

Kenneth Rochel de Camargo Jr.

(Ir) racionalidade médica: os paradoxos da clínica.



**Dissertação apresentada, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre, ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.**

Orientador: -----

**Rio de Janeiro
1990**

656.1/19
C142

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR.

T 162/91
INSTITUTO MEDICINA SOCIAL / UERJ
— BIBLIOTECA —

(IR)RACIONALIDADE MÉDICA: OS PARADOXOS DA CLÍNICA

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Instituto de Medicina Social da
Universidade do Estado do Rio de
Janeiro

Orientadora: Profa. Madel T. Lúz

Rio de Janeiro
1990

T
162



KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR.

(IR)RACIONALIDADE MÉDICA: OS PARADOXOS DA CLÍNICA

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Instituto de Medicina Social da
Universidade do Estado do Rio de
Janeiro

Orientadora: Profa. Madel T. Luz

Rio de Janeiro
1990

Dedicatória.

Dedico este trabalho a todos os meus alunos e pacientes, com quem aprendi todas as vezes que deixei que me ensinassem.

Dedico também aos quixotes que, em lugares como o Serviço de Psicologia Médica e o Ambulatório de Medicina Integral, lutam pelo reencontro da Medicina com o sofrimento (os moinhos de vento que se cuidem...).

Dedico ainda

a Thaís, minha filha, que 1988 trouxe,
e a Robert, meu avô, que 1988 levou.

Agradecimentos.

Agradeço aos drs. Carlos Souza Guimarães, Daniel Benchimol e Maria Inês Padula Anderson a colaboração dedicada na avaliação de mais de cem relatos de consultas ambulatoriais.

Agradeço aos dds. Ana Paula Silva Bueno, Cristiane da Cruz Lamas, Denise Peixoto Guimarães, Gilberto Sénéchal de Goffredo Filho e Jorge Antônio de Sant'Anna Lins, o mais formidável grupo de pesquisa que alguém poderia reunir, o trabalho e a amizade que se estreitou durante estes anos todos em que temos estado juntos.

Agradeço à profa. Madel Luz, minha orientadora escolhida desde a graduação (embora sem saber), a paciência com mais um médico querendo escarafunchar a Medicina.

Agradeço à dra. Cláudia Medina Coeli a colaboração na revisão, as sugestões, a ajuda na estatística e a compreensão com o marido (eu).

Agradeço a meus pais, por tudo.

SUMARIO

Item	Página
I. Introdução	1
Apresentação.	2
1.O objeto de estudo.	5
2.Seria a Medicina uma Ciência?	6
II. Racional e irracional na medicina	12
3.Saber e Prática Médica e a busca pela Saúde.	13
4.Sofrer e Saber: subjetividade vs. objetividade, ou o confronto clínico.	17
5.A teoria das doenças.	22
6.O que a Medicina pensa (e diz) sobre si própria.	34
7.Ciência e Medicina: conveniências de uma associação.	49
8.Imaginário e cultural: pacientes e médicos.	56
9.Fundamentação do Saber. Epidemiologia e estatística.	62
10.O atendimento médico visto por dentro.	71
III. Um estudo de caso: o AMI	77
11.Metodologia.	80
12.Consolidado dos dados coletados a partir da revisão dos prontuários.	91
13.Consolidado dos dados das avaliações independentes.	100
14.Discussão.	102
IV. Conclusões	106
15.Clinica e ciências naturais.	107
16.Clinica e terapêutica.	110
17.Clinica e magia.	112
18.Epílogo	114
V. Anexos	115
19.Anexo I: Ficha de coleta de dados de prontuário	116
20.Anexo II: Valor preditivo de exames complementares	118
VI. Bibliografia	120

RESUMO

O ponto de partida deste trabalho é a tentativa de examinar a prática e o saber médico nas suas articulações internas, em contraste com as análises críticas da medicina que usualmente partem de um ponto de vista externo, seja com uma abordagem sociológica quer econômica.

A partir deste referencial, constata-se que a suposta cientificidade da medicina não se sustenta ao analisar-se seus referenciais teóricos, em especial no que diz respeito à epidemiologia, disciplina fundamental na constituição dos objetos da prática médica - as doenças - desconhecida pela maioria dos médicos. Mais ainda, categorias fundamentais do raciocínio clínico, como saúde, doença, cura e mesmo homem não são nunca definidas, como se fossem objetos naturais, dados, o que faz com a razão principal da busca por atenção médica, o sofrimento, seja marginalizado dentro do pensamento médico, e que o paciente seja apagado para que surja a doença.

Por fim, a partir da constatação do caráter eminentemente individualizado do exercício da medicina, o que por si só a afasta do paradigma das ciências naturais, defende-se a adoção de uma atitude científica que permita ao médico questionar as bases de sua prática e recuperar o papel do sofrimento como eixo principal do pensamento médico.

SUMMARY

The main concern of this study is an attempt to examine medical practice and knowledge from their "innards", contrasting with usual critical analyses that are often made from an external standpoint, not mattering whether the approach is that of social sciences or economics.

With this guideline as a starting point, it becomes evident that the supposed scientificity of medicine doesn't hold when one analyses its theoretical framework, specially into what epidemiology, a core discipline to the construction of objects for the clinical practice, is concerned. Moreover, categories that are basic to clinical reasoning, such as health, disease, cure and even man remain undefined, as if they were natural objects, already existant, and this allows for the main reason for the search for medical care, suffering, to be put aside from medical thinking, and the patient to become faded away so that disease can arise therefrom.

Finally, with regard to the eminently individualized character of medical practice, which in itself departs from the natural sciences' paradigm, the adoption of a scientific attitude is advocated, so that doctors can exert a certain criticism on the basis of their practice and recover the role of suffering as the main axis of medical thinking.

I. Introdução

Apresentação.

Há alguns anos, ainda durante o curso de graduação, ouvi de uma paciente, portadora de uma doença crônica, a seguinte frase, referindo-se à médica que a acompanhava já havia algum tempo: "ela tem lá a teoria dela, mas quem tem a prática do meu corpo sou eu". Espero que esta paciente anônima não se importe de que eu tome sua frase como epigrafe.

Uma das coisas que maior impacto me causou enquanto preparava este trabalho foi a leitura de um livro de Renato Mezan: "Freud, O Pensador da Cultura". Trata-se da tese de doutorado de Mezan, e ela se inicia com o relato de um sonho seu. Senti-me dessa forma aliviado, pois era inevitável em alguns pontos dessa dissertação assumir um tom pessoal, por mais que isso contrarie as regras de etiqueta da "Academia". E se ele pôde, porquê não eu?

Sendo médico, é inevitável que o aspecto pessoal "contamine" minhas percepções. Mas não apenas por este fato; por duas vezes ao longo do tempo de preparação deste trabalho, me vi na contingência de ter dois familiares gravemente enfermos (um faleceu), e tive eu próprio uma elevação brusca da pressão arterial (um pico hipertensivo, no jargão médico), situações que me colocaram "do outro lado da mesa". Mesmo agora é difícil falar destas experiências, do medo e da solidão que a doença, nossa ou de alguém próximo, traz. E numa situação bastante desgastante, que é a de ao mesmo tempo ser médico e familiar (sou o único médico da minha família, o que piora um pouco as coisas) ou

paciente. Lembro-me bem do esforço que fazia para acreditar que as coisas poderiam melhorar, mesmo quando meu "lado médico" me dizia ser isso impossível, e também para acreditar nessa Medicina que eu mesmo vejo com reservas. Lembro-me também do quanto precisei de meus colegas, e do quanto fui ajudado por eles. Assim, me parece que, se por um lado é imperioso denunciar e conter os arroubos dominadores da corporação médica, por outro lado ainda existe algo na nossa atividade que vale a pena ser preservado.

Mais que isso, em função do meu próprio trabalho e de meus colegas, vi pessoas encontrarem alívio de seus sofrimentos, vi médicos realmente empenhados em ajudar seus pacientes, com genuíno interesse pela sua melhora. Confesso que não poucas vezes encontro tremenda dificuldade (ao menos no que diz respeito a uma dimensão afetiva) de conciliar essas constatações com toda a produção teórica que, de uma forma ou outra coloca a Medicina no banco dos réus (ainda que justificadamente). A reação defensiva é quase inevitável (ranço corporativista?).

Eis que este é um trabalho sobre Medicina, feito por um médico. Um médico cada vez mais perplexo, equilibrando-se precariamente entre a visão crítica da prática médica e a eficácia (presumida? falaciosa? imaginária?) desta mesma prática. Porquê se é verdade que a Medicina é um grande negócio, movimenta um capital extraordinário, gera práticas de dominação social, por outro lado (às vezes) alivia sofrimentos. É neste ponto, por exemplo, que o caráter pessoal é inevitável. Como médico, espero poder acreditar que aquilo que faço tem alguma utilidade, ou, mais ainda, alguma nobreza...

Este trabalho está dividido em quatro partes. Na primeira,

uma breve introdução, apresento o objeto central de estudo e discuto em linhas gerais a relação medicina/ciência, que é mais aprofundada na segunda parte. Esta, a mais extensa, traz uma discussão de alguns aspectos referentes a: a) a articulação entre o saber e a prática médica, e destes com a demanda por atenção médica; b) os confrontos resultantes das diferenças de perspectivas entre médicos e pacientes¹; c) o papel da teoria das doenças como sustentação teórica fundamental da medicina; d) o discurso "oficial" da medicina, contido nos manuais didáticos; e) a relação entre o processo de medicalização e a "cientificização"; f) os aspectos imaginários que permeiam as representações que os médicos fazem a respeito da teoria e da prática da medicina; g) o papel desempenhado pela epidemiologia na sustentação teórica do modelo médico e as limitações da mesma; e, por fim, h) uma visão "de dentro" de como se dá um atendimento médico.

A terceira parte é um estudo de caso feito no ambulatório de um hospital universitario, e está subdividida em três: a primeira descreve a metodologia de coleta de dados empregada para verificar algumas das proposições que enunciei, a segunda traz os resultados da mesma, bem como uma breve análise estatística de alguns dos achados, e a terceira traz uma discussão dos últimos.

Por fim, a quarta e última parte abriga as conclusões a que cheguei com este trabalho.

1. Ao longo de todo este trabalho, uso o termo paciente todas as vezes em que falo do usuário de serviços de saúde (mais especificamente, serviços médicos). Outros termos utilizados ("cliente", por exemplo) pecam pelo artificialismo: normalmente não se vê médicos (eu inclusive) se referindo àqueles que procuram seus cuidados de outra forma que não seja paciente.

Tens, como Hamlet, o pavor do desconhecido?
Mas o que é conhecido? O que é que tu conheces,
Para que chames desconhecido a qualquer coisa em especial?

Fernando Pessoa (Alvaro de Campos)

1. O objeto de estudo.

É conveniente neste momento delimitar a área de investigação que pretendo abordar. O pano de fundo deste estudo é a visão crítica que se delineou em anos recentes (ou nem tanto) sobre a Prática Médica e suas relações com a Sociedade, com duas vertentes principais, uma lidando com aspectos referentes ao que se convencionou chamar medicalização (v. p. ex. MACHADO, 1978, ou COSTA, 1983) e outra ligada às relações com o Complexo Médico-Industrial (v. CORDEIRO, 1980, entre outros). Parece-me, entretanto, que este tipo de discussão aborda a Medicina do ponto de vista que poderíamos chamar de sua "externalidade"; pareceu-nos necessário elucidar algo do que se dá internamente à própria Prática e Saber Médicos, que permitem seu afastamento do que seria a sua finalidade precípua (ou pelo menos aquela que o establishment médico assume), qual seja, curar e aliviar o sofrimento, para se transformar em instrumento de dominação e fonte de acumulação de capital.

Neste estudo, portanto, o foco está dirigido para o funcionamento interno da atividade médica, na sua relação com o conhecimento que lhe serve de referência e com aqueles que demandam seus préstimos.

2. Seria a Medicina uma Ciência?

Para responder a esta pergunta necessita-se, em primeiro lugar, de explicitar seus dois conceitos fundamentais, quais sejam, o de Ciência e o de Medicina. Como a definição do conceito de Ciência é, por si só, objeto de intensa polêmica, para dizer-se o mínimo, e uma discussão ampla deste aspecto desviaria o propósito deste trabalho, adotar-se-á daqui por diante a definição das características fundamentais da racionalidade científica moderna e das disciplinas que a compõem. Assim, segundo LUZ, a racionalidade científica se caracteriza basicamente por ser um modo de produção de verdades mutáveis, a partir da aplicação de um método alçado à categoria de dogma, por sua imutabilidade, e que pressupõe a formulação de enunciados lógicos, preferencialmente matemáticos. Este Método, e seus enunciados, pretendem elucidar os mecanismos mais recônditos e as "Leis Naturais" que regem o Universo, do micro ao macrocosmo. Outra característica importante desta racionalidade é a subdivisão, praticamente ao infinito, em Disciplinas, isto é, domínios de enunciados científicos num campo específico de construção de objetos de discurso. (v. LUZ, 1987, em especial o capítulo I: "A construção da racionalidade científica")

A Medicina, por sua vez, também apresenta algumas dificuldades do ponto de vista conceitual. Em primeiro lugar porque "Medicina" se refere tanto à Prática quanto ao Saber médicos; em segundo porque não se constitui, em nenhum momento,

no bloco conceitual monolítico que se supõe¹. Sob o título "Medicina" abrigam-se uma técnica de prospecção de queixas (Anamnese), outra de esquadramento de sinais (Semiologia) e um inventário de categorias diagnósticas - "doenças" - e de seu tratamento (Clínica²), tratamento entendido como um conjunto de estratégias de aniquilamento destas "doenças", usualmente baseado no uso de medicamentos e/ou cirurgias. Estes três pilares assentam-se (do ponto de vista da formalização teórica) em disciplinas múltiplas, algumas especificamente ligadas à atividade médica (como a Fisiologia e a Anatomia Patológica), e outras de conexão mais remota (Biologia, Química). Uma outra Disciplina fundamental para a Medicina é a Epidemiologia, a qual por sua vez apoia-se cada vez mais na Matemática. A prática médica opera com as três técnicas em seqüência: colhe-se a "história da doença" por meio da anamnese, identificam-se sinais por meio da semiologia e utiliza-se o raciocínio clínico para identificar e tratar a "doença de base".

Este conjunto desigual também se subdivide por sua vez num número crescente de ramos (especialidades), cada vez mais restritos e pulverizados.

O suporte comum destas facetas é, por um lado, uma Prática (à qual voltar-se-á mais adiante) e, por outro, um grupo de representações que emprestam coerência a este mosaico³. A

1. Apesar disto, em quase nenhuma das referências consultadas os autores escaparam desta armadilha.

2. O próprio termo clínica é ambíguo, ora utilizado em referência à experiência médica como um todo, ora ao que chamo neste trabalho de "teoria das doenças". Lendo-se qualquer manual de Clínica, vê-se que sua unidade básica é a doença, começando de sua descrição (sinais e sintomas, características laboratoriais e epidemiológicas) e encerrando-se com o tratamento (medicamentoso, em particular) adequado.

3. Ou buscam emprestar, com sucesso relativo.

dificuldade com este grupo de representações é que ele não se encontra explicitado em nenhum lugar, embora seja ubíquo¹. Pode-se percebê-lo claramente nas entrelinhas do Saber Médico; pode-se entrevê-lo quando um professor de Medicina ensina. Num certo sentido pode-se dizer que constituem a espinha dorsal da "Ciência Médica"².

Este grupo de representações poderia ser resumido em um número bem pequeno de proposições, tais como: "as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa. As doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas por sua vez no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta³". Estas proposições, que formam uma espécie de "Teoria das Doenças", não se encontram em lugar nenhum, mas dificilmente soariam estranhas a qualquer médico. Não sendo explicitadas, não podem ser confrontadas, dissecadas. Não sendo discutidas, impregnam cada palmo da atividade médica, sem se submeter aos cânones do dogma científico. Tais representações transformam-se numa espécie de "corpo teórico" paracientífico, com um conjunto de categorias próprias.

Assim é que as evidências oriundas de investigações

1. Uma evidência importante deste fato consubstanciou-se no momento mesmo em que tentei fazer uma revisão bibliográfica utilizando a categorização feita pela Biblioteca do Congresso americana (o MeSH - Medical Subjects Headings). Apesar de existir uma infinidade de referências aos aspectos mais variados da atividade médica, não existe nenhuma referência genérica à metodologia da Medicina (embora exista como subreferência para qualquer assunto o item "métodos"). As referências mais aproximadas que encontrei foram Ciência (assim mesmo, no singular), Desenho de Pesquisas e Pesquisas em Serviços de Saúde.

2. Esta proposição será discutida nos capítulos sobre a teoria das doenças e o imaginário.

3. Por concreta entenda-se: remédio ou cirurgia.

epidemiológicas¹, por exemplo, deixam de ser encaradas como probabilidades de um grupo de indivíduos e passam a ser vistas como alguma espécie de profecia. O fato de que 50% dos indivíduos de um grupo experimental tem sucesso com um determinado procedimento passa a ser entendido como uma chance de 50% de sucesso para um dado paciente. Por mais que a estatística ressalte o absurdo de uma estimativa pontual, este tipo de equívoco é onipresente, evidenciando o quase total desconhecimento dos médicos sobre como é produzido o conhecimento sobre o qual, ao menos em tese, seus atos repousam, impedindo-os de manter uma postura crítica em relação ao mesmo.

Os objetos precípuos da Medicina, por sua vez, são historicamente excluídos do escopo do seu discurso. Categorias fundamentais, como Sufrimento, Saúde, Homem, Vida, Cura encontram-se perdidas nas brumas do imaginário, ou empurradas para o terreno da Metafísica. Mesmo o conceito de Doença não é explicitado uma única vez, como demonstra CANGUILHEM (1982), existindo apenas em oposição ao de Saúde, que tampouco é definido.

Se as Disciplinas que a constituem e/ou alimentam (as chamadas "Especialidades Médicas" e "Disciplinas Básicas", respectivamente) podem manter uma certa coerência interna, e atender aos requisitos do Método Científico, o mesmo não se pode dizer da Medicina, curiosa Disciplina que ignora os conceitos fundamentais de seu próprio funcionamento. Um exemplo claro desta situação pode ser encontrado na discussão que CANGUILHEM (op. cit., Parte I, cap. V) faz a respeito da relação da clínica com a fisiologia experimental. Toda a experimentação fisiológica

1. Sujeitas elas mesmas a crítica, com veremos adiante.

é, a princípio, rigorosamente enquadrada nos cânones da pesquisa científica. Isto não implica, por outro lado, que se possa ter uma definição fisiologicista, "científica", do que venha a ser saudável ou patológico. Como lembra Canguilhem, o fisiologista já desenha sua investigação com uma definição prévia de que algo é expressão de doença, definição esta dada pela clínica. Além disso, dificilmente as observações de laboratório podem ser transpostas diretamente para situações reais, na medida em que um laboratório é algo bastante diverso de um ambiente "normal". Apesar disto, trabalha-se usualmente (inclusive em termos curriculares, já que ensina-se primeiro o "normal" para depois chegar ao "patológico") transcrevendo-se diretamente as normas laboratoriais para as situações clínicas. Assim, se a obtenção das chamadas "constantes fisiológicas" pode ser um ato da mais pura "Ciência", sua utilização clínica certamente não é. ¹

é este feixe algo caótico de fragmentos de discurso científico, carente de organicidade, que serve de suporte a uma Prática historicamente intolerante com suas concorrentes, às quais acusa de "não-científicas", como se ela própria o fosse. E é, ela mesma, um emaranhado igualmente desarticulado onde se misturam várias peças dissimétricas que incluem em proporções variadas tradição, "ciência", pressão das indústrias farmacêutica e de equipamentos e uma larga margem de incerteza.

O que se pretende aqui é por a nú tanto esta desarticulação metodológica quanto o enraizamento ideológico, que a nosso ver dão sustentação à Prática Médica hoje hegemônica. Não basta apenas buscar raízes históricas (embora seja extremamente útil) para alcançar esta elucidação. Torna-se imperativo examinar o

1. Este aspecto será visto com mais detalhe adiante, em especial quando se discutir as contribuições da Epidemiologia para a "Ciência Médica". (v. ainda sobre este assunto, RODRIGUES, 1979)

próprio ato médico na sua forma atual, tomado aqui como expressão concreta de uma enorme gama de determinações, que vão desde o Econômico até o Psicológico. Sem querer negar importância a qualquer destas dimensões, se priorizará aqui a busca do evidenciamento de três aspectos elementares deste ato: a busca pela atenção médica (como estratégia, socialmente aprendida, de eliminação ou controle de um sofrimento), a prática médica (entendida como procedimento padronizado de um corpo de especialistas) e o Saber que a informa.

II. Racional e irracional na medicina

3. Saber e Prática Médica e a busca pela Saúde.

Existe algo que poderíamos chamar de mito constitutivo da Medicina moderna, que vê a si própria como uma longa e triunfante batalha da Razão contra o Mal, representado pela Doença, pela Morte e também pela Ignorância. Dentro deste mito, Saber e Prática Médica formam um todo indissolúvel e harmônico, que tem como contrapartida a busca, individual ou coletiva, de uma ajuda especializada no combate a este Mal. Indissolúvel e harmônico porque interdependente; mais que isso, a busca cria a Prática, e esta o Saber. O último fundamenta a Prática, que por seu turno atende às razões da busca. Fecha-se assim o ciclo (v. FOUCAULT, 1980; CLAVREUL, 1983).

Isto não é, entretanto, o que ocorre. O conhecimento médico, originário da clínica, isto é, da prática à beira do leito, migrou para os laboratórios, e médicos e pesquisadores parecem ter se esquecido de suas origens:

"(...) Assim, enquanto que na ordem didática, o patológico é deduzido do normal, na ordem heurística, ao contrário, é o normal que se estabelece a partir do patológico. Não se leva em conta essa inversão das coisas no ensino e quando o fato é abundantemente demonstrado por Canguilhem¹, isto não muda nada nem no ensino da medicina, nem na sua prática." (CLAVREUL, 1983, p. 53).

1. E por Foucault, também.

A embrionária Medicina Científica moderna sofreu uma verdadeira revolução nos seus albores (séculos XVII e XVIII) (FOUCAULT, op. cit. e 1981; ROSEN, 1979), que iria transfigurá-la em definitivo a partir do momento em que incorpora um novo equipamento - o Hospital - e uma nova técnica, a Necropsia, base do método anátomo-clínico (FOUCAULT, ibid.; ROSEN, ibid.). Estes dois marcos determinaram a sustentação epistemológica do Saber Médico, a qual atravessou inalterada dois séculos:

" "Se existe um axioma em medicina, é justamente a proposição de que não existe doença sem sede", dizia Bouillard referindo-se ao princípio tissular de Bichat. Toda a anatomia patológica, permitindo "verificar" no cadáver a realidade das novas concepções médicas, desenvolveu-se sob esses novos princípios que forneceram a base da nosologia e do vocabulário médico contemporâneo." (CLAVREUL, op. cit., p. 123)

Desde então, as doenças passam a ultrapassar os limites temporais - já que suas alterações deixam marcas indeléveis nos cadáveres - e espaciais dos seus portadores, já que, com a lesão anatômica, a doença ganha uma essência que extrapola a mera experiência subjetiva do indivíduo. O que era antes um critério de agrupamento baseado em similitudes, uma taxonomia similar à de Linnaeus, passa a ter vida própria - torna-se Doença¹. Mesmo as descobertas de Pasteur e o advento da

1. Ver a discussão da "Teoria das Doenças" feita mais adiante.

Microbiologia - assim como uma serie de façanhas espetaculares nos variados campos da Biologia (Genética, Imunologia, Bioquímica, etc.) e o novo aparelhamento tecnológico conquistado em especial no pós-guerra pouco alteram este modelo teórico, não representando nada que se aproxime da ruptura epistemológica do tipo que praticamente fundou a Prática Médica hegemônica nos nossos dias (FOUCAULT, *ibid.*; ROSEN, *ibid.*). Na realidade, tais descobertas apenas aprofundam uma tendência previamente desenhada, levando-a às últimas consequências. A Verdade da Doença deve ser buscada cada vez mais na intimidade microestrutural dos tecidos - principalmente nos tecidos mortos, porque os cadáveres não mentem. Assim, diagnosticar passa a ser uma tarefa a ser realizada apesar do doente, incontrolável fonte de erros, e o Saber Médico torna-se então um critério científico de exclusão, a maneira correta pela qual os doentes, estes ignorantes, deveriam se comportar. A Ciência Médica repete Procusto no seu afã de enquadrar, demarcar, disciplinar, normatizar. E ai daqueles que nao respeitam a norma correta de adoecer! São os funcionais, os que não têm nada, os polissintomáticos, os pitiáticos - a eles, o castigo. Mesmo que este tipo de paciente responda por uma parcela considerável da demanda ambulatorial¹.

A própria relação entre Saber e Prática na Medicina foge ao modelo harmonioso que a ideologia corporativa pressupõe. Não por desconhecimento - pelo contrário - mas por uma percepção nem sempre consciente da parte dos médicos da inadequação deste Saber à realidade. As rotinas diagnósticas transformam-se numa conduta mecânica (e mecanizada) de localização de lesões - e de

1. V. a discussão que ALMEIDA (1988) faz deste tipo de paciente, a que chama de "refratários", e que será detalhada mais adiante.

doenças, portanto - através do que já foi chamado de "eliminação através de exames apropriados" (BALINT, 1975). Os esquemas terapêuticos, largamente baseados no bulário e propaganda da indústria farmacêutica, raramente vão além do método de ensaio-e-erro e/ou da prescrição de sintomáticos, incluídos aí um sem número de psicofármacos mal empregados. Este saber, entretanto, persiste, principalmente, como referencial ideológico, como já foi dito anteriormente, e como fonte de legitimação da prática de uns e exclusão da de outros: "charlatães" e "curandeiros". A "Ciência Médica" permanece como norma institucional (e como modelo ideal), e tudo que a contraria é afastado, com apoio na ordem jurídica, inclusive. Assim, tudo que se refere à subjetividade, ao imaginário (por exemplo), é posto de lado como não-científico, sendo objeto de uma "farmacologização" tão maciça quanto cega - sempre em nome da Ciência.

4. Sofrer e Saber: subjetividade vs. objetividade, ou o confronto clínico.

O "ponto de partida" da medicina, tanto historicamente quanto a cada nova consulta, é o sofrimento, como fica claro nas palavras de BLANK:

"No encontro do médico com seu paciente dá-se uma relação singular, que é a do SABER com o SOFRER, cuja singularidade reside exatamente no fato de que o médico não procura saber a partir do sofrimento, mas, ao contrário, é o sofrer que procura seu alívio no saber que o médico já tem sobre ele. (...) é o saber médico que historicamente foi constituído por referência a um sofrer. Se isto for verdadeiro, parece-nos então claro que o SOFRIMENTO É O PONTO DE PARTIDA FUNDAMENTAL para a compreensão mais imediata deste saber." (BLANK, 1985, p. 11)

CANGUILHEM e FOUCAULT demonstram esta vinculação de forma inequívoca, o que não impede a Prática Médica de desconhecê-la permanentemente. A relação do sofrer com o saber é bastante paradoxal, em vários aspectos, como se pode ver a partir da leitura de BOLTANSKI, BALINT e CLAVREUL, entre outros.

Uma contradição fundamental se destaca para o propósito desta argumentação: para o paciente, a experiência da doença (sofrimento) é um fato concreto, incapacitante de uma forma que transcende sua capacidade de autocuidado, tornando necessária a intervenção do especialista. Para o médico, o sofrimento é irrelevante, e o paciente fonte de distorções. Sua relação se dá com a doença, e o paciente é um mero canal de acesso a ela. Um

canal muito ruim, por sinal, já que introduz ruídos em níveis insuportáveis. A idéia da "História Natural" das doenças esconde uma história de fabricação de objetos, sutilmente ocultada nos ensinamentos clínicos (FOUCAULT, ops. cits.; RODRIGUES, 1979); pressupõe pré-existência, descoberta, e não invenção. Isto é válido tanto do ponto de vista histórico-coletivo, na constituição do objeto da anátomo-clínica, quanto num corte transversal-individual, ao enquadrar-se aquele que sofre numa categoria diagnóstica. Assim, para o médico, a única realidade concreta é a da doença, expressão da lesão. O esquema referencial das doenças é, no entanto, mera classificação, artifício criado para enquadrar os fenômenos do processo saúde-doença. Ao esquecer disto, o médico passa a sobrevalorizar o artifício em detrimento do paciente, apagando seu sofrimento.

Ou, nas palavras de RIPPIN:

"(...) não há nada de fundamental em qualquer classificação; suas categorias são escolhidas apenas para um determinado propósito, e freqüentemente alguns dos objetos não se enquadram prontamente em qualquer classe. Mais ainda, uma vez que apenas umas poucas características de cada indivíduo são utilizadas como atributos para classificação, os próprios indivíduos tornam-se submersos nas classes, e sua individualidade é perdida nas leis científicas que surgem a partir daí. (...) a decisão sobre se um dado paciente é são ou doente tem que ser feita com base em leis diagnósticas que, no que concerne o indivíduo, são inacuradas e podem se tornar espúrias ou mesmo sem nenhum significado. Estas leis são portanto apenas diretirzes que devem ser "re-individualizadas" na prática clínica." (RIPPIN, 1988, p. 313 - grifos meus)

A precariedade do sistema classificatório da medicina pode ser testemunhada por qualquer um que já tenha trabalhado com o

Código Internacional de Doenças (CID), o qual sequer segue uma regra única para sua taxonomia, ora utilizando-se de critérios etiológicos, ora de localização. É interessante notar que o médico, apesar de procurar sempre se colocar no pólo objetivo deste confronto não está imune, ele mesmo, às contradições da subjetividade, como está implícito na necessidade de "reindividuação" declarada acima:

"De maneira paradoxal, porém, é a EXPERIÊNCIA do médico que dará sentido ao seu raciocínio (...), pois é pela realidade vivida pelo paciente que o médico tem a possibilidade de julgar os fatos, abreviar ou se desviar da lógica da necessidade de utilizar certos elementos e de relativizar o que é normal e o que é patológico, na medida em que seus limites são impostos pela própria contradição dos conceitos que utiliza."
(BLANK, op. cit., p. 49)

Uma demonstração bastante significativa da luta pela objetivação do sofrer subjetivo pôde ser verificada na sessão clínica que reabriu o anfiteatro central do então Hospital de Clínicas da UERJ (atualmente Hospital Universitário Pedro Ernesto), no início da década de '80: ao final da discussão do caso pelo expositor, o presidente da sessão invoca (nas suas palavras) o "homem da Verdade": o anátomo-patologista. Embora esta declaração já fosse, por si só, bastante reveladora das bases sobre as quais se assestam o Saber Médico, o que se seguiu foi ainda mais elucidativo: chegando ao estrado do expositor, a anátomo-patologista começou sua apresentação com um "slide" que mostrava uma senhora de meia idade, com uma visível expressão de sofrimento, deitada num leito de hospital. De seu corpo saía um

número respeitável de tubos e fios. Comentou então a patologista: "esta é a paciente". O auditório, até então circunspecto, foi sacudido por gargalhadas.

Deixando-se de lado o aspecto anedotal deste episódio, fica bastante clara uma das contradições básicas da Prática Médica tal como a conhecemos: a "doença do médico" não corresponde à do paciente. A presença daquela foto de uma mulher sofrida era realmente, neste sentido, uma intrusão absurda.

Avançando um pouco mais nesta contradição, percebemos um desdobramento da mesma: a Doença, enquanto categoria reificada, representa um tipo ideal (no sentido Weberiano do termo), portanto genérico. O paciente é, por definição, indivíduo, e por isso sujeito a uma variabilidade infinita. Assim, enquanto o Saber Médico discursa sobre o coletivo, atua concretamente sobre o individual. A lacuna entre estes dois universos é preenchida pela experiência, o que implica de antemão a exclusão do método. O momento mesmo de coleta de dados, na anamnese e exame físico, implica na consideração de certos dados e exclusão de outros. A própria forma de interrogar o paciente pode induzir sintomas (e muitas vezes o faz), em especial no trecho conhecido por revisão da sistemas, quando o paciente é interrogado sobre a existência ou não de sintomas específicos da suspeita diagnóstica do médico. O critério para aproveitamento ou não de certos dados é dado pela própria sistematização clínica, o que leva a uma tautologia perigosa: o médico passa a procurar no paciente a doença que, de antemão, já pressentia. Um exemplo concreto deste fato me foi relatado pelo prof. Ricardo Donato Rodrigues em comunicação

peçoal¹. Um determinado paciente, com um quadro de queixas vagas e uma seriografia sugestiva de úlcera péptica foi encaminhado à Endoscopia para avaliações ulteriores. Por um misterioso desvio, ao invés de ser encaminhado para o setor de Endoscopia Digestiva, o paciente foi parar na Endocrinologia, onde foi colhida uma história típica de hipertireoidismo (em função do "nervosismo", sudorese de extremidades, etc.). Ao se discutir este caso em sessão clínica, foi aventada a hipótese de que mesmo a lesão detectada na seriografia não passaria de mero artefato, causado por uma má execução do exame.

O que pudemos observar neste caso é a imposição, por parte da medicina, de uma categoria diagnóstica praticamente à revelia do quadro do paciente. Para entender como isto é possível, precisaremos nos deter um pouco mais no processo diagnóstico, em especial na sua relação com as categorias utilizadas ("doenças").

1. Embora este caso tenha sido relatado em sessão clínica no HUPE, não há registros escritos da mesma. A inexistência dos mesmos, se vista numa perspectiva psicanalítica, é por si só reveladora.

5.A teoria das doenças.

O eixo principal da "teoria da medicina" é, claramente, a teoria das doenças. Todo o trabalho médico está voltado para a identificação e eliminação, quando possível, das doenças e das lesões que as causam. Tudo o mais é secundário, inclusive o indivíduo que, incidentalmente, traz a doença:

"(...) O saber médico é um saber sobre a doença, não sobre o homem, o qual só interessa ao médico enquanto terreno onde a doença evolui. (...) Mas o lugar onde o objeto subsiste não é o objeto.

Para poder constituir a doença como objeto de estudo foi preciso entificá-la, constituí-la como um ser, reconhecível em suas manifestações "semelhantes" de um doente a outro." (CLAVREUL, 1983, p. 121)

Vê-se que, como já foi dito antes, a construção das doenças como categoria teve que ser feita excluindo-se os indivíduos acometidos; esta exclusão repete-se a cada instante na elaboração do diagnóstico das pessoas que buscam auxílio médico.

As categorias diagnósticas pressupõem um conjunto característico de sinais e sintomas que as definem; assim, todo livro-texto traz uma relação, por vezes extensa, do chamado "quadro clínico" de cada doença descrita. O problema é que esta relação inclui os dados possivelmente observados, o que não quer dizer que um dado paciente vá apresentar todos eles, ou mesmo os considerados mais relevantes. FEINSTEIN, na introdução do "Cecil

Textbook of Medicine", assinala que:

"(...) A existência destes diferentes subconjuntos [das doenças] cria defeitos importantes em qualquer "quadro de livro de uma doença". Uma vez que raramente o autor pode descrever todas as possibilidades diferentes, a descrição "clássica" dos manuais é usualmente baseada nas manifestações mais comuns ou patognomônicas. O leitor que esperar que a doença ocorra sempre desta maneira pode ficar surpreso, perplexo, ou assustado pelas muitas ocasiões nas quais um paciente aparece com um subconjunto diferente." (FEINSTEIN, 1979, p. 4)

As categorias clínicas são portanto abstrações, agrupando uma infinidade de processos individuais; abstratas ao ponto de por vezes serem de difícil distinção entre si:

"um modelo tão abstrato que a diferenciação da artrite reumatóide com outras doenças do tecido conjuntivo como o lupus eritematoso disseminado, febre reumática, osteoartrites pode ser muito difícil e até mesmo impossível, desde que as manifestações individuais não coincidem com os referidos modelos." (BLANK, 1985, p. 22-23)

Para aperfeiçoar as descrições destas categorias então, estudam-se as pessoas que estão enquadradas nelas (utilizando-se dos métodos epidemiológicos, que serão discutidos mais adiante). Aí reside uma inconsistência fundamental: para elaborar-se a lista de sinais e sintomas da doença X, observa-se um grande número de casos de pacientes com a doença X. Ou seja, para

obter-se a definição da doença X, o ponto de partida é a sua própria definição. Nesta tautologia repousa a elaboração e o aprimoramento das categorias diagnósticas.

Esta dificuldade metodológica também se encontra no momento em que se testa a capacidade de um determinado teste diagnóstico detectar uma disfunção ou doença: um novo teste é validado contra um antigo teste, o qual por sua vez tem também sua margem de erro. Mais ainda, a remissão última de toda e qualquer avaliação laboratorial é a definição clínica das doenças, embora no momento de solicitar um exame qualquer os médicos tendam atualmente a privilegiar seus resultados em detrimento da observação clínica¹, esquecendo que todo exame, por mais objetivos que sejam os dados que produz, está sujeito a um processo de interpretação²:

"(...) a interpretação dos resultados, não sendo objetiva em si mesma estará na dependência de uma aproximação probabilística que tenderá a confirmar ou excluir determinadas doenças quando relacionadas a um determinado quadro clínico (...)" (BLANK, op. cit., p. 96)

Mesmo com a desvalorização da chamada "Semiologia desarmada", o eixo central da racionalidade médica segue sendo a nosologia, que por sua vez está intimamente ligada à clínica. Desta forma, a incorporação dos resultados de exames laboratoriais ao processo clínico está sempre referido a uma

1. Os próprios médicos às vezes acusam-se de estarem "tratando resultados de exames".

2. Não só isso, como nenhum exame é cem por cento exato. V. a discussão sobre epidemiologia, mais adiante, e o ANEXO II.

interpretação, o que implica no recurso, uma vez mais, à experiência. Ou seja, por mais objetivos que sejam os dados de exames, sua utilização estará sempre sujeita à subjetividade do médico, que, por sua vez, é moldada pela teoria das doenças. Com isto queremos dizer que o ato de interpretar achados é determinado pela chave de interpretação, que, no caso do médico, é representada pelo arcabouço teórico da clínica. Veja-se o seguinte texto, onde o autor compara o trabalho de um cientista ao de um lexicógrafo:

"Um lexicógrafo coleta palavras e seus significados e inevitavelmente desempenha um papel importante em destilar as definições. Um cientista também trabalha com um vocabulário que ajudou a criar. Esta função de um cientista não é trivial; não é a simples compilação de um catálogo. Os termos "linfócito helper", "linfócito citotóxico", e "linfócito supressor" foram extraordinariamente poderosos em moldar a atmosfera intelectual geral em que experiências foram executadas, em sugerir possíveis questões a se abordar em experiências, na educação de uma geração de cientistas especializados em imunologia." (KAPLAN, 1988, p. 35 - grifos meus)

Ou seja, as próprias categorias criadas moldam toda a "atmosfera intelectual" onde novas evidências serão colhidas. Isto é tão ou mais verdadeiro com relação à prática médica e seu catálogo de doenças.

Voltando à teoria das doenças, fica claro então que a verdade última da doença está na lesão, que tem que ser buscada a todo custo. Isto por vezes dá margem a que ocorram situações em que um paciente com quadros difusos, porém com um único exame com resultado "anormal", passe imediatamente a ser mais um portador da doença associada ao resultado observado. Por exemplo, pudemos

observar numa ocasião um paciente com dores inespecíficas por todo o corpo, e que na primeira consulta teve solicitado um "parasitológico de rotina". Na segunda consulta, o exame acusava a presença de ovos de áscaris nas fezes. O paciente foi então tratado de ascaridíase, que passou a ser a causa de todos seus padecimentos.

A busca da "causa última" das doenças é basilar na medicina: a "Essência" da doença reside na causa, logo, remova-se a causa e cessa a doença. Tanto é que o diagnóstico ideal, completo, é o etiológico, e a intervenção ideal é remover a causa. Doença e lesão estão umbilicalmente ligadas; uma não existe sem a outra. Esta montagem teórica é fundamental na construção do modelo médico de intervenção, pois a identificação produzida entre doença e lesão permite reduzir ao biológico todo o processo do adoecimento, excluindo componentes outros ("psicológicos", "sociais") que possam estar envolvidos nesta determinação. Mesmo a idéia de "multicausalidade" também se resume a uma série de causas igualadas entre si no concurso da produção da doença, e que deságuam num mesmo estuário, a lesão:

"A concepção multicausalista, considerada como grande contribuição da Epidemiologia ao conhecimento médico, não passa de uma complexificação quantitativa de relações lineares, qualitativamente idênticas às de causalidade simples." (ALMEIDA Fo., 1989, p. 19)

Dito de outra maneira, a multicausalidade não é mais do que a unicausalidade elevada a alguma potência, achatando perspectivas e apagando diferenças. Desta forma, a Medicina ganha

poder absoluto sobre a doença, na medida em que nada do que ocorre escapa aos seus domínios, já que, por definição, tudo acontece exclusivamente dentro deles. Isto não quer dizer que os médicos não reconheçam a concorrência de fatores extra-biológicos na produção da doença; estes são, entretanto, subjugados pelo referencial biológico. Um exemplo disto está na frase que ouvi de um interno de medicina, falando sobre o diagnóstico diferencial de distúrbios intestinais: "Mulher de meia idade, com dor em hipocôndrio direito, alterações de trânsito intestinal e pitiática é igual a cólon irritável". Ou seja, tudo aquilo que não é lesão está expresso nesta equação no termo "pitiática", termo pejorativo para se referir a pessoas com sofrimentos subjetivos. O subjetivo é aqui igualado aos outros componentes, na produção do diagnóstico. O qual terá, provavelmente, como seqüência lógica a prescrição de um tranquilizante, levando ao último passo a biologização do sofrer subjetivo. Outro ponto a ser assinalado aqui é que, embora diagnóstico e terapêutica sejam etapas lógicas distintas, a construção de categorias diagnósticas traz implícito um projeto de intervenção, do qual não escapa o discurso preventivista, na medida em que está referido ao mesmo marco conceitual (v. RODRIGUES, 1979). A medicina existe para agir. Poder-se-ia contra-argumentar que muitas vezes medicam-se pacientes que não têm diagnóstico. Há pelo menos dois pontos neste argumento que podem ser contestados: em primeiro lugar, "não ter um diagnóstico" pode ser discutível, já que muitas vezes o que se vê é que o médico não chegou a um diagnóstico definitivo, mas já dispõe pelo menos de um conjunto de hipóteses que fazem com que se sinta autorizado a agir. Mesmo no caso das "medicações sintomáticas", há algum tipo de diagnóstico presuntivo: se, por exemplo, prescrevo um analgésico para uma cefaléia, isto quer dizer que suponho que a mesma não se deve a

qualquer causa orgânica que mereça maior investigação e tratamento. Ou seja, se é possível prescindir-se de um diagnóstico formal, certamente o raciocínio clínico continua presente. Um tipo de situação que parece escapar a este raciocínio é o do paciente "não nosologizável", ou "refratário" como ALMEIDA o chama:

"Assumindo a perspectiva de que o processo diagnóstico opera na realidade uma classificação, ou melhor, enquadre do indivíduo no discurso médico, denominarei os não-enquadrados de refratários¹." (ALMEIDA, 1988, p. 41)

Em primeiro lugar, é o caso de discutir-se se estes pacientes realmente não têm diagnóstico. Efetivamente os médicos costumam dizer destes pacientes que os mesmos "não têm nada", querendo dizer que não há lesão. Afirmo, porém, que não enquadrar em nenhuma categoria diagnóstica conhecida, neste caso, é também diagnóstico; é como se, ao final do compêndio de clínica ou do CID houvesse um item escrito "Nenhuma Das Anteriores". Tanto é, que ao discorrer sobre as estratégias utilizadas pelos médicos para lidar com estes pacientes, o próprio autor identifica o que chama de "discurso da exclusão":

1. Pelo próprio recorte que este autor faz, o nome é bastante inapropriado. Para um médico, ao menos, isto soa como um paciente que não adere a um tratamento prescrito, por exemplo, e daí para o "paciente rebelde" a distância é mínima. Nesta lógica de pensamento, como é a medicina que é refratária a eles, e não o contrário, penso que talvez o lógico fosse chamá-los de rechaçados.

"É mais um artifício médico do que propriamente um discurso com o corpo teórico e prática determinados. Consiste na aplicação da causalidade psíquica após o insucesso em revelar uma lesão/disfunção, ou agente etiológico¹ (...) Se o caso não está inscrito na ordem somática é porque na realidade não pertence a esta ordem de discurso e sim a outra: a psíquica.

Como disse, este discurso não elabora nem utiliza qualquer conhecimento da psicopatologia. Ele se resume em excluir o fenômeno da esfera somática e atribuí-lo à psíquica." (ALMEIDA, op. cit., 75 - grifo meu)

Ou seja, não quer dizer que o médico diagnostique uma neurose, por exemplo. Trata-se de exclusão, pura e simples, e neste caso, exclusão para uma área menos "nobre" da medicina, a Psiquiatria. Desta forma, o médico encontra uma "saída honrosa": não se pode dizer que ele tenha deixado o paciente à míngua, e ao mesmo tempo se livra dele. Os próprios pacientes devem perceber isto, na medida em que pudemos constatar que, no hospital onde trabalhamos, cerca de 50% dos encaminhamentos feitos por clínicos não se consumam, pois os pacientes sequer vão à Psiquiatria². Da mesma forma que encaminha estes pacientes ao psiquiatra, o médico pode prescrever tranquilizantes ou não fazer nada e simplesmente mandar o paciente embora, como aliás faz, por vezes. Com isto quero dizer que o simples fato de encaminhar alguém ao psiquiatra, não quer dizer que se reconheça qualquer validade

1. Mais de uma vez ouvi de meus professores de semiologia: "o diagnóstico de doença psicogênica é um diagnóstico de exclusão". Isto reforça, no meu entender, a idéia do diagnóstico de não-diagnóstico.

2. Por outro lado, ainda bem.

terapêutica na Psiquiatria¹, e que qualquer forma de terapia, no sentido estrito, esteja sendo buscada neste caso. Analogamente aos atos falhos, que revelam conteúdos inconscientes recalçados, estes pacientes, ao serem expulsos para a periferia do aparato médico expõem, pela omissão, a fragilidade da sustentação teórica da prática médica. Talvez por isso muitas vezes os médicos se tornem hostis com este tipo de paciente.

Tendo discutido possíveis objeções a esta proposição, reitero portanto a afirmação de que clínica e terapêutica são efetivamente indissolúveis. Evidência adicional pode ser vista no texto seguinte:

"(...) Ora, a clínica não é uma ciência e jamais o será, mesmo que utilize meios cuja eficácia seja cada vez mais garantida cientificamente. A clínica é inseparável da terapêutica e a terapêutica é uma técnica de instauração ou de restauração do normal, cujo fim escapou à jurisdição do saber objetivo, pois é a satisfação subjetiva de saber que uma norma está instaurada." (CANGUILHEM, 1982, p.185 - grifo meu)

Vê-se que não só existe uma ligação indissolúvel entre a classificação nosológica e o projeto de intervenção como também exatamente esta ligação introduz mais um elemento de indeterminação na "ciência" médica.

1. O desprezo devotado pela medicina à "filha enjeitada" é nítido no texto abaixo, retirado de um compêndio de farmacologia:

"Na psiquiatria, (...) a fluidez das entidades diagnósticas é mais a regra do que a exceção, e, em consequência, o uso dos medicamentos psicotrôpicos carece muitas vezes da elegância e precisão possíveis em outras áreas da medicina." (GOODMAN et al., 1979, p. 142)

Talvez por isso, a intervenção tenha um status menor em relação ao diagnóstico, como podemos ver a seguir:

"As decisões intervencionais de um médico (...) são vistas freqüentemente como arte. Os (...) agentes usados para intervenções terapêuticas são bastante desenvolvidos do ponto de vista científico, mas as decisões tomadas acerca deles são freqüentemente feitas com base em opiniões, geralmente sem respaldo do tipo de evidência científica que sustenta a atividade explicativa (...)

De acordo com esta crença, o conteúdo científico principal de um médico está abrangido no "trabalho" que revela nomes diagnósticos e mecanismos patogênicos. Uma vez que este desafio foi vencido, não parece existir a necessidade de qualquer pensamento científico ulterior. Após escolher um agente terapêutico de acordo com o diagnóstico estabelecido, o clínico precisaria apenas das artes da percepção e comunicação humanas para dizer ao paciente o que está errado e o que está sendo planejado." (FEINSTEIN, 1979, p. 3)

Ou seja, uma vez definido o diagnóstico, a "ciência" pode sair de cena e dar lugar à "arte", já que daí em diante o caminho é "ladeira abaixo". O papel secundário da terapêutica é colocado de forma ainda mais explícita por ALMEIDA:

"A sobrevalorização do raciocínio clínico, em detrimento da terapêutica, torna-se mais clara onde se pratica uma medicina mais sofisticada. Nos hospitais universitários, por exemplo, é comum o professor mais graduado acompanhar o paciente até o diagnóstico. Daí para frente o "caso" é passado para o assistente, para o residente ou para o interno. A terapêutica transformou-se em tarefa menor, sem maiores atrativos científicos. A academia praticamente não pesquisa mais a terapêutica. Esta tarefa cabe quase que exclusivamente ao laboratório farmacêutico. Nota-se, portanto, uma divisão de competência ao nível da pesquisa médica: a academia pesquisa a doença, o

laboratório farmacêutico pesquisa a terapêutica."
(ALMEIDA, 1988, p. 22-23)

Os trechos anteriores esclarecem bastante a respeito de que arte os teóricos da medicina falam: trata-se de atividade subsidiária, a ser executada após o trabalho real ter se completado. Até porquê o diagnóstico não pode ser confrontado, ao se obter um certo grau de certeza, já que é um ato exclusivamente médico. Já a terapêutica implica necessariamente em incertezas, em possibilidade de fracasso, além de ser compartilhada, executada pelo paciente, no caso do ambulatório. O diagnóstico se faz até melhor com o paciente morto, e a terapêutica, obviamente, não.

O desinteresse dos professores pela terapêutica, citado por ALMEIDA, tem a meu ver outros determinantes. Em primeiro lugar, como lembra FEINSTEIN, o trabalho "nobre" já foi feito ao se diagnosticar, e a partir do diagnóstico a terapêutica está determinada. Além disso os professores não têm maiores compromissos com pacientes; seu grande momento é nas visitas ("rounds") e nas sessões clínicas, oportunidades únicas de demonstrar todo seu saber.

No que diz respeito à pesquisa farmacêutica, existem determinantes econômicos que não podem ser deixados de lado. A pesquisa de terapêutica por vezes até existe na Academia, porém como caudatária da pesquisa industrial (nas economias periféricas; é possível que nas centrais as coisas se dêem de modo diverso). A lógica interna de funcionamento da medicina, por outro lado, não parece ser muito diversa nos dois lados do Rio Grande. De qualquer modo, a indústria farmacêutica tem papel efetivo na determinação dos "esquemas terapêuticos" (assim como a

de equipamentos, nos "esquemas diagnósticos"), que, todavia, não se esgota pura e simplesmente numa bem-sucedida estratégia de marketing, como lembra o próprio ALMEIDA. Parte do sucesso das estratégias da indústria, ao menos, deve ser creditada ao próprio esquema conceitual que os médicos trazem consigo, os quais, entre outras coisas, reduzem a saúde/doença ao biológico, à presença ou não de lesão, e a terapêutica à administração de remédios segundo o bulário que os acompanha.

6. O que a Medicina pensa (e diz) sobre si própria.

Uma fonte essencial para a reflexão acerca do corpus teórico da Medicina é dada pelos livros de referência adotados nas Escolas Médicas, em especial nos seus capítulos introdutórios, onde forçosamente alguma digressão geral acerca do Saber e da Prática estará presente. Além desta referência obrigatória, estas informações foram complementadas com um rastreamento de artigos publicados recentemente (1987-1989) em revistas médicas internacionais, abordando aspectos relativos à "Ciência Médica".

Um manual de Semiologia diz, por exemplo:

"A sociedade distingue o médico com o privilégio do acesso aos recantos mais íntimos da mente e corpo de seus semelhantes. O estudante de medicina deve tomar consciência desse fato para que possa buscar desde seus primeiros contatos com a arte e ciência médicas a excelência no desempenho de suas funções como técnico de saúde, conselheiro, amigo, confortador hábil e conhecedor da natureza humana. (...) Há uma diferença fundamental entre a utilização do conhecimento técnico para o diagnóstico e terapêutica de um quadro de doença hepática e a conduta global adotada durante o período de investigação e terapêutica." (BURKE, 1980, p. 2 - grifos meus)

Fica claro em primeiro lugar a admissão implícita de que nem tudo é Ciência na Medicina, disfarçada na menção à Arte. Não vamos nem tentar discutir o que seria Arte (já temos problemas suficientes com a reflexão sobre Ciência...), mas o fato é que ao mesmo tempo em que o Saber reconhece sua limitação, tenta

conferir à mesma um status diferenciado em relação a outras habilidades "comuns": se a Prática é Arte, então o médico é artista, e não artesão¹. Ou seja, continua sendo algo de muito especial.

A oposição estabelecida entre quadro e conduta reforça nossa argumentação: o Saber (quadro) não é mais que uma referência genérica, pouco precisa, para a Prática (conduta). Além disso, o primado fisiopatológico fica evidente na enunciação dos predicados fundamentais do médico: "técnico de saúde, conselheiro, amigo, confortador hábil e conhecedor da natureza humana". No que diz respeito à saúde², o médico é técnico. Já para as outras aptidões, a generalidade do "amigo" é suficiente³.

Prosseguindo no texto, encontramos algumas referências ao Método Clínico:

1. Arte aqui está claramente referida à "criação inspirada" e não à habilidade, à destreza e ao conhecimento eminentemente prático do artífice. A profissão médica, ainda que "artística" neste sentido, está firmemente subordinada a um saber científico. Nas palavras de TESTA:

"(...) el conocimiento científico acerca del saber de la práctica profesional, lo hace depender de una manera especial de adquisición. Esa manera implica no sólo el conocimiento de la práctica, sino también de la teoría que la sustenta.; y no de cualquier teoría sino de alguna teoría aceptable. La práctica profesional es, desde este punto de vista, la práctica de una teoría científica. La traducción correspondiente hace que los criterios empíricos se transformen en científicos." (TESTA, 1984, p. 10)

2. Seja lá o que isso for. Nunca é demais assinalar que este termo tão fundamental não é definido nunca, apesar de ser invocado várias vezes neste e em outros trechos.

3. Esta é uma divergência fundamental que tenho com a visão de ALMEIDA sobre uma presumida psicologização do que chama de "medicina extra-hospitalar" (1988). Mesmo quando o Saber Médico reconhece a existência de algo que lhe escapa, relega-o para o terreno das "boas maneiras"... Os "modelos alternativos" para a Prática não chegam a se constituir em alternativa real para o modelo hegemônico.

"O médico (...) busca (...) identificar o desvio do estado de saúde, sua intensidade e reversibilidade, bem como elaborar planos de tratamento para tal anormalidade. Para alcançar esses objetivos empregamos várias etapas de ação, às quais, em conjunto, denominamos método clínico.

(...) Fica implícito nessas considerações o conceito fundamental da "soberania da clínica". Por esta razão, o domínio perfeito do método clínico é de fundamental importância na formação médica.

(...) são requisitos essenciais para o bom aprendizado e exercício do método clínico:

a. Conhecimento sólido e atualizado de patologia e fisiopatologia, que permitirá a busca e a identificação correta dos desvios da normalidade. Esse conhecimento permitirá também interpretações racionais do desconhecido, mesmo por parte do médico principiante e inexperiente.

b. Utilização destes conhecimentos em nível pessoal (na medicina não há doenças e sim doentes)¹
(...)

d. Aplicação racional, sensata e pessoal da orientação terapêutica (...)" (BURKE, op. cit., p.2-3 - grifos meus)

Neste trecho, podemos ver de modo claro algumas das proposições que enunciamos anteriormente:

a) A tarefa do médico é identificar e eliminar "anormalidades" fisiopatológicas de forma "racional".

b) Apesar disto, a Prática do médico é eminentemente individual, no que diz respeito às condutas que adota (o que está, de alguma forma, em contradição com as aspirações de racionalidade científica: se a prática é individual, não é reprodutível, requisito básico do método científico).

Chama a atenção a insistência, deste e de outros autores, ao reafirmar o caráter essencialmente "humanitário" da medicina.

1. Embora esta expressão seja reiterada sistematicamente, não tem maiores conseqüências na prática.

Veja-se por exemplo o seguinte trecho:

"(...) Esta imagem humanitária do médico simboliza o poder da medicina para ajudar os necessitados. Ela não vem sob a forma de um tomógrafo comutadorizado ou um ciclotron, um ecocardiógrafo ou um sintetizador de DNA mas como um indivíduo com uma maleta preta." (HEALY, 1989, p. 162)

Por mais poética que a imagem seja, o que sobressai da prática médica, tal como a vemos hoje, é exatamente o oposto do que o autor ressalta.

Voltando ao nosso manual de Semiologia, temos uma enumeração das etapas do método clínico:

"Etapas. Bases racionais e científicas¹

1. Colheita de dados básicos: - subjetivos
(anamnese)
- objetivos:
exame
físico
complementares
2. Interpretação ou análise crítica dos dados colhidos.
3. Relação de dados isolados ou agrupados em ordem de importância (lista de problemas)
4. Seleção do(s) problema(s) chave(s).
5. Identificação de doenças conhecidas com o(s) problema(s) chave(s).
6. Seleção da doença entre as acima que melhor explique todos os dados.
7. Determinação do nível de intensidade e/ou gravidade da doença identificada.

1. A reiteração sistemática de palavras ligadas a "razão" e "ciência", se lidas num contexto psicanalítico, denunciam seu inverso, isto é, a percepção de que há menos ciência e razão do que o autor supõe (deseja).

8. Seleção da(s) modalidade(s) terapêutica(s) mais adequada(s) à correção dos distúrbios identificados e garantia de sua execução através de interação com o paciente"
(BURKE, op. cit., p. 3-4 - grifos meus)

São exatamente os passos de 4 a 6 que incorrem na maior margem de indeterminação. Quem faz a "seleção do(s) problema(s) chave(s)", senão o próprio médico? O autor insiste o tempo todo na "racionalidade", mas como se pode ter certeza da "racionalidade" desta escolha? Alguma escala implícita de valores forçosamente estará presente. E isto tem que se dar apesar do paciente, como fica mais claro em outro trecho mais adiante:

"(...) é como se a satisfação [com o esclarecimento dos mecanismos de produção dos sintomas] coincidissem com a sensação do médico de que sua compreensão dos sintomas é de tal ordem completa que ele poderia ser o paciente (...)" (BURKE, op. cit., p. 4 - grifo meu)

Verifique-se que este "ser o próprio paciente" não implica em poder sentir-se como o paciente, e sim em poder informar como o paciente, sem a carga de distorção que este traz.

O primado fisiopatológico é absoluto. Os dois termos da equação do ato médico - médico e paciente - só podem ser resolvidos à maneira da álgebra, igualando um dos termos a zero. O paciente só será fonte fidedigna de informação quando for completamente despersonalizado. A firme crença médica nestes postulados fica evidente nas transcrições a seguir:

"(...) o sucesso cospícuo da medicina ao longo das últimas décadas foi devido a descobertas em bioquímica, imunologia e outras ciências básicas. Embora existam virtudes na abordagem mais humanística dos médicos do século passado, ninguém iria brigar para retornar ao seu tipo de prática." (LYTTON, 1988, p. 2509)

Poderíamos argüir como auferir o "sucesso cospícuo" da Medicina, mas basta no momento notar:

- a) A primazia indiscutível das ciências básicas;
- b) O papel secundário (ou mesmo dispensável) da "abordagem humanística".

Mesmo quando se reconhece a importância de fatores externos ao modelo anátomo-clínico, não se lhes reconhece status científico; seriam componentes de uma "atitude", do "bom-senso", numa espécie de regra de etiqueta que, embora bem vinda, não é essencial:

"(...) o tratamento de pacientes não é menos importante porque "não há nada errado com eles". (...)
Dispense-os com um "não há nada errado com você", ou nocauteie-os com diazepam¹, e eles irão rapidamente deixar de lado toda a classe e procurar ajuda de algum

1. Veja-se aqui que o que foi dito em relação ao tratamento dos "que não tem nada" é mais generalizado do que se possa supor.

profissional "alternativo"¹. (...) o clínico habilidoso tem algo além da ciência, não para ser usado em lugar dela, tampouco mágico, e é seu entendimento daquilo que Osler chamou de "essa velha natureza humana deliciosamente crédula na qual trabalhamos". Estas coisas são ensinadas e aprendidas à beira do leito e nas clínicas e, para aqueles com olhos para vê-las, em livros, peças de teatro e poesia, mas raramente em cursos de ciências do comportamento. Elas são ensinadas principalmente pelo exemplo e aprendidas pela experiência." (MASSEY, 1989, p.119 - grifos meus)

Ressalta daqui um movimento duplo de reconhecimento de que há situações (aqueles pacientes que ALMEIDA (1988) chamou de "refratários"²) que escapam ao Saber médico, combinado com uma desqualificação de qualquer outra disciplina que possa vir a querer espaço na Prática médica. Trata-se apenas de uma questão de experiência no exercício da "Arte", que dispensa qualquer elaboração teórica, o que equivale, concretamente, a não reconhecer a estes pacientes o status de "doentes", apesar da ressalva que o autor faz: "o tratamento de pacientes não é menos importante porque "não há nada errado com eles."" Na prática o que se observa é exatamente o contrário, como veremos mais adiante.

Podemos encontrar alusões semelhantes no capítulo introdutório de outro manual de clínica (Harrison's Principles of Internal Medicine):

1. O tom pejorativo é bem claro, mesmo admitindo a incompetência médica para tratar destes pacientes. Outra coisa digna de nota é que a preocupação expressa do autor é evitar que estes pacientes procurem algum terapeuta "alternativo": para manter a primazia da medicina, faz-se o sacrifício de aturar estes pacientes.

2. Reitero que há aqui porém uma nuance importante. Este autor admite um processo de psicologização da medicina, coisa que a meu ver, como já disse anteriormente, absolutamente inexistente, a não ser como movimento marginal. O modelo hegemônico não concede qualquer espaço ao "saber Psi".

"A ênfase na primeira edição foi primariamente no diagnóstico clínico, e embora este permaneça como a pedra angular da medicina interna, a ênfase na décima edição deslocou-se progressivamente para os avanços tecnológicos evidentes no uso de testes diagnósticos que são dirigidos à busca das causas das doenças e à aplicação das modalidades de tratamento bem mais eficazes atualmente disponíveis para os clínicos. A maior parte destes avanços não seria possível se não fosse pelo conhecimento enormemente melhorado da fisiopatologia e dos mecanismos de doença." (PETERSDORF et al., 1983, p. 1 - grifos meus)

Não resta dúvida sobre o quê deve ter o primado na Prática Médica...

Mais adiante, após a costumeira exortação às essenciais "virtudes humanas" do médico, e da inevitável referência a "ciência e arte", o mesmo texto se detém na definição do que seria a "Arte médica":

(...) Esta combinação de conhecimento médico, intuição e capacidade de julgamento é denominada de arte da medicina. Ela é tão necessária à prática médica quanto uma base científica sólida." (PETERSDORF et al., op. cit., p. 1 - grifo do autor)

A "arte da medicina" é então uma combinação de conhecimento médico, intuição e julgamento, características do médico hábil. Há uma aparente contradição com o trecho anterior, que reforça a technicalidade da medicina. Mas, na verdade, podemos afirmar que o que este e outros textos semelhantes fazem é afirmar, docemente

constrangidos, que medicina não é só Ciência, senão mais que Ciência, na medida em que exige, além do "sólido conhecimento" do cientista, as habilidades do artista (e não do artesão, como já foi dito anteriormente). Não nos iludamos, então; o primado absoluto, apesar dos acenos às musas da Arte, permanece sendo da "ciência", aqui representada pela anátomo-clínica.

Num outro manual de clínica ("Cecil Textbook of Medicine") há um texto introdutório onde lemos que:

"(...) Os professores de clínica devem mesmo parecer ser muito diferentes daqueles que conduziram seu trabalho pré-clínico¹. Bioquímicos e farmacologistas têm fatos "sólidos" para trabalhar. Nós, por outro lado, lidamos com artigos como dor e náusea (...) Nós vivemos, portanto, numa atmosfera de dúvida e incerteza, e tomamos nossas decisões e efetuamos nossas ações baseados em probabilidades." (BEESON, 1979, p. 1 - grifos meus)

Apesar do reconhecimento - bastante honesto, aliás - das flagrantes limitações com que todo médico opera, isto não parece ir muito além de uma declaração de princípios, do tipo "exortação aos jovens". Tanto é que, no mesmo livro, apenas algumas páginas adiante, WYNGAARDEN, após extenso panegírico das "conquistas da ciência biológica", escreve:

"A prática da medicina é tanto uma ciência quanto

1. O texto é dirigido àqueles que estão iniciando o estudo da clínica.

uma arte.

Um clínico habilidoso deve ter um extenso conhecimento médico, que é o alicerce da competência técnica. Adicionalmente, ele ou ela deve ter capacidade de avaliação, tato, capacidade de decisão, contenção, compaixão, interesse, tempo e outras qualidades pessoais de atenção e dedicação. Este ensaio não afirma que a competência técnica é suficiente. Ele sustenta que compaixão sem conhecimento é insuficiente. A arte e a ciência da medicina devem estar sempre intimamente ligadas. O estudante estuda a ciência da medicina primeiro, domina-a cedo e retorna a ela freqüentemente. O estudante adquire a arte da medicina - a aplicação habilidosa do conhecimento médico no cuidado ótimo do paciente - mais gradualmente e com a experiência." (WYNGAARDEN, 1979, p. 8 - grifos meus)

Além da recorrente alusão à "arte", percebemos uma vez mais a reafirmação do primado da "ciência". Além disso, apesar também da declaração da indissolubilidade da "arte" e da "ciência" na medicina, a primeira é aprendida, a outra fica a cargo da experiência - numa posição flagrantemente secundária. de JUAN et al. explicitam de forma ainda mais clara o que é realmente importante para o médico: estudando as respostas de alunos, professores e médicos a um teste que busca avaliar que disciplinas seriam mais importantes nas etapas pré-clínicas da formação médica, estes autores concluem:

"(...) Patología general, Fisiología y Farmacología constituen el grupo de máxima relevancia. Biología médica, Bioestadística y Física médica integran el grupo de asignaturas menos relevantes. El resto de las asignaturas forman un grupo intermedio. Respecto a su importancia para la formación científica del médico existen pequeñas diferencias en la composición de los grupos." (de JUAN, 1988, p.42)

Antes de comentar estes achados, cabe esclarecer que o que autor declara como disciplinas importantes foram aquelas que os indivíduos estudados consideraram mais importantes. Não se vê nenhum processo de crítica a este referencial; simplesmente assume-se a visão da corporação como a correta, e ponto final. O fato de que houve concordância entre os três segmentos (professores, alunos e médicos) dificilmente causaria surpresa a alguém: todos rendem homenagens à mesma Academia. Observe-se ainda que, apesar de uma aparente contradição com o que vimos sustentando até agora, com a exclusão da biologia médica do grupo das "disciplinas importantes", verifica-se que as disciplinas predominantes são plenamente identificadas com o modelo anátomo-clínico (patologia, fisiologia, farmacologia são, em última instância, o tripé teórico deste modelo). Outro fato digno de nota é que, entre as disciplinas "desimportantes" encontra-se a bioestatística, que (como veremos adiante) é básica na validação de quase tudo o que se faz em medicina. Por fim, "el resto" fica relegado a uma zona cinzenta. Falando de uma posição mais confortável, já que não tem que interagir diretamente com o paciente, o anátomo-patologista coloca as coisas no seu devido lugar de modo mais claro:

"O médico iniciante ouve tantas vezes que deve preocupar-se com o paciente como um todo que chega a esquecer de que por trás de cada doença orgânica há células com mau funcionamento¹." (ROBBINS, 1975, p. 1 - grifo do autor)

1. Acho que o autor exagera na sua preocupação. A médico nenhum, mesmo os iniciantes, é dado esquecer que por trás da doença existe a lesão, e que isso é o que importa.

Efetivamente o que observamos concretamente é que a preocupação com a "humanização" da medicina não ultrapassa o rol das boas intenções. Como observação casual, podemos citar um estudo feito com a utilização de computadores para a obtenção da anamnese. O primeiro dos pacientes a utilizar a máquina (um senhor idoso) riu quando percebeu que uma pergunta estava sendo repetida, e fez uma crítica em voz alta. O autor do estudo escreveu:

"(...) ainda assim, ele nunca teria dito isto diretamente a mim, um doutor com jaleco branco e uma plaqueta de plástico com o nome.

Para a maioria dos pacientes, o médico representa uma figura autoritária. Por contraste, o computador não parecia nem um pouco autoritário para este paciente, que se sentia confortável com ele e se sentiu livre para criticar. Na conclusão de sua entrevista, ele se virou para mim e disse: "Sabe de uma coisa, eu realmente gostei mais do seu computador do que de alguns desses doutores do hospital." Surpreso, eu perguntei a ele porque. "Bem, para começar, eu sou surdo e tenho problema para ouvi-los."

(...) Este homem tinha ganho, e não perdido controle. Pela primeira vez no seu papel de paciente, ele estava no comando; ele era dono de sua própria história¹." (SLACK, 1984, p. 3 - grifos do autor)

Talvez seja o caso de perguntar que tipo de "arte" é essa, que faz com que um paciente prefira ser entrevistado por u'a

1. É interessante contrastar essa visão com a de BLANK (1985), a respeito da introdução do computador na medicina. Para este autor, o computador seria o instrumento último de expropriação do Saber Médico.

máquina!

Um outro aspecto que fica flagrante nesta breve excursão por primeiros capítulos é o que já suspeitávamos: o objeto da medicina não é nunca enunciado; no máximo, há referências a saúde e doença, mas, como CANGUILHEM demonstrou à exaustão, nenhum dos dois termos é definido, ambos são apenas contrapostos um ao outro.

Disto tudo ressalta que, ao tentar caracterizar a medicina como "ciência" e "arte", os teóricos (ideólogos?) acabam justificando um status supra (e não para) científico à medicina. Pois, se por um lado as ações de um médico são balizadas pela aplicação da ciência mais pura, este mesmo médico pode, quando assim lhe aprouver, deixar de lado as minúcias do método científico em prol de sua "Arte".

É interessante ainda, cotejar as regras determinadas nos manuais para se chegar ao diagnóstico com estudos que procuram determinar como, na prática, os médicos agem. Referência fundamental neste aspecto é um livro de Epidemiologia Clínica, escrito por SACKETT et al., em especial nos seus capítulos iniciais, sobre a elaboração de diagnósticos.

Estes autores identificam quatro estratégias diagnósticas principais:

a) Reconhecimento de padrões ou gestáltica. É um reconhecimento não-verbal, difícil de ser explicado para outros e, portanto, melhor aprendido com pacientes, e não ensinado em salas de aula.

b) Estratégia de múltiplos ramos ou "arborescente" (árvore de decisão). É uma estratégia lógica, com passos pré-determinados (um algoritmo, em outra palavras). Segundo os autores, é mais utilizada ao tentar ensinar alguém que usualmente não era responsável por tratamentos (enfermeiras, no seu exemplo) e

também com propósitos de triagem.

c) Este item terá uma transcrição um pouco maior do que os outros, em primeiro lugar por ser exatamente o preconizado nos livros, e em segundo lugar (mas não menos importante) pelo senso de humor presente no mesmo:

"Vá fazer um exame físico e uma história completos.

Todos vocês receberam uma ordem dessas, não foi? Para falar a verdade, a maior parte de vocês mal pôde esperar até ter a chance de dar a mesma ordem para alguma outra pessoa, não foi?

Um de nós seguiu esta ordem fielmente quando era um clínico estalando de novo, e as 35 páginas resultantes provocaram dois comentários contrastantes do Residente Chefe. O primeiro aclamava, "Este é o melhor trabalho já feito neste serviço." O segundo lamentava, "Mas quem é que vai querer algum dia ler isso?" Quando o autor protestou, "Você não queria uma história e um exame completos?", o Residente Chefe (mostrando um talento latente para historinhas engraçadas) contra-argumentou, "Sim, mas não tão completas!" (SACKETT, op. cit. p. 10 - grifo do autor)

Os autores caracterizam este procedimento como sendo o dos iniciantes, que cedo o abandonam. De fato, num estudo feito (com uso de video-tape) para determinar o processo usual de trabalho dos médicos, viu-se que raramente este tipo de conduta era utilizado, sendo invocado e deixado de lado abruptamente várias vezes ao longo das consultas. Perguntados do porquê da utilização fragmentária desta estratégia, os médicos informaram que a utilizavam para excluir possibilidades diagnósticas remotas, estabelecer um "rapport" com os pacientes e também para mantê-los calados enquanto pensavam em outra coisa (!) (SACKETT, op. cit., p. 11)

d) Estratégia hipotético-dedutiva. Segundo estes autores, esta é na verdade a utilizada pela maior parte dos médicos, a maior parte do tempo. É a formulação, a partir das pistas mais precodamente disponíveis, de uma lista curta de diagnósticos potenciais, seguida de manobras apropriadas (i.e., exame clínico, exames complementares, etc.) para redução da lista.

Segundo os autores, a origem destas hipóteses não é clara, mas estaria relacionada ao conhecimento dos diagnósticos como "rótulos explicativos" (ligados à teoria das doenças, acrescento) e à experiência individual, que são evocados pelo reconhecimento de padrões, tal como expresso no primeiro item, só que produzindo uma lista de possibilidades diagnósticas ao invés de um único diagnóstico. Comentando estudos feitos com vários médicos (também com uso de consultas gravadas em VT), selecionados aleatoriamente, mostraram que o tempo médio para a formulação do primeiro diagnóstico era muito pequeno (28 segundos), com um tempo médio para se chegar a hipótese correta (o que foi alcançado em 75% dos casos) de seis minutos e uma média de 5,5 hipóteses por caso. Mais ainda, estudos complementares mostram que estudantes de medicina já entram na Faculdade com este tipo de procedimento, o qual é aperfeiçoado ao longo do curso, fazendo com que clínicos mais experientes cheguem a diagnósticos corretos mais freqüentemente. (SACKETT, op.cit., p. 13)

Antes de passar a outro assunto, registrem-se dois fatos a partir do que estes autores relatam:

a) o método de trabalho preferencialmente utilizado na prática médica difere bastante do preconizado pela teoria, e nem por isso se mostra ineficaz.

b) a base do trabalho médico é a classificação dos pacientes nas categorias fornecidas pela teoria das doenças.

7. Ciência e Medicina: conveniências de uma associação.

Paralelamente ao processo de medicalização da sociedade, parece existir outro, de cientifização da medicina. Aliás, num certo sentido, a medicalização é apenas um braço (talvez o mais visível) da subjugação social produzida pela racionalidade científica¹.

A empáfia científica não é de modo alguma peculiar à medicina, senão uma contingência genérica de um processo de cientifização da sociedade que precede e envolve o de medicalização. No período que abrange o final de 1988 e o início de 1989 um vivo debate tomou conta de várias publicações científicas americanas, a respeito das fraudes em ciência. Dois trechos retirados quase ao acaso de publicações científicas (Cell e Nature, as quais não são revistas médicas) comentam as reações públicas à descoberta deste tipo de fraude, indicando a atitude do establishment científico em relação à sociedade:

"(...)A moral é que o Congresso deveria ficar longe da administração desses assuntos [fraudes científicas](...)" (editorial da revista Nature, 1988, p. 192)

"(...) certamente a fraude é auto-destrutiva: a verdade é a arma definitiva." (LEWIN, 1989, p. 699)

1. Em nosso meio, a extensão do domínio tecnocrático nos regimes militares talvez tenha sido uma expressão bem mais evidente.

Ou seja, frente ao questionamento público, só cabe à Ciência responder que este assunto é da exclusiva competência de especialistas. Mais ainda, só a ciência pode revelar a verdade. É útil lembrar aqui a advertência de THUILLIER, expressa em entrevista à revista Ciência Hoje:

"Se ensinarmos as pessoas a respeitar demais a ciência, estaremos minando sua possibilidade de criticar a tecnocracia." (THUILLIER, 1989, p. 23)

Outro autor, discorrendo a respeito da discussão pretensamente científica a respeito do aborto, conclui:

"Nossa percepção da inadequação da ciência para lidar com assuntos tais como aborto, controle de armas nucleares, controle populacional, e poluição ambiental não significa que estes assuntos são insolúveis, entretanto. Isto simplesmente significa que sua solução jaz fora do domínio da ciência, dentro da esfera maior da sociedade. Sua solução exige que cientistas, filósofos, teólogos, historiadores, políticos, e representantes de outros domínios da esfera da sociedade devem trabalhar juntos na busca por sua solução." (SINGLETON, 1989, p.192)

Embora este tema não tenha relação direta com nossa discussão, trazemos esta citação para fazer um paralelo entre a relação do "público em geral" e a dos médicos com a ciência. Ainda neste sentido, a leitura de GUINZBURG (1989b) torna algumas

comparações bastante tentadoras. Se previamente ao iluminismo a busca do conhecimento era condenável, porque perigosa (pois ameaçava as bases da ordem constituída), nos nossos dias ela só é acessível a poucos privilegiados ("cientistas", "especialistas"). Os teólogos de então diziam ao seu rebanho: "não busquem conhecer!"; os cientistas contemporâneos, mais sutis, dizem ao seu público: "não tentem conhecer!", ao que acrescentam: "deixem por nossa conta." De uma forma ou de outra, as duas corporações legitimam poderes: a teocracia deu lugar à tecnocracia (v. por exemplo os últimos "pacotes econômicos", apenas como exemplo recente).

Mesmo as práticas concorrentes da "medicina ortodoxa" tomam a "Ciência" como instância última de legitimação. Uma cura miraculosa digna deste nome tem que ser precedida de um diagnóstico médico de incurabilidade; homeopatia e acupuntura, entre outras, lutam para estabelecer sua "cientificidade".

Dissimulada pela busca da "Verdade", encontramos na maior parte das vezes a busca pela legitimação da única fonte incontestada (ou quase) de veracidade na mutabilidade permanente da modernidade: a Ciência. (v. LUZ, 1987)

Embora apaixonante - e importante - esta é uma discussão que extrapola os objetivos deste trabalho, e será por isso deixada de lado (por enquanto). Verifique-se apenas que, da mesma forma que leigos em relação à medicina veêm-se, com maior ou menor intensidade, acuados pelo domínio médico sobre o saber da saúde, médicos não têm, via de regra, condições de criticar a pretensa científicidade dos conhecimentos que lhes são apresentados, repetindo de forma acrítica procedimentos ensinados pela escola médica e pela indústria que orbita em torno da assistência médica (em especial a farmacêutica - v. capítulo III do trabalho de ALMEIDA, op. cit.).

O projeto de intervenção "científica" na sociedade não se limita à medicina, portanto, embora certamente encontre nela um instrumento poderoso. Tanto é que o processo de medicalização não se faz exclusivamente através da própria medicina. Um exemplo disto está numa reportagem publicada na revista Veja (que costuma ter um certo cuidado na preparação de suas matérias), com o título bombástico de "Um golpe da ciência na raiz da dor". Esta matéria (de capa, aliás) versava sobre um "novo medicamento" descoberto por um laboratório, com ação sobre a cefaléia (isto mesmo com os livros-texto reconhecendo que em 70% dos casos, pelo menos, a cefaléia é tensional). Em outras palavras, uma revista de ampla circulação e respeitada nos segmentos formadores de opinião também é utilizado como instrumento de disseminação da visão cientificista do processo saúde-doença. O artigo não fala de um "golpe da medicina", e sim "da ciência" (embora, é claro, vários especialistas médicos sejam citados). É voz corrente entre os médicos que atendem em ambulatório que, quando algum "novo tratamento" ou "nova doença" é citada num programa de televisão de grande audiência que vai ao ar domingo à noite, muito provavelmente na segunda-feira surgirão vários pacientes solicitando o tal tratamento ou que o médico investigue a suposta doença (que, curiosamente, costuma necessitar de equipamentos sofisticados - e caros - para sua detecção). ALMEIDA também fala deste tipo de comportamento:

"Ao buscar o serviço médico, o cliente acredita que só com a realização de um exame de sangue, ou uma

chapa, o médico pode entender o que se passa¹. É comum o cliente ir ao médico apenas para solicitar a realização do exame². (...) O olho clínico, a sensibilidade do médico, perde prestígio para o exame complementar." (ALMEIDA, 1988, p.129)

Ou seja, o processo de intervenção tecnocrática organizada na sociedade faz recurso a uma série de canais (em especial os "mass media"), e a medicina é, entre outras coisas, mais uma de suas expressões. Outro aspecto importante é que, no que diz respeito à medicina brasileira, a medicalização atualmente pode se dar até mesmo contra os médicos, como se depreende da "perda de prestígio" do "olho clínico".

A relação medicina/ciência é dupla: por um lado, a racionalidade científica ganha um poderoso veículo de alcance social; por outro, a medicina adquire respeitabilidade científica, o que a legitima aos olhos da sociedade, como se vê no seguinte trecho:

"É verdade que os médicos consentem de bom grado em reconhecer um primado científico à biologia, a medicina encontrando-se por isso relegada ao plano de aplicação da ciência, maculada de contingências estranhas à ciência pura, ao mesmo tempo que enobrecida por ter que levar em conta o que se chama, muito

1. As vezes os médicos também pensam assim.

2. No curto tempo em que trabalhei num posto de saúde municipal, durante a Residência, pude ver alguns casos de crianças encaminhadas ao médico para que fizessem eletroencefalograma, pois eram "muito agitadas". Em alguns casos, o acesso à sala de aula era barrado, e às mães era dito que as crianças só voltariam a assistir aulas com o laudo do EEG. Conversando com um psiquiatra que trabalhava no setor de saúde escolar do Centro de Saúde ao qual o posto era vinculado, soube que isto era bastante comum.

confusamente, aliás, "o fator humano". (...) nesta distinção (...) há (...) o estabelecimento de um verdadeiro estatuto da medicina que se inscreve no estatuto da ciência, isto é, o estabelecimento de de uma diferença radical entre pesquisa pura e desinteressada da qual se convencionou considerar que ela não deve nada a não ser à aquisição desinteressada do saber, e ciência aplicada, ligada às utilizações técnicas e pragmáticas do saber. Isto é, o primado concedido à biologia sobre a medicina faz parte da ideologia da ciência e contribui para reforçá-la." (CLAVREUL, 1983, p. 51 - grifos do autor)

A distinção entre ciência pura e aplicada, com utilização da mesma como fator de "enobrecimento" da atividade médica fica nitida nesta relação de diferenças do clínico com relação ao cientista:

"De acordo com Elstein e colaboradores, ao invés de lidar com uma hipótese, o clínico tem entre três e sete hipóteses ou diagnósticos em mente ao longo do processo. Com cada nova informação, cada hipótese é checada; às vezes uma ou mais são descartadas e uma ou mais novas hipóteses são adicionadas. Logo, embora o processo básico seja similar [ao do cientista], o clínico não tem o luxo de focalizar apenas uma hipótese. (...) uma diferença adicional que afeta profundamente as atitudes de cientistas e clínicos é que os clínicos freqüentemente têm que agir mesmo antes que eles possam provar definitivamente um diagnóstico, enquanto que os cientistas são criticados por tirar conclusões prematuramente." (SMALL, 1988, p. 850)

Note-se que, apesar das diferenças citadas, o médico segue sendo exemplo de racionalidade científica; apenas, as circunstâncias concretas de sua atividade afastam-no da trilha da ciência "pura". A dogmatização da ciência é possivelmente ainda mais intensa em nosso meio, em função das sólidas raízes que o

Positivismo fincou aqui. (v., p. ex., PORTO, 1987) Compare-se entretanto, o paralelo desenvolvido acima e o estabelecido por SACKETT et al.:

"Uma vez que uma hipótese de trabalho está formada, entretanto, a estratégia diagnóstica hipotético-dedutiva se afasta de sua prima experimental. Enquanto que a ciência experimental avança buscando informação (...) que conteste uma hipótese, observações de clínicos têm documentado que a maioria dos sinais e sintomas que eles procuram são selecionados porque eles sustentam ao invés de refutar uma hipótese de trabalho." (SACKETT et al., 1985, p.14 - grifos do autor)

Ou seja, informado pelo sistema classificatória das doenças, o médico, como suspeitávamos, enquadra seu paciente numa categoria nosológica, e posteriormente busca evidência adicional para reafirmar sua convicção. Como já vimos anteriormente (o caso da úlcera/hiperitireoidismo) isto pode redundar no enquadramento à força do paciente. Para legitimar este tipo de intervenção, a medicina se justifica com referências à ciência, sem, entretanto, fazer recurso a seus métodos.

Os esforços de legitimação da visão científica do mundo e da visão médica da saúde são paralelos. A ciência legitima a medicina, que reforça o modelo científico. Mesmo que para isso se perca o rigor metodológico que em princípio caracterizaria uma e outra.

8. Imaginário e cultural: pacientes e médicos.

Usualmente a própria a decisão de procurar um médico já traz implícita a formulação de algum diagnóstico por parte do candidato a paciente. É fato estabelecido que todo paciente tem alguma "hipótese diagnóstica" em seu imaginário. Mais do que isso, estas fantasias são referidas a uma nosologia, e estão hierarquizadas em termos de gravidade. Assim, para uma pessoa que tenha no seu próprio corpo uma ferramenta de trabalho, doenças que ameacem a atividade física são mais graves, porque implicam no risco até de perda do emprego. A febre, por exemplo, é tida como sintoma de gravidade (BOLTANSKI, 1984).

Também costumamos hierarquizar as doenças de nossos pacientes, de acordo com nosso interesse acadêmico, entre outras coisas. Deste modo, doenças evidenciadas objetivamente são mais "graves" do que as ditas "funcionais", independentemente de qualquer consideração relativa ao sofrimento dos pacientes, que deveria, ao menos em tese, ser o referencial da prática médica. Quantos pacientes não foram classificados com a tristemente famosa condição de "não ter nada", simplesmente para negar-se-lhes qualquer ajuda?

Os médicos agem, de forma geral, como se as doenças fossem objetos concretos, esvaziados de qualquer significado, seja ele psíquico, seja ele cultural. Isto faz com que freqüentemente aquilo que o médico vê como problema seja bastante diverso das preocupações do paciente. Não raro observamos, em nossa experiência com pacientes ambulatoriais em Clínica Médica, pessoas entrarem e saírem de consultas com a frustrante sensação

de que nenhuma de suas "doenças" teve qualquer solução, e que o médico acrescentou algumas novas. Dito de outra forma, a doença depende tanto de quem tem quanto de quem diagnostica (ou de onde se diagnostica), como se pode ver na citação:

"A história e a antropologia da medicina e da psiquiatria sugerem fortemente que a doença é uma função, num grau importante, das teorias médicas dominantes e dos contextos sociais correntes." (WALLACE, 1988, p. 138)

Determinadas reações que podem ser encontradas em qualquer manual de Psiquiatria como sintomas psicopatológicos podem ser parte integrante de rituais culturalmente estabelecidos - e não patologizáveis, portanto (v. GUEDES, 1979). Existem certas situações que despertam no médico respostas que dificilmente poderíamos qualificar de "cientificamente fundamentadas", em especial quando lida com o sofrimento não "nosologisável". Houve uma determinada ocasião em que uma paciente de uma enfermaria onde eu trabalhava faleceu. Era uma menina de 12 anos de idade, acometida de uma neoplasia rara. Sua mãe, ao perceber que a mesma havia morrido, desfaleceu, e colocou-se deitada com os olhos abertos, imóvel. Acho que dificilmente alguém poderia deixar de perceber o sofrimento daquela senhora¹. Não obstante, outros profissionais presentes insistiram na necessidade de administrar-lhe um tranqüilizante. A dor de uma mãe pela perda de uma filha deixava de ser um evento de sua vida, e passava a ser

1. E a identificação com a filha morta.

sintoma, passível portanto de medicalização. Foi necessária uma intensa negociação para que se evitasse a "tranqüilização" compulsória da mãe da paciente (parece também claro que a demanda pelo medicamento era, basicamente, da equipe), e no devido tempo, a mesma voltou a si e chorou - aliás, como qualquer mãe faria.

Da mesma forma que seus pacientes, um médico vê o mundo através do filtro de suas representações; só que o imaginário médico está sempre protegido pelo escudo da racionalidade científica. Existem concepções básicas comuns ao universo médico, relativas a conceitos tais como saúde, doença, tratamento, entre outros, que são alimentadas pelo processo de ensino-aprendizado, formal ou não¹, mas não são "cientificamente" elaboradas. Desta forma, consolidam-se representações e modos de agir que passam através das gerações de médicos, muitas das quais francamente hostis aos pacientes que atendemos ("molambos", "pés inchados", são termos que se ouvem nos corredores de hospitais de pronto-socorro, endereçados aos pacientes). Crenças também se solidificam deste modo, mesmo sem base empírica, como por exemplo o fato de que exames complementares que gerem uma imagem ou um valor numérico são mais prontamente aceitos pelos médicos como expressão da "verdade" - mesmo que não haja qualquer razão científica para isso, como se pode ver nos trechos seguintes do "Harrison's Principles of Internal Medicine":

"(...) é essencial, entretanto, ter em mente as limitações de tais procedimentos [testes

1. Os vários estágios que acadêmicos fazem ao longo de sua formação são chamados por alguns de "currículo paralelo", expondo os futuros médicos de forma sistemática à tradição oral de sua profissão.

laboratoriais], os quais em virtude de sua qualidade impessoal e complexidade freqüentemente ganham uma aura de autoridade independentemente da falibilidade dos indivíduos executando-os ou interpretando-os, ou de seus instrumentos." (PETERSDORF et al., 1983, p.2)

"(...) enquanto que o entusiasmo por uma tecnologia não invasiva é compreensivelmente justificado, é demasiadamente freqüente que seus resultados ainda não tenham sido validados antes que sejam disseminados como dogma clínico." (PETERSDORF et al., op. cit., p. 3)

O dogma referido acima é tão arraigado que chega a fazer parte de livros técnicos:

"A experiência clínica consagrou um determinado grupo de exames complementares (...) que, seja pela importância de seu conteúdo informativo seja pelas possibilidades estatisticamente elevadas de se encontrarem alterados num grande número de doenças, foram eleitos como métodos de rotina." (BURKE, 1980, p. 5)

É interessante notar que não existe justificativa outra para a adoção desta "rotina" que não seja a experiência. Esta, no entanto, é enganosa; ao estudar possíveis benefícios trazidos pela realização rotineira de telerradiografias de tórax como método de screening (um dos componentes da "rotina" supracitada), um estudo conclui que:

"A análise global das chapas de rotina mostra que, somente numa pequena proporção, o exame trouxe reais

benefícios ao paciente." (GUIMARAES, 1977, p. 108)

Ainda nesta mesma linha, SACKETT et al. relatam que, num estudo randomizado, submeteu-se pacientes que estavam sendo internados em um hospital a uma bateria de cerca de 50 exames. Não observou-se qualquer benefício nesta medida, que repercutisse em indicadores como morbimortalidade, tempo de internação, avaliação médica da condição dos pacientes ou invalidez. O custo de internação, por outro lado, aumentou em 5% e a satisfação dos pacientes diminuiu. (SACKETT et al., 1985, p. 11)

O discurso médico é apenas mais um dos discursos sobre a doença/saúde, aquele que os médicos gostam de acreditar como "científico", "verdadeiro", mesmo que não seja exatamente assim. O que se observa é que, na verdade, o discurso médico acaba por ser uma forma bastante eficiente de manter o paciente alienado de sua própria situação. Uma das frases que mais ouvi, tentando justificar o não esclarecimento de pacientes sobre o que o médico pensa e pretende fazer é: "não adianta explicar nada para estas pessoas, são ignorantes" (e suas variações). O que efetivamente ocorre é que situações que poderiam ser entendidas são expostas num jargão ininteligível - a não ser para quem já é um iniciado. Pude ver num posto de vacinação contra meningite cartazes com advertências a pais e mães que vacinavam seus filhos, nos seguintes termos: "Se seu filho apresentar petéquias, exantema, equimoses, procure um posto de saúde". Quantas pessoas não médicas, mesmo com excelente nível de instrução, podem decifrar esta lista de sinais? Esta é uma das razões, independentemente de qualquer eficácia terapêutica, da preferência de determinados setores populacionais pelos curandeiros: eles, pelo menos,

explicam o que as pessoas sentem em termos que elas podem entender, porque ambos, curandeiro e paciente, fazem parte de um mesmo recorte social. Por outro lado, esta explicação é, em si, terapêutica (LÉVI-STRAUSS, 1975; LOYOLLA, 1984).

Como LOYOLLA resume:

"As diferentes possibilidades terapêuticas e religiosas aparecem assim como um sistema de defesa coletivo em face dos processos de imposição da legitimidade médica. E se a medicina dominante compreende mal esse sistema de representações e de práticas populares em matéria de cuidados com a saúde é, provavelmente, porque se defende contra o que é, antes de tudo, um sistema de defesa contra ela mesma." (LOYOLLA, 1987, p. 43)

9. Fundamentação do Saber. Epidemiologia e estatística.

Apesar de até certo ponto confinada aos "guetos" da saúde pública¹, a Epidemiologia é essencial na construção dos objetos utilizados pelo Saber e pela Prática Médica. Como já foi referido anteriormente, muito do que se lê nos manuais didáticos de clínica, tanto no que diz respeito às características de uma dada doença (sinais, sintomas e quadro laboratorial) bem como das formas adequadas de terapêutica é validado e/ou sugerido por algum tipo de investigação epidemiológica, embora via de regra os médicos desconheçam esta origem. Um exemplo deste desconhecimento está na já citada supervalorização que os médicos fazem dos exames complementares: avaliados a partir de parâmetros epidemiologicamente determinados - sensibilidade e especificidade - estão todos limitados pelo fato de que seu valor enquanto critério diagnóstico está mais condicionado, via de regra, à prevalência da "doença" que busca diagnosticar do que às suas qualidades intrínsecas², o que usualmente não é considerado na interpretação de seus resultados. Um texto didático de Epidemiologia descreve a interação clínica/epidemiologia nos seguintes termos:

1. Embora a Epidemiologia Clínica tente uma aproximação com a área clínica (como o próprio nome indica), em nosso meio sua penetração na área médica é bastante restrita.

2. V. o ANEXO II para uma discussão do valor preditivo dos exames.

"A informação obtida de um estudo epidemiológico pode ser utilizada de várias formas:

1. Para elucidar a etiologia de uma doença ou grupo de doenças (...)

2. Para avaliar a consistência de dados epidemiológicos com hipóteses etiológicas (...)

3. Para prover a base para desenvolver e avaliar procedimentos preventivos e práticas de saúde pública."
(LILLIENFELD et al., 1980, p.4)

Sendo autores voltados para a epidemiologia "clássica", LILLIENFELD et al. limitam o campo de atuação ao que diz respeito à avaliação de intervenções ao campo da saúde pública. De qualquer maneira, vê-se que a epidemiologia é chave para a validação dos conhecimentos relativos à teoria das doenças, que em última instância fundamentam qualquer intervenção médica. Estes autores dividem o raciocínio epidemiológico em duas etapas: a demonstração de correlações estatísticas e a determinação de mecanismos patogenéticos. Da primeira etapa falaremos mais adiante; com relação à segunda, o mesmo autor acrescenta:

"A experimentação e a determinação de mecanismos biológicos proporciona a evidência mais direta de uma relação causal entre um fator e uma doença. Estudos epidemiológicos usualmente dão uma base muito forte para hipóteses de uma relação causal ou associação indireta. (...) as inferências de tais estudos não são feitas isoladamente; elas devem levar em conta toda a informação biológica relevante. (...) ainda não é possível quantificar o grau de probabilidade obtido por todas as evidências de uma possível hipótese sobre a causa da doença e, portanto, um elemento de subjetividade persiste." (LILLIENFELD et al., op. cit., 316)

Veja-se que o próprio autor, epidemiologista, coloca a

ferramenta epidemiológica como caudatária das construções clínicas, porque a evidência direta sempre se dá ao nível biológico, mesmo que isto faça persistir um (indesejável) grau de subjetividade. ALMEIDA Fo., num ensaio teórico sobre a epidemiologia refere-se ao presumível objeto de estudo da disciplina da seguinte forma:

"O tema (ainda não podemos falar de objeto) da investigação epidemiológica parece ser causa de doença em população. A fórmula terá, por conseguinte, dois elementos: doença e população." (ALMEIDA Fo., 1989, p. 9 - grifo do autor)

Mais ainda, como este mesmo autor refere mais adiante:

"A teoria da doença será sempre propriedade do discurso da Clínica, por mais que a Epidemiologia colabore para a sua construção." (ALMEIDA Fo., op. cit., p. 17)

Embora o autor lance mão desta afirmativa para afirmar a independência conceitual da epidemiologia, por outro lado autoriza a afirmação de que a epidemiologia é, num certo sentido, caudatária da clínica¹. Isto traz dificuldades adicionais. Como,

1. Para tentar minorar esta interferência, SACKETT troca o termo doença por "desordem-alvo". (SACKETT et al., 1985)

neste caso, só se acha aquilo que se procura, a definição dos termos em estudo numa investigação molda, a priori, seu resultado futuro. Ou seja, ao se partir de uma definição mecânico-causal da doença, tudo o que se irá obter é uma inferência a respeito de uma relação causal, se válida ou não, excluindo-se automaticamente qualquer outra que não tenha sido explicitamente colocada no desenho do estudo. Exemplificando, se investigamos a relação da incidência da meningite tuberculosa com a cobertura vacinal, só obteremos evidências a respeito da possível relação do efeito-doença com a característica-vacina, e não de nenhuma outra (como, por exemplo, o estado nutricional - ou a inserção das pessoas estudadas no modo de produção). ALMEIDA Fo., comentando este fato, reconhece a influência teórica positivista na organização do pensamento epidemiológico:

"(...) o espaço da teoria na Epidemiologia é ocupado por modelos quantificados da distribuição de doentes em populações que têm como supostos modelos teóricos de determinação de doença na sociedade. Com inquietante frequência, estes modelos são de tal modo assumidos como verdadeiros que até chegam a não ser explicitados. (...) [esta omissão] impossibilita o exercício da crítica teórica sobre uma dada investigação." (ALMEIDA Fo., op. cit., p. 71-72).

FAERSTEIN (1989), por sua vez, demonstra o peso que concepções extra-científicas têm na determinação das hipóteses sobre fatores de risco que orientarão o desenho de estudos epidemiológicos (no caso, comportamento sexual como determinante para o câncer ginecológico). A influência da normatização médica é particularmente deletéria aqui, porque determina a própria

criação das "evidências científicas" que legitimarão intervenções sociais em ampla escala, como exemplifica este autor ao discutir as condutas estabelecidas para o tratamento cirúrgico do câncer de mama. Apesar de alternativas menos mutiladoras, comprovadamente eficazes, estarem disponíveis há anos, médicos e radioterapeutas continuam preferindo a mastectomia radical, em função do papel "subalterno" desempenhado pelas mulheres na sociedade¹. (FAERSTEIN, op. cit., p. 179-180)

A estatística, por sua vez, representou uma importante ruptura epistemológica para a epidemiologia, uma vez que permitiu a passagem da descrição das epidemias (razão etimológica da própria denominação da disciplina) para a análise das causas do adoecimento. Ocorre que o método estatístico é pouco compreendido, em especial nas suas implicações como apoio para a produção de inferências. Este relativo desconhecimento², entretanto, (talvez por isto mesmo) não impede que o "fato estatístico" seja bastante respeitado, como se pode ver nos trechos a seguir:

"(...) O desejo de obter "evidências objetivas" se tornou tão destacado de suas raízes que este último componente [análise estatística] acabou obscurecendo toda a diversidade de regras da evidência (...) Afinal de contas, o que poderia ser mais objetivo que um conjunto de números? Nós optamos por designar este fenômeno na acumulação de conhecimento contemporânea como "O culto ao p", implicando a fé e o fervor quase religiosos que acompanham de modo demasiadamente

1. Além do fato de que determinados ramos da medicina ainda são território predominantemente masculino.

2. Como se depreende do fato, citado em mais de um dos artigos consultados, de que 40 a 50% dos artigos de publicações médicas que empregam a estatística o fazem erroneamente, sem que isto seja percebido por editores ou leitores.

freqüente a análise estatística." (SCHULMAN et al., 1976, p. 136 - grifos meus)

"O próprio Fischer¹ veio a deplorar a freqüência com que seus métodos foram aplicados impensadamente como receitas culinárias. (...) Mesmo após meio século de advertências, alguns investigadores continuam igualando não significativo a não real. (...) Os vereditos de testes não deveriam sobrepujar o conhecimento prévio." (MAINLAND, 1984, p. 2 - grifos meus)²

Existem, portanto, algumas questões metodológicas com relação à utilização da estatística que devem ser abordadas. A primeira diz respeito ao caráter realmente aleatório da composição de amostras, base de toda a teoria da estimação estatística. Para se extrapolar conclusões de uma amostra para sua população de origem, é necessário ter-se um grau apropriado de certeza de que tal amostra é representativa da população em estudo. Isto é, via de regra, bastante difícil de ser garantido, especialmente se levarmos em conta a segunda dificuldade: como o intervalo de confiança para estimação de parâmetros populacionais a partir de medidas amostrais é inversamente proporcional à raiz quadrada do tamanho da amostra, para poder se estimar pequenas diferenças de risco torna-se necessário compor amostras muito grandes (10.000 pessoas para 1% de diferença, por exemplo). Ocorre que o aumento no risco populacional para um determinado fator entre os vários considerados na determinação das doenças crônico-degenerativas (usualmente abordadas a partir do referencial da "multicausalidade") é precisamente desta ordem,

1. O autor se refere aqui a um dos mais importantes teóricos da estimação estatística

2. Aliás, o próprio título do artigo é digno de registro: "Ritual estatístico em publicações clínicas: haverá uma cura?"

e montar um estudo longitudinal com amostras desta magnitude é bastante difícil - e raramente feito. Recorre-se usualmente a estudos do tipo "caso-controle" em que um grupo de indivíduos doentes é comparado com outro de sadios. Nestes estudos é difícil evitar a incidência de vieses, tanto na amostra "doente" quanto na "sadia"¹. Outro aspecto relevante é a necessidade de ajuste da significância de cada teste, nas situações em que uma mesma amostra é testada várias vezes. Isto está se tornando progressivamente mais importante com a existência de programas de computador que permitem a retestagem de uma amostra por vários métodos e com diversos critérios, até que um teste dê resultado significativo; o mais grave é que é usualmente muito mais fácil operar um destes programas e utilizá-lo para produzir "resultados", do que entender o que estes realmente significam.

Este tipo de discussão metodológica não é, via de regra, considerada pela maior parte dos médicos. Sem bagagem de conhecimentos adequada para poder interpretar criticamente dados estatísticos, eles tomam a "matematização" do real como critério de "verdade". Pouco importa se estamos lidando com um nível de abstração crescente, que nos aparta cada vez mais dos termos concretos do sofrimento, e, acima de tudo, incapaz de dar, por si só, a medida pela qual um achado deve ou não ser valorizado:

"(...) o que é ainda mais importante, um nível estatisticamente alto de significância não pode determinar se um achado experimental é, por si só, "significante", na acepção de ter algum sentido, de ser útil, de ter algum valor por qualquer por qualquer

1. Para uma discussão dos problemas metodológicos dos estudos caso-controle, v. FEISTEIN et. al., 1981.

padrão de avaliação que se possa utilizar." (SCHULMAN et al., op. cit., p. 137)

A crítica à busca da "evidência objetiva", em especial àquela advinda da utilização mágica da estatística (o "culto ao p"), evidencia a maneira muito peculiar com que os médicos se apropriam da informação aportada pelo método experimental, transformando inferências em "verdades". Mais que isso, na transposição acrítica da situação experimental para a prática clínica. Sob a capa da "cientificidade", encontramos a reverência dogmática pelo Saber. Dito de outro modo, a própria concepção que a medicina tem do que seja Ciência é peculiar, atinente mais aos domínios da fé do que da pesquisa científica propriamente dita. Muito desta atitude tem a ver, como seria de se esperar, com o próprio aparelho educacional, como se depreende do seguinte trecho¹:

"Os médicos têm uma fé não abalisada na confiabilidade de métodos e testes clínicos. (...) O fato é que a educação médica, longe de ser "muito" científica, sofre de ênfase demais na memorização de "fatos" evanescentes e de ênfase de menos na ciência como um modo de enquadrar questões e acumular evidências." (EISENBERG, 1988, p. 485)

1. Na pesquisa bibliográfica deparei com dois trabalhos de um mesmo grupo que, no intuito de minorar este problema criou o que eles mesmos chamaram de "currículo sobre a ignorância médica". (v. WITTE et al., 1988 e 1989)

Esta afirmativa soa razoável, desde que não se iguale "educação médica" às informações que o futuro médico recebe nas Escolas Médicas durante a graduação. A falta de uma "atitude científica" começa muito cedo nos bancos escolares, onde os conhecimentos científicos são ministrados a partir de uma visão ahistórica. No caso dos médicos, ainda há outro aspecto a ser considerado: o chamado "currículo paralelo", ao qual já aludi, que é tão relevante no aprendizado quanto a escola formal.

Da discussão precedente emerge um quadro onde duas disciplinas, epidemiologia e clínica, mantém uma curiosa simbiose, onde uma depende da outra para a elaboração de seus objetos, ao mesmo tempo em que esta dependência é negada, pela "naturalização" destes mesmos objetos.

10. O atendimento médico visto por dentro.

Atender pacientes num ambulatório é altamente ansiogênico. Por mais que se queira evitar o jargão psicológico, poucas palavras descreveriam com mais exatidão a experiência. A cada vez que se abre a porta (ou cortina) da sala, depara-se com um desafio que exige (ou ao menos se supõe exigir) uma solução.

Ao procurar um médico procura-se remédio para alguma situação à qual se atribui, em princípio, a condição de doença¹, que demanda atenção especializada. Sem entrar no mérito de um possível condicionamento da demanda (medicalização), ao se colocar na situação de paciente, o indivíduo espera que o médico faça algo por ele, seja lá o que for. Esta demanda, colocada de forma mais ou menos explícita (às vezes de forma brutal; recentemente têm-se multiplicado os casos de ameaças - até a mão armada (!) - a médicos para que estes atendam pessoas), de certa forma coloca o médico "encostado na parede". Como reflexo de uma deterioração geral da assistência médica pública e da conseqüente insatisfação dos usuários, cada vez mais o médico se sente, com ou sem razão, acuado frente aos seus pacientes.

O medo de não poder atender a esta demanda, está sempre presente, pelas mais variadas razões. Em primeiro lugar, a formação médica, que toma lugar basicamente em enfermarias, não é adequada a uma situação em que o médico conta com pouca coisa além de si próprio. Ao contrário da situação da enfermaria, onde

1. Mesmo nos casos em que o paciente pede um "check-up" (o que não está limitado às classes de maior poder aquisitivo, ao contrário do que se poderia imaginar), há uma doença futura presumida a ser detectada precocemente.

exames são pedidos à exaustão e qualquer decisão pode, a não ser em raros casos de urgência absoluta, aguardar seus resultados, o médico no ambulatório tem que dar respostas imediatas. Mesmo pedindo exames, seus resultados usualmente só serão disponíveis em consultas posteriores, quando alguma conduta já terá, no mínimo, sido iniciada. Além disso a nosologia ambulatorial, novamente em contraste com a dos pacientes internados, é composta em grande parte por casos indefinidos, sem diagnósticos claros. O fator tempo, por outro lado, passa a ser limitante; cedo o médico no ambulatório descobre que o modelo de anamnese e exame físico, tão custosamente aprendido no início de sua graduação, é absolutamente inaplicável. Num turno de quatro horas, é impensável passar-se mais de uma hora com o mesmo paciente, fazendo a "história completa" e o "exame da ponta dos cabelos ao dedão do pé" que os professores de Semiologia tão duramente exigem. Além disso, em grande parte das vezes isto apenas gera uma massa enorme de dados sem qualquer necessidade real de utilização, podendo mesmo vir a se tornar fonte de confusão. Em suma, a capacidade resolutiva do médico é posta à prova no ambulatório com maior frequência - e mais freqüentemente se mostra insuficiente.

Conversando casualmente com um aluno (terminando o quinto período de Medicina), este me relatou o susto que levou ao presenciar um atropelamento. Mas do que o despreparo de um aluno, praticamente no meio do curso, em lidar com uma emergência, me chamou a atenção a brincadeira que este fez quando perguntei sobre o que fizera então. Ele respondeu: "Fui lá e perguntei quando tinha sido a primeira menstruação, quantas gestações já tinha tido..." Ainda que num tom jocoso, me parece uma indicação bem sugestiva da inadequação do modelo preconizado nos livros (e na Escola Médica) à realidade.

De uma maneira geral, ao contrário do que é ensinado, formula-se um diagnóstico, ou ao menos uma hipótese diagnóstica, em pouquíssimo tempo de consulta, passando este diagnóstico a orientar o resto da anamnese, do exame físico e da conduta inicial. Este diagnóstico parte usualmente da queixa (ou queixas) principal(is) do paciente e de uma percepção assistemática, gestáltica, de sua situação - algo que se chama informalmente de "jeitão". Esta prática onde entram, em partes variáveis, informação médica propriamente dita, intuição e improvisação constitui, como se vê, alguma coisa bastante distante da prática ideal, descrita nos livros, mas nem por isto ineficaz.

Um outro complicador é o fato de que nunca se sabe exatamente o que irá acontecer com um paciente, em termos de tratamento, após este sair do consultório. Não se sabe se este encontrará a medicação, ou se terá condições de adquiri-la; se a prescrição será seguida e se recomendações serão acatadas.

Finalmente a prática ambulatorial é profundamente solitária. Embora teoricamente uma consulta possa ser interrompida a qualquer momento para, por exemplo, consultar um colega, poucos médicos se permitirão tal demonstração de "fraqueza". Enquanto nas enfermarias os "rounds" e a consulta a manuais são regras, em função do próprio "timing" do trabalho, no ambulatório estes passam a ser exceção.

Este é, em linhas gerais, o enquadramento do trabalho cotidiano do médico. Passaremos agora a descrever um pouco de sua mecânica. Para isto, me baseei em parte na minha própria experiência como médico e (durante um breve período) participação na supervisão ambulatorial no Ambulatório de Medicina Integral, mas também nos resultados da observação das consultas ambulatoriais.

Antes, porém, uma observação. ALMEIDA, já citado várias vezes neste trabalho, pressupõe a existência de "duas medicinas", uma intra, outra extra-hospitalar. Embora concordando que o perfil da demanda é bastante diferente, e que isso forçosamente gera "respostas adaptativas" por parte dos médicos que estão atendendo em ambulatório, mantenho que o eixo de sustentação das "duas medicinas" é o mesmo¹. As várias alternativas teóricas propostas à medicina "ortodoxa", além de não apresentarem, na maior parte das vezes, qualquer diferença significativa em relação à "ortodoxia", não mostraram força suficiente para se constituírem, realmente, como alternativa à prática hegemônica, persistindo apenas como pequenos grupos sem expressão no contexto geral da assistência médica. As diferenças verificadas, especialmente no que diz respeito à terapêutica, parecem dever-se, além do perfil nosológico distinto, ao maior controle que o médico tem sobre o paciente internado². Este último, ao entrar no hospital geral, despersonaliza-se, perde sua história. Durante o período de internação, tudo o que o médico vê é aquele episódio que se esgota nos limites contidos entre a admissão e a alta do hospital, o que permite que as intervenções levadas a cabo pareçam ter um caráter muito mais abrangente e definitivo do que realmente têm. Já no ambulatório, os limites da prática médica são muito mais evidentes. Não é costumeiro, por exemplo, verem-se pacientes "que não tem nada" internados, porque "não ter nada" não é usualmente motivo de internação. Em suma, por mais diferenças que existam entre os vários locais onde é exercida, a

1. Evidência adicional é que a "medicina preventiva", apesar de não ter qualquer ponto em comum com a prática clínica, do ponto de vista da sustentação teórica compartilha o mesmo paradigma (e limitações, por falar nisso).

2. Hospitais, mesmo os não psiquiátricos, são instituições totais. V. GOFFMAN, 1974

prática médica tem apenas uma sustentação teórica. É evidente que as práticas são divergentes, mas se esta dessemelhança é suficiente para postular mais de uma medicina, não há apenas duas medicinas, mas um número indefinido: uma para cada médico que exerça a sua "conduta" peculiar.

Usualmente, já ao paciente entrar no consultório, começamos a tentar identificar uma possível doença. Esta "formulação de hipóteses" é grandemente afetada, além do referencial teórico que já trazemos, pela maior ou menor simpatia com que vemos o paciente¹.

Posteriormente, a anamnese é feita já com estes pré-condicionamentos presentes, e isto também direciona a coleta de dados. A queixa principal do paciente (quando ele consegue formular uma) também costuma influenciar bastante os rumos da consulta. Não raro a história do paciente é "ajeitada" para caber no modelo. Em especial com determinado tipo de sintomas, como a dor, por exemplo, cuja caracterização precisa é importante (assim dizem os manuais...), isto pode levar a verdadeiras disputas com o paciente para que ele defina suas sensações em termos e padrões inteligíveis para a escuta médica. Tive uma demonstração disto numa ocasião em que, por um motivo qualquer, estava sentindo um mal-estar indefinível, e caí na asneira de comentar isto com colegas de hospital. Na mesma hora fui crivado com uma bateria de perguntas: "Mal-estar como? É enjoão? Começou quando?", e por aí foi. O mais interessante é que, noutra ocasião, ao comentar com alunos do terceiro ano este mal-estar, como exemplo de que nem

1. Por exemplo, se simpatizamos com um paciente, estamos mais dispostos a considerar seu sofrimento "real" (i.é, devido a uma doença), do que estaríamos com um paciente "antipático".

sempre se pode ter informações dos pacientes nos moldes que os livros contam, eles começaram a fazer perguntas do mesmo tipo. Só a muito custo consegui convencer uns e outros de que meu mal-estar era literalmente indefinível. Imagino se, ao invés de um médico que simplesmente conversava com outros, eu fosse um paciente numa consulta; acredito que dificilmente escaparia de uma qualificação qualquer deste mal-estar.

Outro exemplo disto me foi dado por um grupo de hemofílicos, o qual acompanhei durante algum tempo (CAMARGO Jr., 1986). Uma das manifestações mais características da hemofilia é o sangramento de vasos dentro da cápsula articular - a hemartrose. Como dificilmente os médicos aceitam que o sangramento possa ser espontâneo, os próprios pacientes admitiram para mim que inventavam um traumatismo para os médicos, sabendo que estes não aceitariam outras explicações.

A anamnese tem etapas pré-definidas. A primeira é a identificação, que em tese serviria para assinalar características relevantes do ponto de vista epidemiológico. Na prática, se estes dados chegam a ser coletados e transcritos in totum, pouca atenção ulterior é dada aos mesmos.

Seguem-se os vários itens padronizados (queixa principal, história da doença atual, história patológica pregressa, história fisiológica, história familiar, história social), que têm por objetivo sistematizar a coleta dos dados. Usualmente, só são inquiridos e registrados aspectos que tenham alguma relação com a queixa principal apresentada pelo paciente.

Por último, é feita a revisão dos sistemas, que consiste num inventário de sintomas, sobre os quais os pacientes deveriam ser interrogados, com o intuito de descobrir novos fatos que pudessem ter passado despercebidos. Muito raramente se faz esta revisão na sua forma completa; de modo geral, apenas os sintomas relevantes

para as hipóteses que estamos formulando é que são investigados. Assim, se suspeito que um determinado paciente apresenta doença coronariana, checarei minuciosamente seu relato de dor torácica. Isto traz alguns problemas, já que, como nos exemplos que dei anteriormente, a insistência em observar uma dor "característica" pode levar à sua fabricação (ao menos no relato).

Posteriormente passa-se ao exame físico. Da mesma forma que na anamnese, apenas algumas partes são realmente feitas com todos os pacientes. Em tese, todos os sistemas deveriam ser examinados nas seguintes etapas: inspeção, palpação, percussão e ausculta. O que efetivamente se faz é restrito ao exame de alguns sistemas (principalmente aparelho cardíaco-vascular e respiratório, via ausculta, palpação de alguns pulsos periféricos e tomada da pressão arterial; abdomen, via palpação, percussão e ausculta; e membros inferiores, os quais são basicamente inspecionados). Apesar da aparente objetividade desta etapa, a valorização de um determinado achado acaba sendo subjetiva; a seleção de que sinais são relevantes também é influenciada pela hipótese formulada.

Neste momento, usualmente faz-se uma pausa na consulta, para que o médico preencha os papéis necessários (ficha de evolução, pedidos de exame, etc.). Muitas vezes faz-se um silêncio embaraçoso. Ao chegar neste ponto, uma ou mais hipóteses diagnósticas já foram formuladas, mais ou menos precisamente, e determina-se uma conduta. Tipicamente, solicitam-se alguns exames e prescreve-se alguma coisa, marcando um retorno para dali a algumas semanas. Alguma informação adicional às vezes é prestada ao paciente. Via de regra, não passa de orientações gerais a respeito da conduta estabelecida. Esta não chega a ser discutida com o paciente, sendo usualmente simplesmente comunicada.

De uma maneira geral, existe uma grande dificuldade por

parte dos médicos em dar alta aos pacientes ambulatoriais. Usualmente, as consultas são mais e mais espaçadas, sem que o paciente seja dispensado de vir ao médico.

Se o paciente procura no médico algo mais que simplesmente solução para doenças, falando de dificuldades outras, a reação é variável. Dois comportamentos (não necessariamente excludentes) costumam ser adotados: o "aconselhamento" (usualmente feito com base nos valores do médico) e a prescrição de psicofármacos (em especial benzodiazepínicos). Estes, em particular, são normalmente mal empregados, já que de uma forma geral os médicos não dispõem de informação adequada para o manejo destas substâncias.

Por fim, em geral pouca atenção é dedicada ao preenchimento dos registros hospitalares. Este é um dos maiores pontos de ruptura com os mandamentos da técnica, uma vez que é a partir destes registros que se poderia estabelecer observações sistematizadas dos pacientes. A não ser que se suponha que todo médico seja dotado de memória tão prodigiosa que possa prescindir de registros escritos.¹

Este é, em linhas gerais, o processo de atendimento médico num ambulatório. Creio ter demonstrado que o mesmo distancia-se consideravelmente do método prescrito nos manuais de medicina. Resta frisar que isto não se deve à incompetência ou ao desconhecimento dos profissionais, mas da necessária conformação à realidade concreta da prática médica.

1. Ainda assim seria problemático. Muitos pacientes são "herdados" pelos residentes num Hospital de Ensino, em função do rodízio, e a única fonte de que se dispõe sobre tratamentos anteriores é o prontuário, já que o próprio paciente usualmente sabe pouco a respeito de sua própria trajetória hospitalar.

III. Um estudo de caso: o AMI

11. Metodologia.

O objeto fundamental deste estudo é o que chamamos de Ato Médico, entendido aqui como termo concreto da articulação, numa relação interpessoal, de duas ordens simbólicas: a do mundo subjetivo do paciente, que leva ao médico seu sofrimento expresso por sintomas, e a do mundo pretensamente neutro da clínica, que traduz estes sintomas e sinais em termos de lesões e doenças, e propõe um tratamento, usualmente farmacológico, para a doença detectada. O ato médico é, portanto, a expressão concreta do encontro, na prática clínica, do saber com o sofrer. Posto em outras palavras, objetiva-se acompanhar o trajeto percorrido da "dor de cabeça" à "cefaléia" e, posteriormente, sua volta sob a forma de analgésico.

O caminho mais fácil para obter estes dados seria, aparentemente, a revisão de prontuários, que deveriam conter os registros de todo o procedimento médico, bem como as solicitações do paciente que deram origem a estes procedimentos (v. FINDLEY et. al., 1989). O que ocorre, porém, é que, além dos prontuários serem em geral inadequadamente preenchidos, dificilmente trariam dados fundamentais para este estudo, em função da autocensura que os médicos se impõem ao transcreverem para o papel seus pensamentos, ou mesmo pela distorção deliberada no momento do registro¹. Sendo assim, impõe-se o uso de fontes distintas de informação, para procurar apreender a Prática Médica, esta

1. Em pelo menos um caso, os observadores (v. adiante) viram um médico escrever no prontuário "abdomen sem alterações à palpação" sem que esta região fosse sequer observada...

entidade esquivada. Optamos por utilizar como critério de controle dos dados coletados o acompanhamento, por parte de um grupo de observadores, de algumas consultas ambulatoriais.

A investigação de campo foi feita por acadêmicos de Medicina, previamente treinados neste tipo de metodologia. A opção por acadêmicos da área foi feita por dois motivos: pelo conhecimento do Saber Médico que já dispõem (mesmo não tendo concluído a graduação), e por serem o tipo de observador menos propenso a provocar reações por parte dos observados, na medida em que a presença de acadêmicos num serviço médico, ainda mais em se tratando de um Hospital Universitário, já é lugar comum, inclusive para os próprios pacientes.

Optou-se por realizar o trabalho de campo em ambulatório, ao invés de enfermarias porque, em primeiro lugar, ambos estão referidos ao mesmo marco teórico e não se constituiriam, ao menos na ótica médica, em práticas diversas. Além disso, o volume de atendimentos é sempre maior no ambulatório, permitindo que se reúna um conjunto de observações em menor tempo. Por fim, no que concerne à revisão de prontuários, os pacientes de primeira vez são desconhecidos, sem doença diagnosticada e, no próprio jargão médico, "virgens de tratamento". Sendo assim, as condutas observadas como decorrência de uma primeira consulta refletem de forma mais "pura" (isto é, menos sujeita a vieses outros que não as próprias contingências do trabalho médico) a racionalidade médica. Com este fim, foi feito um levantamento de prontuários apenas de pacientes de primeira vez atendidos no mês de junho de 1987 no Ambulatório de Medicina Integral do Hospital Universitário Pedro Ernesto, sendo a escolha do mês função de dois aspectos:

a) a esta altura do ano, os médicos residentes já adquiriram

suficiente desenvoltura no trato com pacientes ambulatoriais, se é que não a tinham;

b) o tempo transcorrido entre a estas primeiras consultas e a revisão (feita entre dezembro de 1987 e fevereiro de 1988) permitiriam um corte longitudinal no desenrolar do acompanhamento dos pacientes.

Para o levantamento foi composta uma amostra seqüencial, incluindo-se a partir da lista de atendimentos de primeira vez efetuados no ambulatório o primeiro de cada grupo de dez pacientes, descartando-se na revisão aqueles que foram erroneamente classificados como sendo de primeira vez. Com esta seleção chegamos ao número de 114 prontuários, dois dos quais foram descartados posteriormente, em função do preenchimento ter sido tão precário que não permitiria qualquer análise.

Quanto ao local escolhido para observação, o Ambulatório de Medicina Integral do Hospital Universitário Pedro Ernesto, a escolha se impôs não só pelas facilidades que oferece, em termos de proximidade e permeabilidade a este tipo de investigação, como também pelo fato de que, trabalhando com residentes de primeiro ano, recém saídos de sua graduação e de um processo de seleção que privilegia exatamente os aspectos "científicos" da Medicina, estaremos supostamente observando os exemplos mais adequados de médicos-cientistas.

O Ambulatório de Medicina Integral tem este nome por ser uma tentativa de implantar, num hospital universitário, um modelo de atenção que pudesse dar conta dos aspectos preventivos e curativos da atenção à saúde, e que pudesse abordar os vários aspectos do adoecer, não se limitando apenas ao enfoque biológico das doenças (v. coletânea de impressos do próprio AMI).

O atendimento é prestado basicamente por internos e

residentes (graduandos e pós-graduandos de Medicina), sob supervisão dos médicos do AMI. Por meio da atividade de supervisão, estes procuram desenvolver nos supervisionandos a capacidade crítica e as habilidades necessárias ao tipo de atenção descrito acima.

Determinar se metas tão ambiciosas foram ou não atingidas, escapa bastante ao propósito deste estudo. Basta-nos assinalar o fato de que a supervisão aos residentes é bastante deficiente, por vários motivos. Assim sendo, o atendimento prestado pelos residentes reflete consideravelmente menos, em relação aos internos, as propostas da Medicina Integral, principalmente por que nem todos os residentes foram estudantes da UERJ, não tendo passagem prévia pelo AMI nem familiaridade com suas propostas. Mesmo entre os graduandos a prática ambulatorial se restringe ao último ano do curso (o internato), o que faz com que a bagagem médica trazida pelos residentes reflita principalmente a prática médica "oficial" (hegemônica).

O atendimento no AMI, no que diz respeito a aspectos quantitativos, é bastante diferente do que se observa em outras instituições públicas, não ligadas ao ensino. O número de pacientes de primeira vez é limitado a três por turno, e os subseqüentes são marcados pelo próprio médico, que tem total controle do número de pacientes subseqüentes que atende e da freqüência com que os vê. Os pacientes de seguimento têm suas consultas sempre com o mesmo médico, durante todo o período (um ano) do rodízio dos residentes. Mesmo os pacientes de primeira vez são submetidos a uma triagem prévia pelo Serviço de Pronto Atendimento, que só encaminha ao AMI pacientes que tenham indicação de consulta médica. Ainda assim, muitos residentes (e médicos já integrantes do corpo de profissionais do hospital, a

propósito) têm verdadeira ojeriza ao atendimento ambulatorial, referindo-se ao ambulatório com termos pejorativos, como "mulambatório", "embromatório" e outros.

Do ponto de vista arquitetônico, o AMI funciona em um grupo de salas do Ambulatório Central do HUPE, construção adaptada que, por conta disto, apresenta alguns problemas para sua utilização. As salas são subdivididas em consultórios por divisórias que não vão até o teto e com cortinados fazendo as vezes de portas. A privacidade é, obviamente, virtualmente nenhuma nestas condições, o que é agravado pelo fato de que as consultas são interrompidas com grande frequência por vários motivos, principalmente por outros residentes solicitando livros ou equipamentos emprestados.

O prontuário no HUPE é único, com folhas próprias para as anotações de ambulatório. Como as consultas são marcadas com antecedência, as atendentes (uma por sala) podem elaborar previamente uma requisição de prontuários ao arquivo central do hospital. Não raro, entretanto, prontuários não estão disponíveis no momento da consulta, pelos motivos mais variados (e absurdos), fazendo com que o médico, por vezes, atenda os pacientes sem dispor do registro de suas consultas prévias.

O prontuário médico é um caso a parte. Os pacientes antigos, ou que tiveram algumas internações, têm verdadeiros calhamaços arquivados, de difícil consulta mesmo para quem já tem familiaridade com este sistema de prontuário. Os próprios médicos tendem a não valorizar adequadamente o preenchimento das anotações das consultas, o que restringe bastante o valor deste registro, ao menos como subsídio para o tratamento dos pacientes.

Os médicos não sofrem maiores restrições quanto à orientação do tratamento, solicitando exames e prescrevendo tratamentos de

acordo com o que lhes dita seu Saber. Isto não impede que fatores extra-consulta pesem nas opções escolhidas; como os pacientes não possuem, via de regra, meios para adquirir os medicamentos, isto faz com que os médicos se prendam às formulações disponíveis na farmácia do hospital, ou que tenham menor custo de aquisição. Além disso, como reflexo do sucateamento do próprio hospital, muitos exames complementares não estão disponíveis num dado momento, ou só estão sendo marcados com prazos excessivamente dilatados, levando a que não sejam solicitados mesmo quando há indicação. Estes fatores não impedem, entretanto, que se solicitem exames complementares e se prescreva em grandes quantidades, muitas vezes além do que seria adequado.

Cada prontuário revisto deu origem a uma ficha de coleta de dados, preenchida com as informações da primeira consulta e com a situação atual do paciente. Para a análise qualitativa do atendimento prestado, três avaliadores independentes, todos profissionais ligados ao ensino, com ampla experiência e sólida reputação técnica, classificaram a correlação entre a história e o exame físico com a(s) hipótese(s) diagnóstica(s) formulada(s) (correlação 1), e desta(s) com a conduta estabelecida na primeira consulta (correlação 2). A classificação foi feita de acordo com uma chave pré-estabelecida (avaliação prejudicada, nenhuma, pouca, alguma ou total relação). Adotei este esquema de avaliação exatamente por conta da singularidade do ato clínico, que torna tão difícil a confecção de um padrão de conduta contra o qual observações possam ser cotejadas. É claro que esta sistemática também é sujeita a erros, na medida em que os avaliadores irão utilizar como padrão a sua própria concepção do que é "tecnicamente correto". A utilização de três "experts" avaliando independentemente um do outro foi a forma encontrada para

minimizar este tipo de viés.

A classificação obtida foi tabelada, e analisada pelo teste do qui-quadrado, um teste estatístico não paramétrico de fácil execução (e verificação), com o intuito de verificar se as diferenças observadas entre as avaliações teriam significância estatística.

O acompanhamento de consultas foi feito num período posterior, com três meses de duração, onde cada um dos cinco observadores participou das consultas semanais de um dado residente (embora tenha havido algumas substituições, por férias). Aos residentes foi dito que os observadores estariam estudando os pacientes do AMI, o que parece ter sido aceito sem maiores questionamentos (com exceção de um caso). Embora o fato de estar com outra pessoa acompanhando a consulta pudesse, em tese, representar algum constrangimento para o residente (o que levaria a uma distorção na observação), pelo andamento da observação isto não pareceu ocorrer. As modificações que possam ter havido foram no sentido de "adotar" os observadores como "estagiários": mais de uma vez os residentes se comportaram como professores, explicando o que faziam enquanto atendiam os pacientes.

As observações feitas foram discutidas paralelamente ao acompanhamento, e agrupadas posteriormente em linhas gerais a partir das semelhanças observadas. Para balizar o trabalho de campo, foi elaborado um roteiro, apresentado a seguir juntamente com o consolidado das observações. Objetivando dar maior inteligibilidade, cada item do roteiro está relacionado em separado, com as observações correspondentes.

a. Anamnese.

Roteiro: Como os pacientes expressavam suas queixas (vocabulário empregado, metáforas, mímica) e como isto foi

recodificado pelo médico, em especial no momento de registrar no prontuário. Se neste processo existiu algum tipo de indução de sintomas/queixas por parte do médico, e o quanto isto dirigiu o exame físico, e, por conseguinte, as conclusões e decisões posteriores.

Observação: Via de regra os médicos selecionavam uma queixa dentre as apresentadas (não necessariamente a que trouxe o paciente ao hospital, ou a mais importante na sua visão) e privilegiavam-na na investigação ulterior. Mesmo sem haver uma indução clara de sintomas, houve na maior parte das vezes direcionamento da entrevista e seleção daquilo que o médico avaliava como mais importante. Preconceitos de vários tipos influenciaram no estabelecimento da conduta (p.ex., "mulheres são mais pitizentas", "quanto mais pobre, mais problemas").

b. Exame físico.

Roteiro: Como foi realizado o exame físico (em particular, se obedeceu aos cânones da "boa prática", se foi realmente feito "da ponta dos cabelos à ponta dos pés").

Observação: O exame usualmente foi mais minucioso na primeira consulta e bastante sumário nas subseqüentes (às vezes limitando-se à verificação da pressão arterial). O exame do abdomen costumava ser negligenciado, e uma vez viu-se um dos médicos anotar "abdomen sem anomalias" sem que o paciente fosse sequer tocado.

Nunca o exame foi "completo", como descrevem os manuais de semiologia.

c. Tratamento.

Roteiro: Como foi prescrito o tratamento, se a conduta foi discutida com o paciente, se a este foram dadas alternativas e informações, ou se se tratou de mera imposição.

Observação: O tratamento não foi discutido, no sentido de ser esclarecido, oferecer alternativas, etc. Houve em alguns casos a preocupação de fornecer informações que viabilizassem a adesão dos pacientes ao tratamento prescrito pela persuasão (remédios mais baratos, possíveis efeitos adversos, etc.) ou então pela intimidação pura e simples ("se você não se tratar, vou ter que internar").

d. Tempo.

Roteiro: Verificar o tempo dispendido com cada paciente.

Observação: O tempo empregado nas consultas subseqüentes era bem menor do que nas primeiras vezes, a maior parte do mesmo sendo empregada no preenchimento de vários papéis, em especial pedidos de exame. Nestas ocasiões, raramente os médicos falavam com os pacientes, que procuravam então conversar com os observadores.

e. Conduta pessoal.

Roteiro: Verificar atitudes com o paciente - se o médico o olhou, se procurou conversar, chamá-lo pelo nome, se o deixou à vontade ou se teve atitude autoritária (ainda que amistosa).

Observação: A atitude dos médicos pode ser descrita como cortês, porém sem qualquer empatia, como se depreende da não valorização do sofrimento do paciente, ou do fato de não dar atenção ao mesmo enquanto escreviam.

f. Queixas funcionais.

Roteiro: Como o médico lidou com queixas "funcionais"¹, principalmente se estas persistiram como tal após investigação adequada, ou melhor dizendo, satisfatória para o médico que a efetuou.

Observação: Quando queixas deste tipo eram acompanhadas de

1. I.é, não atribuíveis a lesões, em princípio.

outras mais facilmente correlacionáveis a lesões, foram deixadas de lado. Quando eram as únicas apresentadas, provocaram por vezes irritação no médico (especialmente quando eram muitas, quando os pacientes eram "poliqueixosos", um eufemismo médico para "chato"), como se este tipo de queixa não fosse problema seu.

g. Supervisão.

Roteiro: Quantas vezes o residente solicitou supervisão, se pareceu ter segurança em sua prática ou não.

Observação: A supervisão foi inexistente, e os médicos pareciam seguros do que faziam.

h. Esclarecimento dos pacientes.

Roteiro: Verificar se existiu algum esclarecimento, por parte do médico, de suas suposições, diagnóstico, etc.

Observação: Quando houve esclarecimento, foi em função de solicitações dos pacientes, e não como prática sistemática. Ainda assim, só aspectos parciais foram esclarecidos, e com termos médicos: "a senhora tem um pólipó, que é um adenoma viloso".

i. Questões "extra-médicas".

Roteiro: Verificar se o médico permitiu ao paciente falar de outros assuntos que não seus sintomas e, se o paciente abordou aspectos outros de sua vida, como reagiu.

Observação: Nas ocasiões em que os pacientes falaram de suas vidas, isto foi ocasional, não sendo resultado de algum esforço deliberado dos médicos. Quando isto ocorreu, os médicos não valorizaram, ou não souberam como lidar com a situação, ou podaram os pacientes, tentando retornar às questões "médicas".

Apresento a seguir os dados quantitativos, retirados dos registros médicos de consultas da amostra selecionada e o resultado das avaliações independentes, com o intuito de evidenciar, a partir de uma outra perspectiva, algumas das questões que desenvolvi até aqui. Após esta apresentação há uma discussão desses dados, procurando situar o quadro apontado pelo estudo de caso relativamente ao restante do trabalho.

12. Consolidado dos dados coletados a partir da revisão dos prontuários.¹

A. Identificação:

A idade dos pacientes variou entre 21 e 87 anos, com média de 49.09 anos. Na faixa de 20 a 79 anos a distribuição foi razoavelmente homogênea. No que diz respeito a sexo, o número de mulheres é aproximadamente o dobro do de homens, o que está de acordo com outros estudos de utilização de serviços de saúde. Nos outros itens, o que chama a atenção é o não-preenchimento (aproximadamente um terço não tem registro da cor, metade dos pacientes têm procedência desconhecida e na maior parte dos pacientes, mesmo quando se anotou a profissão, o registro foi malfeito).

TABELA 1.
DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO IDADE

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO
20 a 39	33
40 a 59	39
60 a 79	29
80+	1
Ignorada	10
TOTAL	112

TABELA 2.
DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO SEXO

SEXO	NÚMERO	%
Feminino	72	64.29
Masculino	38	33.93
Ignorado	2	1.79
TOTAL	112	100.00

1. Um modelo da ficha de coleta de dados está no ANEXO I.

TABELA 3.
DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO COR

COR	NÚMERO	%
Branca	31	27.68
Parda	22	19.64
Preta	18	16.07
Ignorado	41	36.61
TOTAL	112	100.00

TABELA 4.
DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO ORIGEM

ORIGEM	NÚMERO	%
Zona Oeste	19	16.96
Zona Norte	17	15.18
Baixada	14	12.50
Zona Sul	2	1.79
Outros	3	2.68
Ignorado	57	50.89
TOTAL	112	100.00

TABELA 5.
DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO PROFISSÃO

PROFISSÃO	NÚMERO
Do lar	28
Não identificada	24

Obs: Dos restantes, 3 tinham profissão de escolaridade indefinível, e os demais, de nível elementar. Mesmo quando a profissão foi identificada, a especificação foi malfeita (ex: "aposentado") não permitindo maiores elaborações.

B. História:

Conforme foi dito anteriormente, os itens da anamnese diretamente relacionados à queixa principal dificilmente deixaram de ser registrados, enquanto que os demais foram deixados de lado em pelo menos metade dos casos. Já o registro do exame físico usualmente apresentou dados relativos à somatoscopia (aspectos gerais do paciente), aparelhos cardiovascular e respiratório e abdomen, com membros com freqüência ligeiramente menor. Utilizamos o termo registrado porque é claro que o fato de um determinado procedimento não ter sido anotado não implica necessariamente que não tenha sido feito, e inversamente o registro tampouco implica na execução (pudemos observar pelo menos uma vez um residente anotar dados relativos à palpação abdominal sem que o abdomen do paciente fosse sequer visto). Por outro lado, o fato de registrar ou não certos fatos traz implícita a maior ou menor importância atribuída aos mesmos.

Chama a atenção que quase onze por cento dos pacientes não tenham nenhuma queixa registrada. Ainda nos atendo à observação feita há pouco, isto pode mostrar que nestas situações a importância atribuída à queixa principal não foi tão grande, ou então que a queixa apresentada era de difícil enquadramento.

Outro fato digno de nota é que a maioria dos pacientes (cerca de dois terços) teve apenas uma queixa registrada. É possível que isto seja um resultado do "enquadramento" promovido pelos médicos, selecionando entre as queixas apresentadas pelo paciente aquela que lhe parece mais importante. O peso real que este tipo de distorção teve nesta amostra é impossível de avaliar, mas sabemos que ela ocorre com freqüência expressiva.

A queixa mais freqüente foi de algum tipo de dor, em especial abdominal. A presença de diagnósticos (hipertensão e

diabetes) como queixa principal pode ser explicada ou por erro no preenchimento por parte do médico (improvável) ou porque os pacientes já estariam vindo ao AMI após terem tido algum outro tipo de atendimento, onde lhes foi dado o diagnóstico (corretamente ou não), além, é claro, das suposições diagnósticas que os próprios pacientes fazem.

TABELA 6.
PREENCHIMENTO DOS ITENS

HISTÓRIA	NÚMERO	%	EX. FÍSICO	NÚMERO	%
HDA	108	96.43	Somatosc.	99	88.39
HPP	82	73.21	Cab.&Pes.	24	21.43
HFis	48	42.86	ACV	99	88.39
HFam	59	52.68	AR	95	84.82
HSoc	63	56.25	Abdomen	92	82.14
Outras	7	6.25	Membros	80	71.43
(1)			S. Uro.	5	4.46
			Outros	9	8.04
			(2)		

(1) História Epidemiológica, etc.

(2) Exame neurológico, etc.

TABELA 7.
QUEIXA PRINCIPAL: DISTRIBUIÇÃO POR NÚMERO DE QUEIXAS

NÚMERO DE QUEIXAS	NÚMERO	%
Nenhuma	12	10.71
Uma	75	66.96
Duas	17	15.18
Três	7	6.25
Mais de três	1	0.89
TOTAL	112	100.00

TABELA 8.
QUEIXA PRINCIPAL: CATEGORIAS MAIS FREQUENTES

Dor	44
Abdominal	19
Cefaléia	7
Torácica	7
Membros/articulações	5
Hipertensão	14
Diabetes	4

C. Hipóteses diagnósticas:

Um número grande de pacientes (dezesseis por cento) não teve qualquer hipótese registrada. A grande maioria (cerca de dois terços) teve uma ou duas hipóteses registradas, o que estaria de acordo com o esperado.

As doenças cardiovasculares ocupam a maior parcela dos diagnósticos. Curiosamente, os "sem nada" foram poucos (nove, apenas¹), o que pode ter duas explicações:

- a) o Serviço de Pronto Atendimento, fazendo uma pré-seleção, diminui o número de pacientes deste tipo na demanda do AMI;
- b) os médicos registram como hipótese diagnóstica coisas mais "sensatas" do ponto de vista médico do que "nervosismo".

TABELA 9.
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: DISTRIBUIÇÃO POR NÚMERO

NÚMERO DE HIPÓTESES	NÚMERO	%
Nenhuma	18	16.07
Uma	44	39.29
Duas	31	27.68
Três ou mais	19	16.96
TOTAL	112	100.00

TABELA 10.
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: CATEGORIAS MAIS FREQUENTES

HIPÓTESES	NÚMERO
Hipertensão arterial	24
Doença cardiovascular (1)	18
Doenças respiratórias	13
Dispepsia/gastrite/úlcera	12
Poliquêixosas/DNV/etc.	9
Diabetes	8
Infec. urinária	6

(1) Excluída HA

1. Por outro lado, é praticamente dez por cento dos pacientes que tiveram algum diagnóstico.

D. Conduta estabelecida:

Oitenta dos cento e doze pacientes estudados (mais de setenta por cento) saíram da consulta com dois ou mais exames. Se levarmos em consideração as hipóteses diagnósticas formuladas mais freqüentemente e as compararmos com os exames mais solicitados, não há muita correspondência lógica, o que pode indicar que exames sejam efetivamente solicitados sem maior critério. A média alta de exames por paciente parece confirmar esta hipótese (com a ressalva de que a dispersão dos dados foi muito grande, como se pode ver pelo desvio padrão calculado).

TABELA 11.
EXAMES SOLICITADOS: DISTRIBUIÇÃO POR NÚMERO

NÚMERO DE EXAMES POR PACIENTE	FREQ.	
Nenhum	16	
1	16	
2	6	
3	13	
4	9	
5	5	
6	4	
7	13	
8	4	
9	6	
10	3	
11	7	
12	5	
13	1	
14	1	
15	0	
16	3	
TOTAL	112	
Total de exames solicitados	571	
Pacientes com pelo menos um exame	96	(85.71%)
Média de exames por paciente	5.10	(D.P. 4.28)
Média excluídos os sem nenhum exame	5.95	(D.P. 4.04)

TABELA 12.
EXAMES SOLICITADOS: DISTRIBUIÇÃO POR TIPO

TIPO DE EXAME	FREQ.
Hemograma e/ou VHS	61
Bioquímica	61
Radiológicos s/contr.	48
EAS	46
ECG	36
Parasitológico	36
Eletrólitos	27
Radiológicos c/contr.	11
Enzimas	11
Bacteriológicos	7
Ultrassonografia	7
Prs. atv. reumat./Cél. LE	6
Imunológicos	6
Hormonais	5
Med. Nuclear	3
Coagulograma/plaquetas	2
EEG	1
Outros	10
TOTAL (1)	571

(1) Quando um determinado grupo figurou duas vezes no mesmo pedido, foi computado apenas uma vez, fazendo com que o total calculado seja menor que os 571 encontrados.

O número de medicamentos prescritos na primeira consulta não foi tão grande quanto o número de exames solicitados, embora tenha sido relativamente elevado. Setenta dos cento e doze pacientes (mais de sessenta por cento) saíram com pelo menos um medicamento da primeira consulta, e entre estes a média de remédios por paciente foi de 2.04 (embora o grosso dos pacientes tenha ficado na faixa de um ou dois remédios). Comparando o tipo de remédio prescrito com o perfil nosológico, a correspondência é mais razoável do que com os exames.

TABELA 13
MEDICAMENTOS PRESCRITOS: DISTRIBUIÇÃO POR NÚMERO

NÚMERO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTE	FREQ.
Nenhum	42
1	27
2	26
3	9
4	3
5	5
Total de medicamentos prescritos	143
Pacientes com pelo menos uma medicação	70 (62.50%)
Média de medicamentos por paciente	1.28
Média excluídos os sem nenhum medicamento	2.04

TABELA 14
MEDICAMENTOS PRESCRITOS: DISTRIBUIÇÃO POR TIPO

Diuréticos	25
Antihipertensivos (1)	19
Analgésicos/antiespasmódicos	16
Antiulcerosos (2)	9
Psicofármacos	6
Drogas c/ação no Sist. Cardiovasc. (3)	5
Broncodilatadores	4
Antiparasitários	3
Antifúngicos	3
Anticonvulsivantes	2
Outros	23
TOTAL (4)	143

(1) Excluídos diuréticos

(2) Inclusive antiácidos

(3) Excluídos diuréticos e drogas antihipertensivas

(4) Quando um determinado grupo figurou duas vezes na mesma prescrição, foi computado apenas uma vez, fazendo com que o total calculado seja menor que os 143 encontrados.

E. Situação ao final do período de acompanhamento

Com a precariedade dos registros, foi muito difícil diferenciar pacientes perdidos de observação dos que abandonaram tratamento, e optei por este motivo por considerá-los em conjunto. Ainda assim, o número de altas ao final do período de observação (cerca de oito meses) é muito baixo.

Quanto à confirmação diagnóstica também foi pequena. Isto não quer dizer que os diagnósticos iniciais estivessem forçosamente errados nos casos em que não foi possível confirmá-los, embora este dado seja bastante sugestivo.

Note-se ainda que este estudo foi feito no ambulatório de um Hospital Universitário, um "centro de excelência". É lícito supor que em outro tipo de serviço médico, mais representativo daquilo que poderíamos chamar de "padrão médio" e onde a preocupação com a "documentação científica do caso" é certamente bem menor, estes indicadores seriam ainda mais precários.

TABELA 15.
SITUAÇÃO ATUAL

SITUAÇÃO ATUAL	NÚMERO	%
Alta	17	15.18
Abandono/Perdido de observação	94	83.93
Continua em tratamento	1	0.89
TOTAL	112	100.00

TABELA 16.
CONFIRMAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO	NÚMERO	%
Primeiro diagnóstico	94	
Clínica	27	28.72
Laboratorial	32	34.04
Segundo diagnóstico	50	
Clínica	9	18.00
Laboratorial	8	16.00
Terceiro diagnóstico	19	
Clínica	4	21.05
Laboratorial	3	15.79

13. Consolidado dos dados das avaliações independentes.

Na opinião dos avaliadores, na maior parte das vezes os médicos estudados procederam corretamente, como se depreende da concentração de avaliações nas faixas superiores (alguma e total correlação). Isto não chega a ser surpreendente, já que em última análise, avaliadores e avaliados estão sujeitos ao mesmo referencial teórico.

A. Correlação história+ex.físico x hipótese(s) diagnóstica(s)

Avaliador:	Correlação:				
	Prejud.	Nenhuma	Pouca	Alguma	Total
1	18	2	15	43	34
2	16	1	5	49	41
3	13	0	7	17	75
TOTAL	47	3	27	109	150

B. Correlação hipótese(s) diagnóstica(s) x conduta:

Avaliador:	Correlação:				
	Prejud.	Nenhuma	Pouca	Alguma	Total
1	12	1	16	44	39
2	18	5	6	43	40
3	16	0	4	12	80
TOTAL	46	6	26	99	159

C. Testes estatísticos:

Chama a atenção o fato de que o teste estatístico tenha apontado divergência na maneira dos avaliadores julgarem os escores. Isto parece demonstrar que, na verdade, a "cientificidade" do modelo médico não garante a reprodutibilidade de suas "conclusões". Outro fato importante, é que embora as avaliações das duas correlações tenham sido extremamente divergentes do ponto de vista estatístico, as avaliações da conduta estabelecida (correlação 2) tiveram um grau de diferença maior ainda, reforçando a impressão de que a orientação adotada é sujeita a uma grande variabilidade individual.

TESTE DO QUI-QUADRADO

Hipótese nula: não há diferença entre os scores

Hipótese alternativa: há diferença

Nível de significância escolhido: 0.05

Para a correlação 1:

Qui-quadrado calculado: 44.197

Qui-quadrado tabelado (8 g.l., alfa = 0.05): 15.507

H0 rejeitada, logo:

Há diferença entre os scores ($p \ll 0.001$ ¹)

Para a correlação 2:

Qui-quadrado calculado: 58.458

Qui-quadrado tabelado (8 g.l., alfa = 0.05): 15.507

H0 rejeitada, logo:

Há diferença entre os scores ($p \ll 0.001$ ²)

1. O qui-quadrado para 8 graus de liberdade e alfa = 0.001 é 26.124.

2. Idem acima

14. Discussão.

Este estudo corrobora, a meu ver, o que venho afirmando com este trabalho. A prática dos médicos observados é bastante diversa do que os manuais recomendam; longe de acumular um imenso volume de dados e posteriormente compor um "quadro", o diagnóstico parece estar implícito desde o início, o que se coaduna com as observações de SACKETT (1985). Evidência indireta disto está no não preenchimento de uma série de itens "obrigatórios" tanto da anamnese quanto do exame físico. Mesmo assim os avaliadores consideraram que, na maior parte dos casos, a conduta seguida correlacionava-se, parcial ou totalmente, com as hipóteses diagnósticas estabelecidas, e estas com o par anamnese/exame físico correspondente, o que implica num aval, ainda que indireto, do procedimento adotado.

A existência de diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações feitas também reforça esta conclusão; profissionais conceituados não chegam a fornecer avaliações com suficiente coerência entre si. Evidentemente que este resultado não permite fazer extrapolações do que seria uma avaliação média dos médicos, já que os avaliadores não representam uma amostra significativa do ponto de vista estatístico. Por outro lado, se o grupo de avaliadores não tem significância estatística certamente tem significância do ponto de vista do conceito profissional "inter pares". Se não é possível uma generalização, estatisticamente falando, esta comparação tem um caráter ilustrativo de algumas das proposições que discuti ao longo deste trabalho. Note-se, de qualquer forma, que os médicos observados

estavam seguros do que faziam, e que todos haviam passado recentemente por uma prova de seleção bastante exigente quanto ao "conhecimento médico", a prova de residência.

A eficiência ou não das condutas adotadas é de difícil avaliação; o fato de que poucos diagnósticos foram confirmados, e que poucas altas foram dadas deve ser pesado contra o fato de que um número muito grande de pacientes abandonou o tratamento ou foi perdido de observação. Ainda que assim não fosse, a avaliação desta eficácia também traz problemas metodológicos. Qual é o objetivo final no tratamento de pacientes hipertensos, por exemplo? A cura, neste caso, é evidentemente impossível com as técnicas que se dispõe atualmente. Talvez seja mantê-los indefinidamente em tratamento, com níveis tensionais controlados. Existem estudos longitudinais que apontam para benefícios advindos deste controle (VETERANS ADMINISTRATION..., 1970).

Nesta amostra de pacientes estudados, a hipertensão arterial foi o diagnóstico com maior prevalência; mais de vinte por cento dos pacientes foram enquadrados nesta categoria. Dentro da perspectiva esboçada acima, a taxa de abandono/perda é catastrófica, já que provavelmente muitos destes pacientes terão interrompido seu tratamento.

Este exemplo ilustra muito do que discutimos até aqui. Existem atualmente dezenas de medicações diferentes, que, ao menos em tese, conseguem trazer os níveis tensionais da maior parte dos pacientes acometidos de hipertensão arterial para níveis menos sujeitos a complicações cardíovasculares. Porém, a prática médica hegemônica têm-se mostrado absolutamente incapaz de conseguir que estes pacientes permaneçam em tratamento indefinidamente, como seria necessário.

Este estado de coisas tem várias explicações; um tratamento da hipertensão implica, necessariamente, em mudança de uma série

de hábitos de vida. Há que se controlar a ingestão de sal, reduzir-se o peso nos pacientes acima do seu peso normal, e tomar continuamente o medicamento. Isto em si traz dificuldades adicionais: muitas vezes os pacientes hipertensos são assintomáticos; ao tomar a medicação prescrita, passam a ter sintomas de hipotensão. Observe-se que estou falando apenas dos tópicos "clássicos" do tratamento da hipertensão; embora seja bem estabelecida a relação de elevações da pressão arterial média em função de situações que genericamente poderíamos chamar de "ansiedade", não vou sequer tentar falar de "tratamentos" para este item particular. Veja-se apenas que, quando os pacientes tentavam abordar assuntos outros que não suas doenças, os médicos, seja lá por que razão for, impediram que o "desabafo" se desenvolvesse. Mais ainda, a atitude dos médicos, de uma forma geral, foi "impessoal" o bastante para garantir que este tipo de situação tivesse lugar o mínimo possível.

O que acaba ocorrendo, na prática, é que a maior parte dos pacientes não segue o tratamento prescrito, em maior ou menor grau. E isto que observamos com relação à hipertensão arterial, é modelar para a maioria das doenças crônico-degenerativas, que compõem a maior parte do perfil da demanda ambulatorial. As atitudes usuais dos médicos, "aliciamento" ou "ameaças", não propiciam em nada que o paciente se sinta parte ativa do tratamento.

É este o paradoxo da medicina moderna: dispondo de "armas" eficazes do ponto de vista biológico, está impotente nas situações concretas de sua prática. Benefícios tangíveis, que impliquem em melhoria coletiva das condições de vida da população, não são demonstráveis neste sentido, embora apareçam de modo claro com outra ordem de intervenção. A redução na

morbimortalidade associada à tuberculose pulmonar ocorrida entre os trabalhadores ingleses nos primórdios da revolução industrial, estudada por Engels, é paradigmática. Antes que se soubesse sequer o que poderia causar a tuberculose, houve melhoria nos indicadores sanitários daquela população, unicamente em função da correspondente melhora nas condições gerais de vida.

Mais do que "incorrekções técnicas" ressaltam portanto deste estudo as limitações concretas do modelo médico em responder às atribuições que ele mesmo se coloca.

IV. Conclusões

15. Clínica e ciências naturais.

Observando-se a relação da "teoria das doenças¹" com as várias disciplinas científicas que a informam evidencia-se uma operação que poderíamos chamar de "apagamento de rastros": a cuidadosa ocultação dos processos de produção do conhecimento. Vemos uma estratégia de "naturalização" de conceitos fundamentais, a começar pela própria definição das "doenças", referencial teórico básico da clínica. A maior evidência disto é o próprio nome escolhido por Leavell e Clark para seu modelo: "História natural das doenças". Esta relação é recíproca no que diz respeito a algumas disciplinas, em especial; este é o caso da fisiologia, como CANGUILHEM aponta, a qual depende da informação clínica prévia para distinguir "normal"/"não normal". Mas este é o caso também da epidemiologia, como parece sugerir ALMEIDA Fo.: para a epidemiologia, as "doenças" são dadas. Para a clínica, por sua vez, as informações aportadas pela fisiologia e pela epidemiologia também são dadas, naturais. Há claramente um esforço de situar o Saber e a Prática médica no interior do paradigma das ciências naturais. Isto fica mais claro a partir da reconstrução do processo clínico.

Como dissemos no início deste trabalho, a atividade clínica pode ser caracterizada pelos seguintes passos: anamnese; exame

1. Destaco que ao longo deste texto me referi sempre à "teoria das doenças" e não a uma "teoria da doença", porque esta última, como formulação geral, simplesmente inexiste. Existem teorias sobre mecanismos fisiopatológicos, evidentemente, mas nada que sequer se assemelhe a uma "teoria geral do adoecer". A única construção teórica deste tipo é a discussão empreendida por CANGUILHEM. Mas esta continua excluída das referências da clínica.

físico; diagnóstico/condução. Implícito nesta seqüência está um processo de objetivação, de fazer surgir a partir da subjetividade do sofrimento do paciente a objetividade da doença, em passos graduais.

No momento da anamnese a subjetividade ainda está presente, porém desde já presa ao processo sistematizado de coleta que a aprisiona em caminhos de objetivação. Uma dor não é simplesmente uma dor; na anamnese médica, uma dor tem sede, intensidade, duração; tem características que a definem de modo inequívoco (é em facada, em pontada, ou tipo cólica, etc.). O passo lógico seguinte, o exame físico, praticamente silencia o sofrimento. Aqui, o paciente só existe enquanto "referência geográfica", como diz CLAVREUL.

Ao final deste processo, com o diagnóstico emerge, enfim, a doença, que tem como corolário um tratamento. Por mais que se diga, à exaustão, que "não existem doenças, e sim doentes", a prática médica demonstra o contrário: para a clínica é importante fazer desaparecer o subjetivo, para que surja a doença, e não o doente. A oposição subjetivo/objetivo corresponde outra, tão essencial à clínica quanto a primeira: a oposição particular/geral. Num certo sentido, talvez esta seja até mais importante do que a primeira, porque a construção de generalidades é que possibilita a acolhida da medicina no seio das "Ciências Naturais".

Porém, como demonstra GUINZBURG, o paradigma da clínica é outro, aquele que denomina de "indiciário"; o primado da decodificação dos signos construindo individualidades. Segundo este autor, ao invés de operar sobre generalidades, este paradigma tem sentido justamente na individuação, feita a partir da leitura de sinais:

"(...) Ora, é claro que o grupo de disciplinas que chamamos de indiciárias (incluída a medicina) não entra absolutamente nos critérios de cientificidade deduzíveis do paradigma galileano. Trata-se, de fato, de disciplinas eminentemente qualitativas, que têm por objeto casos, situações e documentos individuais, enquanto individuais, e justamente por isso alcançam resultados que têm uma margem ineliminável de casualidade; basta pensar no peso das conjeturas (o próprio termo é de origem divinatória) na medicina (...). A ciência galileana tinha uma natureza totalmente diversa, que poderia adotar o lema escolástico individuum est ineffabile, do que é individual, não se pode falar. O emprego da matemática e o método experimental, de fato, implicavam respectivamente a quantificação e a repetibilidade dos fenômenos, enquanto a perspectiva individualizante excluía por definição a segunda, e admitia a primeira apenas em funções auxiliares." (GUINZBURG, 1989, p. 156 - grifos do autor)

Isto contraria frontalmente a intenção generalizadora implícita na teoria das doenças. É interessante notar que este processo de individualização aproxima a clínica da psicanálise, num certo sentido, aproximação esta indesejada por muitos médicos, mas também por outros tantos psicanalistas.

16. Clinica e terapêutica.

Na relação doença/tratamento encontramos mais um dos paradoxos clínicos: pela teoria das doenças, uma vez que se chegue "cientificamente" ao diagnóstico, o tratamento é identificado de forma unívoca, igualmente "científica". Na prática, o médico adota uma conduta própria, onde as evidências teóricas são filtradas pela sua experiência. Apesar do discurso generalizante, o tratamento continua sendo uma instância individual, quer se pense em termos de médico (cada médico tem sua conduta) quer se pense em termos de pacientes (para cada paciente a conduta de um mesmo médico pode ser variável).

Embora certamente haja uma racionalidade no estabelecimento da terapêutica, dificilmente pode ser considerada "científica", ao menos nos termos do paradigma galileano onde querem colocá-la, pois falta à conduta individualizada um dos atributos básicos do experimento científico: a reprodutibilidade. Não raro médicos apresentam condutas divergentes, sem que isso seja visto como sinal de má técnica.

O que é mais interessante, estas condutas podem ser igualmente eficazes, apropriadas, nas mãos daqueles que as adotam. O que pretendo ressaltar com isso, é que a "cientificidade", ao menos como desejada pelos teóricos da medicina, não é condição fundamental para o sucesso terapêutico.

Ao contrário do que o discurso dos seus ideólogos supõem, a prática médica depende em muito da habilidade individual dos seus praticantes, assim como a qualidade de um calçado, nos idos tempos da manufatura, dependia da habilidade do artesão. Não há

qualquer intenção de desprestígio nesta comparação, muito pelo contrário. Quando BLANK aponta para o caráter subjugador e expropriatório que o equipamento médico tem em relação à prática médica¹, esta "ameaça" existe precisamente porque se toma como objetivo último a "medicina científica". O que é expropriável é a repetição mecânica de condutas padronizadas. A habilidade é intransferível.

A maior ameaça à medicina, então, não vem tanto das práticas concorrentes, mas sim da própria dinâmica interna de "cientifização" da prática clínica.

1. v. BLANK, 1985, cap. III

17. Clinica e magia.

A crença dos médicos na "cientificidade" da sua prática, e mais que isso, na eficácia desta "cientificidade" é, num certo sentido, mágica, já que a forma como os conhecimentos são produzidos lhe escapa, fazendo com que esses conhecimentos sejam incorporados à sua prática de forma acrítica. Por outro lado, a "mágica" do xamã de LÉVI-STRAUSS (1975b) é referida a um sistema coerente de representações, partilhado com sua "paciente", o que lhe confere a "eficácia simbólica" a que o próprio título da artigo alude. Neste sentido, o da coerência do discurso, o xamã é mais científico do que nós médicos sonhamos ser.

O esforço de generalização/objetivação empreendido pela clínica se dá às custas da biologização do processo de adoecer. Isto limita as possibilidades de atuação médica ao biológico, o que impõe sérias restrições do ponto de vista da eficácia a esta prática. Por paradoxal que isto possa parecer, abandonando a busca da quimera científica talvez possamos ser científicos como nunca fomos. Ter certeza, como a clínica supõe ter, é fatal às dúvidas, matriz da investigação científica, como se depreende do texto que se segue:

"(...) existe uma deusa maldita ou um deus maldito contra a(o) qual deveríamos nos declarar. E o seu nome é Certeza. Com isto eu quero dizer a busca de certeza - um Santo Graal que requer da ciência e do conhecimento mais do que eles podem dar e que gera os demônios gêmeos do dogmatismo reducionista e do niilismo cético.

Devemos aceitar que é impossível criar uma proposição - seja uma declaração baseada em observações

ou uma hipótese - que preencha todo e qualquer critério lógico e empírico de verdade concebível." (WALLACE, 1988, p. 146)

Talvez falte à clínica não uma "cientificidade" incompatível com sua característica indiciária, mas ao invés disso desenvolver uma atitude científica que permita que a dúvida permeie as pétreas defesas erguidas em torno do castelo da teoria das doenças. Se no exercício clínico os médicos puderem desenvolver este tipo de visão crítica, talvez aí exista espaço para um reencontro da medicina com seu objetivo presumido, aliviar sofrimentos. Se esta "desmedicalização" da medicina é possível, não há como dizer. Creio, todavia, que posso afirmar com segurança que a proposta inicial deste trabalho, com todas as suas limitações, foi cumprida.

18. Epílogo.

Gostaria de encerrar este trabalho com a história, relatada por LÉVI-STRAUSS, de Quesalid, o Kwakiutl que, para desmarcar os feiticeiros, resolve estudar seus métodos ... e se torna um deles. Assim se encerra o relato:

"(...)A atitude do começo se modificou, pois, sensivelmente: o negativismo radical do livre pensador cedeu lugar a sentimentos mais matizados. Existem verdadeiros xamãs. E ele próprio? Ao fim da narrativa, não se sabe; mas é claro que exerce seu ofício com consciência, que é orgulhoso de seus sucessos e que defende calorosamente, contra todas as escolas rivais, a técnica da plumagem ensanguentada, da qual parece ter perdido de vista, completamente, a natureza falaciosa, e da qual tanto zombara no início." (LÉVI-STRAUSS, 1975a, p. 206)

Talvez na condição de feiticeiros descrentes de nossa feitiçaria possamos recuperar não só sua eficácia como a dignidade de que andamos tão necessitados... Que Asclépios, Amon e tantos outros nos protejam.

V. Anexos

19. Anexo I: Ficha de coleta de dados de prontuário.

Nome: _____ Matrícula: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Cor: _____ Profissão: _____ Origem: _____
Data 1a. consulta: / / _____ Queixa principal: _____
Resumo da história: _____

Preenchimento dos itens:

HDA HPP HFis HFam HSoc Outros

Resumo do exame físico:

Preenchimento dos itens:

Som CP ACV AP Abd MSI SUG Outros

Hipóteses diagnósticas (colocar na mesma linha hipóteses correlatas):

- 1.
- 2.
- 3.

Conduta:

Medicação:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Exames:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

Conduta (cont.):

Pareceres:

- 1.
- 2.
- 3.

Número de consultas posteriores:

1. No AMI
2. Noutros ambulatórios

Número de internações:

1. No HUPE
2. Em outros hospitais

Situação atual:

Alta Abandono Óbito Perdido de observação (após meses)

Diagnósticos finais:

Confirmação:

Clinica Laboratorial

- 1.
- 2.
- 3.

20. Anexo II: Valor preditivo de exames complementares.

Todo exame, por mais aperfeiçoado que seja, tem a possibilidade de produzir resultados errôneos. Se considerarmos, por exemplo, que o objetivo de um teste é detectar a presença de uma determinada doença, chamamos falso positivo o resultado positivo de exame para um paciente não doente, e falso negativo o inverso, resultado negativo num paciente doente.

Em epidemiologia definem-se dois critérios de avaliação de um exame laboratorial: sensibilidade e especificidade, ambos expressos em termos de porcentagem. O primeiro refere-se à ausência relativa de falsos positivos e o segundo à ausência relativa de falsos negativos. Tipicamente, para se estudar algum novo exame, compõem-se amostras de indivíduos "doentes" e "saudáveis" (nesta definição já encontraríamos dificuldades metodológicas), que são submetidos ao teste. Supondo-se 100 indivíduos em cada amostra, e um teste com sensibilidade de 99% e especificidade de 99%, teríamos no grupo de doentes 99 indivíduos com teste positivo e um com o teste negativo (falso negativo). Já entre os saudáveis, 99 teriam o exame negativo e um teria resultado positivo (falso positivo). Assinale-se que este exame excepcional não existe, já que via de regra não só os valores são mais modestos como num certo resultado estas medidas se contrapõem, i. é, quanto maior a sensibilidade menor a especificidade e vice-versa (v. SACKETT, 1985, cap. 4, em especial tabela 4-5, pgs. 74 e 75).

Continuando com nosso raciocínio, porém, o que realmente ocorre numa situação clínica é que a proporção de

doentes/saudáveis é desconhecida, e certamente não é 1:1. Via de regra as doenças têm pequena incidência na população. Supondo-se uma doença com incidência de 1:10.000 (isto é, um caso para cada dez mil pessoas), se testarmos um milhão de pessoas, apenas cem destas serão doentes. Aplicando-se aos resultados do teste a especificidade e a sensibilidade definidas anteriormente, teríamos:

a) Entre os cem doentes, noventa e nove seriam classificados corretamente, e um não;

b) Entre os 999.900 restantes, 989.901 seriam corretamente classificados como não doentes (99% de 999.900), e 9999 (1% de 999.900) seriam erroneamente qualificados de doentes.

Somando-se o total de exames positivos (verdadeiros ou não), teríamos o número de 10098, do qual apenas 99 (cerca de um por cento) seriam verdadeiros positivos. Ou seja, por melhor que seja um exame, seu valor preditivo, i. é, a capacidade de se formular um diagnóstico a partir de um resultado, é função da incidência da doença na população, mais do que de suas características intrínsecas. Este elementar fato algébrico é ignorado pela maior parte dos médicos no seu dia a dia.

VI. Bibliografia

- ALMEIDA, E.
Medicina hospitalar - medicina extra - hospitalar:
duas medicinas?
IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1988 (dissertação de mestrado)
- ALMEIDA Fo., N.
Epidemiologia sem números
Campus, Rio de Janeiro, 1989
- AMBULATORIO DE MEDICINA INTEGRAL
Medicina Integral
HUPE/UERJ, Rio de Janeiro, s/data (mimeo)
- AMBULATORIO DE MEDICINA INTEGRAL
Final de consulta
HUPE/UERJ, Rio de Janeiro, s/data (mimeo)
- AMBULATORIO DE MEDICINA INTEGRAL
Semiologia x tecnologia
HUPE/UERJ, Rio de Janeiro, s/data (mimeo)
- AMBULATORIO DE MEDICINA INTEGRAL
Terapêutica e cuidados gerais
HUPE/UERJ, Rio de Janeiro, s/data (mimeo)
- BALINT, M.
O Médico, Seu Paciente e A Doença
Ateneu, Rio de Janeiro, 1975
- BEESON, P.
On becoming a clinician
in Cecil Textbook of Medicine
W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1979
- BELL, A.
Scientific method (carta)
N Z Med J 102(867):227, 1989
- BIRMAN, J.
Enfermidade e Loucura
Campus, Rio de Janeiro, 1981
- BLANK, N.
O Raciocínio Clínico e Os Equipamentos Médicos
IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1985 (dissertação de mestrado)
- BOLTANSKI, L.
As Classes Sociais e O Corpo
Graal, Rio de Janeiro, 1984
- BURKE, A.
O médico, o paciente e a doença
in Semiologia Médica (Vieira Romeiro)
Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1980

- BURNAND, B et al.
Epidémiologie clinique: définitions, utilités et raisons pour un développement en Suisse
Schweiz Med Wochenschr 118(22):849-55, 1988
- CAMARGO Jr., K.
Um grupo operativo com hemofílicos
Inf Psiq 5(1):20-24, 1986
- CANGUILHEM, G.
O Normal e O Patológico
Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1982
- CLAVREUL, J.
A ordem médica
Brasiliense, São Paulo, 1983
- CORDEIRO, H.
A Indústria da Saúde no Brasil
Graal, Rio de Janeiro, 1980
-
- A prática médica: uma questão de marketing?
Rev. Bras. Tecnol., 12(2):49-52, 1981
- COSTA, J.
A medicina das cidades
in Ordem médica e norma familiar
Graal, Rio de Janeiro, 1983
- DICKOFF, J et al.
Organization and expansion of knowledge: toward a constructive assault on the imperious distinction of pure from applied knowledge, of knowledge from technique
Dent Hyg (Chic) 62(1):15-20, 1988
- DICKOFF, J et al.
Taking concepts as guides to action: exploring kinds of know-how
Dent Hyg (Chic) 62(1):38-41, 1988
- DICKOFF, J. et al.
Highly technical but yet not impure: varieties of basic knowledge
Dent Hyg (Chic) 62(1):41-2, 1988
- DUNCAN et al
Curso de metodologia científica em epidemiologia clínica
Unidade clínica de adolescentes/HUPE/UERJ, 1990 (xerox)
- EISENBERG, L.
Science in medicine: too much or too little and too limited in scope?
Am J Med 84(3 Pt 1):483-91, 1988
- FAERSTEIN, E.
Ideologia, normas médicas e racionalidade epidemiológica: o caso do câncer genital feminino.
Cad. IMS 3(1):173-86, 1989
- FEINSTEIN, A.
Science, clinical medicine and the spectrum of disease

in Cecil Textbook of Medicine
W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1979

_____ et al.

Café e câncer de pâncreas: problemas da etiologia e pesquisa epidemiológica de caso-controle
Trad. por MENEGHEL, S. (xerox)
Original publicado no JAMA, 246(9):957-61, 1981

FINDLEY, T. et al.

Research in Clinical Medicine and Rehabilitation III. The Chart Review or How to Use Clinical Data for Exploratory Retrospective Studies
Am J of Phys Med and Rehab, 68(3):150-157, 1989

FLETCHER, R. et al.

Epidemiologia Clínica
Artes Médicas, Porto Alegre, 1989

FOUCAULT, M.

O Nascimento da Clínica
Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1980

O nascimento da medicina social
in Microfísica do Poder
Graal, Rio de Janeiro, 1981

O nascimento do hospital
in Microfísica do Poder
Graal, Rio de Janeiro, 1981

FREUND, J.

Sociologia de Max Weber
Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1980

GLANTZ, S.

Biostatistics: How to detect, correct and prevent errors in the medical literature
Circulation 61(1):1-7, 1980

GOFFMAN, E.

Manicômios, prisões e conventos
Perspectiva, São Paulo, 1974

GOLUBYOV, I et al.

Au sujet de quelques-uns des problèmes posés par l'appréciation de la santé publique
Sante Publique (Bucur) 31(1):27-33, 1988

GOODMAN, L. et al

As bases farmacológicas da terapêutica
Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1978

GUEDES, S.

Umbanda e loucura
in Desvio e Divergência (org. por G. VELHO)
Zahar, Rio de Janeiro, 1979

GUIMARÃES, R.

A eficácia do exame telerradiográfico de tórax como técnica de "screening" hospitalar.

Rev Saúde Públ, 11:97-109, 1977

_____ (org.)

Saúde e Medicina no Brasil - Contribuição Para Um Debate
Graal, Rio, 1978

GUINZBURG, C.

Sinais: raízes de um paradigma indiciário

in Mitos, emblemas, sinais

Cia. das Letras, São Paulo, 1989

O alto e o baixo: O tema do conhecimento proibido nos séculos XVI e XVII

in Mitos, emblemas, sinais

Cia. das Letras, São Paulo, 1989

HEALY, B.

The human factor at the endless frontier

Circulation 79(4):959-65, 1989

HILTON, D et al.

Knowledge-based information acquisition: norms and the functions of consensus information

J Pers Soc Psychol 55(4):530-40, 1988

HOWIE, D.

Research: biased fox guards data henhouse (carta)

JAMA 259(10):1500, 1988

de JUAN, J. et al.

Importancia de las asignaturas preclínicas en la formación del médico

Rev Clin Esp 183(1):42-7, 1988

KAPLAN, D.

Lexicographer-scientists and the plasticity of lymphocytes

Perspect Biol Med 32(1):31-7, 1988

KRUPP, M. et al.

Current medical diagnosis and treatment

Lange Medical Publications, Los Altos, 1981

LAKATOS, L. et al.

Metodologia científica

Atlas, São Paulo, 1986

LEWIN, B.

Fraud and the fabric of science (editorial)

Cell 57(5):699-700, 1989

LÉVI-STRAUSS, C.

O feiticeiro e sua magia

in Antropologia Estrutural

Tempo brasileiro, Rio de Janeiro, 1975

A eficácia simbólica
in Antropologia Estrutural
Tempo brasileiro, Rio de Janeiro, 1975

LEVIN, J.
Estatística Aplicada a Ciências Humanas (2a. Edição)
Harbra, São Paulo, 1987

LILLIENFELD, A. et al.
Principles of epidemiology
Oxford University Press, New York, 1980

LYTTON, W.
Science education in the preclinical curriculum (carta)
Arch Intern Med 148(11):2508-9, 1988

LOYOLLA, M.
Médicos e Curandeiros
Difel, São Paulo, 1984

Rezas e curas de corpo e alma
Ciência Hoje, 6(35):34-43, 1987

LUCCHINA, I.
El Grupo Balint
Paidós, Bs. Aires, 1982

LUZ, M.
As instituições médicas no Brasil
Graal, Rio de Janeiro, 1979

Medicina e ordem política brasileira
Graal, Rio de Janeiro, 1982

Natural, Racional, Social
IFICS/UFRJ, Rio de Janeiro, 1987 (tese)

MACHADO, R. (et al.)
Danação da Norma
Graal, Rio de Janeiro, 1978

MAINLAND, D.
Statistical ritual in clinical journals: is there a cure? - I
Brit Med J 288:841-843, 1984

Statistical ritual in clinical journals: is there a cure? - II
Brit Med J 288:920-922, 1984

MASSEY, R.
Reflections on medicine. Too much science?
Conn Med 53(2):119, 1989

MELLO, C.
Saúde e assistência médica no Brasil
CEBES-HUCITEC, São Paulo, 1977

- McKINLAY, S. et al.
Research desing and analysis issues
Health Educ Q 16(2):307-313, 1989
- MURRAY, D. et al.
Analysis issues is school-based health promotion studies
Health Educ Q 16(2):315-20, 1989
- NOTO, J.
A emergência de caracteropatia profissional em estdantes do quinto ano médico
Bol. de Psiq. SP, 17(3):97-144, 1984
- OSUNA, A.
Ciencia axiologica
Cuad. Esc. Salud Publica (49):3-14, 1987
- PESCHEL, R. et al.
Medical miracles from a physician-scientist's viewpoint
Perspect Biol Med 31(3):391-404, 1988
- PETERSDORF, R. et al.
Harrison's Principles of Internal Medicine
McGraw-Hill Book Co., Tokyo, 1983
- PORTO, A.
Positivismo e seus dilemas
Ciência Hoje, 6(34):54-61, 1987
- van PRAAG, H.
Biological psychiatry audited
J Nerv Ment Dis 176(4):195-9, 1988
- RIPPIN, J.
Medical science and the patient
J Or Rehab, 15:313-320, 1988
- ROBBINS, S.
Patologia estrutural e funcional
Interamericana, Rio de Janeiro, 1975
- RODRIGUES, R.
A Crise da Medicina: Prática e Saber
IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1979 (dissertação de mestrado)
- ROSEN, G.
Da Polícia Médica à Medicina Social.
Graal, Rio de Janeiro, 1979.
- SACKETT, D. et al.
Clinical Epidemiology
Little, Brown & Co., Boston, 1985
- SCHULLMAN, J. et al.
The worship of "p"
Bull Menninger Clin 40:134-143, 1976
- SILLS, D. (org.)
International Encyclopaedia of the Social Sciences Vol. 5, pgs.
172-178 (verbete sobre etnografia)
MacMillan & Co., 1968

- SILVA, M.
Prática médica: dominação e submissão
Zahar, Rio de Janeiro, 1976
- SILVEIRA, T. et al.
Instituto Nacional de Câncer - Auditoria médica
Rev. bras. de Cancerologia, 29(1):21-24, 1982
- SINGLETON Jr., R.
Paradigms of science/society interaction: the abortion controversy
Perspect Biol Med 32(2):174-93, 1989
- SLACK, W.
A history of computerized medical interviews
M.D. Computing 1(5), 1989
- SMALL, P. Jr.
Consequences for medical education of problem-solving in science
and medicine
J Med Educ 63(11):848-53, 1988
- STEIN, R. et al
Thoughts on interdisciplinary research
J Clin Epidemiol 41(9):813-815, 1988
- STERN, M.
Type II diabetes mellitus - interface between clinical and
epidemiological investigation
Diabetes Care, 11(2):119-126, 1988
- TAIT, M.
The long term direction (carta)
N Z Med J 101(852):549, 1988
- _____
- The scientific method (carta)
N Z Med J 102(863):111, 1989
- TESTA, M.
Cientificismo y dependencia. Su influencia en la enseñanza y la
practica de la medicina.
Cuad. med. soc. (Ros.) (29/30):5-23, 1984
- THUILLIER, P.
Entrevista
Ciência Hoje 9(50):18-23
- VARELA ZARRAGOITIA, R. et al.
Particularidades del desarrollo de la ciencia y la tecnica como
fenomeno social
Rev. cuba. adm. salud 12(4):297-305, 1986
- VELHO, G.
O estudo do comportamento desviante: a contribuição da
antropologia social
in Desvio e Divergência (org. por G. VELHO)
Zahar, Rio de Janeiro, 1979

VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY GROUP ON
ANTIHIPERTENSIVE AGENTS

Effects of treatment on morbidity in hypertension
JAMA 213(7):1143-1152, 1970

JALLACE 4th, E.

What is truth? Some philosophical contributions to psychiatric issues
Am J Psychiatry 145(2):137-47, 1988

WATSON, J.

Technology transfer: the importance of people
N Z Med J 101(856 Pt 2):704-5, 1988

WHITEHEAD, A.

Bringing science to community care (editorial)
Br J Clin Psychol 27 (Pt 3):199-200, 1988

WITTE M. et al.

Seminars, clinics, and laboratories on medical ignorance
J Med Educ 63(10):793-5, 1988

WITTE, M. et al.

A curriculum on medical ignorance
Med Educ 23(1):24-9, 1989

WYNGAARDEN, J.

Biological science and medical practice
in Cecil Textbook of Medicine
W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1979

Tricks to order (editorial)

Nature 335(6187):192, 1988

Um golpe da ciência na raiz da dor

Revista Veja, ano 21, número 42, 1988