, biológicas, sem desconsiderar evidentemente a vertente científica e o que ela tem a nos oferecer. Mas vale a pena ressaltar que diante da perplexidade e das incertezas humanas, o método científico mais acurado acaba por ser apenas a ponta do *iceberg*. Cabe aos profissionais da área de saúde perceber que para ampliar a dimensão do cuidado em saúde, talvez só seja possível através de significativas superações – de vaidades (da expertise), de preconceitos, do corporativismo, da falta de compaixão pelo sofrimento humano. Em suma, há necessidade de uma ética compartilhada entre profissionais de saúde e sociedade civil.

Além disto, como lembra Castiel, presencia-se a uma proliferação de propostas baseadas em evidências. Mesmo assumindo que a epidemiologia sempre atuou como fonte de evidências para a saúde pública, ainda assim, propugna-se uma *saúde pública baseada em evidências* (Muir Gray, 1997). Ou, então, *processos decisórios para programas de saúde comunitária baseados em evidências* (Jackson et al, 1998), onde correspondentes decisões são, entre outros pontos, “*informadas pelas melhores evidências disponíveis sobre o comportamento individual, características da população e estratégias para promover a saúde (...). Além disso, ações de promoção à saúde e prevenção de doenças tomadas em contextos comunitários podem se mostrar mais custo-efetivas do que se tomar ações terapêuticas posteriores em contextos clínicos*”. (Jackson et al, 1998). Não obstante, enuncia-se que um dos desafios maiores de tal enfoque no campo sânsito-coletivo aparece,

justamente, no âmbito da *promoção à saúde baseada em evidências*, onde “*medir e avaliar as respectivas variáveis dependentes e independentes é muito mais difícil do que nos domínios da prevenção da doença (...) e implementar medidas de PS é também mais complexo e menos factível*” (Jenicek, 1997:190-91).

Rushton (2001) em uma pertinente crítica à MBE:

“Muitas vezes a resposta baseada em evidências a maioria destas questões não é clara ou a ‘evidência é incompleta’. De alguma forma, em nossa volúpia dos dados duros (hard data), estas respostas desconhecidas transformam-se em ‘não’. Se não há clara e convincente evidência, o modo ‘automático’ (default) é encarar a prática como sem valor. Reduções drásticas em despesas hospitalares e recusa de pagamentos utilizam esta abordagem para cortar duramente atividades destituídas do impossível, muitas vezes inalcançável, peso da evidência”.

Voltando à abordagem sobre a questão da onipotência médica, faremos uma maior reflexão sobre um de seus aspectos: a ilusão contínua que seus agentes (médicos e pesquisadores) possuem, no sentido de que existem possibilidades de uma proximidade cada vez maior de certezas baseadas nos avanços tecnobiocientíficos. Neste contexto o que se pode perceber é que a medicina incorpora, através de sua hegemonia político-institucional, medidas (muitas delas talvez retóricas) que passaram a fazer parte de normas corporativas, e portanto excludentes de outras formas de cuidados que apesar de não serem contemplados pela ciência positivista, têm feito bem à saúde de muitos na sociedade.

Flávio Dantas¹, faz considerações importantes sobre este aspecto em artigo publicado na internet (v. referência) e resumidamente no Jornal do Conselho Federal de Medicina em 1999 (edição de Março/99, na seção Bioética - p.8-9), intitulado : “*Normalizando e Normalizando Práticas Não-Convencionais: Ética e Pesquisa num Contexto de Incerteza*”.

¹ Médico e Bacharel em Direito, Livre-Docente e Professor Titular do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Uberlândia, responsável pela disciplina de Deontologia e Tutor do Grupo PET/CAPES – Medicina/UFU

Pontua como sendo três as principais fontes de incertezas: A primeira seria o paciente com suas características singulares; a segunda o conhecimento científico e por desdobramento os avanços tecnológicos; e a terceira o próprio médico, se considerados aqui aspectos de sua subjetividade (crenças, preconceitos, experiências, conhecimentos e sentimentos pessoais). Tenta enfatizar que práticas alternativas que vem sendo utilizadas pela sociedade, são duramente criticadas por segmentos da medicina de forma indiscriminada, sem que seja feita uma reflexão sobre as melhoras efetivas que muitas delas provocam nos pacientes e sem se questionar a causa da evasão de pacientes para estas práticas. Por outro lado, é também notória a má utilização de práticas por profissionais, que através da má fé fazem do charlatanismo fonte de renda. Mas o que fundamentalmente Dantas questiona neste artigo é que em nome da boa medicina, aquela que verdadeiramente se preocupa com o sofrimento humano, se apregoa que práticas que não passam pelo **crivo da ciência** não poderiam ser utilizadas ou **autorizadas** pelos médicos. Isto se reforça na resolução CFM 1499/98. A respeito desta resolução Dantas comenta:

“Formalmente a Resolução 1499/98 é repetitiva e incompleta. Repetitiva por ser inespecífica e não adicionar qualquer contribuição significativa aos dispositivos regulamentares então vigentes. Incompleta por proibir apenas "práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica" (destaque pessoal) e por não definir claramente o que deve ser entendido por prática marginal ao conhecimento científico ou sem embasamento científico. Existem práticas médicas não-convencionais voltadas à prevenção de doenças (orientações nutricionais baseadas em hipóteses pouco testadas, 'vacinas' insuficientemente testadas para dessensibilização imunológica ou preparações homeopáticas usadas como substitutivas de vacinas convencionais) ou ao diagnóstico de doenças (iridologia, radiônica, teste do anel bi-digital, mineralogramas capilares) que não podem ser consideradas como terapêuticas, e que portanto não são alcançáveis pelo texto da Resolução.” (1999).

Ainda completa afirmando que não existe nenhuma menção de que o movimento para a proibição de práticas alternativas tenha se originado entre os usuários. Acrescenta que trabalhos em outros países mostram que os pacientes buscam se tratar com práticas alternativas após insucesso com o tratamento convencional, principalmente no caso de doenças crônicas e problemas funcionais, na maioria das vezes autolimitados. Afirma que estudos em países diferentes demonstram a ocorrência de uma diminuição da confiança dos pacientes nos seus médicos, e que paralelamente os pacientes vêm se informando cada vez mais e melhor sobre assuntos de saúde e querem participar mais das decisões. Lembra que as preferências dos pacientes, ao lado de indicações médicas, fatores socioeconômicos e qualidade de vida, são critérios éticos necessários para tomadas de decisão clínica numa dada situação.

O uso indiscriminado de qualquer prática pode fazer mal ao ser humano. Valorizar por demais um determinado procedimento ou abordagem, pode levar ao desmerecimento de outros aspectos importantes. Não raro, este desmerecimento também é acompanhado dos excessos de injustiça social, de interesses mercadológicos e de hipocrisia. Muitos clínicos não se apercebem do mal (iatrogenia) que estão provocando em seus pacientes, lhes prescrevendo um ansiolítico (por exemplo) como tentativa de medicalizarem uma momentânea dor psíquica. Portanto, é preciso ter em mente que a hipertrofia de qualquer método ou critério na medicina, pode representar uma invasão à natureza do sujeito e portanto à sua dignidade. **Até mesmo o uso indiscriminado da cientificidade na medicina, pode ultrapassar limites éticos da vida e da inevitável incerteza.** Mendes Ribeiro contribui com o seguinte relato:

“ Entretanto, esta cientificidade pode ser questionada pelo conjunto de incertezas que a singularidade do adoecer e do sofrimento humano transmite ao processo decisório. Além disso, é enfraquecida pelos componentes morais inerentes ao conjunto da relação médico-paciente (Schraiber, 1993). Ao tentarem dissolver os elementos técnicos mais subjetivos em uma imagem científica plena, os médicos afirmam o status de certeza em uma prática e tendem a diluir os componentes artísticos e incontroláveis que nos parecem nítidos em seu processo decisório. “ (1999:183).

V – Cuidado e Atenção em Saúde

V-1 – O Cuidado na Perspectiva de Leonardo Boff e de outros autores:

Para refletirmos sobre o sentido do cuidado, abordaremos aqui duas dimensões: O cuidado de si (desenvolvido por Foucault) e o cuidado do outro (descrito por Leonardo Boff como um modo de ser no mundo). Por modo de ser, Boff entende “*a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. É a forma de existir e de co-existir, de estar presente, de navegar pela realidade e de relacionar-se com o mundo*” (Boff, 1999: 92). Para este autor fundamentalmente existem dois modos de ser no mundo: o trabalho e o cuidado, onde emerge o processo de construção da realidade humana.

De acordo com Leonardo Boff, o modo-de-ser-no-mundo pelo trabalho se dá na forma de interação e de intervenção, ou seja, “*o ser humano procura conhecer as leis e ritmos da natureza, intervindo nela para tornar sua vida mais cômoda. (...) Foi pelo trabalho que se abriu caminho para a vontade de poder e de dominação sobre a natureza*” (Boff, 1999: 93/94/95).

Pelo modo-de-ser-cuidado, a natureza não é vista como objeto, mas co-existindo com todos os seres. “*Emite mensagens de grandeza, beleza, perplexidade e força. O ser humano pode escutar e interpretar esses sinais. (...) A relação não é de domínio sobre, mas de con-vivência.*” (Boff, 1999: 95).

Boff comenta ainda que o modo-de-ser-cuidado revela a dimensão do feminino no homem e na mulher.

“O feminino esteve sempre presente na história. Mas no paleolítico ganhou visibilidade histórica quando as culturas eram matrifocais e vivia-se uma fusão com a natureza. (Boff, 1999: 96).

Na perspectiva de Boff, o cuidado implica disponibilidade afetiva, sensibilidade. Talvez seja por este aspecto que o autor aponta para a importância da dimensão feminina no modo-de-ser-cuidado. Podemos afirmar ainda, que o cuidado neste sentido, existe de forma intensa na função materna (uma das características femininas mais nobres).

Cuidado também implica empatia, acolhimento, delicadeza. Na opinião de Boff, é necessário que no ato ou gesto de cuidar haja a predominância de uma postura centrada no sentimento em detrimento de uma postura centrada na razão. Em suas próprias palavras:

“Cuidar das coisas implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele. A razão analítico-instrumental abre caminho para a razão cordial, o esprit de finesse, o espírito de delicadeza, o sentimento profundo. A centralidade não é mais ocupada pelo logos razão, mas pelo pathos sentimento.” (Boff, 1999: 96).

É importante lembrar que etimologicamente a palavra cuidado deriva do latim *cura*, usada num contexto de relações de amor e de amizade. Outros derivam cuidado de *cogitare-cogitatus*, tendo o mesmo sentido de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação (Boff, 1999: 90/91).

No entanto, Boff afirma que desde o neolítico, há dez mil anos, o trabalho começou a predominar sobre o cuidado, no afã de se dominar a natureza e a Terra. E que esta tendência se intensificou a partir do século XVIII com o processo de industrialização. Em contrapartida, *“o cuidado foi difamado como feminilização das práticas humanas, como empecilho à objetividade na compreensão e como obstáculo à eficácia” (Boff, 1999: 98).* Contudo, este autor sugere o resgate do modo-de-ser-cuidado, pois *“a dinâmica básica do ser humano é o pathos, é o sentimento, é o cuidado, é a lógica do coração” (1999: 100).*

“Construímos o mundo a partir de laços afetivos. Tudo começa com o sentimento, com a capacidade de emocionar-se, de envolver-se, de afetar e sentir-se afetado. (...) É o sentimento que nos faz sensíveis ao que está à nossa volta, que nos faz gostar e desgostar. É o sentimento que nos une às coisas e nos envolve com as pessoas. (...) Somente aquilo que passou por uma emoção, que

evocou um sentimento profundo e provocou cuidado em nós, deixa marcas indeléveis e permanece definitivamente.” (1999: 99/100).

Sheila Orlick, comentando sobre a importância do cuidado na reintegração do indivíduo doente à sociedade, e sua conseqüente recuperação, refere:

“O cuidado reintegra o indivíduo doente ao seu mundo e é um ingrediente essencial para a recuperação de qualquer paciente. Os pacientes não são persuadidos a retornar a um mundo que é frio, impessoal e técnico. Eles são persuadidos pelo cuidado e freqüentemente este cuidado precisa ser expresso de uma maneira que fuja da convenção e da rotina hospitalar.” (Orlick, 1988: 319).

Boff também aponta em direção à importância do conceito de carícia essencial. Usa este termo para diferenciar de uma forma mais superficial de carícia que traz uma pura excitação psicológica. Para este autor a carícia é essencial quando se transforma numa atitude que encare a pessoa em sua totalidade, na psique, no pensamento, na vontade, na interioridade, nas relações que estabelece. Menciona neste sentido a importância do toque, do afago, do uso das mãos, onde através delas se revela todo um ser carinhoso.

Já para Foucault (1985), o cuidado é tratado sob um outro ponto de vista. Insere-se em uma perspectiva, onde a necessidade de cuidar de si e do corpo tem a predominância. Esta vertente se baseia portanto numa concepção individualista de cuidado.

Concordamos com Lisboa Guimarães quando comenta em sua tese que essa forma de cuidado individualista vem assumindo proporções significativas nas sociedades capitalistas. A competitividade em torno do lucro, as ambições de mercado, o consumismo, foram tomando conta do espírito destas sociedades, onde o espaço para a solidariedade e o cuidado pelo outro fica extremamente ameaçado.

Lisboa Guimarães ainda lembra que a proposta de um cuidado autônomo, ou cuidado de si, elaborada por Ivan Illich (1975) difere do cuidado de si abordado por Foucault. Illich relaciona a saúde ao grau de liberdade de lutar e de se auto-afirmar que um indivíduo possui. Neste sentido, ele propõe um cuidado autônomo diante do avanço expropriador do cuidado heterônomo, ou seja, do cuidado que não está na alçada da

pessoa e da comunidade prestar a si mesmas. Isto porque, de acordo com Illich, a medicina atual, pautada no desenvolvimento tecnológico, expropriou a saúde dos indivíduos, na medida em que delegou para si o saber referente ao cuidado com a saúde, desqualificando as práticas tradicionais e/ou alternativas, e deixando o homem moderno despreparado para lidar com o adoecimento, o sofrimento e a morte.

“A sociedade que possa reduzir a intervenção profissional ao mínimo proverá as melhores condições para a saúde.” (Illich, Nêmesis da saúde, citado por Nogueira, 1998: 33).

V-2 – O Cuidado na visão de D.W. Winnicott – O Conceito de *holding* :

Donald W. Winnicott, psicanalista inglês, falecido em 1971 aos 74 anos de idade, iniciou sua vida profissional como pediatra. Há relatos de que Winnicott reuniu em torno de 60.000 (sessenta mil) fichas de atendimentos a crianças. Baseado nessa experiência, Winnicott, na sua trajetória em direção à Psicanálise, dedica-se ao estudo da relação mãe-bebê, depreendendo daí uma série de características que são fundamentais para o desenvolvimento emocional infantil, base para a saúde do futuro adulto. Este autor trouxe para o arcabouço da Psicanálise questões revolucionárias, como por exemplo a possibilidade de o analista sair daquele lugar neutro proposto pela Psicanálise ortodoxa. Winnicott postulava que o analista deve oferecer ao paciente aquilo que ele necessita, mesmo que eventualmente seja necessário algo diferente da técnica tradicionalmente psicanalítica. Devido suas idéias serem divergentes dos dois pólos psicanalíticos existentes naquela ocasião, Winnicott funda o que ficou sendo conhecido como o “*Middle Group*”. Vale ressaltar que entre os psicanalistas deste grupo, comungando com as mesmas idéias, fazia parte Michael Balint.

Curiosamente sua obra será mais difundida, conhecida e compreendida após sua morte.

Dentre os principais conceitos de Winnicott temos:

- Preocupação materna primária – estado em que a mãe se encontra em ampla sintonia com as necessidades do bebê. Nas palavras de Winnicott:

“Esta condição gradualmente se desenvolve e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante, e, especialmente, no final da gravidez. Continua por algumas semanas depois do nascimento da criança. Não é facilmente recordada, uma vez tendo a mãe se recuperado dela. Eu iria mais além e diria que a recordação que a mãe tem deste estado tende a ser reprimida”. (Winnicott, citado por Mello Filho, 1989:32).

- Mãe suficientemente boa – condição em que a mãe atende à criança na medida que ela precisa, sem exageros mas também cometendo falhas não traumáticas (gradativamente maiores) que permitirão que a mesma entre no fenômeno transicional (trânsito entre a fantasia interna – estado de fusão com a mãe – e a realidade externa – o reconhecimento da mãe como outra pessoa diferente de si). A mãe suficientemente boa facilitará que a criança desenvolva o seu EU verdadeiro – verdadeiro *self*, incluindo a criatividade na condição de viver – para Winnicott ser é fluir na criatividade diante da vida, o que é diferente do fazer. Apenas a partir de um ambiente facilitador (espaço potencial) a criança poderá desenvolver suas potencialidades. A partir do encontro com a mãe, a mesma irá espelhando qualidades da criança, que por sua vez vai incorporando o amor sincero da mãe, constituindo a ilusão positiva e conseqüentemente o que Winnicott chamou de a capacidade de estar só.

“A ‘mãe’ suficientemente boa (não necessariamente a própria mãe do bebê) é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração. Naturalmente, a própria mãe do bebê tem mais probabilidade de ser suficientemente boa do que alguma outra pessoa, já que essa adaptação ativa exige

uma preocupação fácil e sem ressentimentos com determinado bebê; na verdade, o êxito no cuidado infantil depende da devoção, e não de 'jeito' ou esclarecimento intelectual” (Winnicott, 1971:25) .

- **Holding** – Mais do que simplesmente sustentar (*to hold* = sustentar, conter, dar um suporte), ou dar colo no sentido físico, é acolhimento no sentido amplo, onde a pessoa da mãe através de sua empatia e da intuição materna oferece ao bebê alimento afetivo e não somente leite. Oferece o que naquele momento seria o melhor para o filho – para tal são necessárias atenção, compreensão e disponibilidade interna. Júlio de Mello Filho, comenta muito bem o conceito de *holding* : “*Expressão utilizada por Winnicott a partir do verbo to hold , isto é, sustentar, conter, dar um suporte. No caso específico da mãe e da criança isto pode ser feito através do ato físico de segurar no colo ou da situação genérica da mãe entender as necessidades específicas do filho e atendê-las de modo mais adequado, usando para isto de sua empatia (capacidade de se colocar no lugar do outro) e intuição inconsciente. Deste modo, para Winnicott o holding nunca foi apenas o ato físico de segurar, já que para ele ‘a mãe sustenta a criança, algumas vezes fisicamente, e todo o tempo figurativamente’. Portanto, para Winnicott, o holding sempre inclui a comunicação silenciosa entre uma mãe e seu bebê, que é segundo ele a raiz de todas as outras comunicações entre os seres humanos.*” (1989: 33).

Winnicott traz para o chamado *setting* analítico (ambiente e conjunto de técnicas da análise), a importância do *holding* que o analista deve proporcionar ao seu cliente. Da mesma forma, compreendemos ser de fundamental importância que um profissional da área de saúde esteja disponível, sob o ponto de vista empático e afetivo, para oferecer *holding* a seus pacientes. Sabemos pelo que já foi exposto, que quando um médico oferece este tipo de cuidado, ele está sendo o primeiro fármaco (Balint) que o paciente está ingerindo, já favorecendo sua melhora – o paciente é persuadido pelo cuidado (Orlick).

Vale a pena ressaltar que para se ter cuidado com o outro preconiza-se **atenção**. Esta atenção, nas palavras já proferidas pelos autores, ela tem que ocorrer imbuída de devoção, dedicação, intuição, ou seja, retornando ao título desta dissertação, dentro de uma qualidade especial de ouvir, **escutar, perceber o paciente** (o máximo possível) **em sua**

integralidade, não somente auscultando seus estertores pulmonares ou seus batimentos cardíacos, ou ainda se utilizando de uma técnica avançada para realizar diagnósticos apenas objetivos . Porém, acreditamos que se a biomedicina se utiliza de seus métodos objetivos em benefício desta qualidade de cuidado, um exame físico por exemplo, assume a qualidade de *holding* e de *handling* (conceito também winnicottiano de toque – gesto que estaria contido no *holding* materno).

V-3 – Semelhanças entre os conceitos de Cuidado (Leonardo Boff) e de *holding* (D.W.Winnicott):

Como vimos anteriormente, Boff trata do cuidado como um modo-de-ser-no-mundo onde o ambiente coexiste e o ser humano convive na perspectiva da necessidade de ser cuidado e de cuidar. Porém este autor também admite que estamos vivendo uma crise do cuidado em todas as dimensões. Mais uma vez repetimos nas próprias palavras de Boff: “*O sintoma mais doloroso, já constatado há décadas por sérios analistas e pensadores contemporâneos, é um difuso mal-estar da civilização. Aparece sob o fenômeno do descuido, do descaso e do abandono, numa palavra, da falta de cuidado*” (Boff, 1999). Se Winnicott quando menciona seu conceito de holding fala de uma necessidade que todo ser humano possui de ser acolhido, principalmente nos seus momentos de maior dor, pois há uma regressão ao estado infantil, podemos supor em âmbito social e ético o que representa a carência deste acolhimento afetivo entre as pessoas, principalmente se isto se estende para setores como a saúde, onde contaminados pelo individualismo e a vaidade, os agentes da biomedicina distorcem seus objetivos – ao invés de cuidarem com compaixão do sofrimento humano, optam (ambiciosamente) por serem bem sucedidos técnica e financeiramente : Vale a pergunta: **Afinal, é mais importante se utilizar a melhor técnica, curativa ou não, paliativa ou não, aliviadora ou não, apesar do cuidado? Ou é mais importante cuidar, mitigar o sofrimento, apesar da melhor técnica estar disponível ou não?**

Constatamos que há um consenso no que se refere aos benefícios que o verdadeiro cuidado e atenção nas relações humanas em saúde, pode proporcionar. Porém, parece ser atributo de poucos a capacidade para se desprender das questões objetivistas e trazer para

seu campo de ação o sentimento de zelo comprometido com o sofrimento humano. Tanto Boff como Winnicott ao tecerem suas reflexões sobre cuidado, parecem admitir que trata-se de uma qualidade do feminino que pode haver em cada um de nós. Compartilham também da importância dos conteúdos afetivos (muitas vezes latentes) nas relações em que implicam atenção e cuidado. Vejamos ao recordar: Boff refere-se ao cuidado que traz no seu bojo intimidade, acolhimento, respeito, oferecendo sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia e afinar-se com o outro, com espírito de delicadeza: *“A razão analítico-instrumental abre caminho para a razão cordial, o esprit de finesse(...) A centralidade não é mais ocupada pelo logos razão, mas pelo pathos sentimento.”* (Boff, 1999: 96). Para Winnicott o *holding* também é acolhimento, algo que transcende a razão, que admite um mínimo de sintonia para permitir intuição e empatia numa atmosfera afetiva.

Outra grande semelhança que encontramos entre conceitos de Winnicott e de Boff, diz respeito à importância do **toque - handling**, conceito Winnicottiano que se refere ao gesto da mãe ao manipular seu filho no ato de cuidar e no contexto de afeto. Portanto o *handling* faz parte do *holding*. Neste sentido encontramos ressonância nas palavras de Leonardo Boff quando o mesmo fala de **carícia essencial** – toque, afago, acalento, investida de afeto, de disponibilidade interna, onde não é apenas a mão que acaricia que está presente, mas ela representa toda uma pessoa com o seu modo-de-ser carinhoso. Boff também lembra a relação mãe-bebê, para referir-se à carícia essencial. Em suas próprias palavras:

“A carícia que nasce do centro confere repouso, integração e confiança. Daí o sentido do afago. Ao acariciar a criança, a mãe lhe comunica a experiência mais orientadora que existe: a confiança fundamental na bondade da realidade e do universo; a confiança de que, no fundo, tudo tem sentido; a confiança de que a paz e não o conflito é a palavra derradeira; a confiança na acolhida e não na exclusão do grande Útero.” (Boff, 1999: 120).

Mas as reflexões que faremos a seguir trazem as seguintes questões: A biomedicina quando trata de proporcionar iniciativas que tornam a medicina mais científica, estaria se

distanciando de dimensões consideradas menores, como a experiência, a intuição e a arte de cuidar e de curar ? Seriam os critérios para decisões clínicas objetivos da chamada medicina baseada em evidências, incompatíveis com a chamada medicina da pessoa, termo proposto por Danilo Perestrello ?

VI – Entre a Escuta e a Ausculta ?

VI. 1 - Um Dilema Entre a Ética e a Técnica - Escuta, Ausculta e Informática Médica

Tivemos a oportunidade de observar que nada mudou na biomedicina em relação às tendências objetivantes e tecnicistas. Porém, o que vale questionar é se existe a possibilidade de integração entre uma postura que valoriza significativamente a técnica objetiva, dita científica, com uma postura capaz de privilegiar a arte de cuidar ou de curar, ou se na verdade seriam posturas incompatíveis.

Constatamos no capítulo III deste trabalho a existência de uma disciplina como a Psicologia Médica no curso médico e seus desdobramentos (como por exemplo a existência de uma Associação Brasileira de Medicina Psicossomática). Logo, podemos admitir que as iniciativas elaboradas por esta disciplina em torno da luta por uma medicina mais humanizada e uma postura mais integral, *per se* já indicam que há carências neste sentido.

Para iniciarmos uma discussão sobre o dilema proposto no subtítulo deste capítulo, lembremos o sentido que tentamos dar ao título deste trabalho, quando atribuímos à palavra ESCUTA a dimensão intuitiva que pressupõe uma capacidade empática nas práticas de cuidado em saúde, e à palavra AUSCULTA a dimensão objetiva e concreta. Neste momento é oportuno utilizarmos estes termos sob outro ponto de vista. Quando a técnica da auscultação iniciou, o médico colocava um lenço sobre o tórax do paciente e encostava o ouvido para realizar a ausculta. Isto aproximava mais o médico do paciente, ainda que a intenção desta técnica seja a busca de sinais objetivos que correspondam a alterações funcionais e/ou lesões. A partir do momento em que se inventou o estetoscópio, inicia, digamos assim, um processo de técnica intermediada por aparelhos. Mas ainda nesta ocasião, em que pese a grande prioridade dada ao exame físico como conjunto de técnicas fundamentais no processo de diagnose, o médico estava mais próximo do paciente. Como afirmamos no capítulo V, um exame físico feito com carinho e atenção pode funcionar como um verdadeiro *holding* (Winnicott). O que talvez seja importante ressaltar neste sentido, é que o exame físico enquanto técnica pode e deve favorecer a integração entre os aspectos objetivos e os aspectos subjetivos sem a anulação de um ou de outro.

Porém o que sempre se almejou na biomedicina, foi a pretensa possibilidade de controlar incertezas, purificando ao máximo possível as pesquisas, aumentando ao máximo

a acurácia dos dispositivos diagnósticos e parametrização de aspectos para fins decisórios, criando-se os chamados protocolos de decisão. Na medida em que os avanços tecnobiocientíficos acontecem, os agentes da biomedicina hiperestimam tais recursos em detrimento daqueles que lhes ameaçam na direção de uma maior dúvida. Como diz José Mendes Ribeiro: *“Diante dos protocolos, imaginam-se menos susceptíveis às impurezas da subjetividade”*(1999). Mas qual deveria ser o maior eixo norteador dos interesses na esfera da assistência em saúde ? A possibilidade de reunir dados já prontos e padronizá-los para quadros nosológicos na simples – mais fácil, menos angustiante – tarefa de repetir as chamadas rotinas ? Ou admitir a singularidade de cada caso, permitindo uma visão pluridimensionada, que considere a autonomia do paciente em cada contexto especificamente ?

Sabemos que qualquer avanço traz vantagens, ampliando-se o leque de opções e abrindo possibilidades que antes determinada vertente da medicina não oferecia, seja no campo da diagnose ou seja no campo da terapêutica. Os aspectos que portanto devemos temer, são as já comentadas tendências objetivantes que distanciam o médico da subjetividade, em função de um hiperdimensionamento desta ou daquela técnica sofisticada que ilusoriamente aproximaria o profissional de verdades.

Para se tomar uma decisão ética , é preciso levar-se em consideração os fatores extracientíficos e ter habilidade para saber lidar com a técnica a favor do verdadeiro cuidado voltado para o paciente. Muitas vezes poderá ser preciso abrir mão de alguma evidência, em favor da intuição ou da escolha esclarecida de um determinado paciente. Lembrando mais uma vez das contribuições de Balint, o mesmo afirmava que o médico, a partir do que o paciente oferece, tende a organizar mediante seus modelos objetivos. Neste mesmo sentido Mendes Ribeiro refere o seguinte: *“Ao cessarem as possibilidades de explicação pelo paciente, entra em cena o discurso do médico, com o seu caráter ‘reducionista’ oferecido pela ciência”*(Mendes Ribeiro, 1999).

Voltando a comentar a relação médico-paciente, à medida em que se cria uma tecnologia avançada que irá intermediar esta relação, corre-se o risco dela suprimir espaços antes dedicados ao encontro direto do médico com seu paciente. Um espaço de troca onde os aspectos intersubjetivos que ali ocorrem, são imensuráveis por qualquer tecnologia dita científica. Logo, parece incontestável que a técnica supervalorizada funcionará como um

verdadeiro ruído nesta relação. Mendes Ribeiro afirma: “*Do ponto de vista do trabalho médico, a decisão ética envolve o modo como a relação médico-paciente é mediada pela técnica*”(Mendes Ribeiro, 1999).

Com o uso do termo “paradigma” (ou seria panacéia?), para se nortear academicamente e assistencialmente toda a prática médica através da chamada medicina baseada em evidências, parece haver um hiperdimensionamento de suas técnicas. Isto traz a reboque uma série de fatores coadjuvantes deste processo, tais como a utilização cada vez maior da chamada **informática médica**.

A informática médica abrange diversos segmentos. Desde o apoio que oferece às técnicas de diagnose por imagem, tais como os subsídios oferecidos a exames como ultrassonografia, tomografia computadorizada, etc, até o uso proposto pela medicina baseada em evidências para se realizar pesquisas sistemáticas, através da internet, buscando as fontes consideradas fidedignas no MEDLINE, seguir os *guidelines*, ou ainda para obter opiniões à distância de colegas *experts* em algum assunto.

Enfim, vale questionar se através desta tecnologia o espaço e as etapas existentes no contexto da relação médico-paciente, não acabam por ficar em segundo plano ou até mesmo muitas vezes anuladas ?

O aumento significativo do conhecimento médico nos últimos tempos é, sem dúvida, algo sem precedentes na história. Porém, grande parte deste conhecimento se confunde com ambições e interesses mercadológicos. A informática médica, através do poder da globalização, muitas vezes acaba sendo veículo de efeitos ou estratégias retóricas, confundindo critérios decisórios com interesses de indústrias farmacêuticas ou de produção de aparelhos com fins diagnósticos.

Outro aspecto que vale a pena ressaltar a respeito dos critérios sugeridos pela medicina baseada em evidências, é que em geral o conhecimento adquirido através do *guidelines* é aplicado no final do processo de decisão médica, ou seja, no paciente que já tem um diagnóstico estabelecido. Isto ratifica o fato de que o contato inicial, a propedêutica, o critério clínico, as decisões de um possível encaminhamento, a interpretação de achados através da semiologia médica juntamente com os resultados laboratoriais e finalmente o diagnóstico, que indicará o tratamento, ficam com o seu espaço extremamente ameaçado. Ainda que haja dificuldade da racionalidade biomédica em

contemplar aspectos subjetivos, estas etapas favorecem a relação médico-paciente. E quando nesta relação surge a intersubjetividade facilitando a empatia, como vimos anteriormente, favorece também a um diagnóstico mais integral e a melhora do paciente (resultado de um encontro implicitamente psicoterápico). Logo, parecem incompatíveis as propostas da Psicologia Médica com os pressupostos de uma **medicina praticada de forma a não se poder abrir mão de evidências**.

Outro aspecto interessante a ser considerado, é que os respeitáveis tratados de medicina que reuniam grandes teorias, abrem espaço para os textos publicados de forma inconstante pela internet, perdendo sua força, por não estarem **absolutamente atualizados**. Outros questionamentos se seguem: buscar informações todos os dias e manter-se totalmente atualizado, é tarefa possível? E ainda: existe tempo e espaço que possam ser compartilhados simultaneamente para duas tarefas de naturezas diferentes (embora passíveis de serem articuladas de forma interdisciplinar), quais sejam a de pesquisa e a de prática clínica? Em nosso meio, mediante a realidade dos serviços públicos, é possível se utilizar freqüentemente da informática médica?

Sob o ponto de vista prático, a medicina baseada em evidências tem privilegiado doenças estabelecidas. Por exemplo: Para aumento de colesterol, use tal droga. Para determinada síndrome use o medicamento x, pois após pesquisa sistematizada da literatura, foram verificados estudos randomizados que mostraram que sua eficácia é em média 21% superior ao medicamento y.

Como lembra o clínico paulista Dr. Nelson Nisenbaum, em texto publicado na internet, onde faz menções críticas à medicina baseada em evidências, o grande desafio que remete à necessidade de utilizarmos nossos pressupostos éticos, nossa capacidade intuitiva, é quando estamos diante daquele paciente, que pode não se enquadrar nos critérios de seleção dos grandes *trials*, e que, para quem pratica o dia a dia da clínica, sabe que é o tipo de paciente bastante freqüente. Completa dizendo:

“Ele pode não pertencer ao grupo étnico examinado. Pode estar fora da faixa etária examinada. Pode ter patologias associadas não previstas no trial. Pode ter respostas idiossincrásicas ao tratamento. Pode querer exercer sua liberdade de escolha entre um ou outro tratamento. E pode ter uma combinação de todos estes

fatores entre outros.” E termina mencionando: “Apenas o clínico realmente comprometido com seu paciente poderá estar atento a esse universo de variáveis para poder, junto com ele, decidir e orientar pelos melhores tratamentos disponíveis, ainda que discordem dos rigorosos critérios dos trials de CLASSE I.” (2002)

Diante destes aspectos apontados, podemos reconstruir o título deste trabalho, refletindo sobre o seguinte: se nada mudar estas tendências, poderemos viver num contexto de práticas médicas, em que a prioridade para as decisões clínicas não contemple **nem a escuta nem a ausculta.**

VI.2 - Na Interface ou na “Corda Bamba”?

Uma crítica consciente destituída de ingenuidade, está distante de ser derrotista ou exclusivista. Desta forma este sub-capítulo será dedicado a demonstrar as vantagens relativas à Epidemiologia Clínica, ao uso da Bioestatística e da informática médica.

Sabemos do grande benefício que todas as ferramentas oferecidas pelos avanços científicos trouxeram para a humanidade. Sem dúvida nenhuma a aplicação da Epidemiologia na clínica médica traz grande apoio à Biomedicina. A informática médica é fundamental no apoio aos dispositivos diagnósticos de maior precisão, sobretudo no campo da imagem. Por outro lado, através da internet oferece ao médico possibilidades de atualização em algum assunto que porventura se faça necessário, já que a produção de conhecimento hoje atingiu uma velocidade significativa. Além do mais, permite consulta a especialistas em um determinado assunto, em qualquer parte do mundo, em pouco tempo, por baixíssimo custo.

Atualmente diante de algum dilema farmacoterápico o médico tem condições de buscar ajuda na internet, através de sites recomendados (como por exemplo MEDLINE), e a partir daí somar dados para decisões mais seguras. Principalmente se para dada situação encontra-se *guideline* disponível.

Logo, nossa proposta não diz respeito a uma medicina exclusivamente pautada na percepção dos dados subjetivos ou das dimensões sócio-culturais. Isto seria o mesmo que **desconsiderar toda uma cosmologia.**

Quando nos dirigimos com olhar crítico para a biomedicina, trata-se de pontuar sua forma reducionista de conduzir suas práticas. Trata-se de uma medida com pretensões cautelosas para que avanços científicos ou aplicações de técnicas sofisticadas não ultrapassem valores humanos, ou seja, não se abstenham de preceitos éticos, ou ainda, que **não provoquem algum ‘necessário’ afastamento da subjetividade e da singularidade.**

Porém vimos que mecanicismo e objetivismo são características da racionalidade da biomedicina, de acordo com o consenso dos autores contemplados neste trabalho. Também pudemos constatar a dificuldade em se compatibilizar o hiperdimensionamento da técnica com a possibilidade de valorização da subjetividade do paciente.

Como mencionamos anteriormente, existe um esforço da Psicologia Médica em humanizar a prática médica (o que parece ser uma confirmação de que a medicina carece de uma visão integral). Isto tanto no nível universitário, como disciplina na graduação de medicina, como no nível institucional (hospitalar), com suas estratégias em direção a uma postura interdisciplinar e em direção a uma possível transformação não somente do médico, mas de todos os profissionais da área de saúde.

Também mencionamos a existência da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática (ABMP), como exemplo de iniciativa em direção à congregação de profissionais que comunguem dos mesmos ideais (concepção psicossomática numa perspectiva mais ampla do binômio saúde/doença). Outras manifestações neste sentido encontramos a partir de esforços de outros setores que também buscam a conscientização dos profissionais de saúde para uma visão complexa do adoecer e para humanização da assistência.

Porém, parece que o principal alvo não foi atingido, pois a biomedicina persiste em sua visão mecanicista e objetivista. Sabemos que são pouquíssimos os médicos (principalmente especialistas) que freqüentam os congressos que discutam assuntos sobre as demais dimensões da saúde. Também é verdade as baixas procuras dos médicos pelos cursos de Pós-Graduação na área da Psicologia Médica. Em geral os profissionais que tomam iniciativas desta natureza, são da chamada área “PSI”, ou seja, psicólogos, psicanalistas, psiquiatras ou psicoterapeutas de modo geral.

Um ponto importante a ser levantado diz respeito à vaidade do médico que se confunde com a hegemonia político-institucional. Ou seja, em geral, os agentes da

biomedicina (neste caso especificamente os médicos) tomam para si um poder soberano que os faz pensar (ilusoriamente) que são dotados de um suposto saber que os tornam superiores a qualquer profissional de saúde. Sabe-se, por exemplo, que muitos médicos consideram (desde os tempos freudianos) a psicanálise uma disciplina menor, por ser, digamos assim, menos científica. Esta talvez seja uma das principais razões que torna o trabalho interdisciplinar (entre médicos e psicólogos, por exemplo) muito difícil. No próprio meio médico, muitas vezes acadêmicos que cogitam a idéia de se especializar em Psiquiatria, são motivos de chacota e ironia entre os colegas que chegam a mencionar em tom de brincadeira a seguinte frase: “Quer dizer que você vai abandonar a medicina?”.

Os aspectos que acabamos de apontar, ratificam o fato de haver uma certa resistência por parte de muitos médicos, em valorizar a dimensão psicológica, pelo menos na proporção que seria necessária. Vimos, em capítulos anteriores, que a racionalidade biomédica não considera os aspectos psicológicos tão importantes quanto os aspectos mais objetivos. Não é raro o fato de os médicos desconsiderarem a prática psicoterápica (mesmo implícita, como dizia Perestrello) como possível parte de seu arsenal terapêutico. Quando o sofrimento psíquico é evidente, em geral o médico encaminha o paciente para um psicoterapeuta ou para um psiquiatra. Muitas vezes opta por se omitir diante do sofrimento ou da dor psicológica, ora pelo fato de a própria cultura médica admitir que não possa haver nenhum tipo de envolvimento com as questões de afeto de seu paciente, ora pelo fato de o médico não ser preparado para lidar com questões emocionais: com o medo, a sensação de desamparo, ou com a morte e a repercussão que este trágico momento pode trazer na vida de quem perde um ente querido. Em outras palavras, como vimos no capítulo III, a formação psicológica do médico (tanto acadêmica quanto pessoal) em geral é precária. Por motivos predominantemente pessoais, alguns médicos resolvem ser submetidos à psicanálise. Outros, possuem uma personalidade ou uma postura mais humana, ou possuem vocação para o verdadeiro cuidado e para a arte de curar. Estes poucos profissionais muitas vezes acabam procurando outros caminhos – ou tornam-se homeopatas, ou acupunturistas, ou psicoterapeutas. Difícilmente permanecem na biomedicina. Constata-se então o desafio que existe em relação à possibilidade do que chamamos **caminhar na interface**, integrando capacidade intuitiva e empática e técnicas objetivas nas práticas de cuidado e atenção em saúde. A interface seria para muitos uma verdadeira **corda bamba**, onde a chance de cair

para um lado ou para o outro é ratificada pelo modelo cartesiano que ainda predomina na racionalidade ocidental. Se os profissionais que percebem vocações que até determinado momento estavam ocultas, permanecessem na biomedicina, talvez pudessem ser um fator adicional para uma possível transformação do modelo reducionista.

VI-3 – O Pensamento Complexo e Propostas de Integração – Utopia ou Possibilidade ?

Edgar Morin (1990), pensador contemporâneo, defende a proposta de um novo modelo para a pesquisa. No seu livro “Ciência com consciência”, admite que muitos pesquisadores vêm conduzindo seus trabalhos de forma disjuntiva e reducionista, num processo que chamou de disjunção-redução, característica do que denominou paradigma da simplicidade. Sugere portanto que, para que as dimensões físicas, biológicas, sociais, culturais, psíquicas e filosóficas sejam consideradas simultaneamente, numa perspectiva multidimensional, se faz necessária a tentativa de se pensar de forma complexa. O pensamento complexo é o principal pilar do que chamou de paradigma da complexidade.

O paradigma da simplicidade não admite humildade científica, pois o pesquisador acredita que ao formular uma determinada teoria, esta é soberana. A questão é que ao se vislumbrar apenas uma dimensão, mutila-se as demais vertentes necessárias para enriquecer a produção do conhecimento. O pensamento simples conduz a uma postura reducionista, não dialógica e portanto disjuntiva.

Por outro lado, o pensamento complexo conduz necessariamente ao confronto entre os diversos pontos de vista. Favorece o diálogo entre diversos profissionais de áreas diferentes, ou seja, pensar de forma complexa implica o encontro interdisciplinar. Quando um pesquisador se utiliza predominantemente de técnicas científicas para produzir algum tipo de conhecimento, é preciso que haja um diálogo com os demais profissionais que transitam outras vertentes, como por exemplo, a vertente filosófica e outras que se façam necessárias para que não haja ingenuidade epistemológica.

No entanto, Morin admite que assumir esta postura é um desafio. Refere que por ser complexo, este tipo de pensamento traz sempre uma idéia de um ciclo aberto. Pois a ilusão de se concluir algo, também é característica de reducionismo. Neste mesmo sentido, o autor ainda faz menção à dita visão holística. Para explicitar melhor o fato de que a complexidade

não pode ser compreendida de forma positivista, ou como somatório de conhecimentos, admite que o fato de se tentar conceber uma visão holística seria necessariamente tão reducionista e mutiladora quanto aquela visão que contempla somente uma parte. No seu livro encontramos as seguintes frases: “*As partes são ao mesmo tempo menos e mais do que as partes(...)* *As partes são eventualmente mais do que o todo(...)* *O todo é menos do que o todo(...)* *O todo é insuficiente(...)* *O todo é incerto(...)* *O todo é conflituoso*” (Morin, 1990) .

É a partir do ponto de vista do chamado pensamento complexo, que tentaremos manifestar nossa impressão sobre as perspectivas de uma estratégia de integração. Até o momento, parece que práticas ou iniciativas realizadas por entidades e setores que defendem posturas mais integradoras, foram ineficazes (pelo menos em grande parte) no que diz respeito à uma possível mudança de postura dos agentes da biomedicina, sobretudo os médicos.

Vimos que a proposta da medicina baseada em evidências, na verdade não provoca nenhuma mudança de paradigma. Da forma como vem sendo valorizada, reforça pilares da racionalidade médica ocidental que sustentam características objetivistas e cientificistas. No entanto esta iniciativa, que traz no seu conjunto de técnicas e ferramentas inquestionáveis para compor o arsenal disponível para o conhecimento médico, parece tender a reduzir toda a medicina em seus protocolos de decisão e terapêutica. Neste sentido podemos perceber uma prática inclinada para a vertente da simplicidade, onde o fato de se hipervalorizar o viés científico, cria dificuldades para uma postura do tipo dialógica.

Diversos fatores parecem reforçar a permanência da base da racionalidade biomédica. Fatores históricos, econômicos, políticos e da própria formação entre outros, contribuem para que outras dimensões (principalmente a subjetiva) sejam encobertas. Em trinta e seis anos a Associação Brasileira de Medicina Psicossomática (ABMP) vem enfrentando consideráveis desafios para conseguir fomentar nos médicos uma postura mais humana, acolhedora, composta (entre outros atributos técnicos) da técnica de ouvir. Porém, em pouquíssimo tempo (há mais ou menos dez anos), a medicina baseada em evidências é incorporada no meio médico com peso significativo (como vimos no capítulo IV).

Nos parece que entidades como a ABMP deveriam ampliar suas alianças para que possam promover posturas dialógicas. A exemplo do que sugere segmentos da Saúde Coletiva, devem ser tentadas ações que sejam resultados de encontros intersetoriais.

Algumas entidades como organizações não governamentais, outros segmentos da sociedade civil e associações de classe (como por exemplo as que defendem as dimensões psicossociais do binômio saúde/doença), deveriam fomentar encontros com conselhos de classe, juristas, políticos, religiosos e filósofos para discutirem problemas inerentes à saúde. Em 1999 a ABMP realizou um fórum, cujo tema central foi o seguinte: “Saúde no contexto atual – Ética, assistência e sociedade”. Neste evento reuniu-se membros do Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Psicologia, Sindicato dos Médicos, Sindicato dos Psicólogos, Conselho Regional de Farmácia, juristas, políticos, teólogos, pesquisadores ligados à Saúde Pública, especialistas da área médica e psicoterapeutas, para discutirem assuntos de cunho ético tais como: eutanásia, aborto, AIDS, dificuldades no campo da assistência, entre outros. Observamos que quanto maior for o grupo de discussão, desde que as estratégias transdisciplinares não se percam, resultantes mais maduras e complexas são atingidas, **em detrimento de aparentes soluções que certamente seriam simplificadoras e portanto com tendências disjuntivas.**

É bem verdade que a postura interdisciplinar já vem sendo uma estratégia da Psicologia Médica para que se possa provocar um pensamento que reúna as diversas dimensões, como vimos anteriormente quando comentamos práticas como a interconsulta. Porém, tanto no nível acadêmico como no nível hospitalar, já são encontradas posturas, digamos assim, viciosas, onde a estrutura sedimentada pela racionalidade biomédica torna-se um verdadeiro monolito. Se os pilares que reforçam esta racionalidade tem fundamentos históricos, políticos, econômicos, que interferem de forma acentuada nas estruturas do ensino médico e no âmbito assistencial, temos que fomentar encontros que ultrapassem os limites do campo médico, para que autoridades sejam sensibilizadas para possíveis mudanças estruturais.

Entretanto, a produção de posturas que respeitem a diversidade e a ética humana está bastante ameaçada nos dias de hoje pelo individualismo e por atitudes destituídas de compaixão, como admite Leonardo Boff. Enquanto não pudermos contar com setores políticos verdadeiramente comprometidos com os anseios da sociedade civil, parece ficar distante a perspectiva de mudanças em direção a quaisquer práticas humanitárias.

VII – Considerações Finais

Ao finalizarmos este ensaio, tentaremos ratificar o alcance de determinados objetivos e pressupostos. Não obstante, deixamos claro que nossas principais expectativas não se coadunam com modelos que propõem soluções finais. Nossa intenção é levantar aspectos e questões. Nem tanto para impedir que determinados valores sofram erosões provocadas pelos inevitáveis descaminhos que perturbam o campo da ética, mas acima de tudo para que estas erosões não ocorram em silêncio.

É no cenário da racionalidade biomédica, já bem definida e constituída historicamente, que optamos por questionarmos os rumos da prática médica. Novas iniciativas vão surgindo, muitas como propostas de mudança de paradigma, qual será porém o centro das nossas preocupações neste início de século ?

Em que pese a importância das técnicas sugeridas pela medicina baseada em evidências, para reforçar a seriedade teórica na biomedicina, fatos tão relevantes quanto a necessidade de critérios científicos foram apontados neste trabalho, tais como:

- A resistência da racionalidade biomédica em considerar os aspectos subjetivos dos pacientes e seus contextos sócio-culturais;
- O consenso por parte de alguns autores, de que a supervalorização da técnica distancia o médico de valores subjetivos e, por consequência, muitas vezes éticos;
- A Psicologia Médica e seu reconhecido desafio na tarefa de provocar mudanças na personalidade, visão e abordagem dos médicos;
- O contexto de uma cultura centrada no mercado, cujos aspectos da globalização, não raro, são oportunisticamente utilizados ao encontro a interesses financeiros;
- A crise de solidariedade, do modo-de-ser-cuidado (Boff), em nossa sociedade, dando vazão ao individualismo, à competitividade e à vaidade, comprometendo vários segmentos sobretudo a biomedicina no que ela tem como mais nobre função: cuidado e atenção àquele que sofre.

Diante do que foi discutido, lamentamos as consequências. No entanto, a pior delas são os desdobramentos destes fatos na relação médico-paciente. Vimos que as tendências reducionistas da racionalidade biomédica, em considerar as técnicas científicas soberanas sobre as demais dimensões (muitas vezes nem consideradas), são ratificadas nos

pressupostos de quem defende uma medicina baseada em evidências. Não pelo fato de se propor métodos e protocolos para dirimir incertezas, mas pelo fato de se considerar tais métodos como sendo uma nova medicina. A partir do reducionismo, dimensões afetivas e demais aspectos subjetivos tendem a ser naturalmente desconsiderados pelos médicos em suas decisões, pois estes aspectos podem abalar as supostas certezas, causando impurezas no método científico.

Se considerarmos todas as influências que levam os agentes da biomedicina a agirem de forma objetivista e mecanicista, tais como: aspectos históricos e políticos da medicina ocidental, a formação psicológica do médico, as tendências individualistas e competitivas em nossa sociedade e seus desdobramentos na dimensão do cuidado e da ética em saúde, veremos que as propostas da medicina baseada em evidências não mudam o quadro central, mantendo o paradigma reinante. Pelo contrário, reforça uma postura dogmática que permite acreditar que a ciência deverá continuar sendo o principal pilar da medicina, mantendo a soberania neste campo de conhecimento.

Portanto, propomos que os segmentos que sugerem uma vigilância científica na produção de teorias médicas, o façam de forma menos desmesurada, posto que se torna inevitável o hiperdimensionamento de qualquer campo, quando se criam denominações que possam sugerir dar conta de toda uma prática. Talvez fosse mais interessante uma proposta de aplicações mais constantes da epidemiologia clínica, ou chamar a atenção para as vantagens de (em muitos casos, porém não todos) a informática médica servir como um inquestionável auxílio. Mas qualquer método ou técnica deve estar subjugada à ética, portanto aos valores humanos e à singularidade da vida de cada indivíduo. É preciso que toda proposta de reforma do ensino médico considere, juntamente com as tendências científicas, a importância da arte e da intuição nas práticas de saúde. É necessário que diálogos entre diversos setores sejam fomentados, para que se aprenda mais sobre os anseios e possíveis mudanças. Caso contrário não teremos mudanças de pequenas posturas, e muito menos transformações estruturais em direção a um novo paradigma.

Vale ressaltar, embora infelizmente não seja a regra, que acreditamos numa variante de agentes da biomedicina que são capazes de oferecer cuidado (no sentido proposto por Boff ou Winnicott), inclusive utilizando-se muitas vezes de técnicas propostas pela MBE. Estes profissionais conseguem caminhar na interface, ouvindo seus pacientes e oferecendo-

lhes o que eles necessitam naquele momento (mesmo que seja uma técnica ou tratamento objetivo). Logo, a cautela que sugerimos que se deva ter, diz respeito ao fato de não serem ultrapassadas etapas que deveriam estar presentes em qualquer protocolo de decisão em saúde, quais sejam: OUVIR os pacientes com sensibilidade, buscando empatizar-se com eles, e além disto, juntamente com o tratamento proposto, oferecer acolhimento, sendo o máximo continente possível – pois isto também será terapêutico.

Portanto o grande impasse (como já vimos) que provoca o fato de a variante referida acima ser uma exceção, reside em admitir que o tipo ideal (no sentido weberiano do termo) da medicina ocidental, traz características herdadas do pensamento cartesiano. Logo, é comum uma atitude médica que comungue com uma cosmologia constituída de um treinamento baseado em técnicas extremamente objetivas, muitas vezes privilegiando a diagnose em detrimento do tratamento ou do cuidado. Quando um caso clínico traz dimensões afetivas ou subjetivas evidentes, vimos que habitualmente grande parte dos médicos não consideram estas questões objetos da biomedicina, optando invariavelmente (de forma cindida) pelo encaminhamento. Todavia, quando os profissionais não somente compactuam com a importância de uma postura mais empática e intuitiva, mas também se identificam mais profundamente com ela, muitas vezes acabam por abandonar a biomedicina pelo fato de não terem sido treinados a integrar a técnica com a arte, a objetividade com a subjetividade ou a terapêutica com a compaixão. Terminam então, buscando outras modalidades cujas racionalidades combinem mais com seus pressupostos, pois fica mais fácil possuir apenas a responsabilidade de ouvir, quando se é psicanalista, ou prescrever medicamentos inócuos e isentar-se do risco de métodos invasivos, quando se é homeopata, e assim por diante. **Vale ressaltar que não trata-se aqui de subestimarmos tais práticas, pois elas possuem, em nossa opinião, importância tão ampla quanto a da biomedicina.** Porém, o que desejamos ressaltar é que o fato de existirem verdadeiras dissidências da biomedicina, tanto de médicos que sentem paixão pela arte de ouvir e de curar, como de pacientes carentes de atenção e de acolhimento, pode representar, ao nosso ver, uma atitude reacionária que leva na verdade à manutenção de uma (talvez equivocada) polaridade – biomedicina x práticas mais humanas, que seria tão reducionista ou excludente quanto a visão anterior. Ou seja, apesar de admitirmos que muitos casos de escolha por outras práticas possam ter razões vocacionais específicas, sabemos que outros

sinalizam um sintoma reativo. Por outro lado, sabemos que os pacientes muitas vezes procuram em outras práticas o cuidado ou o *holding*, ou ainda alguém disponível para escutá-los, que não encontraram na biomedicina. Acreditamos que seria mais fácil conquistarmos uma postura mais integral, e portanto complexa (Morin), se pelo menos estes profissionais (com potenciais dissidentes) permanecessem em seus setores de origem, sem abrir mão de sua criatividade e, sobretudo, da ousadia, ajudando a fomentar posturas mais dialógicas, para possíveis mudanças. Mesmo que ainda assim estejamos distantes de transformações significativas, esta postura aumentaria pelo menos a variante que consegue (o que chamamos) caminhar na interface – entre a escuta e a ausculta, ou seja, entre a possibilidade de conjugar dados científicos objetivos às outras dimensões do paciente.

A Psicologia Médica atualmente possui desdobramentos para além dos cursos de medicina, até mesmo porquê tal prática vem sendo muito pouco valorizada pelos médicos da biomedicina. Psicanalistas e psicólogos (em sua grande maioria), somados a uma minoria de médicos, vêm através de práticas institucionais, como referimos neste trabalho, procurando estimular uma postura interdisciplinar. Sabemos que, dada a complexidade do binômio saúde/doença, esta seria a forma ideal de se chegar próximo às múltiplas dimensões do paciente, evitando que o mesmo sinta-se fragmentado. No entanto, reconhecemos a lamentável resistência dos médicos para trabalhar em equipe (embora, quando possível, vem sendo uma forma provocadora de pequenas transformações nestes profissionais).

Entretanto, o poder hegemônico da biomedicina no plano político-institucional vem potencializando as tendências corporativistas da classe e conseqüentes movimentos reativos de outras disciplinas que se vêem ameaçadas. Sabemos que vivemos uma crise da ética em todos os setores. Onde a vaidade e o individualismo são potencializados pelos percalços inerentes a uma cultura mercadocêntrica. Onde a afetuosidade e a subjetividade são devoradas pelas amálgamas da globalização e pela competitividade do dia a dia. Interesses industriais, políticos, econômicos, e as ambições desmesuradas, acabam por dificultarem projetos que venham ao encontro de uma assistência baseada no respeito à autonomia, à equidade social e à singularidade. Isto ocorre na área médica sobretudo em função dos desdobramentos nas políticas de saúde, manifestando-se nos modelos de assistência, nos

altos custos (de medicamentos, de exames complementares e dos diversos materiais e aparelhos médico-hospitalares) e nos baixos salários dos profissionais.

A Associação Brasileira de Medicina Psicossomática como órgão representativo dos ideais da Psicologia Médica juntamente com outras sociedades afins, possuem, a nosso ver, responsabilidade de lutar por uma verdadeira ética entre os diversos profissionais da área da saúde, devendo assumir total repúdio a qualquer postura corporativista, fomentando encontros, diálogos, consensos, e acima de tudo a capacidade e o amadurecimento para lidar com as diferenças em busca de um trabalho verdadeiramente de equipe. Propostas de alianças entre estas sociedades e setores da Saúde Pública e/ou Medicina Social, seriam bastante salutares ao nosso ver. Pois há necessidade de maiores compromissos com as políticas de saúde, em direção a tentativas de integração entre a pesquisa, a clínica e o ensino. Todas estas propostas se resumem em um único objetivo: proporcionar solo fértil para uma ética entre os profissionais (não corporativa, não deontológica) que venha ao encontro com a ética da sociedade civil.

ENCERRAMENTO

Dr. Evidência entra na sala de reuniões e lá já estavam sentados à mesa: Dr. Balint, Dr. Winnicott, Dr. Canguilhem e Dr. Hipócrates.

Dr. Hipócrates inicia o diálogo com Dr. Evidência:

Dr. Hipócrates: - Posso lhe fazer uma pergunta ? Há muito tempo você não se reúne conosco. Por quê hoje, ao invés de procurar os *experts* da chamada Medicina Baseada em Evidências, decidiu pedir ajuda a nós ?

Dr. Evidência: - Porquê as principais questões que estão implicadas neste caso e que por sua vez estão me provocando muita inquietude, infelizmente não são resolvidas com pesquisas sistemáticas de literatura e nem com metanálises.

Dr. Hipócrates: - Sim filho. Então vamos organizar. Em primeiro lugar conte-nos o caso por inteiro. Posteriormente os colegas lhe farão algumas perguntas e por fim cada um fará um breve comentário a respeito. Espero que possamos ajudá-lo.

Dr. Evidência conta o caso detalhadamente e no final coloca sua principal dificuldade...

Dr. Evidência: - Pois é doutores, agora estou me sentindo de mãos atadas. Confesso que a paciente me mobilizou com sua reclamação final.

Dr. Balint: - Que sentimentos você tem quando a paciente tenta falar da família ?

Dr. Evidência: - Na verdade Dr. Balint, sinto raiva.

Dr. Balint: - Você teve um ato falho quando a chamou de dona Injusta. Você no fundo pensa que ela pode ter sido injusta com o filho ?

Dr. Evidência: - Sim, acho que sim. Lembro que nunca perdoei minha mãe por ter interferido em meu casamento. Atribuo parte da culpa de minha separação à forma com que ela tratava minha ex-esposa.

Dr. Evidência conta de forma emocionada mais fatos de sua vida.

Dr. Balint: - Você percebe agora porquê dona Incerteza pode estar lhe provocando sentimentos de raiva e por sua vez impaciência ?

Dr. Evidência: - Sim, tenho que admitir que o fato de dona Incerteza (talvez inconscientemente) ter me remetido às questões que vivi em relação à minha mãe,

provocou em mim uma certa rejeição. Mas também a formação tecnicista que nós médicos cada vez mais adquirimos, faz-nos sentir que qualquer incerteza, após esforços para constatarmos evidências, possa ser altamente injusta.

Dr. Hipócrates: - Concordo.

Dr. Winnicott: - Filho, o que você sente é normal. Isto chama-se contra-transferência (sentimentos que ocorrem em qualquer terapeuta em relação a seus pacientes). Assim como os pacientes também tem sentimentos em relação ao terapeuta. Porém o mais importante é que haja consciência destes sentimentos (que eles sejam assumidos pelo terapeuta). Pois é a partir da compreensão do que está se passando conosco que poderemos elaborar e admitir que a história de nosso paciente é diferente. Desta forma ficamos mais livres para sentirmos compaixão em relação a ele.

Dr. Balint: - Sim. E a partir da possibilidade de perceber que algum sentimento provocava impaciência, este sentimento pode ser banalizado. Desta forma as chances do terapeuta ouvir seu paciente, de forma empática, aumentam.

Dr. Canguilhem: - Você já pensou sobre a possibilidade desta doença pertencer naturalmente ao contexto da vida desta senhora ?

Dr. Evidência: - Não. Em nenhum momento contextualizei a doença. Para nós médicos, contaminados pela racionalidade biomédica, a doença é algo anormal que deva ser extirpado, independentemente de outras questões que existam no entorno.

Dr. Canguilhem: - Filho, torna-se muito mais claro e menos pesado, se podemos perceber que a doença faz parte da condição humana. Que ela existe por uma única razão: é uma das formas (muitas vezes a única possível) pela qual o sujeito se reorganiza para dar conta dos apelos da vida em direção à sua sobrevivência.

Dr. Hipócrates: - Não temos muito tempo. Evidência, coloque para a mesa sua principal dúvida e vamos procurar responder de forma breve.

Dr. Evidência: - Preciso saber se faço o que minha paciente está pedindo. Até o momento tenho sido teórico. Não dei nenhum espaço para que ela desabafasse suas angústias. Mas devo, diante das evidências, dar o remédio à ela ?

Dr. Balint: - Ouça sua paciente. Procure compreender suas emoções. Somente assim, tendo uma impressão geral do contexto da paciente, você terá condições de juntamente com ela tomar uma decisão.

Dr. Evidência: - Mas eu não posso me envolver com os problemas da minha paciente!!!

Dr. Winnicott: - Quem lhe disse isto ? Filho, a maior capacidade de um médico ou terapeuta é se permitir (sem medo) envolver-se favoravelmente (porém nem sempre positivamente) com as questões de afeto de seu paciente. Diria até que, numa medida minimamente necessária que somente o terapeuta pode sentir, é imprescindível o envolvimento. Faz parte do tratamento. Para que exista um mínimo de empatia se faz necessária uma certa dose de identificação, mas somente será verdadeira se esta identificação passar pela ordem do afeto. Não faz parte da ordem do cognitivo. Ok?

Dr. Evidência: - Sim Dr. Winnicott, mas que atitude afinal aconselhas que eu tome ?

Dr. Winnicott: - Filho, tire férias (metaforicamente falando) da Medicina Baseada em Evidências, tire férias da biomedicina. Enfim, dispa-se dos teus pressupostos, e como disse nosso colega Balint, OUÇA, ESCUTE sua paciente.

Dr. Hipócrates: - Na minha geração era muito mais fácil utilizarmos a arte, a intuição no ato de cuidar e de curar nossos pacientes. Porém, hoje, apesar de os colegas fazerem juramentos em meu nome, para acima de tudo aliviarem a dor de seus pacientes, pouco se aprende sobre como lidar com o sofrimento alheio. A tecnologia, os métodos científicos que aumentam a certeza sobre aspectos objetivos das doenças, expropriam o caráter afetivo e subjetivo do paciente, além do que camuflam os aspectos psicológicos e sócio-culturais que fazem parte do processo do adoecer. Portanto, meu filho, repito estas palavras para você: mais vale saber que tipo de pessoa tem uma doença do que saber que tipo de doença tem uma pessoa.

Dr. Winnicott: - Mas faça isto com afeto. Você tem potencial para ser cuidador. Deixe se levar um pouco pela intuição. Sua paciente precisa neste momento de acolhimento. Precisa acreditar na possibilidade de ser perdoada pelo seu filho. Dê colo à sua paciente e estará aliviando uma dor que os analgésicos não podem aliviar.

Após a sessão, Dr. Evidência almoça e segue para o quarto da paciente.

Dr. Evidência: - Boa tarde dona Incerteza ! Tudo bem ?

Sra. Incerteza: - Depende do senhor. Serei atendida no meu último desejo ?

Dr. Evidência: - Em primeiro lugar não podemos dizer que é seu último desejo – não temos certeza disto. Eu gostaria de saber mais o porquê da sua ansiedade em encontrar seu filho.

Sra. Incerteza: - Posso contar ? O senhor vai me ouvir ?

Dr. Evidência: - Lógico. Reservei bastante tempo para dedicar a este momento. E precisamos tomar uma atitude. Certo?

Após aproximadamente uma hora de diálogo entre Dr. Evidência e a senhora Incerteza, Dr. Evidência pergunta à paciente:

Dr. Evidência: - Que tal tentarmos adiantar a vinda de seu filho, e poupamos a senhora do risco maior de óbito ?

Sra. Incerteza: - Prefiro tentar adiantar a vinda de meu filho e ainda assim tomar o medicamento para me assegurar (o máximo possível) de que passarei mais tempo ao lado dele.

Dr. Evidência: - Então está decidido. Prescreverei o anti-SMT. Mas deixe eu lhe dizer algo: tenho certeza que seu filho vai lhe perdoar. Fique tranqüila.

Sra. Incerteza: - Muito obrigada doutor. O senhor está me fazendo muito bem !

Após dois dias o filho de dona Incerteza chegou e tiveram uma longa conversa. Não somente houve toda a compreensão da parte do filho, como a nora e a neta fizeram uma surpresa, levando flores para ela.

Ao passar uma semana, surpreendentemente a dona Incerteza volta a caminhar e cessam todos os sintomas. Dr. Evidência igualmente surpreso, interrompe o medicamento e registra este caso como mais um caso raro na história desta doença.

Às 12:00h do dia em que a paciente recebera alta hospitalar, Dr. Evidência sai para almoçar com sua mãe (Sra. Afetividade), pois teria uma longa conversa com ela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, F. *Medicina Psicossomática: seus princípios e aplicações*. Porto Alegre, ed. Artes Médicas, 1989.
- ALMEIDA, Eduardo Luiz Vieira de. *Medicina hospitalar – medicina extra-hospitalar: duas medicinas?* 1988. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- ATALLAH, A . N. – *Medicina Baseada em Evidências : o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica* - in : <http://www.epm.br/cochrane/ebm.htm> – 1997.
- BALINT , M. *O Médico , seu Paciente e a Doença* . Rio de Janeiro – São Paulo : Livraria Atheneu , 1988 .
- BOFF , Leonardo . *Saber Cuidar – Ética do Humano – Compaixão pela terra* . Petrópolis , RJ : Vozes, 1999 .
- CAMARGO Jr , Kenneth Rochel de . *Paradigmas , ciência e saber médico*. Rio de Janeiro : UERJ/IMS , 1992 .
- CAMARGO Jr, Kenneth Rochel de. *(Ir)racionalidade Médica: os paradoxos da Clínica. Physis- Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 203-227, 1992.
- __ . *Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea*. Porto Alegre: [s.n.], 1995. (Cadernos de sociologia, v. 7).
- CAMARGO Jr , Kenneth Rochel de . *Medicina , médicos , doenças e terapêutica : Exame crítico de alguns conceitos* . Rio de Janeiro : UERJ/IMS
- CANGUILHEM , Georges . *O Normal e o Patológico* . Rio de Janeiro : Forense – Universitária , 1978 .
- CASTIEL , Luis David .
O Buraco e o Avestruz . A Singularidade do Adoecer Humano . Campinas : Papirus , 1994 .
Moléculas , moléstias , metáforas . O senso dos humores . São Paulo : Unimarco , 1996 .
“*Vivendo entre exposições e agravos . A teoria da relatividade do risco*” , *História Ciências Saúde – Manguinhos* . III (2) .

- A medida do possível... saúde , risco e tecnobiociências* . Rio de Janeiro : Contra Capa Livraria / Editora Fiocruz , 1999 .
- CASTIEL, L.D.; PÓVOA, E.C. *Dr. Sackett & “Mr. Sacketeer”... Encanto e desencanto No reino da expertise na medicina baseada em evidências*. Cadernos de Saúde Pública: V.17:205-214. 2001.
- DRUMMOND , Jose Paulo . *Medicina Baseada em Evidências* . Rio de Janeiro - São Paulo : Livraria Atheneu, 1998.
- FOUCAULT , Michel . *O nascimento da clínica* . Rio de Janeiro : Forense – Universitária , 1998 .
- GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa. *Intuição e arte de curar : pensamento e ação na clínica médica* / Orientadora: Madel Therezinha Luz – Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social – 2001.
- ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- JEAMMET, P. , REYNAUD, M. , CONSOLI S. *Manual de Psicologia Médica* – São Paulo : Editora Masson do Brasil LTDA./ Editora Durban LTDA. , 1989.
- JENICEK , Milos . *Epidemiology , Evidenced-Based Medicine , and Evidenced – Based Public Health* . *Journal of Epidemiology* , 7 (4) : 187-97 , dec. 1997 .
- LUZ , Madel T. *Natural Racional . Social – Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna* . Rio de Janeiro : Campus , 1988 .
- LUZ , Madel T. *Medicina Ocidental Contemporânea* / Madel T. Luz, coordenadora - Rio de Janeiro : UERJ, IMS, 1997. 28p – (Série Estudos em Saúde Coletiva; n.149).
- LUZ , Madel T. *Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX*. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.
- LUZ , Madel T. *Biomedicina* / Madel T. Luz, coordenadora - Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. 26p – (Série Estudos em Saúde Coletiva; n.168).
- MARTINS, André. *Novos paradigmas e saúde*. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.83-112, 1999.
- MELLO FILHO, Júlio de . *Concepção Psicossomática - Visão atual* – Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro,1988.

- MELLO FILHO, Júlio de . *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott* – Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- MELLO FILHO, Júlio de, et col. *Psicossomática hoje* - Editado por Júlio de Mello Filho – Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.
- MORIN , Edgar . *Ciência com consciência* . Portugal : Publicações Europa – América LDA – Biblioteca Universitária , 1990 .
- NOGUEIRA, Roberto Passos. *A saúde pelo avesso: uma reinterpretação de Ivan Illich, o profeta da autonomia*. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- ORLICK, S.; BENNER, P. *The primacy of caring*. Am. J. Nursing, Mar; v. 88, n. 3, p.318-319, 1988.
- PERESTRELLO, Danilo . *A Medicina da Pessoa* – Rio de Janeiro / São Paulo : Livraria Atheneu, 1982.
- PRADO, J. 2000. '*Medicina baseada em certas evidências (editorial)*'. Revista Brasileira de Medicina. 57(11):3.
- RIBEIRO, J.M. "*Técnica médica e singularidades*" – in "*A Ciência e Seus Impasses: Debates e tendências em Filosofia, Ciências Sociais e saúde*" Organizado por Jeni Vaitsman e Sábado Girardi – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 213 p.
- SACKETT, D. L. 2000. '*The sins of expertness and a proposal for redemption*'. British Medical Journal. 320:1283.
- WINNICOTT , D.W. *O Brincar e a Realidade* . Rio de Janeiro : Imago Editora LTDA , 1971 .
- WINNICOTT , D.W. *Textos Seleccionados : da Pediatria à Psicanálise* / D.W. Winnicott Tradução de Jane Russo . Rio de Janeiro : F. Alves , 1993 .

REFERÊNCIA DA INTERNET:

- Curso sobre Medicina Baseada em Evidências. <http://www.evidencias.com/mbe.htm>
(visitado em 2002).