

Amarillys Z. Triana

**A SEMIOLOGIA BIOMÉDICA E SEUS LIMITES: DESVENDANDO
CAMINHOS ENTRE O SUTIL E O EVIDENTE.**

*Tese de Doutorado apresentada ao curso de
Pós - Graduação em Medicina, área de
Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas, para
obtenção do título de Doutor em Medicina, na área
de Saúde Coletiva*

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

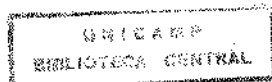
Campinas

1999

*Este exemplar corresponde à versão final da Tese
Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Sa-
Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP
para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.*

Campinas, 08 de Abril de 1999.

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Orientador



CM-00136425-1

Z14s Záldua Triana, Amarillys
A semiologia biomédica e seus limites: desvendando caminhos
entre o sutil e o evidente / Amarillys Záldua Triana. Campinas, SP
: [s.n.], 1999.

Orientador : Gastão Wagner de Souza Campos
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Tecnologia médica. 2. Semiologia (Medicina). 3. Relação
médico-paciente. I. Gastão Wagner de Souza Campos . II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Membros:

1.

2.

3.

4.

5.

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 08/04/1999

*Ao Chacra, pelos incontáveis momentos
de reflexão, pela preciosa e amorosa
ajuda na elaboração final desta tese.*

*Ao Glauber, pela reafirmação do sentido
da fé, pela sutil e diáfana observação do
mundo.*

AGRADECIMENTOS

A Emilio Quevedo, por semear há treze anos a idéia da possibilidade de construção de uma *semiologia médica* não positivista.

A Oscar Correa, pela sua sabedoria humilde e sem julgamentos. Pela sua multiplicidade de olhares.

A Vera Colucci, pela profunda e psicoanalítica leitura do texto, que me fez reviver a paixão pelo sentido da tese.

A Terêncio Hill, pela solidariedade e pela ajuda na realização do “summary”.

A Sra. Marília, pelo valoroso trabalho de revisão final deste texto.

A Marta, Luís Eduardo, Nicholas e Sebastian, pela solidariedade e colaboração sem limites, mais que pela amizade, pela irmandade colombiana.

Às minhas amigas Celinha, Nancy e Ângela Trentin, pela ajuda com o meu filho, quando, por causa desta tese, não pude dedicar-lhe o tempo que me requeria.

Ao meu amigo Hugo Cárdenas, pela ajuda via Internet, enviando os textos de nosso mestre Quevedo.

À minha avó Lucila, por me ensinar o sentido da palavra *compromisso* e a infinita *sabedoria* de seus diagnósticos empíricos, de seus chás, infusões e outras possibilidades terapêuticas.

A Sâmia, Sílvia, Góia e Lydia e Rogerio por colocarem em *movimento* um outro olhar sobre o corpo, que revela o *corpo signico* dos sujeitos.

A Paulo Rosembaun, pela profunda e absoluta coerência entre teoria e prática da Homeopatia.

A Maria Helena, uma vez mais, porque na vivência de uma amizade entendi a dimensão real da palavra vínculo.

A Roseli, pela amizade.

À minha Mãe, pelo compromisso e pela pronta ajuda em vários momentos deste trabalho, por sua coragem ao enfrentar o conflito, enfrentá-lo com dignidade, e por existir e constituir-se em minha mãe.

E, finalmente, a Gastão, pela paciente orientação sem julgamentos e por acreditar que é possível defender o que se pensa.

SUMÁRIO

RESUMO.....	i
INTRODUÇÃO.....	01
JUSTIFICATIVA.....	10
METODOLOGIA.....	18
PRIMEIRO CAPÍTULO: A SEMIOLOGIA MÉDICA OCIDENTAL E A RACIONALIDADE BIOMÉDICA.....	28
SEGUNDO CAPÍTULO: A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIA E A RADICALIZAÇÃO BIOMÉDICA.....	57
TERCEIRO CAPÍTULO: APONTANDO CAMINHOS; A NECESSÁRIA INTERLOCUÇÃO COM OUTROS SABERES.....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
SUMMARY.....	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118

RESUMO

Ao radicalizar seus pressupostos semiológicos fundamentais no sentido da *evidência* registrada na literatura médica, a Medicina Ocidental Moderna tem construído uma *cilada* a si própria, que só poderá ser superada por uma profunda reflexão a partir destes fundamentos. Esta é a **hipótese** deste trabalho. Portanto, o **objeto** desta pesquisa trata-se da semiologia médica ocidental. O **objetivo principal** será rastrear este *processo de radicalização*, que se inicia com maior ênfase a partir da década de setenta e tenta se consolidar nos anos noventa, sob a denominação de Medicina Baseada em Evidência (MBE). Como **objetivo secundário**, pretendo traçar aqui um caminho que reinterprete as condições de *evidência* a partir da *prática médica*, do *sutil* a ser desvendado na relação médico-paciente por meio da perspicácia.

Metodologicamente, trata-se de um trabalho teórico baseado na concepção de *dialética* de Maurice MERLEAU-PONTY, que identifica como primordial, no processo de construção de conhecimento, a delimitação clara do *campo de presença* do sujeito que está à procura deste conhecimento, e, a partir de sua *experiência* perceptiva, fenomenológica, ir construindo suas categorias, suas contradições, suas mediações. Portanto, será a partir de minha *experiência* como pessoa e como médica que estarei articulando meu processo de reflexão. Não será apenas minha prática como médica que estará articulando as categorias analíticas deste trabalho. Fez-se necessário um mergulho no *ideal* de prática semiológica prescrito nos livros de *Semiologia básica* mais utilizados nas escolas médicas, em especial do Brasil, nas últimas três décadas, até se chegar à produção teórica mais recente da MBE, que não só aponta o ideal semiológico como o de toda prática médica, que deveria centrar-se na *evidência*, produzida nos centros de *excelência* e documentada periodicamente na literatura médica

Aí, encontra-se exatamente o que estou denominando de *cilada*. Ou seja, ao ancorar-se na evidência referida na literatura médica, a prática aprofunda o abismo, que a *tecnologia* já impunha, entre o médico e o paciente. Tomo como **conclusão** deste trabalho a necessidade de se encontrarem caminhos para se livrar de tal cilada. Caminhos que recuperem toda a *subjetividade* da prática médica e ancorem nela mesma o sentido de *evidência*. Caminhos que desvendem o sutil e o evidente desta prática.

INTRODUÇÃO

A SEMIOLOGIA BIOMÉDICA E SEUS LIMITES: DESVENDANDO CAMINHOS ENTRE O SUTIL E O EVIDENTE.

Temos a impressão de que os filósofos chineses não entendem do mesmo modo que os do Ocidente a própria idéia de compreender ou de conhecer, não se propõem a gênese intelectual do objeto, não procuram apreendê-lo, mas apenas evocá-lo em sua perfeição primordial; e é por isso que sugerem, é por isso que é impossível distinguir neles o comentário e o comentado, o envolvente e o envolvido, o significante e o significado; é por isso que, neles, o conceito é tanto alusão ao aforismo quanto o aforismo alusão ao conceito. (MERLEAU-PONTY, 1960, p. 147)

Pretendo aproximar-me do objeto deste trabalho com um pouco da intenção e da atitude do filósofo chinês diante do mundo e, a partir do que me sugeriu esta epígrafe, tentarei esboçar um caminho de investigação semelhante: tentar mais evocar o objeto que tomarei para estudo, em sua perfeição primordial, que apreendê-lo em toda sua gênese. Ou seja, tomarei como mais necessário descrever o objeto em toda sua dimensão e constituição dialética que o processo de constituição intelectual, genealógico que o fundamente.

Muito embora reconheça que tal pretensão de ordem metodológica seja difícil para uma médica de formação ocidental, julgo mais necessário o desafio de encaminhar meu pensamento sobre a prática, no sentido da delimitação e descrição das contradições, que percebo como mais fascinante, que partir à procura de determinantes, de causas, de interpretações históricas.

Tomando como objeto de estudo a *semiologia utilizada pelos médicos em seu trabalho, ao se aproximar dos corpos*¹ que a eles recorrem, pretendo penetrar no campo da suposta prática médica e da produção dos conhecimentos utilizados por esta prática, tomando-os como duas dimensões dialéticas, contraditórias de um mesmo processo. Tais dimensões serão referências fundamentais em todo o trabalho.

O que me instiga no sentido deste objeto é exatamente a contradição entre a prática em si da utilização de uma semiologia e a constituição desta semiologia como saber, como prescrição do que deve ser feito, do que se espera que seja uma prática eticamente² aceitável e eficaz. Instiga-me no sentido de tentar encontrar os caminhos para compreender profundamente o *paciente*, a queixa, os incômodos manifestos e não manifestos e a sua tentativa de resolução. Resolução que deve passar por uma leitura que tente desvendar a problemática ou as problemáticas geradoras do conflito deste *paciente*, não só sinais e sintomas, previamente condensados numa nosologia clínica.

O que pretendo apontar aqui é como esta nosologia, que partiu de uma compilação de sintomas, os quais se compõem em um certo arranjo configurando então uma doença específica e geral, não consegue mais ser suficiente para dar conta de entender os reais incômodos dos *pacientes*³, no universo do individual, da subjetividade. Parte-se do particular, sintomas, signos, para catalogá-los segundo um marco nosológico geral e, em vez de voltar para o sujeito contextualizado e individualizado, retorna-se ao sujeito *paciente* com indicações também gerais. As prescrições ficam, então, desprovidas da história individual, rica em significados e significantes que a geraram. Aqui pretendo diferenciar dois problemas: um primeiro, ligado à insuficiência de elementos semiológicos para dar conta de uma leitura e compreensão individualizada das demandas explícitas dos *pacientes*;

¹ O corpo, como nos mostra FOUCAULT (1980), no Nascimento da Clínica, é o espaço da doença que torna possível as diferentes leituras em busca de significados tanto para o doente quanto para o clínico, que persegue sinais, indícios ao examinar o corpo do outro. Mas também nos referimos ao corpo como signo, "o corpo signico", termo acunhado por FERREIRA (1994), em que a autora define o corpo como signo, signo que visa comunicar um conteúdo na consciência do observador. "aproprio-me desta noção ao referir-me ao corpo como signo, à medida que através de determinadas mensagens emitidas pelo corpo, os sintomas experienciados pelo indivíduo e os sinais observados no exame clínico do médico, levam a um significado, a doença" (FERREIRA, 1994, p 102) Posteriormente analisaremos com maior profundidade.

² Ética: aqui temos a conotação de ética relacionada com a de ciência, isto é, quando se trata daquilo que é preciso saber. Saber e entender, para tomar uma decisão e responsabilizar-se por ela.

³ Paciente: quero esclarecer que não concordo completamente com esta denominação, mas foi escolhida por discordar de outras denominações, tais como usuário ou cliente.

e um segundo problema, que estaria relacionado à impossibilidade de se desvendar as demandas não explícitas verbalmente mas que, usando uma linguagem literária, estão subjacentes ao texto, quer dizer, estão presentes no corpo, na história do *paciente*. Tais demandas ou são omitidas por serem consideradas irrelevantes, não apropriadas na escuta do médico, ou não são consideradas importantes pelo *paciente*, ou simplesmente são desconhecidas do mesmo.

Cabe aqui a pergunta: a semiologia é uma ciência que estuda os signos e sinais? Tomando a definição de signo como o que anuncia ou dá a conhecer outra coisa da qual toma o lugar isto supõe uma causa qualquer que interdita ou torna penoso o acesso direto à coisa significada. Para LALANDE (1993), e também para BARTHES (1990), para quem a função do signo é comunicar idéias por intermédio de mensagens, signo teria como objetivo transmitir uma informação, fazendo parte do processo de comunicação. Com isto quero afirmar que a semiologia biomédica não consegue dar conta da compreensão, da leitura, no sujeito *paciente*, do que é demandado.

Cabe aqui a afirmação de que não tendo avançado no sentido da compreensão do signo, como algo que deve ser dilucidado, então também, e ainda mais, se faz insuficiente na compreensão do não dito, do não demandado literalmente.

Aqui pode —se —iam citar inúmeros exemplos. Mas, no cotidiano do trabalho do médico generalista, a queixa de dores musculares e articulares erráticas, associadas a insônia e nervosismo, em mulheres que trabalham no lar, é muito freqüente. Após os inumeráveis exames laboratoriais que não acusam alterações do “normal”, essas mulheres, na maior parte das vezes, são tratadas com benzodiazepínicos cronicamente, medicamento que, teoricamente, “cobriria” tanto o orgânico como o mental. Quais os signos não desvendados? Quais as histórias não relatadas, quais os geradores dos sintomas? Atrás destes sintomas e signos estão histórias complexas de mulheres, algumas com infinitos potenciais a descobrir, outras a desenvolver ou reencontrá-los. Na maioria das vezes, realizando trabalhos mecânicos, pouco valorizados emocional e economicamente, tais mulheres não conseguem encontrar valor na sua atividade cotidiana e no rumo de suas vidas. Seria o diazepam uma proposta suficiente, eticamente aceitável?

Estas perguntas teriam relação com a prática dessa semiologia biomédica, mas há também outra questão que poderia ser formulada: estaria a semiologia, preconizada nos tratados e na literatura médica, construindo uma *cilada* a si mesma, na medida em que tenta criar seus parâmetros de utilização, na prática médica, a partir de critérios rigorosos e pretensamente objetivos e “científicos”?

Tal questão coloca-se, hoje, quando um obstáculo fundamental da semiologia médica, que é tido como a sua insuficiência em abarcar e responder às demandas colocadas pelos sujeitos que procuram esta Medicina, é deslocado para a insuficiência de incorporação, pela prática, dos avanços técnicos e científicos cotidianamente produzidos.

A tese que tentarei defender, aqui, é a de que o obstáculo, ou seja, a insuficiência semiológica na prática cotidiana de trabalho dos médicos, encontra-se na *racionalidade biomédica*⁴ que constitui esta prática e não na maneira como os resultados dos estudos construídos dentro desta racionalidade são incorporados na prática.

Isto se constitui num *obstáculo epistemológico*⁵, na medida em que se tenta avançar na explicação científica do ponto final, a doença, a maior perfeição na compreensão do anátomo-fisiológico-químico, sem se dar conta do processo de constituição dessa doença, somente analisada pela ótica naturalista, biologicista, descontextualizada, “desistoricizada”, sem levar em consideração o homem constituído de subjetividade, de emoções, de campos de presença, e que porta um corpo que é algo mais que biológico, que é produto também de uma construção social. Sem se dar conta do *corpo signico*, portador de mensagens, *significantes* à procura de uma semiologia que permita decodificar os seus conteúdos, os seus *significados*. (FERREIRA, 1994)

⁴ O termo *racionalidade biomédica* é tomado como: “um sistema lógico e teoricamente estruturado, composto de cinco elementos teóricos fundamentais: uma morfologia e anatomia humanas; uma fisiologia ou dinâmica vital; um sistema diagnóstico; um sistema terapêutico e uma doutrina médica. É biomédica, por referir-se a uma racionalidade que se baseia num conhecimento produzido pelas disciplinas científicas do campo da Biologia.” (LUZ, 1993).

⁵ Obstáculo epistemológico é caracterizado como entorpecimentos e “confusões” que aparecem no interior das disciplinas, por uma espécie de necessidade funcional, no ato mesmo de conhecer, fenômeno este que se constitui em causa de estancamento, inércia e até de retrocesso para o processo de conhecimento. (BACHELARD, 1975)

Não existe, nem de longe, uma tentativa de se incorporar à análise semiológica outras áreas do saber, como a das ciências sociais, para a compreensão dos signos e sintomas trazidos pelos *pacientes*. Ao contrário, cada vez mais é valorizado o que é mensurável, quantificável e validável pela ciência biologicista.

De outro lado, pelo menos até a década de 70, o valor da subjetividade nos momentos de decisão médica, ao se interpretar os dados oferecidos pelas estratégias semiológicas de apreensão do corpo de nossos *pacientes*, sempre foi destacado como um dos elementos fundamentais da *técnica*, tomada como *arte* nos textos semiotécnicos. Nas duas últimas décadas pode-se perceber uma tentativa de desqualificação e até mesmo de eliminação de qualquer forma de apreensão que possa ser considerada como subjetiva por parte do médico. Este deverá caminhar sempre no sentido da *prova*, ou seja, da capacidade de julgar apenas sob a luz da *evidência* concreta e protocolada, compondo, assim, o que é entendido como a melhor decisão, e que faz uso de exames complementares, “semiologia armada”, para afirmar “*a sua aparência de ‘ciência concretizada’, sendo mais valorizados quanto mais ‘objetivos’*. *‘Os exames complementares vêm crescendo gradualmente em importância, ameaçando tornar a semiologia em uma arte perdida’* (CAMARGO, 1997).

A singularidade do encontro entre médico e *paciente* é colocada como subordinada à necessidade da generalização semiológica do caso por parte do médico. O espaço do médico na relação se transforma, e se limita cada vez mais, ao espaço de decodificador de sintomas e sinais supostamente objetivos e protocolizáveis, isto é, em sentido conciso e exato”. O restante deixa de ser do âmbito de seu saber e de sua prática de atuação.

Também existe, de forma cada vez mais crescente “*a perda ou a deterioração atual da relação médico paciente, visto mais como um consumidor de bens médicos que como um sujeito doente a ser, se não curado, ao menos aliviado em seu sofrimento pelo cuidado médico*”. Segundo LUZ (1997, p. 19), esta deterioração da relação em favor das leis de mercado, unida à “*investigação cada vez mais sofisticada de patologias, sem igual consideração pelos sujeitos doentes e por sua cura*” tem, na prática, deteriorado ainda mais a capacidade do médico de se aprofundar em elementos semiológicos que permitam uma

leitura mais apurada e individualizante dos processos morbosos nos pacientes, em favor de uma tendência cada vez mais generalizante .

Esta tendência, que de certa forma sempre esteve presente nos manuais de semiologia e tratados de clínica, passa de uma prescrição indicativa para uma prescrição fundamental nos artigos mais recentes da literatura médica, sob a alcunha de *Medicina baseada em evidências* (MBE). Consideramos esta radicalização, no sentido da generalização em forma de casos protocolizáveis, um segundo obstáculo da prática semiológica e tentarei apontar alguns caminhos para o enfrentamento do obstáculo fundamental da prática médica, que é sua própria racionalidade.

Tomar a semiologia praticada pelos médicos nos países ocidentais como objeto de estudo implica em três ordens de questões imediatas, que nos obrigam a um recorte mais preciso deste objeto. A primeira delas diz respeito ao tipo de semiologia a que estarei me referindo: aquela que é preconizada nos livros ou aquela que é praticada no consultório? Poderia separá-las ou é preciso abordá-las ao mesmo tempo?

Uma segunda ordem de questões refere-se a que categorias de médicos estarei me referindo: ao médico que pratica a medicina da racionalidade oficial ou ao médico que se utiliza de outras racionalidades? Qual o médico referido?

A terceira ordem de questões refere-se aos objetivos que pretendo desenvolver neste trabalho, que, ao mesmo tempo, justificam a escolha do objeto e determinam o recorte mais específico do mesmo.

Tentarei a seguir responder as questões acima, delimitando assim o objeto de estudo e indicando os objetivos do trabalho para depois tecer as considerações necessárias referentes às opções metodológicas a ser feitas.

A semiologia referida neste trabalho é a semiologia tomada dos livros e supostamente praticada no cotidiano de trabalho dos médicos, não sendo possível, portanto, separar, a princípio, o que é preconizado como ideal dos livros do que é praticado no dia a dia pelos médicos. É evidente que o que é praticado na realidade do cotidiano é bem diferente do praticado diariamente. Entretanto, será nos livros de semiologia e nos

periódicos de atualização médica que a prática é indicada e será a partir destas fontes que seguiremos para apontar as bases ideais éticas sobre as quais se assenta a prática.

Respondendo às questões antes apontadas, o médico aqui referido é o médico genérico, não importando a sua especialidade ou o lugar social em que se insere, tanto no sentido de posição social (tempo de profissão, classe social, inserção no mercado de trabalho, etc.), como no sentido de posição dentro dos diversos serviços (consultórios, ambulatorios, centros de saúde, hospitais, etc.) onde possa se inserir. Tal médico é formado em escolas reconhecidas em países de cultura ocidental. Portanto, trata-se de um médico que já encerrou seu processo de formação numa escola que se pauta, em essência, pela formação dentro da *racionalidade biomédica*.

Com relação aos objetivos, considere como objetivo principal a identificação dos limites semiológicos da percepção médica no momento atual (final do século XX). A colocação deste objetivo como o principal deste trabalho decorre da tese que já foi anunciada acima. Ou seja, decorre da insuficiência semiológica para lidar com as verdades que estão por trás da doença. O que precisa ser melhor *enfocado*, para se ter uma visão mais clara do processo de doença num indivíduo, concretamente?. O que se faz necessário desvendar? Será o que é geral num processo de doença? Ou será o que é singular, característico deste doente? Será que se deve aprofundar no que já é preciso, ou seria melhor indagar mais sobre o impreciso em cada caso?

Em outras palavras, há uma fragilidade semiológica para perceber o sujeito enfermo somente destacando a enfermidade e abandonando sua biografia. É necessário compreender o momento da vida que coincide com o momento de viver uma enfermidade, a reflexão necessária do porquê de esta enfermidade, do porquê deste ou daquele órgão acometido. Este destaque da enfermidade “desubjetivado”, descontextualizado, irrefletido é produto de uma concepção semiológica e esta, por sua vez, constitui-se a partir de uma racionalidade. Portanto, não é possível outra abordagem semiológica sem uma transformação na maneira de pensar o corpo, a pessoa, o sujeito e sua singularidade. Aí está a raiz do obstáculo semiológico.

Como objetivos secundários, consideramos de fundamental importância identificar caminhos que nos permitam repensar, a partir da semiologia, a prática médica e a racionalidade que a conduz. Sem dúvida, tais caminhos são insuficientes para transformá-la. No entanto, consideramos que a escuta de suas possibilidades pode contribuir com o que vamos chamar aqui de necessidade de retorno. Retorno ao momento em que as ações médicas e de saúde em geral eram entendidas como processo e perderam sua dimensão cuidadora, para se identificar centralmente com suas finalidades: a evidência diagnóstica e o protocolo terapêutico.

Tais caminhos serão percorridos com cautela, porém sem a profundidade que sua abordagem merece. Os caminhos que apontarei serão os elementos não valorizados, ou não suficientemente trabalhados, dentro da literatura semiológica, mas também no trabalho médico cotidiano, no encontro com esse outro denominado *paciente*. Considero que ao defender a idéia de que a racionalidade biomédica está construindo sua própria *cilada*, num caminho que está demarcando um grande limite para compreensão do ser humano, seus sofrimentos e seu vivenciar o processo saúde-doença, existem elementos no interior dela (a racionalidade) que poderiam amenizar este limite, este *obstáculo epistemológico antes apontado*. Será nestes elementos internos à racionalidade que considerarei importante me deter para entender se é possível uma atenuação desse limite.

Após os dois primeiros capítulos, tentarei apontar caminhos que considero necessários para estabelecer interlocução com saberes que permitam elucidar saídas possíveis à cilada que a biomedicina está criando a ela mesma. Acredito que esses caminhos devem ser objeto de um maior aprofundamento por parte da semiologia biomédica, para esta se aprofundar na descoberta do incerto, do não evidente nos *pacientes*. E também apontarei a necessidade de que estes caminhos sejam trilhados e apreendidos pelos sujeitos que se encontram em formação médica, para que o olhar possa ser ampliado.

JUSTIFICATIVA

Para justificar este estudo, proponho a releitura do primeiro aforismo da obra de

*HIPÓCRATES

“A vida é curta, a Arte é longa, a ocasião fugidia, a experiência enganadora, o julgamento difícil. É preciso fazermos, não somente o que é conveniente, mas, fazermos também com que o doente, os assistentes e as coisas exteriores concorram para isto.”

Entre os múltiplos sentidos que este aforismo pode suscitar, considero importante realçar que a vida é muito curta para se prender a dogmatismos, que as soluções não são tão diretas e explícitas, que a experiência pode enganar, que o importante é escolher o que se tem de mais conveniente para cada situação. A multiplicidade de olhares e de interpretações da realidade deve ser respeitada, mais ainda quando colocadas à prova diante de uma forma de racionalidade. Isto faz mais sentido quando se pensa na formação médica ocidental, que cada vez mais cria mentalidades dogmáticas, fechadas à compreensão de outros saberes diferentes do biomédico. Os estudantes são formados estritamente dentro de uma forma de entender o homem e seu processo de saúde-doença, dentro dos cânones da biologia, da química, da fisiologia..., sem ter ao menos a possibilidade de acesso curricular a outras formas de racionalidade médica. Sem ir muito longe, os estudantes de medicina não têm acesso à forma de constituição do saber médico de racionalidade biomédica, ficando com uma visão estática, a- histórica que não permite entender nem a própria racionalidade da qual faz uso no cotidiano. Muito menos quando outras formas de racionalidade médicas são incorporadas.

O resultado é pensar o homem quase que de uma forma mecânica, às vezes nem biomecânica, com parâmetros justificados, muito solidamente extraídos de estudos científicos. Assim, formam-se mentalidades que não se permitem ser questionadas e que, perante o questionamento, sempre procuram uma explicação dentro de uma única forma de entender os processos e, não tendo resposta, o resultado é a omissão.

* HIPÓCRATES, apud MORAES, J.D.- Aforismos de Hipócrates. S.P., ed. Zumbi, 1959, p.23.

É por isso que consideramos que uma parte deste problema, a semiologia médica, encontra-se na racionalidade biomédica, que permite apreender o problema apresentado pelo *paciente*, porém tem se mostrado limitada para lidar com inúmeras situações apresentadas na prática cotidiana de trabalho, pois seus instrumentos, a entrevista e o exame do corpo, tendem a fragmentar a realidade.

O corpo é desarticulado, restando apenas partes de uma realidade, bem mais próxima da doença que do doente. Pode-se dizer que, ao fragmentá-lo, não o transcende:

“ o corpo humano visto pela medicina é dividido em sistemas, agrupados segundo as propriedades isoladas de cada uma das disciplinas articuladas em seu discurso” (CAMARGO, 1995, p. 130). A prática que advém deste modo de ver o outro, como corpo anatomopatológico, fisiopatológico, etiopatológico, entre outros, permite algum tipo de resolutividade, quando o problema já se tornou alteração mensurável. Muitas vezes até nestas circunstâncias é insuficiente. Acabam-se sempre tratando parcialidades.

A idéia de cura é a idéia da supressão do problema materialmente identificado. Não propõe ao outro, ao *paciente*, um papel ativo em sua cura. Porque o que é materialmente identificado é na maior parte dos casos a ponta do “iceberg” que aflora, mas é só a ponta. O processo que levou à conformação do “iceberg” não é desvendado. Isto porque a suposta *“totalidade do homem”, biopsicossocial, é uma mera justaposição de discursos, como se pudesse, por si só, abolir a fragmentação inerente ao próprio modelo de desenvolvimento disciplinar característico da modernidade. Agregue-se a isto o fato de que os termos ‘psico’ e ‘social’ não passam de referências genéricas, subordinadas ao primado do discurso biológico”* (CAMARGO, 1990, p. 33). Os dados denominados de ‘psi’ quase sempre são tomados em forma secundária, na formação médica, em que são ministrados como um adendo de formação “humanística”, sem aportar elementos reais de incorporação à prática cotidiana da clínica e muito menos como ferramenta semiológica para a compreensão dos pacientes. São assimilados pelos sujeitos em formação, e também pelos já formados, como adendos de “bom senso”, mas nem sempre essenciais.

Esta falta de compreensão do homem, como uma totalidade a ser desvendada, tem também a ver com a especialização, como aponta SCHRAIBER, (1993): “ a especialização médica traz a cisão da totalidade individual do doente, fragmentando-se o todo orgânico na apropriação isolada de suas partes como objetos independentes de trabalho...” “Ademais, há de se evidenciar o fato de que os recursos tecnológicos materiais, se já subvertiam o método clínico, levando à perda do sentido de sua sequência metódica original, possibilitam a repartição da totalidade orgânica em partes independentes, cuja composição, dada tal dependência pressuposta, desde que se faça de algum modo, não requer exatamente uma única sequência...” “... o doente segue sendo totalidade orgânica cujo sentido se dá, no seu plano individual, no nível da subjetividade singular que constitui. Essa subjetividade, porém, tampouco se orienta para a noção de ‘todo orgânico individual’, captando- conforme lhe ensina a medicina- seu sofrimento no nível de estruturas e funções do corpo. E isso também concorre para que a reposição do todo orgânico-psico-social do paciente fique cada vez mais distante do objetivo imediatamente perseguido pelo médico individual a cada intervenção” (SCHRAIBER, 1993, pp. 210-211).

Temos assim, na prática, dois obstáculos que inviabilizam a possibilidade de leitura um pouco mais ampla dos incômodos nos *pacientes*: de um lado os dados vindos do campo “humanístico” sempre são tratados como adendos, sem que eles tenham algo a revelar de importância no incômodo, e, de outro lado, esse possível algo a revelar vai ser decodificado pelo especialista, e sai do campo de ação do médico generalista.

Portanto, não se tendo uma leitura mais ampla dos incômodos dos pacientes, o papel destes se reduz a acatar as recomendações terapêuticas, sem ter sido partícipes de um processo de compreender e apreender o seu problema. Então, não é só terapêutica apassivadora no sentido de eliminação do sintoma, como também é apassivadora no sentido da compreensão das causas intrínsecas, dentro de cada *paciente*, da geração de sua doença. O contexto, as possíveis causas geradoras também são apassivadas, e de alguma forma suprimidas até essas causas geradoras se manifestarem em outros sintomas, que, uma vez mais, vão ser lidos de forma geral, e dado também um tratamento geral. Além do que, exige-se a total aderência às prescrições, dando-se a idéia de ser pretensamente onipotente.

Muitas vezes, acaba-se por provocar desarranjos, que não implicam em movimentos internos de transformação do corpo em vida.

A semiologia biomédica fragmenta para permitir a identificação da intervenção parcial a ser proposta: a terapêutica apropriada para combater um problema. Exemplificando esta fragmentação, um fato acontecido recentemente, a que o Brasil inteiro assistiu pela televisão:

No começo deste ano, uma mulher grávida, desesperada, queria jogar-se do Edifício Andraus, em São Paulo, que anteriormente foi cenário de uma tragédia que está na memória do povo do Brasil. Nós, telespectadores, assistimos perplexos às múltiplas manobras a que os bombeiros tiveram que recorrer para salvar esta mulher, desesperada pela sua situação social de desemprego, mãe de três crianças que não comiam há vários dias, com um pai desempregado. Os bombeiros conseguem salvar a mulher, levam-na para um hospital, e o jornalista termina a notícia falando: “a mulher passa bem e, após uma hora de observação no pronto-socorro, foi dispensada”.

Neste exemplo, é até grosseiro o que deixou de ser lido. Será que foi lido que a mulher teve um gesto suicida corriqueiro, sem importância? Ou será, que, dado que ela não tinha ferimentos graves no corpo físico, e não se encontrava num surto psicótico, ela não merecia pelo menos uma intervenção um pouco mais abrangente que o de uma hora de observação no PS? Este é um dos exemplos mais dramáticos de um processo que não consegue ser lido e que a evidência fica em a *paciente* não ter lesões físicas, porque as lesões da emoção desta mulher não são evidentes. Como o jornalismo, em geral, não dá continuidade a este tipo de histórias, não sabemos se esta mulher conseguiu suicidar-se por um meio mais eficaz, porque com certeza a medicina do PS não lhe deu um tratamento eticamente suficiente. Já que, mesmo que ela só quisesse chamar a atenção, gesto suicida, algo muito desequilibrado existe nessa mulher para, grávida, querer se jogar de um prédio.

A leitura semiológica e a terapêutica estão sempre dispostas a combater aspectos da realidade. O que se combate nesse exemplo: o desemprego, as crianças desnutridas? Ao que parece, estes não são problemas do campo da medicina, mas, o drama

interior, que leva essa mulher a optar por uma situação assim, é ou não um sintoma digno de decodificação? Estará ela doente, ou será um problema na representação de doença?

“À representação da doença como entidade patogênica, específica e inimiga, que penetra no corpo do doente, elas [as terapias] respondem ou, mais exatamente, reagem prontamente com um ato de contra-agressão, ministrando o antagonista quimioterapêutico capaz de inibir a causa pela raiz.” (LAPLANTINE, 1991, p. 161)

A terapêutica biomédica está sempre pronta para combater. Se é apassivadora do sujeito no seu processo de cura, é extremamente ativa em seu corpo, visando sempre acelerar processos que teriam sua própria natureza, sua própria temporalidade. Ao produzir essa ação acelerada, muitas vezes minimiza a capacidade do corpo em elaborar os eventos que o estão desarmonizando. Como já tínhamos mencionado, os corpos - *pacientes*, têm uma capacidade de elaboração subjetiva dos processos que acontecem com eles. Ao ser suprimido o sintoma, leia-se “curado”, o evento ou eventos que, para a biomedicina, são desarmonizadores também são suprimidos. A possibilidade da doença ser um sinal, para o indivíduo aceitar e transformar o conflito dentro dele, é apassivada.

A semiologia de racionalidade biomédica, apesar de pretender desvendar toda a história do problema apresentado, tende a produzir médicos que cada vez a utilizarão de forma parcial, num processo progressivo de redução da redução. Não se trata de má prática, porém tendência redutora da semiologia e seu “armamento” semiológico, seus amplificadores de olhar. A saída encontrada, que “aparentemente” amplifica o olhar semiológico está sendo cada vez mais apontado à enorme incorporação de tecnologia, apoiado “nos denominados ‘roteiros de conduta’, destinados a reduzir a incerteza na decisão clínica e a forma como a técnica refere-se à ciência na busca por tal controle de incertezas” (MENDES, 1995).

Acredito que outras semiologias, de outras racionalidades médicas, (LUZ, M.T. *et al.* 1993) como também de outros olhares terapêuticos, como o das terapias corporais e a abordagem psicanalítica do sujeito, entre outras, têm muito a contribuir na formação dos médicos. Tais saberes têm elementos para questionar o saber e a prática biomédica. Evidentemente, sem perderem a noção de seus limites, sem pretenderem se transformar na *alternativa* para os obstáculos da racionalidade biomédica, por terem, também, no interior

delas mesmas grandes limites. No entanto, ao se apresentarem como *alternativas* para questionar o limite desta racionalidade, podem oferecer perspectivas para a formação de um novo tipo de médico, livre de dogmatismos, tendo como meta a *ética*, tendo noção dos limites inerentes à nossa capacidade de compreender e conhecer o mundo, e voltando-se ao que é conveniente para cada situação, para cada problema, para cada sujeito. Aqui falamos de uma atitude ética, no sentido de se ter a capacidade e os elementos suficientes para, perante um problema não resolvido, saber determinar se encontra-se dentro do campo de limite de atuação da nossa racionalidade biomédica ou se seria necessário ver esse sujeito com outros olhares. Quantas lombalgias cronicamente tratadas com antiinflamatórios dos mais potentes, após algumas sessões de um bom terapeuta manual, massoterapeuta ou quiroprático, encontram o começo de um caminho de recuperação. Isto nos faz lembrar de inúmeros casos, mas relataremos um que nos chamou a atenção por envolver um momento de docência.

O aluno relatava que o motivo da consulta do *paciente* era uma lombalgia tão intensa, que dificilmente andava em posição ereta. Ele defendia a necessidade de se fazer raio-x de coluna e, se não fosse verificado problema articular, devia-se proceder à realização de uma tomografia. Por enquanto, o diagnóstico era de compressão neural, deslocamento vertebral ou hérnia de disco. Se as hipóteses diagnósticas levantadas fossem comprovadas, o *paciente* muito provavelmente precisaria de antiinflamatório e de diazepam, para acalmar o componente de ansiedade gerado pela dor. Por acaso, o docente, com formação em terapia corporal, ao examinar o *paciente*, com manobras relativas ao campo da quiropraxia, encontra um deslocamento vertebral no nível de L2-L3. Após a manipulação vertebral preconizada pela quiropraxia nestes casos, o *paciente* fica em posição ereta, sem dor, andando normalmente. A primeira coisa que o aluno fala é: nossa!! o docente curou o *paciente*!! Uma outra forma semiológica de ler os corpos, desconhecida para o aluno, é entendida como um processo de cura sobrenatural. Será que, se tivesse acesso à formação do médico em outras formas de entender o homem e suas doenças, teria uma visão parcial, como tinha deste *paciente*? E supondo que o docente não tivesse essa formação, seria uma a mais das lombalgias que continuaria com antiinflamatório cronicamente, até ir se constituindo em deformação, sem contar com os efeitos do antiinflamatório na mucosa gástrica?

Este trabalho só se justifica na medida em que possa contribuir, no sentido apontado acima, para a formação dos profissionais da área de saúde, em especial os médicos, além de, então, reclamar por um respeito às diferentes formas de se ler a vida e os impedimentos que se colocam ante ela. Para que, cada vez mais, se pense nas contribuições *que outros saberes têm a dar, no sentido de apurar uma leitura semiológica menos "positivista",* que indague, no campo das incertezas, dados relevantes que devem ser desvendados e não omitidos, pela insegurança e conflito que geram, para que o corpo, como uma totalidade, seja compreendido também como pleno de significados à espera de ser decodificados por uma semiologia com um olhar mais amplo. E que o médico seja consciente de que ele, em si, é instrumento de trabalho, no campo da sua subjetividade deve-se fazer presente de forma lapidada, o que implica um trabalho no interior dele mesmo como sujeito por "inteiro", e que a procura de maior tecnologia semiológica aponte mais, como diz MERHY (1997), para o investimento em outro tipo de tecnologias, em tecnologias leves"(como o acolhimento, o vínculo, etc), e menos em tecnologias duras, correspondentes a todas as condutas normatizadas a que nos referimos anteriormente e que serão objeto de estudo num dos capítulos desta tese.

METODOLOGIA

“A dialética não é a idéia da ação recíproca, nem a solidariedade dos contrários e seu ultrapassamento, nem a de um desenvolvimento que se auto-propulsiona, nem a transcrescência de uma qualidade, a instalar numa nova ordem uma mudança até então quantitativa: tais idéias são conseqüências ou aspectos da dialética. Porém, tomados em si mesmos ou como propriedades do ser, tais relacionamentos são prodígios, curiosidades ou paradoxos. Só se esclarecem quando tomados em nossa experiência, na junção de um sujeito, do ser, e dos outros sujeitos: entre estes contrários, nesta ação recíproca, nesta relação entre um dentro e um fora, entre os elementos desta constelação, neste tornar-se que não se torna somente, mas que se torna para si, há lugar para relacionamentos em sentido duplo, sem contradição e sem magia, para reviravoltas, para verdades contrárias e inseparáveis, para ultrapassamentos, para uma gênese perpétua, para uma pluralidade de planos e de ordens” (MERLEAU-PONTY, 1989a, p. 21).

Para construir um caminho de pesquisa que se adapte ao objeto que se pretende estudar, procurando a perspectiva ideal para observá-lo, descrevê-lo, captá-lo em sua essência tem-se que, como aponta Maurice MERLEAU-PONTY, partir da experiência singular do sujeito com o objeto. Assim, faz-se necessário fugir desta dicotomia sujeito-objeto, que só afasta a consciência que se tem do mundo, da experiência que se tem no mundo. A realidade não se reduz à realidade do sujeito cognoscente. O objeto não pode se reduzir à exterioridade a ser percebida, sentida. Nesta perspectiva, o pensamento pode apenas *sobrevoar* através de uma representação de mundo ou através de uma consciência que é tomada por objeto, como qualquer outro da natureza.

Para MERLEAU-PONTY, o desafio, tanto para a filosofia como para a ciência humanística¹, está em desvendar o corpo-mundo estesiológico, um *campo de presença*, de

¹ Toda a filosofia de Merleau Ponty, em linhas gerais, caracteriza-se pela crítica radical do HUMANISMO. A metafísica idealista de Descartes cria a dicotomia sujeito-objeto, que efetua a cisão consciência-mundo, “cisão que funda os dois enganos complementares que constituem aquilo que MERLEAU-PONTY denomina de Humanismo: o subjetivismo filosófico e o objetivismo científico. Em outros termos: dada a cisão, a filosofia outorga ao sujeito cognoscente o poder de se apropriar da realidade exterior e heterogênea a ele. As coisas se convertem em representações constituídas pelo sujeito. O pensamento sobrevoa o mundo, transformando-o

onde emergem todas as relações da vida perceptiva e do mundo sensível, onde já não é mais possível identificar o que está fora e o que está dentro, onde é possível experimentar que “o mundo está todo dentro e o eu está todo fora”, como escreve MERLEAU-PONTY (1991). Aqui, a linguagem não é tradução de um sentido dado ao mundo, mas uma criação de sentido, encarna significações, estabelece mediações entre o eu e o outro, sedimenta significados, produz cultura.

Para MERLEAU-PONTY, está na experiência corporal com o mundo o enigma da existência:

“Eis o enigma: meu corpo é simultaneamente vidente e visível. Ele, que olha todas as coisas, também pode olhar-se e reconhecer naquilo que então vê o ‘outro lado’ de sua potência vidente. Ele se vê vendo, ele se toca tocando, é visível e sensível para si mesmo. É um ‘si’ não por transparência, como o pensamento, que pensa tudo assimilando-o, constituindo-o em pensamento - mas um ‘si’ por confusão, narcisismo, inerência daquele que vê naquilo que vê, daquele que toca naquilo que toca, daquele que sente naquilo que é sentido- um ‘si’, portanto, que é tomado entre coisas, que tem uma face e um dorso, um passado e um futuro...” [...] “Esse primeiro paradoxo não cessará de produzir outros. Visível e móvel, meu corpo está no número das coisas, é uma delas, está preso no tecido do mundo e sua coesão é a de uma coisa. Mas, porque se vê e se move, mantém as coisas em círculo à sua volta, as coisas são um anexo ou um prolongamento dele, estão incrustadas em sua carne, fazem parte de sua definição plena e o mundo é feito do mesmo estofado que o corpo” (MERLEAU-PONTY, 1989b, pp. 50-51).

em idéia ou conceito do mundo. No pólo oposto, a ciência outorga ao objeto o poder de recriar a relação com o sujeito, exercendo sobre este último uma influência do tipo causal, cujo resultado é presença do exterior na consciência por meio das sensações. O subjetivismo encaminha a filosofia para o idealismo.” [...] “O objetivismo, por sua vez, seguindo o caminho inverso, vai reduzindo a consciência a uma realidade cada vez mais fugaz, até que se converta num mero epifenômeno de acontecimentos físico- fisiológicos observáveis e objetivos” (CHAUÍ, 1989).

Será de minha experiência corporal com o mundo que pretendemos extrair o caminho que devo percorrer neste trabalho. É neste meu *campo de presença* que pretendo encontrar as respostas para minhas indagações. E este meu muitas vezes se transformará em nosso, uma vez que neste *campo de presença* me confundo com os outros que nele se encontram. Ao mesmo tempo, não posso negar o meu corpo simultaneamente vidente e visível, preso ao tecido do mundo, que sente naquilo que é sentido.

O caminho desta tese de Doutorado inicia-se na minha infância, nas primeiras relações com a dor, com o sofrimento e com o valor de uma cura. Esta etapa da vida é marcada pelas experiências de cura de meus familiares e pela experiência de curar de minha avó materna: pura arte de observação e manejo de uma medicina popular, com raízes na cultura indígena e européia que interagiram no alto das cordilheiras, na latitude do Equador, Colômbia.

Tal caminho toma seu rumo nesta direção, quando, já na Faculdade de Medicina, pude entrar em contato com a História da Medicina, com Emilio Quevedo, e compreender a distância entre a teoria e a prática ao realizar minha formação clínica. Foi também o momento de incorporar, em meu *campo de presença*, toda a experiência com os sujeitos fundantes de minha existência como médica. Refiro-me, aqui, não só aos professores e companheiros de faculdade mas, principalmente, aos meus *pacientes*.

Refiro-me, também, a minha experiência como *paciente* e a dificuldade de me fazer entendida, percebida como pessoa, que percebia o corpo se alterar antes mesmo que minha doença pudesse adquirir o estatuto de sintoma decodificável e sinal de que pudesse ser inspecionado, palpado, ouvido. Ampliava-se, assim, meu *campo de presença*, minha confusão de dentro e fora. Podia experienciar o mundo todo dentro de mim, ao mesmo tempo que era tomada fora dele. Podia, então, experienciar a singularidade de meu sofrimento diante da visão generalizante, que negava a existência de uma Amarylis, concentrando-se no que meu corpo podia tornar *evidenciável* e “racionalizável” para a Medicina.

Em contraste, tive um mestre. Um mestre de cura, Oscar, psicólogo e dentista homeopata, profundo conhecedor das assim chamadas práticas alternativas, que tocou

profundamente neste caminho. Desarranjou-o, e obrigou-me a olhar para diferentes direções que voltavam a se encontrar no caminho do saber cuidar, do saber estar presente em sua finitude ilimitada, diante do outro. Com Oscar, pude experienciar uma das mais profundas relações éticas entre dois, ou até mais sujeitos, além de entender cada um como portador de uma história única a ser desvendada. Nesse momento da vida, eu estava à procura de terapias baratas, no sentido econômico, porque gerenciava um centro de saúde da universidade, numa região de favelas, que não contava com recursos necessários e muito menos suficientes para dar aos *pacientes medicamentos*. Eu estava à procura de terapias gerais para as freqüentes pneumonias, diarreias e leucorréias, que, no dia a dia, não encontrava com que tratar. Só que ao contrário de encontrar uma terapêutica barata e eficaz, encontrei, com Oscar, uma maior confusão, já que para ele cada *paciente* com sintomas de pneumonia, por exemplo, era tratado com uma terapêutica diferente; em cada episódio de diarreia, eram desvendados diferentes problemas na emoção, na alimentação, enfim, na vida. Assim, em vez de solucionar o meu problema, colocou um grande dilema, que ainda estou à procura de resolver.

O caminho começa a ter um delineamento mais claro e, pelas minhas opções como médica já formada, se amplia: a Saúde Pública, a experiência gerencial, a experiência clínica cotidiana, a possibilidade de realizar meu Mestrado no Brasil.

Aqui, além do Mestrado, encontrei muita inquietação e desejo de caminhos afins. Encontrei, também, muita resistência ao expor meu desejo de comunicação com esta Medicina. Parecia não encontrar possibilidade de diálogo. Optei pela inquietação. Saí à procura de interlocução com as mais variadas possibilidades alternativas de se pensar o corpo, o adoecer, a saúde. Pude entrar em contato com o que aqui chamarei genericamente de Terapias Corporais. *Movimento, Centro de Estudos e Terapia* foi o lugar que, além de me formar em terapias corporais, me movimentou em experiências e saberes sobre o corpo, sobre outras formas de olhar e tratar o corpo, desta vez no sentido sógnico, como aponta FERREIRA (1994). Tais modos de entendimento nem de longe são percebidos pela Medicina oficial. Este espaço de prática e de conhecimento me produziu a inquietação do porquê de tal insensibilidade da Medicina oficial, que continua negando as possibilidades de outras terapias e de outras racionalidades.

Mais uma vez, tive que enfrentar as incertezas de ter que abandonar a minha mãe, as minhas construções de vida, a minha história. O amor veio ao meu encontro, gerando alegrias, incertezas, dor, só que desta vez na alegria da vida, no procriar, no gerar. Esta experiência trouxe o reconhecimento vívido da necessidade, que existia na minha memória, de as mulheres ficarem em pé, deambulando nas áreas de preparação ao parto, e que eram obrigadas a deitar, porque é a norma institucional. Entender o alívio da dor, deambulando, foi muito enriquecedor.

Nascido o filho e defendido o Mestrado, o caminho percorre as experiências do trabalho: como médica de um Hospital psiquiátrico e como professora de Medicina Preventiva e Social. O *meu campo de presença* passa a incluir, além de marido e filho, outros familiares, outros profissionais, alunos e *pacientes* destituídos de sua condição como sujeitos, tentando recuperá-la.

A experiência da loucura e da busca incansável do cuidado, no sentido emancipador, colocou-me diante de duas categorias importantes, muitas vezes negligenciadas pelo saber médico: a responsabilização e a autonomia (CAMPOS, 1997).

Um acontecimento apontou novas reflexões ao meu campo de presença e foi marcado por estes conceitos - emancipação, responsabilidade e autonomia - envolvendo uma das terapeutas ocupacionais que trabalham na instituição, e a Rita, paciente moradora há muitos anos no bairro.

A Rita... Rita de Cássia, para diferenciá-la das outras Ritas, mesmo que fosse a Rita dos Barcos. Pintora de barcos, obsessão plasmada nas telas do ateliê "Espaço oito". Obsessão, mal de tantas que inundam o universo de um hospital psiquiátrico. Mas a Rita tinha também a obsessão de falar que ela tinha vindo de *"pouca farinha"*. Anos atrás de anos, esta paciente falou, em tons e momentos diferentes, "eu venho de pouca farinha". Numa das viagens de exposição artística dos pacientes, realizadas ao litoral de Santos, a terapeuta ocupacional percebeu um comportamento diferente de familiaridade da Rita com a praia de Santos, e sua insistência, nessa viagem, em falar que vinha de lá, apontando para o mar, sempre na mesma direção, e uma vez mais, insistentemente falando: *"eu venho de lá, de pouca farinha"*. A terapeuta se inquietou com tal atitude, a certeza de uma afirmação, com um brilho diferente nos olhos, e começou a pesquisar o que poderia ser *"pouca farinha"*. Depois de muito indagar descobriu que *"pouca farinha"* era o nome antigo dado a uma ilha próxima a Santos, chamada Santa Cruz dos Navegantes. Iniciou os contatos e, finalmente, após 11 anos de vida manicomial, a Rita de Cássia, chamada realmente de Maria Aparecida, volta a *"pouca farinha"*, com a família, que há 11 anos esperava o aparecimento da desaparecida, Maria Aparecida.

Que sinais esta terapeuta soube ler no meio da loucura da Rita? Como ela se deixou inquietar pelos barcos e pela diferente certeza com que Rita apontava em direção ao mar, em Santos, na direção de Navegantes? Essa história mexeu profundamente com minha concepção de semiologia, porque entendi que nem sempre o que parece ser produto da loucura é *obtusos*, e o evidente, *o óbvio*, em determinadas circunstâncias, não é. A terapeuta soube transcender e procurar explicação nos sinais; um tom de voz diferente, um brilho diferente nos olhos, uma forma familiar de se comportar numa praia estranha.. Será questão de vínculo, maior conhecimento, responsabilidade ou ela seguiu um impulso interior, gerado pela sensação de uma forma diferente e mais vibrante da Rita, em Santos?

Este exemplo chama a nossa atenção no sentido de que não só os doentes mentais sofrem a banalização de uma expressão como *"eu venho de pouca farinha"*, mas a loucura pode mesclar-se com a realidade. No cotidiano do trabalho médico, tudo que tenha uma aparência medianamente obtusa é omitido e nem sequer anotado, muito menos decodificado. Os exemplos são inumeráveis, mas poderiam ser colocados como se todas as sensações como se: Tenho uma dor de cabeça, como se um prego entrasse; tenho a

sensação que meu útero vai cair; sinto como se uma gota pingasse constantemente no topo da cabeça. Não conseguimos dar conta destas sensações, portanto são omitidas. BARTHES, uma vez mais, é esclarecedor, demarca a importância da leitura dos signos:

"Parece-me que há três níveis de sentido a distinguir. Um nível informativo; este é o nível da comunicação. Um nível simbólico, e este segundo nível, em seu conjunto, é o da significação. É tudo? Não. Leio e sou tomado por um evidente, errático e teimoso terceiro sentido. Desconheço seu significado, pelo menos não consigo dar-lhe um nome; este terceiro nível é o da significância.

O sentido simbólico impõe-se ao meu espírito por uma dupla determinação: ele é intencional e é tomado de uma espécie de léxico geral, comum dos símbolos é o sentido que vai à minha frente. Proponho denominar este signo completo o 'sentido óbvio'. Quanto ao outro sentido, o terceiro, aquele que é 'demais', que se apresenta como um suplemento que minha inteligência não consegue absorver bem, simultaneamente teimoso e fugidio, eu proponho chamá-lo 'o sentido obtuso'" BARTHES (1990, p. 47).

E é exatamente neste 'sentido obtuso', que vem de *obtusus*, que quer dizer o que é velado, que não é evidente, que percebemos que a semiologia biomédica não dá conta de entender e que, ao contrário de investir, de se "armar" para a compreensão do não evidente, está-se armando para a quantificação e exausta protocolização do evidente. É essa procura pelo sutil, que tenta desvendar o *obtusos*, que o exemplo da Rita reafirmou como uma necessidade de indagação, o passo inicial deste tese.

Nesta descrição do meu campo de presença, a docência é momento de prática, reflexão e questionamento. O contato com a docência ocorre há muitos anos, já mais de uma década, e iniciou-se em Bogotá, na área de Medicina comunitária. Deste período de docência emigrei para o Brasil, para realizar o Mestrado. Encontrei outros espaços, como docente do Departamento de Medicina Social da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, com estudantes de internato, o que me ofereceu a oportunidade de outras

experiências singulares, embora parecidas com minha experiência em Saúde Pública na Colômbia: a possibilidade de indicar outros olhares diferentes do biomédico exclusivo, e a possibilidade do fazer-se sujeito no cotidiano de trabalho. Falo, aqui, da experiência no Centro de Saúde Ipaussurama, centro docente- assistente dessa universidade, e da feliz experiência de trabalhar verdadeiramente em equipe e de perceber que é possível que um serviço de saúde se constitua como Serviço de Saúde de fato.

Outro balizador deste caminho foi a oportunidade de realizar Curso de Especialização em Homeopatia, desejo que já se manifestara antes, mas que só encontrou possibilidade aqui no Brasil, por meio do contato com a experiência de uma companheira de trabalho, homeopata fascinada e fascinante: Adelaide.

O caminho para minhas inquietações com a Medicina de racionalidade biomédica já assumia a forma de um possível Doutorado. A tese tinha que se fundar em toda esta experiência.

O contato com a Homeopatia, sua racionalidade e sua semiologia, possibilitou-me assumir como tese que o processo semiológico da Medicina de racionalidade biomédica mostrava-se insuficiente para a percepção sutil das queixas, para o subliminar presente nos relatos das histórias, para a identificação do porquê do sintoma, do porquê de aquele órgão, o porquê de adoecer naquele momento.

Tal insuficiência poderia indicar uma falência de um modelo que, por outro lado, mostrava-se pungente nas suas possibilidades de cura e de busca de diagnósticos. Configurou-se, assim, um conflito: onde localizar uma crítica, que a cada dia mostra-se mais clara em minha prática médica cotidiana, à força de toda uma tecnologia da evidência em Medicina? Ao mesmo tempo que a prática me solicitava uma transformação do meu olhar e da minha postura ao ouvir queixas de incômodos, sofrimentos e doenças, no sentido de buscar uma compreensão das sutilezas da singularidade dos discursos e das mensagens do corpo, a tecnologia médica apontava para a necessidade, cada vez maior, de aprofundar o olhar no generalizável, pela incorporação, na decisão cotidiana dos estudos controlados, das técnicas de revelação do interior do corpo pela imagem e das avaliações quantificáveis virtuais. A localização do conflito estava no processo de percepção do outro, na leitura de seu discurso e de seu corpo, enfim, no processo semiológico.

Meu *campo de presença* já havia delimitado um rumo metodológico: enfrentar o conflito em sua profundidade *dialética*, no sentido apontado por MERLEAU-PONTY, ou seja, centrado no próprio *campo de presença*, em meu cotidiano, no embate dos sujeitos envolvidos, interlocutores da experiência.

Entre estes interlocutores encontravam-se meus *pacientes*, tanto do Centro de Saúde como do Ambulatório de Homeopatia, meus mestres, meus alunos, os livros de Semiologia Médica, a literatura médica de atualização (artigos em periódicos indexados), as pesquisas sobre o tema da racionalidade médica e da semiologia médica.

Neste percurso trataremos de questões que sempre reaparecerão em pólos de conflito, que merecerão um processo de análise e síntese. A principal delas, e que estará presente em todo este trabalho, é a da dualidade teoria e prática. A reflexão sobre a teoria exigirá um mergulho na produção do *discurso semiológico* das três últimas décadas, para podermos compreender a radicalização de uma corrente, dentro do pensamento epistemológico em Medicina, que se apresenta como Medicina Baseada em Evidência. O material utilizado serão textos de semiologia, consagrados no ensino médico brasileiro, a que tivemos acesso. Aí, procuraremos dissecar quais são as máximas prescritas para o processo perceptivo semiológico em Medicina nos últimos trinta anos.

A partir desta releitura dos textos de semiologia procuraremos analisar a tendência atual do ensino médico, pautado pela corrente da Medicina Baseada em Evidência, com relação ao processo semiológico.

Concluída esta análise dos textos, passaremos a uma tentativa de buscar na experiência cotidiana de trabalho situações clínicas que revelem cada uma das dificuldades que conflituam com as prescrições dos livros e, por meio delas, exercitaremos delineamentos de caminhos possíveis de interlocução com a Medicina, das quais escolhemos a Homeopatia para exame.

Num terceiro momento, o de síntese, procuraremos responder a questão fundamental deste trabalho: estaria a semiologia preconizada nos tratados e na literatura médica construindo uma cilada para si mesma, na medida em que tenta criar seus parâmetros de utilização na prática médica a partir de pretensos critérios rigorosos e “científicos”?

CAPÍTULO I.-
A semiologia médica ocidental e a
racionalidade biomédica

A tese central que tentarei desenvolver aqui é a de que os fundamentos da racionalidade biomédica, quando levados às últimas conseqüências, colocam um obstáculo epistemológico à Medicina que poderá ser intransponível dentro dos limites desta racionalidade e, conseqüentemente, impedir de forma radical uma das premissas fundamentais de sua prática. Trata-se do preceito de que é de importância fundamental, na prática clínica, a capacidade de abstrair o geral de cada situação particular, subsumindo uma singularidade própria para cada “caso”, a partir do confronto do conhecimento sobre as doenças e o ser que está doente. Poder-se-ia dizer, em outras palavras, que, ao se radicalizar os caminhos da racionalidade biomédica no sentido da generalidade da doença, como desejam as correntes que defendem a Medicina Baseada em Evidências (MBE), a experiência cotidiana do médico, diante de seus *pacientes*, perde os caminhos da subjetividade, como elemento essencial de sua prática. Perde-se a capacidade de se utilizar a intuição, a capacidade de ampliar as formas de perceber o corpo do outro, ato este atravessado pela singularidade do médico para ancorar-se de forma rotunda na mecânica racional explicativa da doença, que está muito longe da realidade singular do ser que adoeceu.

Acredito até, mesmo quando presos a este obstáculo, que alguns caminhos de volta poderiam ser apontados para recuperação desta postura, que inclui a subjetividade no campo de percepção do médico. No entanto, julgo necessário primeiro tentar reconstruir esta via hegemônica, delimitando bem o que estou considerando obstáculo impossível de ser transposto. Posteriormente, num segundo momento, poderemos delinear as possíveis saídas para esta prática constante, de confrontar o geral com o particular, que caracteriza a prática médica.

Para iniciar este percurso, faz-se necessário delimitar o que estou chamando de racionalidade biomédica e seus fundamentos. Tomo o conceito de *racionalidade biomédica* cunhado por LUZ (1993) como “*um sistema lógico e teoricamente estruturado, composto de cinco elementos fundamentais*”: a) uma morfologia ou anatomia humana; b) uma dinâmica vital ou uma fisiologia; c) um sistema de diagnósticos; d) um sistema de intervenções terapêuticas; e) uma doutrina médica. Tais fundamentos, segundo a autora, estão intrinsecamente inseridos numa *cosmologia*, em que se fundam a filosofia e a ciência

ocidental, configurando-se três proposições, ou tendências, que perpassarão toda racionalidade médica moderna. Ou seja, esta:

“... dirige-se à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individualizáveis - caráter generalizante;

... os modelos [...] tendem a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o “Universo” a ser visto como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos - caráter mecanicista”;

... a abordagem teórica e experimental adotada para a elucidação das “leis gerais” do funcionamento da “máquina universal” pressupõe o isolamento de partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes - caráter analítico.” (LUZ, 1993, p. 30)

A partir destas três tendências, seguindo o caminho de LUZ, pode-se compreender melhor cada um dos fundamentos da racionalidade biomédica, citados acima.

A *morfologia*, que é erigida a partir do desenvolvimento de três disciplinas básicas (a anatomia, a histologia e a anatomia patológica), formulará a representação médico-científica que se tem de corpo: matéria orgânica que se estrutura a partir de moléculas, que se arranjam em células, e estas, por sua vez, em tecidos, órgãos e sistemas. Tais componentes em algum momento podem se desestruturar ou se desarranjar, produzindo doenças que poderão ser observadas tanto no nível macro (sistemas e órgãos), como no nível microscópico (tecidos, células e moléculas).

A *dinâmica vital* é responsável pelos fundamentos teóricos de como funciona o corpo humano. Pauta-se pela representação de corpo material funcionante e tal funcionamento apóia-se em conceitos genéricos fundamentais: as funções dos sistemas

orgânicos podem ser decodificadas pelo meio de mecanismos que configuram uma *homeostase*, ou seja, um estado de manutenção das condições de funcionamento do microambiente interno, delimitado por pele e mucosas, em contato com todo o ambiente externo. São disciplinas fundamentais aqui: a fisiologia, a bioquímica, a fisiopatologia, a imunologia e a genética, entre outras.

A *diagnose* compreende todas as técnicas que irão instrumentalizar o diagnóstico médico. Em seu conjunto, constituem-se no que se chama de *semiologia médica*. “A disciplina central aqui é a clínica, que tem duas operações básicas: a leitura do quadro (função da semiologia) e a localização na grade conceptual das doenças conhecidas. Embora as prescrições teóricas descrevam estes dois momentos como sequenciais, na prática as duas etapas se interpenetram, na medida em que hipóteses diagnósticas surgem desde cedo, influenciando a própria coleta de dados.” (LUZ, 1993, p. 37). Outras disciplinas vêm em auxílio da clínica, tais como: as disciplinas de técnicas por imagem, a epidemiologia clínica, a patologia clínica e a própria anatomia patológica, entre outras.

O *sistema de intervenção terapêutica* compreende todas as disciplinas que se dirigem ao ato de intervir sobre os processos orgânicos, visando restituir uma *normalidade* ou potencializando uma *função normal*. Tal sistema se constitui de estabelecimento de normas, medicamentos prescritos, intervenções cirúrgicas supressivas e/ou reconstrutivas, manobras e procedimentos de intervenção de urgência ou para suporte de outras intervenções. São as principais disciplinas: a terapêutica médica, a farmacologia, a cirurgia geral e suas especialidades, a ortopedia, a oftalmologia, a otorrinolaringologia, a medicina preventiva (em parte), certas modalidades de educação em saúde, a nutrição e dietética, a fisioterapia, as psicoterapias, entre outras.

Por fim, a *doutrina médica*, que constitui o quinto fundamento, segundo a autora citada, trata-se mais de um “fio condutor” ou de uma “doutrina da não doutrina” que perpassa toda prática médica por meio de um conjunto de representações sociais sobre a forma de ser médico. Tais representações se configuram por uma deontologia médica restrita e insuficiente para dar conta dos problemas éticos da prática, de uma série de máximas ou aforismos que, na prática, quase não têm repercussão ou valor (tais como o de

que cada caso é um caso, ou o de que não há doenças e sim doentes), da idéia de “ciência médica” tentando travestir uma prática difícil de se encaixar nos paradigmas da ciência atual, e da idéia de que o objeto da Medicina é um “ser bio-psico-social”, no qual estas três dimensões humanas se condensam, configurando uma pretensa visão de totalidade. Em suma, trata-se de uma “doutrina da não-doutrina”, ou de uma simulação de doutrina.

Delimitado o conteúdo conceptual do que chamarei aqui de racionalidade biomédica, proponho, como objeto de pesquisa desta tese, a semiologia biomédica, com o objetivo de identificar os fundamentos de sua racionalidade bem como seu papel limitante na prática médica.

Faz-se necessário partir de uma revisão dos Tratados de Semiologia Médica mais reconhecidos pelas escolas médicas, em especial as brasileiras, publicados a partir do começo deste século, mas analisadas as versões da década de setenta até chegar à literatura médica dos anos 90. Os textos referenciados para a educação médica, nestas décadas, e que foram consultados, apresentam influências conceituais diferentes, uns têm uma forte e clara influência da semiologia francesa, como os de RAMOS Jr. (1973), MACBRYDE (1975), LOPEZ (1990) e de clara influência da clínica e da semiologia norte-americana, como os de PORTO (1990) e CEDIEL (1984).

Esta delimitação de tempo, concentrando-se principalmente na produção teórica semiológica das três últimas décadas, deveu-se a dois motivos. Um primeiro, de ordem prática: é neste período que os processos de incorporação tecnológica encontram uma contradição fundamental, a alta velocidade de produção de conhecimentos e técnicas diante de uma velocidade de incorporação prática muito inferior e muito mais próxima da capacidade de absorção humana de conhecimentos e habilidades. O segundo é de ordem mais teórica, porém com forte repercussão na prática, e se refere ao processo de radicalização que os textos semiológicos vão apresentando, no sentido da *generalização positiva*; a *evidência* técnica é soberana sobre a singularidade do “caso”, para não dizer do indivíduo, da pessoa e muito menos do sujeito que adoeceu.

Vai se perdendo nitidamente, no decorrer destas últimas duas décadas, tanto na prática semiológica quanto nos textos de semiologia, a importância de se ter uma semiologia que permita entender o problema de saúde apresentado num sujeito em concreto, usando como instrumento de percepção e leitura o próprio médico. Vai se perdendo a capacidade de utilizar-se de um saber semiológico que permita, pela decodificação de signos corporais, entender os incômodos do *paciente*. Vai se desestimulando, tanto na prática quanto nos textos de semiologia, a necessidade de agudização de sua capacidade perceptiva, por meio de uma escuta mais acurada no sentido do aprofundamento da história clínica, que dia a dia vai sendo o mais sucinta possível, e também se desestimula a necessidade de compreensão do entorno e do ambiente onde o *paciente* vive, que termina sendo um adendo. A ênfase é colocada nas possibilidades de se fazer um diagnóstico “mais apurado”, utilizando-se de recursos que estão fora do médico: em geral, todo tipo de exames laboratoriais que permitam, em tese, uma leitura mais acurada, mais milimetrada do processo de doença do *paciente*.

Torna-se aqui necessária uma breve contextualização do que estou denominando de semiologia de influência francesa e de semiologia de influência norte-americana.

A semiologia francesa:

A França desempenhou um papel muito importante na conformação das três grandes mentalidades médicas do século XIX: a anatomoclínica, a fisiopatológica e a etiopatológica. No entanto, a contribuição mais importante ocorreu no que foi denominado de clínica francesa e, dentro dela, a semiologia francesa.

Dentro desta mentalidade, para poder diagnosticar e curar os doentes, o médico devia conhecer as diferentes alterações que produziam as lesões: tamanho destas, sabor, cheiro e todos os possíveis dados sensoriais que fossem importantes. Devia conhecer as manifestações exteriores nas quais se traduzem as lesões internas do organismo, quer dizer, os signos e os sintomas (sintomas que o médico converte em signos), os quais permitem

“ver”, sem estar vendo diretamente o órgão afetado. Este conhecimento é dado pela semiologia, que permite “ver”, não sobre o cadáver, como anatomopatologia, senão sobre “a realidade doentia do enfermo”... em vida. Para chegar à sua maturidade esta disciplina desenvolveu uma série de técnicas para obtenção dos signos no curso do exame do paciente: a observação do corpo do paciente (visão), o interrogatório (importância da palavra), a palpação (tato), a percussão (obtenção de ruídos artificialmente por golpes dados pelo médico), e a auscultação (ruídos espontâneos captados mediante o grande invento de Laennec, o estetoscópio: (ouvido). Os médicos franceses, que trabalhavam diretamente na cabeceira do leito de seus pacientes, desempenharam um papel qualitativa e quantitativamente significativo na constituição das disciplinas integrantes da “clínica francesa”, a semiologia e a anatomia patológica. Esta semiologia é chamada de sensualista por diversos autores, entre eles, Emílio QUEVEDO e seus colaboradores, MIRANDA e HERNANDEZ (1993).

A Clínica Francesa é amplamente discutida por Michel FOUCAULT (1980), em seu *O nascimento da clínica*, e deste tomaremos extratos que nos parecem relevantes.

Na tradição médica do século XVIII, a doença se apresenta ao observador segundo sintomas e signos. Uns e outros diferentes em seu valor semântico. O sintoma é a forma como se apresenta a doença: do todo que é visível, ele está mais próximo do essencial, e, da inacessível natureza da doença, ele é a transcrição primordial. O signo anuncia, prognostica o que vai se passar, diagnostica o que ocorre atualmente. Não faz conhecer; quando muito pode esboçar, a partir dele, um reconhecimento. Reconhecimento que avança nas dimensões do oculto, o signo, como diria Michel FOUCAULT, “*desvela o tempo como o azulado das unhas que anuncia infalivelmente a morte*”.

Portanto, a formação do método clínico está ligada à emergência do olhar médico no campo dos signos e dos sintomas. Neste ponto, não há separação entre a teoria e a experiência, ou entre métodos e resultados; é preciso ler nas estruturas profundas da visibilidade em que o campo e o olhar estão ligados um ao outro por códigos de saber.

“O olhar do médico não é o de um olho intelectual capaz de perceber, sob os fenômenos, a pureza não modificável das essências. É um olhar da sensibilidade concreta, um olhar que vai de corpo em corpo, cujo trajeto inteiro se situa no espaço da manifestação sensível; ‘a teoria se cala ou desvanece quase sempre no leito dos doentes, para ceder lugar à observação e à experiência; se não é sobre relato de nossos sentidos, sobre que se fundam a experiência e a observação? E que seriam uma e outra sem estes guias fiéis?’ E se este conhecimento ao nível do uso imediato dos sentidos não é dado de uma só vez, se ele pode adquirir profundidade e domínio, não é por um desnível que lhe permitiria aceder a outra coisa que não ele próprio; é graças a uma soberania interior a seu próprio domínio, ele só se aprofunda ao seu nível, que é o da sensorialidade pura; pois o sentido só nasce do sentido. Que é, portanto, ‘o golpe de vista do médico, que vence muitas vezes a mais vasta erudição e a mais sólida instrução, senão o resultado do freqüente, metódico e justo exercício dos sentidos, de onde derivam a facilidade na aplicação, a agilidade no relato, a segurança no julgamento’...” (FOUCAULT, 1980, p. 137).

Neste excerto, Foucault cita textualmente (afirmações que aparecem entre “) um dos maiores representantes do sensualismo presente na clínica francesa, Jean Nicolas Corvisart.

Este sensualismo, que posteriormente vai ser duramente criticado, com frases como: *“Uma clínica puramente semiológica [ou melhor, sensualista] pode ser uma clínica com medula, mas não com cérebro”*, frase célebre de um dos mais importantes clínicos colombianos de começo do século, já que o cérebro seria dado pela comprovação fisiopatológica, leia-se científica.

E é também na França que surgem as concepções fisiopatológicas, com Claude Bernard, sendo esta medicina fisiopatológica, em rigor, a verdadeira “medicina positivista”, já que no diagnóstico anatomoclínico buscavam-se as lesões por meio dos sintomas e

signos; o clínico formado em fisiopatologia procura desarranjos funcionais, mediante provas de laboratório. O hospital, para o anatomoclínico, é a sua sala; para o fisiopatologista, é apenas a sua “ante-sala”.

Os historiadores não concordam com relação ao momento de introdução desta mentalidade da prática da medicina; uns a colocam por volta da primeira guerra mundial e outros por volta da segunda guerra. Mas, poder-se-ia falar, que Claude Bernard prepara o terreno para a chegada e posterior enraizamento da medicina norte-americana, que desenvolve de forma bastante acentuada os princípios da medicina experimental bernardiana. Ou seja, o que a medicina norte-americana deslocou foi uma versão da medicina francesa, a da clínica francesa e a da semiologia sensualista. A fisiopatologia bernardiana aduba o terreno e traça os pontos de partida para o seu próprio desenvolvimento. A medicina norte-americana assume essa clínica francesa como um momento subordinado à compreensão fisiopatológica da doença. E isto sem mencionar a incorporação da etiopatologia, na qual o interesse em precisar o diagnóstico se reduz a determinar um agente causal para poder atacá-lo, se for agente vivo (vírus, bactéria, parasitas, etc.), físico (radiação, por exemplo) ou químico (ex: veneno). Este tipo de visão e sua avassaladora evidência foi rapidamente incorporada pela medicina norte-americana e penetrou mais rapidamente nos países do terceiro mundo que a própria mentalidade fisiopatológica.

A medicina dos Estados Unidos sofre uma mudança radical a partir de 1908, quando as fundações Carnegie e Rockefeller subvencionaram um estudo sobre a educação médica local (FLEXNER, 1972). Destacado educador médico, Abraham Flexner analisou 161 escolas de medicina e introduziu várias reformas tais como: a divisão da instrução médica em duas etapas (primeiro, trabalhos de laboratório e aulas em ciências básicas, fisiologia, química e, posteriormente, estudos clínicos), o estudo clínico centrado em hospitais-escola, que dependam administrativamente das universidades, para que não fossem conflitantes com a preparação clínica dos estudantes, entre outras.

Assim, a medicina norte-americana herda mais um postulado da medicina experimental de Bernard, a importância das ciências básicas, da fisiologia, que se apóiam na física e na química, e uma clínica fundamentada nas ciências básicas e no trabalho de laboratório, portanto:

“[...] el médico debe, ojalá, ser un científico; visión cuantitativa de la enfermedad (variación de grado e intensidad de una función y, por tanto medible), la cual se expresa en gráficos, porcentajes, es decir predominancia de fisiopatología, intervención activa del médico (quimioterapia, cirugía), para cambiar el curso de la enfermedad, el médico no es mas un observador; rechazo la “especulación” filosófica: atenerse a los hechos, dentro de la tradición positivista y neo-positivista; tendencia a la tecnologización y al especialismo “. (QUEVEDO et al, 1993).

Uma medicina “cientificista”, “a prática médica só poderia ser entendida como indissociável da investigação científica [...] a medicina como ciência, tal qual a física, a química e a biologia, que constituem seu suporte, a prática médica é conseqüentemente compreendida como aplicação e produção dessa ciência, sendo com isto o método clínico identificado ao método de elaboração próprio daquelas ciências” (SCHRAIBER, 1989, p. 109).

Será neste processo de mudança de um modelo semiológico de leitura dos problemas médicos, centrado na pessoa do próprio médico, para um modelo centrado nos equipamentos materiais de uma medicina tecnológica, como a chamou SCHRAIBER (1993), em seu estudo *O médico e seu trabalho*, que se encontra o que chamaremos aqui de *generalização positiva* e de *soberania da evidência técnica*. Em muitas circunstâncias, tal generalização e tal soberania da evidência não nos permitem entender a singularidade do paciente, como ser humano, além de sua situação de *corpo* meramente orgânico e biomecânico.

Com relação a esta mudança e ao confronto na prática destas mentalidades, eu poderia citar vários exemplos de minha vivência como aluna de medicina. Um dos mais representativos desta realidade que estou querendo estudar, dos limites do referencial “cientificista”, refere-se ao impasse sofrido por uma moça e seu familiares num momento crítico de sua vida. Utilizo-o aqui para ilustrar bem o que estou chamando de *generalização positiva e soberania da evidência*:

Trata-se de uma mulher de 25 anos que foi hospitalizada por apresentar uma dor moderada em região do flanco direito, que vinha aumentando dia a dia, associada a náusea e leve intolerância a gordura. Durante o exame físico apenas apresentava dor à palpação profunda na região do lobo hepático direito, e intensa dor à percussão do fígado. Foram realizadas provas laboratoriais de diversos tipos para determinar alterações hepáticas. Todos os resultados mostravam discretas alterações, que não configuravam um quadro nosológico claro. Passados três dias de hospitalização, foi pedido ultra-som para determinar se efetivamente estava havendo um problema hepático, do tipo abscesso, ou não. O ecografista emitiu uma opinião que, textualmente, era muito próxima do que abaixo relatamos:

“Ao que me parece existe uma imagem de acúmulo de líquido no lobo anterior do fígado, porém é tão discreta que não posso dar um laudo em que se diagnostique um cisto ou um abscesso. Teremos que esperar que o quadro se consolide mais”.

Dia após dia, a mulher era examinada e reinterrogada sobre a sua dor, tanto que ela mesma se questionava se ela não havia entrado numa cilada por algum motivo recôndito de sua cabeça. Em dias alternados, era colhido material para exames laboratoriais. Após aproximadamente cinco dias de internação, um dos médicos residentes do hospital, que era conhecido da mulher e com ela tinha certa amizade, foi solicitado, pela equipe responsável pela *paciente*, para com ela conversar e tentar tirar alguma verdade que comprovasse ou pelo menos indiciasse alguma doença “psicossomática”, ou, como diziam, de fundo psíquico. Num determinado momento da conversação, o residente percutiu a mulher no flanco direito, querendo evidenciar se ela tinha ou não de fato dor, comprovando que efetivamente existia a dor.

Revedo o prontuário da mulher, o residente encontrou uma história clínica na qual a *paciente* relatara que cerca de 20 dias antes de adoecer, preparando-se para viajar ao litoral, tinha colocado nas extremidades um produto com derivados amoniacais, aos quais ela não se sabia alérgica. Teve uma forte reação de pele que foi tratada durante três dias com corticóide injetável. Após este episódio, viajou e, durante a viagem, ingeriu água não adequadamente tratada, numa região conhecida, epidemiologicamente, como sendo uma das de maior incidência de amebíase, dada a precariedade da qualidade das águas. Esta história havia sido colhida desde o início da internação, porém não havia sido valorizada, porque os exames não apontavam as alterações necessárias para que o processo fosse diagnosticado como abscesso hepático amebiano.

Na ocasião, até mesmo à família da moça já havia sido recomendado que se fizesse nela uma avaliação psiquiátrica, com a finalidade de se entender melhor o que estava acontecendo com esta dor, já classificada como psicossomática. Os familiares não aceitaram a recomendação e retiraram a mulher do hospital. Chamaram o médico que cuidava normalmente dos problemas de saúde dos familiares há muitos anos. Tal médico refez a história clínica, examinou-a e diagnosticou, com bases puramente semiológicas, da observação clínica, um abscesso hepático amebiano.

Após cinco dias de tratamento, a mulher começou a sentir-se melhor, e a dor foi progressivamente desaparecendo.

Este é um exemplo interessante para se pensar como um diagnóstico pode acabar subjugado a exames que muitas vezes não têm a suficiente sensibilidade para acusar processos que estão em fases iniciais, e que alguns *pacientes* têm percepções corporais mais apuradas que as da média, que são considerados normais. Em geral, esses *pacientes*, colocam em xeque a necessidade da *evidência positiva*, já que a percepção ocorre antes da possibilidade de se ter uma *evidência* quantificada, demonstrável. Além disso, o registro da dor que esta *paciente* fazia do seu problema era desqualificado, pois aos médicos hipotetizar a dor como sendo de natureza psicossomática não era no sentido de ampliar a compreensão do que acontecia com a *paciente*, mas sim no sentido de negar o que para a *paciente* estava sendo uma realidade cotidiana, a dor.

Existe neste exemplo a procura pela evidência, pelos dados empíricos, em detrimento do sujeito e da sua experiência da doença, do ser e estar doente, e as consequências que a doença sem resolução gera na família, nos amigos, em geral, as consequências sociais.

A necessidade de alteração comprovável e demonstrável, subordinando, a um segundo plano, uma história clínica em que eram *evidentes* os indícios epidemiológicos de amebíase, um certo grau de imunossupressão induzido por medicamento e o exame físico sugestivo, reflete nitidamente a formação dos médicos do hospital. Tal formação era claramente de influência da escola norte-americana, enquanto o médico de família tinha sido formado numa escola de influência francesa.

A partir deste exemplo, poderíamos discutir várias coisas, porém uma questão é fundamental que seja retomada o tempo todo nesta tese: o compromisso dos médicos era com a dor e o incômodo da *paciente* ou com o diagnóstico suficientemente apurado? Talvez o mais esclarecedor deste exemplo sejam as palavras do ecografista: *“ainda não posso dar um laudo de coleção de líquido, teríamos que esperar que se configure como um cisto ou como um abscesso”*. Essa espera, para se configurar algo, implicava que a mulher tivesse que ter alguns dias a mais de desconforto, não somente pela dor, como pela incredulidade geral dos médicos com relação ao seu quadro, além de mais dias de custo de hospitalização.

Ao rever os textos semiológicos, usados na formação dos médicos no Brasil, percebemos também a mudança mencionada no exemplo anterior. Trata-se da clara influência das escolas médicas adotadas nas diferentes décadas. Ou seja, enquanto os textos adotados na década de setenta eram muito influenciados pela escola médica européia, em especial a francesa e inglesa, nas décadas de oitenta e noventa vão assumindo progressivamente o modelo hegemônico norte-americano.

Considero necessário rever alguns dos elementos semiológicos perdidos e ver quais foram aqueles incorporados nestas três décadas. Após esta primeira aproximação, tentaremos elucidar os avanços e limites desta semiologia.

Partindo de um dos livros de semiologia mais utilizados na formação médica brasileira, a partir da década de 70, pode-se perceber nele um peso relevante dado à anamnese como instrumento importante para a compreensão do *paciente*. A anamnese era definidora e esclarecedora do motivo de consulta, o exame clínico era somente a corroboração da hipótese diagnóstica levantada na anamnese, definida como *“reminiscência, recordação, que indica tudo que se refere à memorização dos sintomas da doença atual, queixa e duração (QD) e a história pregressa da moléstia atual (HPMA), de como participam os outros órgãos e aparelhos no curso da doença atual, interrogatório dos diversos aparelhos (IDA), os antecedentes pessoais (AP) e os antecedentes familiares (AF)”* (RAMOS, 1973, p. 11).

José RAMOS Jr. se estende, ao dar explicações sobre a importância de cada um dos dados levantados na anamnese, colocando ênfase na necessidade de valorizar o relato do *paciente*, sendo esta uma parte essencial da anamnese: *“deixar o paciente relatar com as suas próprias palavras e expressões os sintomas de que se queixa, deixando o paciente falar”* (RAMOS, 1973, p. 14).

Também para um autor inglês da década de quarenta, ainda publicado na década de setenta: *“Os aparentes devaneios do paciente podem ser muito esclarecedores. Frequentemente, o que parece uma vereda, revela-se uma larga e ensolarada estrada. Às vezes, os tópicos evitados pelos doentes são os mais significativos”* (MACBRYDE, 1975, p. 3). Este é um apontamento muito interessante, que valorizava a percepção do *paciente*, e que nas décadas posteriores vai ser transformado numa luta pela “objetividade”, no que se denomina de anamnese dirigida: *“em que o médico, tendo na mente um esquema básico, conduz a entrevista de modo mais objetivo”* (PORTO, 1990, p. 37).

Dever-se-iam priorizar alguns dos dados verbalizados pelo *paciente*, conduzindo no sentido da queixa principal, *“la mayor parte de los pacientes tiende a divagar y extenderse en detalles innecesarios, cosa que, dadas las limitaciones de tiempo, el médico debe controlar con el fin de encaminar el paciente hacia el suministro de información pertinente”* (CEDIEL, 1984, p. 16).

“Outros problemas freqüentes na obtenção de uma anamnese decorrem de: o relato do paciente ser desprovido de objetividade, concisão e exatidão, com muitas divagações e idéias irrelevantes; as informações que o paciente fornece são apresentadas de maneira desordenada, diferente da verdadeira seqüência cronológica em que se sucederam”. Estes obstáculos podem ser removidos pela técnica de orientar o relato do paciente” (LOPEZ, 1990, p. 25)

Aqui percebemos nitidamente como o problema da objetividade é fundamental no discurso semiológico desta década. A objetividade deve responder ao interesse de se ter uma história o mais sucinta possível, livre de divagações, o mais longe possível de deixar a subjetividade aflorar e ser expressa. Já não faz mais sentido *“a vereda que se transforma em larga e ensolarada estrada”*. Essa atitude, além de um respeito pela subjetividade expressa, denota uma atitude de constante atenção para perceber o outro, dando grande importância também às omissões, ao que é evitado pelo *paciente*. O que é omitido, ou impreciso, pode nos conduzir à gênese essencial das doenças, quer dizer, aquilo que não é aparentemente evidente nem para o médico nem para o *paciente*, por não encontrar relação ou por não entrar no seu marco de representação mental e/ou cultural.

É necessário parar para pensar em vários dos elementos apontados aqui. Estes extratos de textos, embora curtos, trazem duas formas que mudaram radicalmente a forma de escutar e abordar o *paciente*. Quando se fala que se deve deixar falar o *paciente*, implica numa atitude, por parte do médico, de escuta aberta, para depois fazer as possíveis conexões e associações de elementos, dentro da anamnese, que em muitas ocasiões nem para o *paciente* estão claras.

Outro elemento importante, ao se ter uma escuta aberta, é perceber o que está nas entrelinhas, as possíveis omissões, que vão fazendo múltiplos sentidos no decorrer do processo diagnóstico e às quais constantemente deve-se voltar para descobrir o quanto elas fazem parte do incômodo do *paciente*. Esta *semiologia do impreciso*, como é denominada por ROSENBAUM, (1998), permite desvendar, atrás da omissão, elementos importantes da

sua biopatografia, freqüentemente não verbalizados por serem extremamente dolorosos, ou por, num determinado momento, não conseguir elaborá-los. Esta sintomatologia do impreciso nos revela que o que parece ser evidente não é, que o campo da evidência, em muitas ocasiões, não é palpável, não está ao alcance dos olhos, dos ouvidos, dos sentidos, e deve ser desvendado, a partir de indícios que muitas vezes são sutis, mas grandes reveladores da ou das gêneses dos incômodos. Cabe ao médico armar lentamente o seu parecer como se juntasse peças de um quebra-cabeças. Isso se o conceito de doença e de homem deste médico for um conceito mais amplo que o de causalidades lineares e de corpo meramente orgânico. Isto, se atrás do discurso de “deixar o *paciente* falar” houver o conceito de que algo foi engendrado num percurso de vida e que pode ser desvendado, permite que “*o que parecia uma vereda, revele-se numa larga e ensolarada estrada*”.

Parece existir aqui um sentido de eficácia e eficiência mais próximo do apontado pelo sinólogo francês JULLIEN (1998), no seu *Tratado da Eficácia*, em que estuda o conceito de eficácia dos chineses, que a comparam com a atitude de um caranguejo, que sempre atinge os seus objetivos progredindo de forma oblíqua e perseverantemente. “*Rodear a coisa, se obliterar, deixá-la vir a ser*”, sendo que, para os chineses, um efeito se exerce plenamente quando ele vem a ser; o vazio é aquilo que o ajuda a vir a ser, não se perguntando por que as coisas são como são: a coisa emerge na imersão, no envolvimento, na maneira de ser das coisas, justamente para deixar que esta se desenrole plenamente. Não um pastor da coisa, mas sim um jardineiro desta.

Acreditamos que deixar o *paciente* falar livremente dos seus problemas, como os semiólogos franceses e ingleses defendiam, gera a possibilidade de ser mais jardineiro que pastor. Efetivamente, quando a anamnese é dirigida, atrás disto existe o conceito do que é eficaz, em termos de chegar frontalmente ao possível “alvo”, aquela nossa forma de pensar sempre em meios e fins, subjetivo e objetivo, vontade e passividade, em que sempre se denota uma via direta de abordar o sintoma, sem sequer a tentativa de definir ou de discutir seus traços essenciais. Contrário ao ideal de eficácia dos chineses, em que o fim a ser atingido serve de guia para a vontade e, se possível, inspira-lhe os meios necessários para transformar a situação real de modo adequado.

Atrás desse nosso conceito frontal de eficácia está o da leitura do que é objetivo, do que é demonstrável, palpável e, se isto é esclarecido, sempre vai gerar um fator importante, o tempo. O conceito de eficácia está muito ligado ao conceito de ganhar tempo. Tempo de consulta, tempo de esclarecer o diagnóstico, tempo de tratamento, o que permite entender a afirmação do semiólogo colombiano, Cediel: *"los pacientes tienden a extenderse en detalles innecesários, cosa que, dadas las limitaciones de tiempo, el médico debe controlar..."* Nada melhor que exemplos para pensarmos neste sentido de eficácia inerente às anamneses dirigidas.

Uma *paciente* de 65 anos, moradora de uma área rural nas proximidades da cidade de Itu, vem à consulta e sua queixa é a seguinte: *"Doutora, saiu um caroço por debaixo de mim. Já consultei vários médicos, mas sempre me falam que não tenho nada, que estou normal. Só que eu descobri ele há pouco tempo, após ter feito uma operação porque tinha a bexiga baixa e o xixi estava escapando..."*

A operação tinha sido feita há dois anos, e a *paciente* descobriu a "massa", ao que parece, perto da área genital. Após o interrogatório sobre se tinha dor ou se o processo havia crescido em tamanho e como ela tinha descoberto a massa, etc, a médica fez exame ginecológico, sem descobrir nenhum tipo de "massa" e, sem ter a menor idéia do que seria a queixa da *paciente*, disse-lhe:

"Senhora, não estou encontrando nenhuma massa, qual é o caroço que você fala? Aponte-me o que é..."

A senhora apontou para o clitóris e disse:

"Este, doutora, este é o caroço que eu falei para a senhora e que saiu após a cirurgia... e que eu não tinha antes..."

A *paciente* contou para a médica que antes tinham-na examinado e que sempre falavam que ela estava normal e ela seguia sentindo aquele caroço, que às vezes a incomodava.

Este caso é bastante elucidativo do que é evidentemente normal, na materialidade. Somente que não era na materialidade que tinha que ser encontrada a normalidade da *paciente* e sim na representação corporal que ela tinha de si mesma. Para ela, o clitóris havia sido uma parte inexistente do seu corpo, até o momento em que foi operada e não conseguia mais ter relações sexuais com o marido, também idoso, e que já não podia mais ter relações com uma mulher com uma perineoplastia estreita. Na tentativa de ajudar o marido, ela tinha se apercebido de um caroço. Esse dado apareceu no discurso espontâneo, produzido a partir da abertura dada à expressão da *paciente*, durante a anamnese, o que de alguma forma foi revelador e produziu eco na médica, que pôde contextualizar a queixa.

Um outro exemplo elucidativo foi o de uma *paciente* de 25 anos, recém-casada, que se consultava com a seguinte queixa:

“Estou tendo dor por debaixo da barriga, após a relação sexual, mas eu devo estar sentindo esta dor porque não sou normal.”

Após um longo interrogatório, não se encontrou nenhum dado para entender o porquê da asseveração de “eu não sou normal”. Já na anamnese, se apontava uma possível anexite, porém o que isso tinha a ver com a anormalidade da *paciente*? Finalmente, pela ênfase que ela dava, era mais importante para ela a sua anormalidade que a própria dor. No momento do exame, a mulher teve muita dificuldade para assumir a posição ginecológica, mas, finalmente examinada, não tinha nenhuma aparente anormalidade. No entanto, por que falava que não era normal? Insistentemente, a médica perguntava e a mulher não respondia. No momento da prescrição, a médica percebeu que a *paciente* olhava com muito cuidado para o cartaz em que se encontrava um desenho de um útero e de um períneo feminino e, tomando o olhar como um sinal, perguntou sobre a vida sexual da *paciente*, que aparentemente não revelou problemas. Todavia, ela continuava insistentemente olhando para o cartaz. A médica perguntou:

“Você sabe como você é por dentro?”

E foi explicando lentamente cada parte do desenho. Quando explicou a importância do clitóris na relação sexual, a *paciente* deu um grito e falou:

“Como? então, eu sou normal!!! Meu marido insiste em me dizer que não sou normal...”. E ela relatou que o marido tinha relações sexuais com prostitutas, e que ela era a primeira mulher que dizia sentir de outra forma.

O confrontado nestes exemplos são dois parâmetros de normalidade que até o momento não haviam sido abertamente questionados, por parte dos médicos que até então as atenderam, sobre o que era *anormal* para as *pacientes*. Além de não se ter estabelecido o vínculo necessário para que as *pacientes* fizessem um relato mais claro, que pudesse levar a esclarecer suas queixas, existia também uma falta de compromisso em esclarecer os incômodos da *paciente* e perceber signos corporais, olhares e tensões, que certamente foram expressos, e uni-los a dados que as *pacientes* tinham oferecido nas possíveis anamneses.

Estes exemplos também podem ser retomados para outros dois elementos que se enfatizavam nos textos semiológicos mais antigos. A atitude do médico como alguém que percebe era incentivada com orientações como:

“[...]na propedêutica física e funcional da observação clínica, o estudante e o médico devem se educar, disciplinar-se, na percepção de todos seus sentidos, no reconhecimento de tudo que possa ser normal, e particularmente, é óbvio, na percepção de todos os desvios para a anormalidade... Os sentidos do médico devem ser educados e apurados durante toda a prática propedêutica, sendo todos da mesma ordem de importância: a visão, no método da inspeção, a audição, na ausculta e na percussão, o olfato, na verificação das exalações e principalmente nas diferentes qualidades de hálito..., às vezes todos os sentidos ou dois deles são empregados na percepção de um determinado sintoma ou sinal” (RAMOS, 1973, p. 203).

Esta ênfase na apuração das sensações estimulava a “enxergar” com todos os sentidos os sinais que vêm do corpo, o que parece ser parte do legado sensualista. Este treino colocava o médico em estreito contato com o *paciente*, no qual a nosologia da doença existia, mas também existia uma individualização dessa nosologia pelos “cheiros”, pelo “toque”, pela observação cuidadosa do tipo constitucional ou biótipo... Isto pensado, na formação de um médico, colocava-o como um ser mais atento às particularidades desse corpo que estava sendo indagado pelos sentidos. Além desta agudização dos sentidos, a inspeção do corpo devia ser feita segundo uma visão panorâmica, por uma visão “*impressionista*” do médico (RAMOS, 1973, p. 203). É interessante pensar que esses sinais não eram sinais eminentemente orgânicos, incluíam também os já mencionados tipos constitucionais, em que, dependendo das características constitucionais e morfológicas, poderiam ser “deduzidas” algumas características psicológicas. Assim o pícnico, baixo e gordo, giraria entre dois pólos de humor, alegria e tristeza, como vida social intensa, extrovertido e predisposição a ser maníaco-depressivo (RAMOS, 1973, p. 204). Consideramos que, apesar deste tipo de classificações ser reducionista e muito generalizante, gerava nos médicos o “deter-se, para enxergar” o sujeito que estava acudindo, como uma prática necessária a ser feita rotineiramente e, até mesmo porque, precariamente, tentava uma abordagem mais integrada do “corpóreo” e o “mental”.

“As manifestações dessa fantasia inconsciente que é a angústia, se fazem pela depressão ou pela ansiedade, ou por ambas, ou ainda, por resignação ou revolta que não deixam de ser a aceitação daquela manifestação inconsciente, porém, nunca de maneira agradável ou satisfeita. Estes tipos de reação psíquica dependem muito do tipo de personalidade do paciente, do tipo constitucional de classificação psico-valorativa no exame geral, quer na sua qualidade, quer na sua intensidade, e precisam ser bem reconhecidos pelo médico em todos os seus pormenores... considerando o paciente como um todo corpo e alma” (RAMOS, 1973, p. 14)

Esta atividade consciente, de enxergar o corpo, a constituição, como reveladora da psique dos sujeitos, e a psique dos sujeitos como “moldadora” de corpos, de alguma forma é substituída atualmente pelo que aqui denominaremos de *formação de impressão*, em que formamos rapidamente uma impressão, a maior parte das vezes, inconsciente do outro, mas que age de forma a facilitar a “empatia” ou a “obstaculizar” a relação. Passou-se, então, de uma atividade consciente de análise constitucional, passível de ser transmitida aos estudantes, a uma atividade inconsciente, em que primam características puramente individuais da “ótica” e dos “conceitos” do sujeito médico.

De outro lado, nos livros mais recentes sobre a observação médica, o exame do corpo, que se refere ao orgânico e denomina-se exame físico, ocupa no total menos de uma página, em que se enumeram as técnicas de palpação, percussão e ausculta. As alusões ao mental são dadas, no máximo, com relação ao componente afetivo do *paciente* ao se sentir examinado.

Não existem mais critérios de percepção a partir do corpo orgânico dessa relação corpo-mente como também não existem critérios semiológicos biomédicos de, a partir do mental, entender o orgânico. A análise da tipologia constitucional, em biomedicina, ficou restrita aos textos de semiologia da década de setenta.

Cada um dos itens nos livros com influência da clínica francesa procurava aguçar os sentidos para enxergar sinais e sintomas nos *pacientes*, tanto que é bastante interessante e extenso, neles, o número de fotografias explicativas (RAMOS, 1973). Este tipo de semiologia, dos signos e sinais e de manobras, foi sendo substituído por exames, que de alguma forma têm afastado o médico do contato corporal com o *paciente*, sem contar que também o raciocínio diagnóstico tem se convertido, cada vez mais, num raciocínio algorítmico, nitidamente quantitativo, em que o geral é protocolizado e se tenta encaixar um determinado *paciente* com sintomas e sinais dentro de índices clínicos estatísticos que determinam o grau de patologia existente nele.

A presença do médico, diante do corpo do *paciente*, vai perdendo importância. A utilização dos sentidos vai perdendo espaço para a utilização de aparelhos cada vez mais sofisticados. O médico, como instrumento diagnóstico em si, se perde. O aluno não é mais

motivado a aguçar suas percepções sensoriais, mas sim a se utilizar de todo tipo de imagens computadorizadas, porém perdendo possibilidades diagnósticas refinadas, em que a fisiopatologia biomédica podia ser decodificada pelos sentidos e pela observação aguçada dos médicos. Além de tudo, o que não está ao alcance das máquinas é a gênese social e psicológica dos incômodos dos *pacientes*.

Fazendo-se uma analogia com o que seria a produção de imagens e a sofisticação para se encontrar os mais imperceptíveis detalhes de uma foto, pode-se dizer que pela análise minuciosa de uma fotografia podem-se descobrir elementos antes ocultos, numa visão geral. Por outro lado, quanto mais se aprofunda na imagem, vai se perdendo a globalidade da mesma, que vai ficando descontextualizada, “des-historicizada”, desanimada.

Julgamos necessário, aqui, um parêntese para um exemplo:

“A manobra de Gaertner consiste na verificação das veias do dorso da mão e do antebraço na identificação da insuficiência venosa da ICC: normalmente o membro superior estendido, com a mão também estendida no nível do 4º intercosto direito, que é a projeção do átrio direito, não evidencia turgescência venosa das veias do antebraço e do dorso da mão. Quando existe hipertensão venosa da ICC, as veias do membro superior ficam túrgidas, em relevo e não diminuem a turgescência, mesmo elevando-se o membro superior estendido acima do nível do átrio direito. O ângulo formado pela elevação do membro superior e o quarto intercosto serve, até na evolução do tratamento, como um sinal útil para avaliação da evolução da ICC” (RAMOS, 1973, p. 59).

A riqueza de observação aqui exposta perde sentido quando o controle radiológico e eletrocardiográfico associados aos sintomas e sinais clínicos mais rotineiros (pulso, frequência cardíaca, estase jugular, etc.) passam a ser eleitos como parâmetros semiológicos mais importantes no seguimento de *pacientes* com ICC.

Alguns autores de tratados semiológicos mais recentes chegam a considerar a incorporação tecnológica como um fato consumado e irreversível na medicina. Para PORTO (1990), em sua *Semiologia Médica*, que é referência atual para os alunos

brasileiros de Medicina, “o grande desafio atual é conciliar o método clínico com avanços tecnológicos, retirando do primeiro os pormenores inúteis e superados, sem querer estabelecer confronto entre um e outro” (p. 8) [...] “O método clínico continua sendo a base da prática médica, havendo necessidade, contudo, de se eliminar as técnicas que foram superadas pelo desenvolvimento tecnológico” (p. 16). Este autor vai mais além e até mesmo a anamnese não é poupada:

“A anamnese, que era considerada reduto inatingível pela tecnologia, já foi por ela alcançada. Estão sendo criados, em número crescente, aparelhos capazes de manipular os dados do “interrogatório sintomatológico”, anotados até pelo próprio paciente, inclusive sem a presença ou participação do médico” [...] “Não será um absurdo prever que estes aparelhos serão do agrado da maioria dos pacientes.” [...] “A especialização é fruto do progresso da ciência médica e foi aceita pela população irreversivelmente” (PORTO, 1990, p. 6).

Faz-se necessário enfatizar que, ao contrário do que Porto denomina como “avanço tecnológico”, ao se eliminarem “pormenores semiológicos inúteis”, defendemos cada vez mais que esses pormenores, às vezes, são essenciais e muito úteis. Eles devem ser desvendados para acolher, entender e auxiliar o indivíduo no processo de transformação dos seus incômodos. São elementos dessa semiologia anterior que, mesmo com limites, a nova semiologia simplesmente apaga-os, ignora-os ou até mesmo desqualifica-os. Este processo de desvalorização da tecnologia mais manual e centrada no desenvolvimento observacional do médico demarca o início da formação do obstáculo intransponível, a que nos referiremos posteriormente.

Enquanto PORTO, referência semiológica dos anos 90, faz estas afirmações e até esboça uma crítica pessimista diante da “irreversibilidade” da influência da tecnologia sobre o método clínico, faz-se necessário retomar MACBRYDE, referência semiológica para médicos ingleses pelo menos entre as décadas de 40 e 70, que escreve:

“Alguns de nossos contemporâneos acreditam que os computadores substituam eficientemente os processos mentais até agora indispensáveis ao diagnóstico. Tal expectativa, entretanto, está destinada ao desaponto devido ao equívoco quanto à significação do diagnóstico. O verdadeiro diagnóstico significa compreender cabalmente, envolvendo, por força, as relações humanas; as do indivíduo com sua doença, com outras pessoas, etc. Evidentemente esses aspectos sutis e complexos dos problemas humanos não podem ser programados para análise em computador. As máquinas só podem fornecer informações de alta utilidade baseadas na avalanche de dados que as alimentam, mas a compreensão dos problemas do homem só é possível através do pensamento humano” (MACBRYDE, 1975, p. 3).

Para este autor, a medicina é uma prática apoiada em conhecimentos científicos. Não pode almejar ser ciência, e muito menos submeter-se ao fascínio da tecnologia:

“Sem o apoio do conhecimento científico, todo o desejo, por maior que seja, de servir à saúde humana não tem significado. Entretanto, sem o auxílio da sabedoria, esse mesmo conhecimento científico é como um poderoso míssil sem um sistema de controle. Um dos motivos pelos quais os médicos tendem a tornar-se mais técnicos e menos doutores é que se ocupar do doente e da doença é muito mais difícil e toma mais tempo do que tratar apenas de doença” (MACBRYDE, 1975, p. 5).

É interessante perceber como a atitude dos livros consultados da década de setenta é a de um discurso formativo, de compreensão da necessidade de trabalho no “ser médico”. Tratava-se de sublinhar que o ato médico é sempre um ato de dois ou mais sujeitos, que envolve emoções, crenças, concepções, e que esse processo é influenciado pelo que chamei de *campo de presença* dos sujeitos envolvidos. Pode-se perceber esta necessidade de formação no campo da emoção do médico, na seguinte citação:

“A atitude do médico em relação ao paciente requer auto-estudo. Seus processos mentais serão influenciados pelos pacientes, suas emoções serão consonantes com as do doente, das quais se deverá dar conta e avaliar a suas próprias, as suas ressonâncias” (MACBRYDE, 1975, p. 3).

Sem definir os fenômenos transferenciais ou contratransferenciais, este parágrafo conceitualiza de forma bastante simples estes fenômenos da relação médico-“outro”, trazendo a necessidade de perceber o que o *paciente* “desperta” em nós, e a necessidade de se avaliarem tais sentimentos. Diferentemente, os atuais textos de semiologia, além de dedicar páginas inteiras conceituando o que é transferência, contratransferência ou as diferentes resistências psicológicas, terminam tais definições com comentários que sugerem outra apreensão do conceito.

“Os médicos são seres humanos e não conseguem isolar suas emoções de seu trabalho, numa espécie de robotização espiritual. Fundamental é saber reconhecer seus próprios sentimentos tão logo despertados, mantendo-os sob controle” [grifo meu] (PORTO, 1990, p. 19).

Parece como se o conceito tivesse ficado suspenso em algum lugar dentro das páginas, sendo retomado como “não conseguir isolar” ou “manter sob controle”. A riqueza da introdução destes aspectos ocorre na medida em que o médico adquire uma atitude ativa, de procurar se olhar, de procurar “ser tocado”, e, a partir desse toque, gerar um movimento de transformação interior; não é um conceito que promove a repressão das emoções, promove sim a reflexão sobre as emoções que continuamente o “outro” gera em nós, implica numa atitude que está muito longe de manter alguma coisa sob controle. Uma vez mais poder-se-ia utilizar o conceito das regras da eficácia, do filósofo e sinólogo JULLIEN (1998): *“não cabe a pergunta porque as coisas são como são: ela imerge e se envolve na maneira de ser das coisas, justamente para deixar que esta se desenrole plenamente. Não sendo um pastor do ser, mas sim um jardineiro do ente”*.

Existe uma extraordinária diferença na formação desse alguém que deve se preparar constantemente para lidar com o sofrimento do outro, chamado aqui de *paciente*. Quando o médico mantém uma atitude que favoreça o entendimento dos processos no interior das relações com os *pacientes*, reconhecendo o que o incomoda, os sentimentos que são nele gerados, assumindo o conflitante como possível gerador de crescimento, e sentindo para melhor entender o processo do outro, assume uma atitude eticamente diferente. Ao contrário, se tentar manter as emoções sob controle, afastadas, ignoradas, não assumindo o conflito com toda a sua potencialidade de gerar conhecimento, não poderá criar estrutura emocional para poder acolher, vincular-se e lutar pela compreensão dos processos interiores do *paciente*, não se dispondo para a empreitada de produzir processos de transformação e enfrentar os conflitos que estes geram.

Existe um outro controle, que é aquele de perceber o problema, entendê-lo a fundo, mas não permitir que ele desestruture interiormente o médico. Este tipo de controle requer trabalho interior para se aproximar do *paciente*, entender o que acontece, e não simplesmente ignorá-lo.

Na prática da educação médica, as emoções são mantidas sob controle pelo afastamento ou pela negação do que pode produzir sofrimento ao médico ou pode lhe gerar conflito. Em outras palavras, queremos dizer que, além de ter que lidar diariamente com a dor, com as preocupações e com os diferentes incômodos dos sujeitos, não se oferecem os elementos para que estudantes de medicina tenham uma formação emocional, que em vez de isolar e manter sob controle suas emoções, consiga gerar processos interiores de crescimento, que certamente seriam transmitidos para seus *pacientes*.

Nos livros de semiologia da década de setenta existe uma coerência entre o discurso e o que é proposto para ser ensinado, desde a necessidade de se dar ênfase ao acolhimento, como componente essencial da entrevista, até a necessidade de se desenvolver calor humano, flexibilidade, empatia, etc. As estratégias de ensino encontram-se na valorização da história clínica como um dos mais importantes instrumentos semiológicos, na definição do diagnóstico como um processo em contínua construção e no entendimento de que a entrevista é um dos mais importantes elementos terapêuticos, pelo incrível poder da palavra falada.

Esta coerência é sentida em cada uma das páginas dos tratados dos anos 70.

Para concluir com um salto qualitativo, tomemos atenção ao seguinte exemplo citado por MACBRYDE (1975):

"Um indivíduo durante muitos anos sofreu de úlcera péptica e foi drasticamente curado por uma gastrectomia e, pela primeira vez, ficou livre da dor. Surpreendentemente, em vez de se considerar feliz, tornou-se deprimido e tentou suicidar-se. Era evidente que seus sintomas gástricos haviam funcionado como muleta, tampão ou desculpa no sentido de poupá-lo de stress ou de situações desagradáveis. Por conseguinte: O que significava tal sintoma para o paciente?" (MACBRYDE, 1975, p. 10).

Este pequeno exemplo põe em evidência a necessidade de enxergar o outro como portador de histórias que precisam ser desvendadas. O que seria mais objetivo que uma úlcera péptica? Porém, o exemplo mostra dramaticamente o contrário, o quanto cada processo patológico, cada entidade nosológica é também subjetiva, e deve ser lida com a sutileza, com a integralidade e perspicácia que esta literatura semiológica tenta transmitir. E por que não, em vez de não incorporar estes *pormenores imiteis*, entender seus limites, trabalhá-los e avançar neles?

Este exemplo também questiona o "poder da intervenção médica" que, ao ser generalizada, ou melhor, protocolizada, pode gerar a antítese de sua causa final, a cura. Enfim, o exemplo nos solicita disposição para repensar até o valor das técnicas diagnósticas que conseguiram ajudar a entender e elaborar um processo diagnóstico (úlcera péptica). Neste caso, o sintoma foi desprovido da razão de vida que o gerou, enfim, revelando-se a carência de "tecnologia" que permitisse enxergar os porquês.

É necessário nos determos nos sintomas, no significado que ele assume naquele determinado momento para o *paciente*. Como este sintoma foi se constituindo num quadro sindrômico e nosológico? É necessário refletirmos a respeito de quantas mulheres diariamente são tratadas com medicamentos derivados de anfetaminas para combater a obesidade, sem que médico e *pacientes* se detenham minimamente nos porquês. Se

autoconfinam em instituições do tipo SPA, para se submeter a regimes emagrecedores, sem adentrar em perguntas simples: Por que se precisa comer compulsivamente? Por que se está ansiosa ou deprimida? Que representa emocionalmente a comida? Onde este componente se insere numa história de vida, individual e plena de significados? Ou, ainda, refletir nos motivos pelos quais após lipoaspirações, poucos meses mais tarde, o corpo acaba por recuperar todo o tecido lipídico retirado? Serão estes tratamentos de fato eficazes ou, uma vez mais, estamos entrando no campo do paliativo?. Cada vez mais ignora-se que os sintomas são os resultados que emergem de um processo que precisa ser desvendado, precisa ser contornado, assimilado, para encontrar, se possível, os meios necessários para conseguir gerar um processo de transformação real e de modo adequado. Torna-se ainda mais evidente a afirmação “ *Um dos motivos pelos quais os médicos tendem a tornar-se mais técnicos e menos doutores é que se ocupar do doente e da doença é muito mais difícil e toma mais tempo do que tratar apenas da doença*” (MACBRYDE, 1975, p. 5).

Ainda não conseguimos resolver a pergunta do eminente antropólogo do século passado, Viktor Von Weizsäker, e um dos fundadores da Antropologia Médica, quando apontava : “*sempre ante un enfermo, el médico debe tratar de resolver estas tres cuestiones: Por que aqui?- localización orgánica; Por que ahora?, puntualización biográfica, Que verdad del paciente tiende a evidenciar la no verdad de su proceso morboso? esclarecimiento existencial*” (WEIZSÄKER, 1956, p. 156).

Tentando não ser maniqueísta, é importante pensar que este é um exemplo infortuito entre muitos exemplos fortuitos, só que a riqueza do infortuito, do conflito, está na capacidade de transformação, na capacidade de mutação que o infortuito deveria gerar em nós. Para nossa civilização e, portanto, para a nossa medicina, o conflito deve ser combatido, afastado. Não terá chegado o momento de repensar o conflito como o grande momento de se entenderem processos, de se confrontar com o incômodo, com o que não é semelhante com nós mesmos, e que de alguma forma se parece conosco, com aquilo de que não gostamos, em que não acreditamos, não entendemos? O conflito nos demarca os nossos limites, nos aponta para tentar entender de uma outra forma a nossa realidade, nos mostra desejos opostos, situações diversas dentro de nós e nos outros. Enfim, negamos as infinitas possibilidades de transformação que o conflito e a imersão nele podem gerar.

Estes textos influenciam e influenciaram a formação médica. Não se trata de privilegiar uma ou outra abordagem, mas sim de refletir sobre como e sobre que princípios estamos instrumentalizando seres que posteriormente se defrontarão ante outros que os intrigarão, os desafiarão e os provocarão. Consideramos, finalmente, que os instrumentos semiológicos não estão somente fora do médico, que parecem estar, cada vez mais, se apoiando nos “avanços tecnológicos”, na tentativa de “cientificidade” do diagnóstico, na procura de “certezas”, e cada vez ficando mais longe de sermos nós mesmos, um dos mais ricos e ilimitados instrumentos semiológicos.

CAPÍTULO II.-
A Medicina Baseada em Evidência e
a radicalização biomédica

Para se compreender o que é conhecido como Medicina Baseada em Evidência (MBE – será a grafia adotada) faz-se necessário buscar a sua conceitualização. E será a partir de seus principais defensores que buscarei esta explicitação.

Um dos textos que mais se esforçam para definir e conceituar bem os marcos desta tendência foi publicado no *British Medical Journal* (BMJ) de janeiro de 1996, sob o título de “Medicina baseada em evidência: o que é e o que não é”, escrito por David L. SACKETT e colaboradores, pesquisadores ligados ao Centro de Desenvolvimento e Pesquisa em Medicina Baseada em Evidência da Universidade de Oxford, Reino Unido.

Após contextualizar a tendência, cujas origens históricas remontam à metade do século XIX, os autores apontam para a necessidade de se enfrentar as críticas que vêm sendo feitas. Ao reconhecerem que a proposta é antiga, asseveram que, ao ser retomada neste final de século, torna-se uma importante tendência no campo da Educação Médica, gerando novos programas de formação tanto de graduação como de pós-graduação médicas, periódicos, centros de pesquisas¹ e aglutinando investimentos de importantes fundações internacionais. No entanto, várias críticas são apontadas e tais autores tentam respondê-las, delimitando bem o que chamam de MBE, e apontar, com clareza, o que consideram equívocos na interpretação da proposta. Tais críticas variam desde que a MBE é um velho chapéu, difícil de se usar, até a de que seja uma inovação perigosa, passando pela crítica de arrogância clínica, que só serve para justificar cortes de custos e suprimir a liberdade clínica.

¹ No Reino Unido destacam-se duas instituições dedicadas ao desenvolvimento da MBE: a Cochrane Collaboration e o National Health System (NHS) Centre for Reviews and Dissemination; nos EUA, duas publicações indexadas e especializadas em artigos de revisão secundária de textos primários têm sido amplamente divulgadas: *American College of Physicians (ACP) Journal Club* e o novo periódico *Evidence-Based Medicine*.

Definem MBE da seguinte forma:

*“A Medicina baseada em evidências é o uso consciencioso, explícito e criterioso da melhor evidência corrente em tomadas de decisões acerca do cuidado individual dos pacientes. A prática da medicina baseada em evidência significa integrar a habilidade clínica individual com a melhor evidência clínica externa disponível a partir de pesquisa sistemática. Por **habilidade clínica individual** entende-se a proficiência e o julgamento que médicos de clínica individual adquirem por meio da prática e da experiência clínica. A habilidade se avoluma e se reflete por muitas formas, mas especialmente por diagnósticos mais efetivos e eficientes e por identificação mais cuidadosa e uso compassivo das condições singulares dos pacientes, seus direitos e preferências no processo de decisão clínica sobre o cuidado a eles dirigidos. Por **melhor evidência clínica externa disponível** entende-se pesquisa clínica relevante, geralmente oriunda das ciências básicas da medicina, especialmente aquelas pesquisas centradas no paciente no âmbito da acurácia e precisão dos testes diagnósticos (incluindo o exame físico), o poder de marcadores prognósticos, a eficácia e segurança terapêutica, reabilitativa e de regimes preventivos. A evidência clínica externa tanto pode invalidar testes diagnósticos e tratamentos previamente aceitos, como os substitui por outros novos, mais potentes, mais acurados, mais eficazes e seguros.”* (SACKETT, 1996, pp. 71- 72).²

A partir deste esforço de conceitualização podem-se apontar algumas preocupações centrais desta tendência que já se caracteriza como corrente de pensamento e de pressão político-científica. Tal tendência tenta se constituir como bloco hegemônico em defesa da prática médica acoplada à pesquisa aplicada em Medicina, com objetivos disciplinares para todos os níveis de formação médica, e até mesmo como proposta de estratégia de educação continuada.

² Excerto traduzido do inglês por esta autora, destaques em negrito feitos pela mesma.

A MBE enfatiza a necessidade de ir além das experiências clínicas e dos princípios fisiológicos para rigorosas avaliações sobre as conseqüências das ações clínicas. Afirma que toda informação envolvida no ato clínico provém de duas fontes principais: do que o paciente oferece e do que é publicado como resultado de pesquisa sobre seu problema. Por outro lado, mesmo assumindo que a prática clínica oferece uma das melhores informações científicas sobre os problemas dos pacientes, inclusive para gerar pesquisas científicas, afirma também, por meio de avaliações e recomendações de *experts* no assunto que “*prática clínica standard*”, quando comparada com a prática baseada em evidências, é inferior no que se refere à capacidade de fornecer informação confiável. As avaliações sugerem que a prática, desprovida de metodologia adequada para instrumentalizar-se de informações atualizadas oriundas da pesquisa médica, é menos rigorosa, pois é muito difícil acessar os conhecimentos mais recentes, sem que se utilizem padequados mecanismos de transferência da informação científica para as decisões da prática clínica. Pondera-se e, de uma certa forma, afirma-se que as opiniões de clínicos experientes estão longe de ser suficientes para o tratamento adequado dos pacientes. É por isto que a MBE enfatiza a necessidade de ir além da experiência clínica, ou seja, caminhar no sentido da pesquisa na *literatura médica* para se prover de ferramentas de avaliação no dia a dia da prática clínica (OXMAN, 1993, p. 2093), o que envolve também a habilidade de acessar, resumir e aplicar informação da literatura médica

Ao reconhecer o valor da habilidade que se constrói na prática tanto pela capacidade de realizar diagnósticos efetivos e eficientes, como pela incorporação do respeito pela singularidade e pelos direitos do outro, a corrente aponta para uma preocupação que lhe parece ser central e que é, fundamentalmente, ética. Preocupação ética no sentido de que todo esforço de pautar as decisões do cotidiano das ações médicas num paradigma de produção de conhecimentos e técnicas sobre o corpo, sobre a doença, trata-se de um esforço de salvaguardar o indivíduo que se submete a elas, diante das possibilidades de que estas possam ser submetidas a um julgamento social sobre o que deve ou não ser feito. Tal julgamento passa a ser possível uma vez que o conhecimento médico recomendado encontra-se acessível, por intermédio de redes informacionais e comunicativas hoje internacionalizadas, a qualquer médico que deseje acessá-lo, como a qualquer cidadão, que deseje processar um médico. Este também é um dos principais

motivos para o desenvolvimento da MBE, como apontam GEDDES & HARRISSON (1997) ao afirmar que “a MBE otimiza nossas decisões clínicas e nos permite justificá-las”. Tal justificativa não se faz apenas necessária diante do paciente potencialmente mais informado, mas também diante de toda a sociedade, que, a qualquer momento, poderá processar e julgar o médico, que por sua vez, deve cuidar-se, amparando-se em instrumentos socialmente reconhecidos.

Para se compreender o ideal ético, a que acima se referiu, faz-se necessário retornar ao texto de SACKETT, para compreender suas estratégias metodológicas e para complementar o próprio conceito do que é a MBE, a partir do que seus adeptos identificam o que *não é* MBE:

“Medicina baseada em evidência não é um velho chapéu nem é impossível de ser praticada. O argumento de que ‘todo mundo já a faz’ cai por terra diante da evidência de variações surpreendentes tanto na integração de valores dos pacientes em nosso comportamento clínico como nas razões pelas quais os clínicos estabelecem intervenções aos seus pacientes. As dificuldades encaradas pelos clínicos para manterem-se a par de todos os avanços médicos publicados em fontes primárias da literatura médica são óbvias, ao se comparar o tempo que é requerido para a leitura (no caso da medicina geral, tempo suficiente para examinar 19 artigos novos por dia, 365 dias do ano) com o tempo disponível (bem abaixo de uma hora por semana entre clínicos britânicos).” (SACKETT, 1996, p. 72).

A crítica de que não se trata de nenhuma novidade e que a maioria dos clínicos, sem o saber, já a exerce, pauta-se na assunção, por parte destes médicos, de que se utilizam, em seu processo de trabalho, dos conhecimentos elaborados e reelaborados pela comunidade médico-científica. Tais conhecimentos são produzidos a partir de estudos clínicos reconhecidos no meio acadêmico como representativos de uma forma de pensar e de atuar em Medicina, ou seja, são representativos de sua racionalidade e de seu paradigma, que, por sua vez, são socialmente reconhecidos como hegemônicos.

A réplica, elaborada pelos defensores da MBE, a esta crítica é feita por meio de números que atestam a impossibilidade concreta de se manter atualizado com a produção científica corrente. Assim, propõem uma estratégia que permita aos clínicos um acesso *intermediado* a toda esta produção, como forma de superar a dificuldade para se manterem informados e atualizados com a produção de *evidências externas* às situações clínicas mais variadas da prática cotidiana. Trata-se das *revisões sistemáticas* e dos estudos de *meta-análise*. Os adeptos da MBE consideram a possibilidade de acessar *revisões sistemáticas* o maior avanço tecnológico da prática clínica. “*Diferentemente de um revisor convencional, um revisor sistemático utiliza explicitos métodos de pesquisa e de avaliação crítica de estudos primários. E, se estes são comparáveis, o revisor poderá realizar uma síntese formal quantitativa (meta-análise) dos resultados*” (GEDDES & HARRISON, 1997, p.220). Tais estratégias, ao meu ver, representam o caminho fiel do que estou chamando, nesta tese, de caminho de radicalização da racionalidade biomédica. Mais adiante, retomarei esta crítica. Antes, porém, julgo necessário explicitar mais que estratégias são estas.

Para os defensores da MBE, a meta-análise consiste num método epidemiológico clínico criterioso, que tem por objetivo analisar quantitativamente resultados de vários estudos que tentam, por meio de ensaios randomizados controlados (ERC), chegar a alguma conclusão quanto à eficácia ou quanto à predição ou, ainda, quanto a alguma correlação de eventos sobre determinado tema.

FLETCHER & WAGNER (1989) resumem os passos básicos necessários para uma meta-análise baseada em critérios:

- “1. Selecionar uma única questão clínica.*
- 2. Identificar os estudos publicados referentes a esta questão.*
- 3. Estabelecer critérios de credibilidade científica de acordo com a natureza da questão. Por exemplo, para se determinar a eficiência de uma droga, deveria haver um grupo tratado e um grupo-controle com igual suscetibilidade para o desfecho em estudo (obviamente em fatores outros que não o tratamento), uma avaliação não viciada dos desfechos clínicos, etc.*
- 4. Determinar como cada estudo atende aos padrões metodológicos.*
- 5. Ver se há uma relação entre a credibilidade científica dos estudos e suas conclusões.” (FLETCHER et al, 1989, p. 300).*

Portanto, a estratégia metodológica oferecida pela MBE aos clínicos que pretendem utilizar a literatura médica como elemento argumentativo potente, na prática cotidiana, está centrada em estudos epidemiológicos clínicos randomizados e nas revisões sistemáticas dos principais estudos que se enquadram nos critérios que viabilizem uma meta-análise. Utiliza-se também o termo clinimetria para descrever tal estratégia.

Quando se critica que a estratégia metodológica da MBE é reducionista, ao centrar-se nestas modalidades de estudo, seus adeptos reagem:

“A Medicina baseada em evidência não se restringe aos ensaios randomizados e às meta-análises. Envolve rastreamento da melhor evidência externa com a qual podem-se responder nossas questões clínicas. Para se avaliar a acurácia de um teste diagnóstico, necessita-se de adequados estudos seccionais, cruzados com pacientes clinicamente

suspeitos de abrigarem uma desordem relevante, e não um ensaio randomizado. Para uma questão sobre o prognóstico, são necessários adequados estudos de seguimento de pacientes agrupados uniformemente, precocemente, com relação ao ponto inicial no curso clínico de suas doenças. Ocasionalmente, necessita-se de uma evidência que virá das ciências básicas, tais como a genética ou a imunologia” (SACKETT et al., 1996, p.72).

Ao se defenderem de uma crítica de reducionismo, não identificam com clareza que reducionismo é este que lhe conferem os críticos. Restringem a defesa no interior de sua racionalidade, admitindo apenas que não basta o conhecimento oferecido pela revisão sistemática e a meta-análise ou, ainda, se necessário, por qualquer outra metodologia de pesquisa em epidemiologia clínica. Segundo estes autores, faz-se necessário também considerar o parecer de clínicos renomados ou academicamente reconhecidos como habilitados na prática clínica. As melhores revisões são aquelas estruturadas por epidemiologistas clínicos e comentadas criticamente por clínicos experientes, citam nos manuais.

Ou seja, a defesa diante da crítica de reducionismo só reconhece como crítica merecedora de resposta aquela fortemente marcada pela racionalidade biomédica hegemônica, por meio de sua clínica e seus clínicos renomados e de sua epidemiologia (ou clinimetria) e seus epidemiologistas revisores.

A utilização desta literatura médica secundária, que tenta aproximar-se da realidade da prática clínica cotidiana, é orientada por *Guias de Usuários da Literatura Médica*. Recentemente (1993-96), uma versão anos 90 dos *Guias de Leitores da Literatura Médica* dos anos 80 é publicada em fascículos no periódico americano *Journal of the American Medical Association (JAMA)*. Tais guias, que, curiosamente, deixaram de ser guias para leitores para se transformar, agora, em guias para usuários, trazem orientações de como se utilizar a literatura médica primária e secundária na prática clínica. Cada fascículo trata de um tema relevante, por exemplo: como utilizar um artigo de terapia ou prevenção

na prática clínica, como utilizar artigos sobre diagnóstico ou prognóstico, como utilizar uma revisão sistemática, como utilizar guias práticos de decisão clínica e de recomendações médicas, entre outros.

Estas publicações têm promovido uma série de críticas de que a MBE, na realidade, propõe uma prática protocolizada, em que as revisões de artigos nada mais são do que uma atualização de protocolos de ação. Mais uma vez, SACKETT *et al.*, vêm em defesa da MBE:

*“Medicina baseada em evidência não é uma medicina do tipo livro de receitas (“cookbook”). Ao requerer um fundamento através de uma abordagem que integre a melhor evidência externa com a habilidade clínica individual e com as escolhas dos pacientes, não pode tornar-se uma abordagem subserviente, ou do tipo livro de receitas, para o atendimento individual dos pacientes. A evidência clínica externa pode informar, porém nunca substituir a habilidade clínica individual e é esta habilidade que decide se a evidência externa aplica-se ao paciente de alguma forma e, se assim for, como pode fazer parte desta decisão clínica.” (SACKETT *et al.*, 1996, p. 72).*

Todos os fascículos do Guia de Usuários acima mencionado partem de uma situação bem concreta da prática de clínicos de países desenvolvidos, coautores destes guias. Para cada situação clínica apresentada diversas questões são desencadeadas para permitir que o usuário se oriente no momento da pesquisa. No entanto, as situações-problema emergem de uma realidade clínica que só poderia ser colocada a partir de uma racionalidade. Tomemos, como exemplo, a situação que desencadeia o guia de orientação de como utilizar uma análise de decisão clínica:

“Cenário clínico

Você é o médico de um ambulatório, onde um homem de 51 anos de idade é admitido com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) de início recente. Você encontra que ele tem uma miocardiopatia dilatada, de causa que permanece desconhecida após extensa avaliação. O paciente encontra-se em ritmo sinusal. O médico residente da equipe lhe pergunta se o paciente pode ser anticoagulado com Warfarim, o suficiente para mantê-lo em taxa da anticoagulação internacionalmente normatizada entre 2.0 e 3.0, com o objetivo de prevenir embolia sistêmica, mesmo que seu ecocardiograma não demonstre presença de trombo em ventrículo esquerdo. Você não tem evidência a respeito desta situação, assim você admite seu conhecimento parcial sobre o assunto e decide pesquisar conjuntamente informações relevantes sobre a questão.” (RICHARDSON, 1995, p. 1292).

O médico e o residente acessam o sistema MEDLINE, onde cruzam termos como ICC, miocardiopatia dilatada, warfarin, anticoagulação e trombo-embolismo. Após várias tentativas, os médicos não encontram nenhum ensaio randomizado com esta questão. Um editorial aponta para a necessidade do desenvolvimento de ensaios randomizados sobre este assunto e dois artigos de revisão falam sobre o mesmo. Um deles recomenda a anticoagulação, o outro não a recomenda. Ou seja, a literatura médica pouco pôde auxiliar no processo de decisão clínica.

Os autores do guia afirmam que o *processo de decisão clínica* envolve a escolha de uma ação, após uma *ponderação* de riscos e benefícios das alternativas possíveis. Segundo eles, todas as decisões médicas estão submetidas a um grau de incerteza. Quando a literatura médica oferece uma evidência externa direta e válida para a questão colocada, o grau de incerteza diminui. No entanto, se a *evidência publicada* é escassa, ou pouco válida, a incerteza aumenta.

Os autores definem *análise da decisão clínica* como a “*aplicação de métodos quantitativos explícitos para se analisar decisões sob condições de incerteza. [...] Embora a análise da decisão não venha a resolver seus problemas clínicos, ela pode auxiliá-lo a explorar a decisão.*” (RICHARDSON, 1995, p. 1292). Assim descrevem o guia de questões a serem respondidas, para uma *análise de decisão clínica* adequada e eficaz, a partir da utilização da literatura médica. São elas:

“Os resultados são válidos?”

Todas as estratégias importantes ou efeitos esperados foram incluídos?

Houve um processo explícito e sensível usado para identificar, selecionar e combinar a evidência com as probabilidades?

As utilidades foram obtidas de forma explícita e sensível a partir de fontes creditáveis?

O impacto potencial de qualquer incerteza na evidência foi determinado?

Quais são os resultados?

De forma geral, uma estratégia resulta num ganho importante, do ponto de vista clínico, para os pacientes? Se não, o resultado pode ser considerado uma tentativa de risco com grandes chances de acerto?

Qual a força da evidência utilizada na análise?

Poderia a incerteza da evidência mudar o resultado?

Os resultados auxiliarão a conduzir minhas ações clínicas para meus pacientes?

As estimativas probabilísticas são convenientes às características clínicas de meus pacientes?

As utilidades refletem como meus pacientes valorizariam os efeitos da decisão?” (RICHARDSON, 1995, p. 1293).

Pode-se perceber a tentativa de acoplar a melhor leitura possível de pesquisas da literatura médica com a habilidade clínica no consultório para lidar com expectativas dos pacientes e suas características clínicas, que, muitas vezes, não foram contempladas nos artigos. Há, portanto, uma preocupação com o entorno ao ato médico em si. No entanto, esta preocupação é secundária, no sentido de ter menor importância que a primária, ou seja, a preocupação com o esforço racional de justificar cientificamente a ação, ou melhor, a decisão. Retornando à definição principal: “*MBE é o uso consciencioso, explícito e judicioso da melhor evidência corrente no processo de decisões a respeito do cuidado individual dos pacientes.*” (SACKETT *et al*, 1996, p.71). A ênfase da evidência situa-se no conhecimento racional cientificamente construído sobre a mesma. Seu uso deve ser consciencioso, ou seja, consciente, cuidadoso, com senso de responsabilidade. Deve ser explícito no sentido de ser reproduzível, acessível à compreensão do paciente, ou seja, a efetiva comunicação do que o saber médico tem a dizer de sua situação. E, mais importante de tudo, deve ser judicioso, no sentido de que é acertado, sensato, prudente e sentencioso.

A *análise de decisões clínicas*, bem como todos os outros guias de usuários, são elaborados no sentido de oferecer aos clínicos bases quantitativas, probabilísticas que se adaptem à racionalidade ocidental e a sua versão biomédica, ao tratar da *eficácia* de suas ações no que tange a questões referentes ao corpo, à saúde e à doença, seja ela física ou psíquica. A necessidade de *eficácia*, nas ações, é preponderante.

No pensamento ocidental a idéia de eficácia é a marca fundamental do desenvolvimento: o melhor meio para se atingir determinado fim. No caso da prática médica, a melhor estratégia para decodificar um sintoma, um sinal, ou um conjunto desses, para se chegar a um *diagnóstico* ou a melhor forma de se conquistar uma normatividade, ou seja, um *tratamento*. E, ainda, algumas vezes, a melhor forma de se evitar determinado problema, ou seja, uma *prevenção*. Balizar a prática pela *eficácia* torna-se o ideal ético do médico. A MBE se esforça para promover os liames necessários a esse balizamento.

Oferecer ao paciente o que a comunidade acadêmica e técnico-científica legitima como a melhor forma de abordar determinado problema, seja ele de ordem semiológica, terapêutica ou preventiva, nem sempre pode ser o melhor tanto para o médico como para o paciente. Imaginemos a seguinte situação: diante de uma dificuldade

semiológica do tipo como confirmar se existe ou não um refluxo de alimentos pré-digeridos do estômago para o esôfago de uma criança pequena, se o médico indicar exames do tipo ultra-sonografia, cintilografia, peagametria e até endoscopia (o que é indicado em boa parte dos estudos recentes sobre o tema), correrá o risco de levar muito tempo para fazer um diagnóstico que implicaria, muitas vezes, em medidas e medicamentos de baixíssimo risco para controlar o problema; e, caso a história clínica e um bom exame físico indiciassem fortemente o problema, seria mais prudente, tanto para a criança como para a família e para o médico iniciarem o tratamento e acompanhar a evolução, resguardando os exames para um outro momento.

A percepção do todo, ou seja, do corpo, das emoções, do sofrimento, do entorno que também está sofrendo, das possibilidades diagnósticas (existência dos recursos, custo, acessibilidade, etc.), talvez seja a melhor alternativa eticamente justificada de se aproximar da *evidência* de cada situação singular. Aí talvez resida o campo em que o esforço pedagógico deveria se concentrar. Por outro lado, pode-se perguntar se a democratização do acesso à tecnologia de ponta ou ao que é mais atualizado sobre determinado tema ou problema específico, não seria eticamente desejável. Se a resposta é positiva, como viabilizá-la? Que instrumentos pedagógicos seriam necessários para a formação de profissionais de saúde com esta mentalidade?

As respostas a estas questões necessitam de uma reflexão mais profunda a partir do que a palavra *evidência* traz em seu conteúdo, assim como o que ela rechaça em seu significado.

Necessita também, de duas questões que precedem a essas: receber uma atenção baseada em *evidência* da literatura médica garante uma condução do problema balizada eticamente? Ou, o que se está chamando de ético, aqui?

Para a MBE, a ética refere-se diretamente à *eficácia* clínica. Alan MAYNARD, professor do Departamento de Ciências da Saúde e Avaliação Clínica da Universidade de York, Reino Unido, faz a mesma pergunta, quando os parâmetros de racionalidade, de judiciosidade e eficácia clínica são colocados a partir do que a MBE indica. Aqui, um impasse ético se coloca: quando o ético é a eficácia clínica individual, como transpô-la para o coletivo?

“Infelizmente, creio que os principais proponentes da MBE, como o Prof. David Sackett, da Universidade de Oxford, estão nos levando para os dias que antecederam o trabalho de clínicos como Hampton e economistas como Williams, quando as decisões de tratamento eram dominadas por clínicos e pela ética individualizada da efetividade para o paciente, em detrimento da ética dirigida à saúde da população, ou seja, da eficiência. Se a MBE e a ética individual são aceitas como determinantes das escolhas de tratamento, os recursos serão utilizados ineficientemente e de maneira não ética.” (MAYNARD, 1997, p. 126).

Para este autor, o ético também não se encontra na *escolha eficiente*, que ele define como aquela que permite a otimização dos recursos sociais no sentido econômico, de quem tem que decidir a respeito de políticas públicas. Esta crítica é fundamental para indicar os limites que a MBE deve considerar no momento em que promove uma prescrição como mais judiciosa e consciente e também no momento em que os economistas assumem exclusivamente a decisão política da alocação de recursos.

“A liberdade clínica nunca poderá significar liberdade para fazer o que é mais conveniente e agradável sem considerar seus custos e efeitos. Num sistema financiado com dinheiro público, os valores sociais devem ser equilibrados com os valores clínicos para determinar quais receberão ou não determinado tratamento. Nem o clínico, nem o economista devem dominar as decisões a respeito de quem viverá em que grau de dor ou desconforto e quem, ao extremo, morrerá. Tais escolhas são possíveis através de informação a partir de dados de evidência de custo-efetividade, e determinada por julgamentos independentes dos profissionais envolvidos. Os clínicos não devem sentir-se ameaçados por esta abordagem, porém devem aceitar que a MBE é apenas parte do processo de decisão a respeito da alocação de recursos.” (MAYNARD, 1997, p. 128).

A crítica contundente ao ideal de indicar a conduta mais eficaz a ser tomada no consultório do clínico e também nas mesas de decisão a respeito de alocação de recursos nos sistemas de saúde traz um elemento novo à pretensão ética da MBE. Para Alan MAYNARD a ética deve deixar de ser do âmbito da *eficácia clínica* exclusiva, assim como não deve se reduzir ao âmbito dos critérios exclusivamente econômicos da *eficiência* em termos de custo-benefício, passando a ser do âmbito político, onde ambos pareceres devem ser considerados no momento da decisão política, ou seja, passa a ser do âmbito da relação custo-efetividade, entendendo-se efetividade como qualidade de efetivo, que se manifesta por um efeito real e seguro e ao mesmo tempo é possível e garantido socialmente.

Os limites da MBE não devem se restringir ao campo da ética nos sentidos assumidos até o momento. Outro sentido ético importante deve ser considerado. Trata-se daquele em que a MBE centraliza sua pretensão de *evidência*, ou seja, muito mais no campo da produção externa de conhecimentos sobre as situações clínicas do que na prática e da necessidade de perspicácia como elemento fundamental da habilidade clínica, isto é, da capacidade sutil de percepção. Faz-se necessária uma reflexão sobre a evidência enlaçada à necessidade de sutileza da prática clínica.

Recorrendo a André LALANDE (1993), em busca de conceitos filosóficos:

“Uma proposição é evidente se todos os homens que têm a sua significação presente no espírito, e que se põem a questão de saber se ela é verdadeira ou falsa, não podem de maneira nenhuma duvidar de sua verdade” (LALANDE, 1993, p. 354).

Na língua inglesa, o substantivo *evidence* adquire um sentido muito mais amplo do que aquele conferido às equivalentes nas línguas de origem latina. Em inglês seu sentido *“estende-se a toda certeza imediata ou não (por exemplo, a certeza histórica), e até a todo testemunho”* (LALANDE, 1993, p. 354). Este seria um primeiro cuidado ao tomarmos o conteúdo desta palavra para análise. No entanto, este caráter de certeza manifesta, que pode ser demonstrada com clareza e distinção, que não permite colocar em dúvida sua verdade é

inerente à origem latina de seu radical *videns*, participio presente de *video*, ver, olhar, ir ver e por extensão perceber: *evidentia* adquire então o conteúdo da visibilidade, da possibilidade de ver, da clareza manifesta, marca distintiva do que é verdadeiro.

O encontro entre o médico e o paciente parte de uma necessidade de comunicação com a medicina, que é intermediada pela presença do médico e de seu olhar, que irá identificar uma possibilidade entre muitas. A comunicação com a medicina requer um olhar profundo, perspicaz. E sobre este olhar escreve Marilena CHAUI (1988):

“O olhar na e da intuição não é simples video, nem simplesmente specio-specto. Sua referência é à visão numa outra família, a do perspectio: conhecimento cabal, pleno, completo, cujo ato se diz perspecto, olhar por e para todas as partes e em todas as direções com atenção, e seu resultado se diz perspicio: ver e conhecer perfeitamente, aperceber-se, ver através, atravessar com a vista, perscrutar. Esse olhar que se apercebe, atento, penetrante, atravessador e reflexivo é o de um olho perspicax (perspicaz, engenhoso) que vê perspicue (claramente, manifestadamente, evidentemente) porque dotado de uma qualidade fundamental que reencontra no visível e que, dali, por mutação, transmite ao espírito e ao intelecto: a perspicuitas, clareza e distinção do transparente; esse olhar é o único capaz da vidência perfeita, a evidência, posta como marca distintiva do verdadeiro.” (CHAUI, 1988, p. 37).

Aqui, o local da evidência não está no intelecto, mas sim na perspicácia, no aguçar os sentidos e lhes conferir atenção, intuição, capacidade de penetração e a reflexão para conquistar a clareza, a distinção, a transparência, enfim, a evidência. Portanto, a evidência encontra-se centrada na prática que percebe com perspicácia e transforma com a reflexão, que reflete a ação, que, por sua vez, poderá transformar.

Neste sentido, a racionalidade biomédica tem sido incapaz de se aproximar da evidência. Talvez por meio da MBE aproxime-se um pouco da *evidence* da língua inglesa,

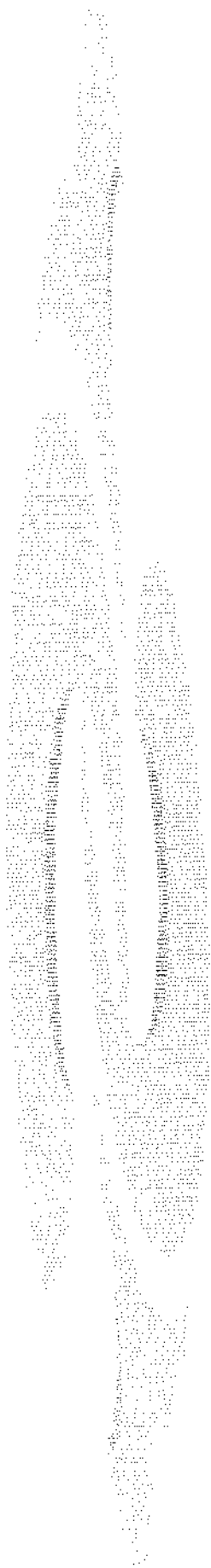
no sentido de busca de um testemunho para se apoiar. A racionalidade biomédica, ao se apoiar na generalidade do processo saúde-doença, só pode se centralizar na evidência possível que é a evidência anatomopatológica e etiopatogênica, que, portanto, é passível de ser quantificável, estimável e revelável pela concretude das máquinas. Máquinas que reproduzem imagens, que dosam componentes bioquímicos e metabólicos, que revelam agentes causais, quando possível. Tudo o que não puder ser evidenciável a partir desta lógica não pode ser reconhecido como contribuição médica. Admite-se ao máximo como uma outra racionalidade, que não interessa a esta medicina.

Ao almejar a evidência na prática clínica, a Medicina nos propõe um dogma fundamental: não duvidar das pesquisas sistemáticas até que sejam substituídas por outras. A verdade que estas pesquisas nos colocam é a força do geral, expressa nas taxas, nos índices, nas razões de chance dos estudos controlados e “randomizados”, apontando para a decisão no espaço singular do médico, do sujeito que o procura e do contexto em que estão mergulhados, sem negar também alguma força na singularidade; o que não pode ser negligenciado é o dogma: a certeza que nos oferece o geral.

Ao criticar esta tendência, faz-se necessário recuperar os avanços que esta medicina, com sua racionalidade biomédica, nos trouxe durante todo este século. Não se pode negar o valor do desenvolvimento da infectologia, da imunologia, da genética e da oncologia. Não se está aqui pretendendo reduzi-la a um conhecimento totalmente desajustado com a prática cotidiana, com o dia-a-dia da dor, com o sofrimento. Trata-se sim de apontar seus limites e sua incapacidade de reconhecer outras possibilidades de evidência, que não seja o que é oferecido pela literatura médica.

O que fazer então com as incertezas, com o que não pode ser quantificável? O que fazer com o que está imerso nos sujeitos que nos procuram e que querem encontrar mais do que um remédio, uma via de transformação para seus incômodos? O que fazer com evidências como as que dezenas de mulheres, que diariamente nos procuram, nos trazem, além de seus problemas de saúde: a sua desvalorização como pessoas e como sujeitos, impregnada em seu estado de ânimo? O que fazer com o desgaste acelerado da vida, manifesto em sua postura, em seu corpo, em sua distribuição de gorduras, em suas doenças? Que evidências são estas? Que certezas nos trazem?

Todas estas indagações são necessárias se não quisermos nos perpetuar na cilada em que o racionalismo radical nos coloca. Faz-se necessário deslocar a evidência do *video* para reinseri-la no *perspectio* que abre as comportas da percepção, para a intuição, para o sutil, para o não expresso que mobiliza, para a observação acurada e para a anamnese que se auto-revela.



CAPÍTULO III.-

***Apontando caminhos; a necessária
interlocução com outros saberes***

Este capítulo surge da necessidade de, uma vez trabalhados os limites, apontar caminhos possíveis que consideramos devem ser trilhados, aprofundados. Estou-me referindo a alguns dos elementos envolvidos na semiologia biomédica que merecem ser enriquecidos com outros referenciais teóricos, diferentes dos das ciências naturais, abrindo uma interlocução necessária com a psicanálise, a psicologia social, a antropologia médica, a sociologia, a filosofia entre outras, e também alguns elementos importantes e esclarecedores emprestados da semiologia homeopática.

Não tenho a pretensão de esgotar estes referenciais, só pretendo tomar emprestados alguns conceitos que nos permitam enriquecer o olhar semiológico e desvendar o que permeia o encontro de dois seres em diferentes papéis, o de médico e o do *paciente*. Estes referenciais também se interrogam sobre as diferentes formas de percepção do "outro", assim como de nós mesmos. Eles têm enormes elementos a aportar à maior compreensão do que é o homem, a saúde, a doença, a vida. Configuram-se em fissuras, brechas de saída aos obstáculos epistemológicos anteriormente apontados nesta tese. Nós somente sugerimos elementos de reflexão, mas consideramos que cada um destes elementos apontados deveria ser estudado cuidadosamente, para assim encontrar caminhos que atenuem a **cilada** que está sendo criada na biomedicina.

Também incluímos algumas reflexões que surgem a partir da racionalidade homeopática, porque consideramos que é necessário um esforço profundo e consciencioso de reconhecimento de que a racionalidade biomédica não é a única racionalidade possível, que existem outras racionalidades que deveríamos respeitar, num respeito que nascesse do estudo, do conhecimento e reconhecimento das suas possibilidades de ampliar o nosso olhar, inclusive na compreensão dos seus limites, para poder entender o homem mais perto de sua real dimensão.

Alguns dos elementos envolvidos no processo diagnóstico serão analisados, utilizando-se uma sistematização de temas que é puramente didática, uma vez que os mesmos se interpõem e aparecem mais de uma vez nas divisões realizadas.

O processo diagnóstico : O raciocínio clínico e a interpretação dos signos

"Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara"

Para pensar no raciocínio clínico e na interpretação dos signos sempre me vem a mente uma das obras de semiologia atual mais interessantes: *O nome da Rosa*, romance de Umberto Eco que descreve a vida religiosa do século XIV. No início do livro, os protagonistas Guilherme de Baskerville, frei franciscano, e seu discípulo, o jovem monge Adso, estão a caminho da Abadia onde ocorrerá o grande encontro de congregações religiosas do século:

“Enquanto os nossos mulos arrastavam-se pelo último cotovelo da montanha, lá onde o caminho principal se ramificava em trevo, dando origem a dois atalhos laterais, meu mestre deteve-se por algum tempo, olhando para os lados ao redor da estrada, para a estrada, e acima da estrada, onde uma série de pinheiros sempre verdes formava por um breve trecho um teto natural, encanecido pela neve. “Abadia rica” disse Guilherme. “Ao abade agrada aparecer bem nas ocasiões públicas”.

“Habituação que estava a ouvi-lo fazer as mais singulares afirmações, não o interoguei. Mesmo porque após mais um trecho da estrada, ouvimos rumores, e numa curva apareceu um agitado punhado de monges e de fâmulos. Um deles veio ao nosso encontro: Bem vindo senhor, eu sou Remigio de Varagine, o despenseiro do mosteiro. E sei que vós sois Guilherme de Baskerville, o Abade precisaria ser avisado”

“Agradeço-vos, senhor despenseiro, e tanto mais aprecio vossa cortesia quanto que para saudar-me interrompestes a perseguição. Mas não o receeis, o cavalo passou por aqui e dirigiu-se para o atalho da direita. Não poderá ter ido muito longe, porque chegado ao depósito de estrume precisará deter-se. É inteligente demais para lançar-se escarpa abaixo...”

“Quando o vistes?”, perguntou o despenseiro.

“Na realidade não o vimos, não é Adso?”, voltando-se com ar divertido. “Mas se estais à procura de Brunello, o animal não pode estar senão onde eu disse”.

O despenseiro hesitou. Olhou Guilherme, em seguida o atalho, e por fim perguntou: “Brunello? Como sabeis?”

“Vamos”, disse Guilherme, “é evidente que andais à procura de Brunello, o cavalo favorito do Abade, o melhor galopado de vossa escudaria, de pêlo preto, cinco pés de altura, de cauda suntuosa, de casco pequeno e redondo mas de galope bastante regular; cabeça diminuta, orelhas finas e olhos grandes. Foi para a direita, estou vos dizendo, e apressai-vos, em todo caso”

“[...] “E agoraizei-me”, não pude me controlar por fim, “como conseguistes saber de tudo isso?”

“Meu bom Adso”, disse meu mestre. “Durante toda a viagem tenho te ensinado a reconhecer os traços com que nos fala o mundo como um grande livro. Alan das Ilhas dizia que

omnis mundi creatura

quasi liber et pictura

nobis est in speculum

e pensava na inexaurível reserva de símbolos com que Deus, através de suas criaturas, nos fala da vida eterna. Mas o universo é ainda mais loquaz do que pensava. No trevo, sobre a neve ainda fresca, estavam desenhadas com muita clareza as marcas dos cascos de um cavalo, que apontavam para o atalho à nossa esquerda. A uma distância perfeita e igual um do outro, os sinais indicavam que o casco era pequeno e redondo, e o galope bastante regular- disso então deduzi a natureza do cavalo, e o fato de que ele não corria desordenadamente como o faz um cavalo desembestado. Lá onde os pinheiros formavam como um teto natural, alguns ramos tinham sido recém-partidos bem na altura de cinco pés. Uma das touceiras de amoras, onde o animal deve ter virado para tomar o caminho à sua direita, enquanto sacudia altivamente a bela cauda, trazia presas ainda entre os espinhos longas crinas negras... Não vais me dizer afinal que não sabes que aquela senda conduz ao depósito do estrume, porque subindo pela curva inferior vimos a baba dos detritos escorrer pelas escarpas aos pés do torreão meridional, enfeando a neve; e do modo como o trevo estava disposto, o

caminho não podia senão levar àquela direção” e “ Se o cavalo não fosse realmente o melhor da escudaria, não se explicaria por que não foram apenas os cavaleiros a persegui-lo, mas até o despenseiro deu-se ao incômodo”. Assim meu mestre sabia ler não apenas no grande livro da natureza, mas também no modo como os monges liam os livros da escritura, e pensavam através deles.” (ECO, 1986, pp. 36-37)

Este relato de *O nome da Rosa* mostra-se importante porque nele traz o conceito de que signo não é somente como entendemos na medicina ocidental atual, mas sim, como já tínhamos apontado anteriormente: *Signo é o que anuncia ou dá a conhecer outra coisa da qual toma o lugar; isto supõe uma causa qualquer que interdita ou torna penoso o acesso direto à coisa significada.* (LALANDE, 1926, p. 1012). Então, atrás dos signos, o que deve ser desvendado?; atrás dos sintomas o que deverá ser reconstituído, para entender a coisa significada?

Os signos, na concepção do protagonista de *O nome da Rosa*, Guilherme de Baskerville, são as marcas que ele vai lendo em qualquer elemento da natureza, e que vão sendo reveladas por uma agudizada observação, digamos que de pesquisador.

Se pensarmos que o que escutamos cotidianamente, como sintomas, se configuram como revelações de cortes transversais nas histórias de vida, sintomas que marcam uma ruptura, que é revelada num momento da vida, para entendê-los, nesse algo denominado de processo diagnóstico, temos que, como um aguçado observador, entender essa história de vida. Cabe a pergunta: será suficiente a nossa semiologia “armada”, conseguirá ela desvendar os porquês que estão atrás dos sintomas, atrás dos signos? Seria suficiente aquela semiologia sensualista? Neste capítulo queremos apontar possíveis caminhos a ser trabalhados para desvendar quais os limites e quais as possíveis trilhas de saída a esses limites que deverão ser aprofundadas.

A abordagem homeopática tem, entre outras abordagens possíveis, muito que acrescentar a nossa compreensão do que deve ser observado, para um mais apurado diagnóstico. Hahnemann a denominava de **observação minuciosa**:

“A fim de perceber com precisão o que é para ser observado nos pacientes, devemos dirigir todo o nosso espírito para a matéria que temos em mãos, de certo modo sair de nós mesmos, e a ela incorporar-nos, por assim dizer, com todo o nosso poder de concentração, de maneira que nada que seja objetivamente presente, que tenha a ver com o assunto, e que possa ser avaliado pelos sentidos, possa escapar” (HAHNEMANN, 1995c, p. 724).

“A tarefa do observador é então apenas atentar para os fenômenos e seu curso, não somente para que nada objetivamente presente escape à sua observação, mas também para que o que ele observa seja percebido exatamente como é. Esta capacidade de observar acuradamente nunca é uma faculdade completamente inata; ela deve ser adquirida pela prática, principalmente pelo refinamento e pela ordenação das percepções dos sentidos, isto é, pelo exercício de uma crítica severa com respeito às impressões ligeiras que temos dos objetos externos, e ao mesmo tempo devem-se preservar a frieza, a serenidade e a firmeza de julgamento necessárias, junto a uma suspeita permanente em relação às nossas próprias faculdades de apreensão” (HAHNEMANN, 1995c, p.726).

É extremamente interessante entender que o ato de observar, para Hahnemann, era um caminho de várias vias. Uma em que se tinha que ter a precisão de um retratista, ato dos mais objetivos possíveis, ou seja, nada poderia escapar que conseguisse individualizar o doente, enfim, um ato para fora. Outra seria a observação para si mesmo, para dentro, ato completamente subjetivo, de crítica a respeito das impressões ligeiras e de compreensão das sensações internas. E, ainda outro, dual, de sentir em si mesmo as sensações do outro: *“de certo modo sair de nós mesmos, e a ela incorporar-nos”*

“Para preparar-nos para a aquisição dessa faculdade é útil uma familiaridade com os melhores escritos de gregos e romanos, por permitir retidão em pensar e sentir, como também justeza e simplicidade em expressar nossas sensações; a arte de desenhar a natureza é igualmente útil, já que aguça e exercita nossa visão, e assim também nossos outros sentidos,

ensinando-nos a formar uma idéia verdadeira dos objetos e a representar o que observamos, sem qualquer acréscimo da imaginação” (HAHNEMANN, 1995c, p. 725).

Esta capacidade de observar para ele não era inata, ela deveria ser a consequência de uma prática cotidiana na consulta, de um ato de formação em outras disciplinas elementos que permitissem essa aguçada observação, mas não é um aporte meramente intelectual, ele deve ser apreendido, incorporado na prática de algo que dê essa precisão, que para ele é o desenho.

Nesse ato de individualizar o paciente, Hahnemann procura o que é “individualizante”, pela coleta de uma minuciosa história clínica, em que se deve deixar o paciente fazer um relato espontâneo, com uma clara caracterização e individualização dos sintomas, investigando as outras partes não relatadas espontaneamente, sem induzir o paciente no seu relato. “*Se durante as informações espontâneas nada se mencionou em relação às várias partes ou funções do corpo ou acerca da disposição psíquica, o médico pergunta o que ele recorda que se relacione a elas, usando expressões gerais, a fim de que o informante seja obrigado a se expressar mais particularmente sobre si*” (HAHNEMANN, 1996, pp. 135-136).

Ressalta também a importância do comportamento, do aspecto geral do paciente durante a visita, dos sinais clínicos percebidos pelo médico durante o exame físico, e ainda a caracterização dos sintomas no período de saúde: “*Depois que o médico tiver terminado tais anotações escreve então o que ele próprio percebe do doente, (mal humorado...sonolento, alheio.. cor da face, hálito), verificando, em relação ao que foi relatado, o que era peculiar ao mesmo no período de saúde...*” (HAHNEMANN, 1996, p. 137) dando importância à identificação do biopatográfico, ou as condições marcantes referentes às doenças.

Com relação aos sofrimentos registrados na vida das pessoas: “*Como auxílio à cura, são úteis ao médico os pormenores acerca de sua causa mais provável da doença aguda, assim como os momentos mais significativos de toda a história clínica da doença crônica, a fim de descobrir a sua causa fundamental*”(HAHNEMANN, 1996, p. 70).

Esta riqueza, na elaboração de uma história clínica mais detalhada, (CESCHIN, 1997) se justifica na procura daqueles sintomas que sejam dessemelhantes, quer dizer, que sejam raros, peculiares e característicos do indivíduo, e que consigam dar uma aproximação ao seu “eu”, a sua “subjetividade”, porque só pelo que é diferente e não generalizável na doença do sujeito pode-se prescrever, com mais segurança de se estar tratando esse indivíduo concretamente.

Como clínicos, o relato de *O nome da Rosa* traz a idéia de um ato de pesquisa em que tudo tem um significado que pode conduzir a entender melhor a realidade. O raciocínio, aqui, parte de um processo de percepção em que se tem que estar alerta a todos os possíveis indícios que venham possibilitar a recuperação de todo o processo, entendendo este não mais como uma imagem fotográfica, mas como um processo de constituição de signos que têm significantes que sempre se referem à indivíduos constituídos historicamente. E será nesse desvendar a história não só por meio da palavra, como também por meio do corpo, das posturas de vida, de todos os indícios que os *pacientes* nos dão, que será desvendado, enfim, o que denominamos como *corpo signico*. Somente assim teríamos a melhor imagem do que o “outro” é. Assim, faz-se necessário revalorizar as “pequenas” e sutis aproximações que temos ao tentar compreender os processos dos nossos “*pacientes*”. Fazem-se necessárias uma aguçada observação e a decodificação de signos.

Poderíamos pensar que estamos novamente defendendo aquela semiologia sensualista do XVIII. Existe uma clara diferenciação que é necessário desvendar. Na semiologia sensualista francesa, como afirma FOUCAULT (1980, p. 115): “*A certeza médica se constitui não a partir da individualidade completamente observada, mas de uma multiplicidade inteiramente percorrida de fatos individuais... Por sua multiplicidade, a série se torna portadora de um índice de convergência... As variações individuais se apagam espontaneamente por integração.*”. Quando o semiólogo francês observa, minuciosamente também, ele observa os sinais que no indivíduo remetem a um referencial geral, o nosológico. Esse observar minuciosamente é fundamental, e consideramos que a incorporação da tecnologia fez com que essa atitude fosse quase que erradicada da formação médica, como já apontamos, e discutiremos posteriormente, nesta tese. Mas, nessa observação dos clínicos franceses, o que era raro, peculiar e característico era ignorado, por não ter significância dentro de um referencial nosológico. Essa atitude não é

erradicada da formação médica, ainda mais, é um dos mais importantes limites que encontramos na racionalidade biomédica. Hahnemann demarca claramente que só a partir do que é raro, peculiar e característico é possível chegar à individualização de uma doença, num sujeito em concreto. Não se trata pois, de converter a racionalidade biomédica em racionalidade homeopática, mas sim de apontar ao que é omitido, por não configurar um sentido, um sentido nosológico. Não se aceita o limite do nosso olhar. Não seria necessário, pois, indagar em outros campos que possam dar respostas aos sintomas raros dos nossos pacientes, que podem nem ser tão raros a outras abordagens terapêuticas?. Por que não ensinar os nossos estudantes a não enxergar o limite e vislumbrar os possíveis caminhos diagnósticos e terapêuticos além do nosso restrito olhar biomédico? Não defendo aqui a formação de um super-médico, capaz de incorporar nele mesmo uma gama ampla de olhares diagnósticos e terapêuticos, mas sim de *formar* médicos que possam refletir sobre o alcance do instrumento semiológico, diagnóstico e terapêutico que ele possui, e também recobrar o que é digno de ser recobrado, historicamente, no interior da sua própria racionalidade, aquele “*olhar clínico*”, que dava importância ao signo semiológico, mas ampliado. Por que não ampliar o conceito de signo com o referencial psicanalítico, ou com o conceito de corpo sóico, trazido das terapias corporais, ou com o conceito de signo trabalhado pela semiologia lingüística?.

Considero que a tecnologia introduziu uma riqueza inquestionável na precisão diagnóstica do corpo e dos processos orgânicos. Este é um fato incontestável. A MBE trouxe uma ampla possibilidade de atualização médica, que, criteriosa e conscienciosamente utilizada, pode ajudar a ministrar um tratamento biomédico mais eficaz. Mas o que fazer com os signos que não permitem uma decodificação tecnológica, na ausência de uma semiologia francesa na formação atual dos médicos?

Uma vez mais considero que a melhor forma de contextualizar uma pergunta ocorre por seu entendimento. Vejamos:

“ Uma mulher de 65 anos padece de um câncer na mama direito há vários anos. Fora submetida a vários tratamentos: cirúrgico, radioterápico e quimioterápico. Cinco anos após ter se iniciado a sua doença, começa a perceber que o seu olho direito está se fechando e a visão, mais dificultosa, porém é uma mudança discreta, lenta e sutil. Pergunta a todos os familiares se estão percebendo o referido problema. Quatro destes familiares são médicos. E, para estes, a pergunta se agregava a um pedido do que poderia estar ocasionando o problema. As respostas, as mais variadas possíveis: “ a senhora sempre foi assim, sempre teve um olho menor que outro...”, “eu acho, mãe, que a senhora está-se focalizando muito no corpo, acho que é da sua cabeça”, “ acho que pode ser algum tipo de compressão”. A mulher, perante tantas modalidades de respostas, consulta seu médico cardiologista, que responde “ devemos observar mais, mas acho que não é nada”. Aparece então nela uma séria dúvida, encontra-se entre um problema criado po sua mente, ou..., uma compressão, um novo tumor, ... Após de uma resposta, é solicitada uma tomografia que pudesse elucidar a possível compressão. Para sua surpresa e, em parte, satisfação não foi encontrada alteração. Tomografia de crânio e tórax, normal. Mas, o espelho delatava, dia após dia, um olho que, incessante e sutilmente ia se fechando. Só que sem resposta do porquê. Na sua cabeça, agoniada pela luta contra o câncer há tantos anos, a dúvida martelava constantemente. Será que a tomografia não detectou alguma coisa que existe? Finalmente, consultou o oncologista, e perguntou sobre seu olho. Ah!, exclamou para o filho médico, que a acompanhava na consulta, este signo faz parte da clássica Síndrome de Claude Bernard- Horner”

Este médico oncologista caracteriza-se por uma prática que valoriza fortemente a semiologia francesa, por ter sido formado há mais de trinta anos, e por considerá-la uma importante ferramenta diagnóstica. Este signo faz parte de uma síndrome que se produz por compressão de fibras nervosas simpático- cervicais e que produz diminuição da fenda palpebral, além de outras alterações que a paciente não tinha. Portanto a conclusão do médico foi que, devido à radiação e à cirurgia que removera os gânglios cervicais, os músculos da região ficaram enrijecidos, e, assim, estavam produzindo uma compressão que, com umas boas sessões de fisioterapia, iria melhorar.

O que a técnica representa, neste caso clínico, qual sua eficiência, qual a sua precisão diagnóstica?

Este exemplo serve para refletir como temos abandonado, na prática e na formação médica, este rico instrumental semiológico que, cada vez mais, dá lugar a *“exames complementares, que vêm crescendo gradualmente em importância, ameaçando tornar a semiologia uma arte perdida”* (BLANK, 1985), sem, com isto, alertar sobre os limites da tecnologia, considerando que a sua incorporação aumenta a qualidade da Medicina, valorizando, cada vez menos, que esta qualidade depende mais de outros fatores, aqueles tidos como subjetivos, ou seja, uma adequada relação médico-paciente, o vínculo criado pelo médico com seus pacientes e o seu próprio conhecimento, entre outros (MACWHINNEY, 1978, p. 301).

Outra contribuição importante seria a confrontação do olhar biomédico com outros olhares não biomédicos. Tome-se mais um exemplo:

“Um homem, de 68 anos, trabalhou durante anos como auxiliar de saúde formado empiricamente dentro de uma Santa Casa. Cansado de trabalhar quase 50 anos, pede afastamento para aposentar-se. A Secretaria de Saúde concede o afastamento sem direitos laborais, por não ter o título institucional de auxiliar de saúde. É somente concedida a aposentadoria. Quinze dias após este acontecimento jurídico, o homem consulta uma dermatologista, por ter aparecido um enorme herpes em seu pescoço e em seu peito, que fazia com que ele se sentisse “diferente”, como ele mesmo verbalizava. A dermatologista prescreve um creme anti-vírus, que, devido ao alto custo, o paciente teve dificuldade de comprar.

Dias após dias, a lesão continuava teimosamente igual. A filha do homem, muito preocupada com a evolução que não demonstrava sinais de melhora, mesmo com o uso do creme, decide procurar outra ajuda. Por indicação de amigos, procura uma médica de formação bioenergética e, descrevendo a lesão do pai, porém sem relatar a história jurídica, a médica pergunta: “mas que situação de mágoa profunda e de vergonha pública o teu pai tem passado ultimamente?”

Após esta asseveração da médica, a filha entende o que parecia oculto. O pai não havia manifestado nada, nem verbalmente, nem por mudanças no seu comportamento, o incômodo com a história de não ter, após inúmeros anos de dedicação à Santa Casa, direitos trabalhistas que garantissem uma situação econômica melhor.

Será o anti-herpético que tratará eficazmente este homem, ou, aceitando um outro referencial diagnóstico, tem algo a ser desvendado neste homem, necessariamente numa terapia que aborde o seu mental, também? E se o herpes melhorar com o anti-herpético, onde fica a mágoa profunda não expressa, e não clara, nem para ele mesmo? Quais os referenciais que poderiam dar respostas a este homem? Será a racionalidade biomédica suficiente, ou teríamos que aceitar o limite e tentar desvendar os possíveis caminhos de cura neste homem?

Torna-se necessário voltar aqui para o conceito de eficácia, discutido anteriormente neste trabalho, já que, uma vez mais, na constituição do diagnóstico como um processo incessante de reconstituição dos caminhos de vida do *paciente* é que entendemos que podemos ter uma intervenção eficaz: *ao rodear a coisa, de forma oblíqua, deixando-a vir a ser*. Não se necessita perguntar por que as coisas são como são: a coisa emerge na imersão, no envolvimento com a maneira de ser das coisas, justamente para deixar que esta se desenrole plenamente (JULLIEN, 1996).

Será nesse desvendar a história, não só pela palavra, como também pelo corpo, as posturas de vida, enfim, todos os indícios que os *pacientes* nos dão, que poderemos conseguir um resultado mais efetivo desse processo diagnóstico, uma possibilidade mais apurada de sugestões de tratamentos, com uma necessária interlocução com elementos esquecidos à espera de uma revalorização atualizada, como a semiologia francesa, e de uma necessária valorização das possibilidades de outras racionalidades, e de outros sistemas terapêuticos não biomédicos.

"Desvendar o percurso do enredo existencial é o melhor e mais fiel marcador de nossa atividade terapêutica" (ROSENBAUM, 1998, p. 9).

Em seguida abordaremos alguns dos elementos que consideramos importantes no processo diagnóstico:

O acolhimento

Na prática cotidiana, a clínica inicia-se no momento em que o demandante é acolhido pelo serviço em que o médico desenvolve seu trabalho. Parte significativa deste acolhimento cabe à equipe que dá apoio ao trabalho médico. Porém, será o primeiro olhar ou não olhar do médico que marcará profundamente o processo de comunicação entre os dois. Tal processo poderá assumir diferentes caminhos na medida em que a relação e o processo de *empatia* ou *não empatia* se estabeleçam. A disposição para o outro é fundamental para os dois lados da relação. Aí inicia-se a clínica, daí partem os instrumentos semiológicos, sejam eles biomédicos ou de qualquer outra natureza.

Neste acolhimento, cotidianamente, encontram-se em disputa interiormente as normas que os serviços (públicos ou privados) determinam, e os fenômenos de *empatia*, que são eminentemente subjetivos. Neste primeiro momento, acontecem fenômenos de percepção do outro, em que os referenciais, tanto do médico como dos demais profissionais do serviço, quanto do *"paciente"*, entram em jogo.

Tem-se uma primeira impressão que pode ser "facilitadora" da relação que se estabelece, ou pode ser um "obstáculo". Tal processo será, aqui, definido como *formação da impressão*. Trata-se de um conjunto de avaliações afetivas, morais e instrumentais que "elaboramos" instantaneamente sobre uma determinada pessoa, e que inclui elementos cognitivos e avaliativos que predispõem o indivíduo a estabelecer determinadas formas de interação com a outra pessoa. Esta impressão desenvolve-se de forma direta, com interação real e observação do outro, ou de forma indireta, a partir de comentários sobre o outro elaborados por um terceiro (CAMINO & MACIEL, 1996, p. 24). Este fenômeno acontece freqüentemente nos serviços quando ao médico é apresentado um *paciente* como difícil",

ou “hipocondríaco”, ou “poliqueixoso”, ou até mesmo “histérico”, etc.; tais observações prévias atuam como um obstáculo ao acolhimento.

Com muita frequência, formamos também impressões a partir do conhecimento de certas disposições ou traços da pessoa julgada, tais como raça, nacionalidade, religião, opção sexual ou até mesmo a impressão que formamos desta opção, e não de características individuais. Trata-se do que se denomina de *estereótipos*, que são definidos como generalizações sobre as pessoas baseadas no fato de estas pertencerem a algum grupo ou categoria social (CAMINO & MACIEL 1996, p. 35) ou a um determinado clã, no sentido de crenças religiosas, políticas ou, simplesmente, por compartilhar um determinado modo de viver a vida com outras pessoas. Este processo de estereotipagem pode-se configurar negativamente, sem muitas vezes ser percebido como tal. É o que denominamos *preconceitos*.

Em resumo, a estruturação do processo de *acolhimento* coexiste com uma tendência que vem de dentro de nós e que é quase uma necessidade: formar uma impressão global das pessoas com as quais nos relacionamos, mesmo quando as informações para tais generalizações sejam poucas e parciais.

O acolhimento ocorre de uma forma ou de outra, sempre que o atendimento vier a acontecer. Ao se estruturar, engendra ao mesmo tempo toda a estrutura da relação com o outro: do serviço como um todo, em relação ao outro, e, em específico, do profissional que atende e o atendido. Em outras palavras, o não acolhimento ou um acolhimento pouco estruturado pode comprometer todo o posterior processo de interação clínica. O não acolhimento por não permitir a ligação entre o demandante e os profissionais responsáveis pelo serviço. O acolhimento pouco estruturado (para não dizer mal estruturado) pode “deformar” a relação desde o início, podendo ser reestruturado ou não num momento posterior.

Enfim, para que ocorra acolhimento, faz-se necessária a disposição do serviço como um todo, para perceber o *paciente* em profundidade no sentido de acolher a aflição, podendo dar uma resposta no sentido de resolvê-la. Faz-se necessário criar soluções com toda a estrutura de que dispõe o serviço, neste sentido. Ou seja, um bom acolhimento

começa pela capacidade de ouvir sem preconceitos, passa pela capacidade de sentir a aflição do outro em si mesmo, pelo acolhida que respeite os limites tanto do “outro” como os nossos, que não asfixie, que não desampare e que passe, também, pela razão, ao se apontarem as possíveis saídas que o serviço apresenta para dar solução ao problema. Por fim, passa pela ação concreta, no sentido de dar a melhor resposta que o serviço pode dar para o problema apresentado.

Os signos não-verbais

Os signos não verbais ou paraverbais da relação vão delimitando campos de interação que determinarão possibilidades de relação, possíveis transferências e contra-transferências. Ex: desde os ruídos sobre o humor, tanto do médico como do “*paciente*”, suas características de personalidade, do entorno que configura o serviço onde se inserem, a forma de se vestirem, a forma de se apresentarem, etc. Tais signos criam ou não canais de comunicação, de expressão de símbolos, que podem e devem ser utilizados no trabalho semiológico e interpretativo da realidade. Como já colocamos ao abordar o *acolhimento*, estas formas de percepção do “outro”, que ali chamamos de *formação de impressão*, ocorrem a partir de signos, a maior parte das vezes não verbais. Podem ser: formas de se vestir (que revelam as possibilidades de vida ou, como dizem alguns críticos de moda, os *desejos* de adesão a um determinado clã), raça, idade, sexo..., entre outros. Tais signos configuram de uma forma rápida, e quase sempre não consciente, uma impressão que atua de modo a criar um “facilitador” ou um “dificultador” da relação. Esta impressão se debate com as expectativas e crenças e “modo de andar a vida” do médico, ou de qualquer outro profissional ou agente de saúde, podendo indicar um início de relação favorável ou agindo como preconceito, como “obstáculo” à relação. Na maior parte das vezes, estas impressões rápidas determinam a forma de aproximação do médico durante o atendimento. Atuam, também, de forma inconsciente, julgamentos instantâneos de empatia ou não, que determinaram a disposição de aproximação ou não à realidade do outro.

Também é interessante apontar para todas as formas de comunicação, que não são só as verbais, mas também as formas de comunicação paraverbais: gestos, expressões

corporais, ou, simplesmente, os silêncios, que podem ser viabilizadores de processos interiores do “outro”, ou podem ser lidos como falta de vínculo, falta de acolhimento, desamparo.

A comunicação não verbal seria então o processo de transmitir informações sem o uso das palavras. Inclui a maneira como as pessoas usam o corpo: expressões faciais, olhares, gestos e posturas.

Outro componente importante da comunicação não verbal é a paralingüística ou o “como” da fala; isto abrange qualidades da voz, velocidade com que a pessoa fala, pausas, silêncios e erros gramaticais. É bem possível que seja pelos aspectos não verbais da comunicação que melhor apreendemos os sentimentos dos outros.

Ainda outro componente importante da comunicação não verbal envolve o uso do espaço pessoal e social. O quanto nos aproximamos fisicamente do outro ou o quanto aceitamos uma aproximação (COULEHAN & BLOCK, 1989, pp. 56-57). Todos estes elementos não verbais da relação podem marcar importantes mudanças no relacionamento com o outro, sempre que crivado pela consciência, podem gerar transformações importantes no encontro e na relação com o outro.

A comunicação verbal : a entrevista

“Se a doença foi desencadeada por algum fato notório, recentemente ou há muito tempo, como é o caso de um mal prolongado, então o doente ou, pelo menos, os que o cercam, quando interrogados em particular, mencioná-lo-ão, seja espontaneamente ou através de um interrogatório cuidadoso” (HAHNEMANN, 1896, p. 138).

Esta referência quer nos dizer que na entrevista, para se entender o processo morboso de um ser, não era suficiente escutar cuidadosamente o sujeito, como que se tinha, também, que ir atrás de outros referenciais importantes, familiares ou pessoas próximas, que ajudassem a elucidar a história. Além de valorizar o que a partir da racionalidade ocidental nunca seria valorizado e seria, certamente, identificado como fatos aparentemente irrelevantes, HAHNEMANN recomenda: *“Os doentes acostumados aos longos padecimentos que prestam pouca ou nenhuma atenção aos pequenos fatos acessórios, muitas vezes muito ricos em sinais caraterísticos e decisivos na procura do meio de cura(...)”* (HAHNEMANN, 1996, p. 139).

Sobre esta aspecto, também Hahnemann escreve nos *Escritos menores*, no artigo “Medicina da experiência”:

“[...] para se conseguir a cura, é preciso ter um retrato fiel da enfermidade, compreender a totalidade de seus sintomas... O médico que quer traçar o quadro da enfermidade precisa somente observar com atenção e anotar com fidelidade. Deve fugir das conjeturas e sugestões”... “Se o quadro não está completo, se faltam informações sobre algumas partes ou funções do corpo, o médico faz algumas perguntas relativas a estas partes e a estas funções, elas devem ser feitas em termos gerais, a fim de obrigar os próprios entrevistados a revelar suas especificidades” (HAHNEMANN, 1995b).

Estes sintomas caracterizam o indivíduo e seu drama patológico, mas é interessante aqui anotar:

“Os sintomas, que são nossas únicas pistas para desvendar a individualidade do drama dos sujeitos(...), são apenas pistas, e não o essencial absoluto do processo indicador da enfermidade. Tomado neste aspecto e tiranizado pelo uso semiológico simplificador de uma repertorização mecanicista, esta visão corrompe e restringe a única forma

de retrilhar o caminho de volta ao entendimento ampliado da enfermidade(...). Convém aqui redobrada atenção: jamais podemos, mesmo quando estamos diante da “sagrada” totalidade sintomatológica, afirmar que uma individualização dos sintomas resolve o insolúvel enigma do sujeito. Na verdade, ao buscar a singularidade presente em cada sintoma estamos fazendo exatamente isto, percebendo o que há de singular no sujeito, mas não deveríamos estar reduzindo o sujeito a uma soma de singularidades, aí está um dos mais autênticos dilemas acerca da inapreensibilidade humana” (ROSENBAUM, 1998, p. 172).

Nestes textos extraídos de uma racionalidade que baseia o seu diagnóstico e terapêutica na compreensão do que é mais singular e característico dos sujeitos e que os faz ser o que são, podemos constatar que se trata de um outro olhar, de outra racionalidade. No entanto, isto não inviabiliza a possibilidade de interlocução. Estas afirmações hahnemannianas trazem à reflexão o quanto deve ser profunda a entrevista, o quanto devemos pesquisar a singularidade mesmo dentro de um esquema nosológico generalizante, porque sem esse processo de individualização pode-se cair também na **cilada** da doença por ela mesma e o tratamento exclusivo para a doença, sendo o indivíduo descontextualizado, desprovido dos motores signícos que geraram a doença em si. E este momento de entrevista é um momento precioso de revelação dos sujeitos.

As entrevistas implicam num encontro de representações de corpo e de doença por parte do médico e do “*paciente*” que fazem parte da mesma cultura. Ao médico cabe extrair, da fala do outro, o que pode ser culturalmente decodificado como lógico dentro da racionalidade socialmente identificada como comum aos dois, sob a égide de uma cientificidade. Ao outro cabe selecionar o que socialmente pode ser decodificado pelo médico, aquilo que ao médico permitirá inseri-lo (ele, o “*paciente*”) na mesma cultura e sociedade.

Ao se ater apenas à *mensagem literal* do que é apresentado pelo “*paciente*”, o médico é incapaz de decifrar as mensagens simbólicas que o mesmo também porta. Se não

há disposição para se realizar esta leitura, mesmo que o *paciente* seja compreendido literalmente pelo médico, toda a carga simbólica de seu ser, seu contexto, sua situação, não encontram código para sua decifração, é *mensagem sem código*. Utilizarei, aqui, o referencial analítico de BARTHES (1990, p. 30), no que se refere às possíveis mensagens que pode aportar um ser ou um objeto. Mensagem sem código ou repleta de significância. A linguagem, que é sempre significativa, pode estar “vazia” ou plena de significância. Esta diferença entre significado, associado ao conceito, e significante, associada à imagem que o sujeito faz, interiormente, ou, nos termos de SAUSSURE (1974), a imagem auditiva (significante), é um problema ainda não pensado como capacidade de entender na entrevista que existe esta diferença e que permanentemente as mensagens podem servir de “alavanca de mudança”, quando a comunicação se dá de fato, mantendo presente o “vínculo” que existiria entre o símbolo e o referente ao qual faz alusão CHIOZZA (1987, p. 49), entre o afeto como gerador desse significante, e como um sujeito dentro de um contexto psicossociológico, também gerador desse significante. Com este cuidado permanente existiria uma melhor aproximação, a quase se obter uma mensagem com código, código transformador e revelador.

Ou, ainda, poderá ser mensagem sem código a mensagem do médico para o *paciente*, que poderá compreendê-la literalmente e não decodificar os significados que ela remete, pois, o que não entra no código da racionalidade médica é descartado como inidôneo, desqualificado e, ao retornar ao “*paciente*”, retorna como discurso competente, de quem sabe para quem é leigo, expropria o sofrimento do outro, que de um incômodo sai com um diagnóstico, muitas vezes sem refletir minimamente o que realmente motivou a busca de um conhecimento médico.

Em outras palavras, a racionalidade biomédica se esforça para recortar uma realidade como uma fotografia. Para isto utiliza-se do discurso do outro como se este fosse o todo de uma realidade da qual o médico não faz parte. O conhecimento médico constituído sobre a anátomo-patologia “focaliza” tal realidade com todos seus instrumentos semiológicos, que se esforçam para captar a realidade, mesmo que mais se assemelhem a uma precária “câmara”. Compõe assim sua “fotografia” da realidade do outro. Tal fixidez, por mais que tente ampliar um recorte, é insuficiente para captar o todo e até mesmo as

partes deste todo, pois é apenas imagem, não inclui quem a está captando. Ao fixar-se no recorte, distancia-se tanto daquilo que está sendo recortado e do todo que o sofre que se torna impossível uma aproximação, dentro de si mesmo, daquilo que o outro está sentindo. Não há como se incluir neste processo e o que resta é uma interpretação a partir do que é definido, do esquemático, do mentalizável, do racional hegemônico, do todo como generalização, *“como se dessa fixidez, por um aprofundamento analítico, pudéssemos apreender finalmente a verdadeira paisagem. Rompida a imobilidade do olhar, aparece o movimento vertiginoso dessa paisagem que inclui o que olha”* (PINHEIRO, 1998, p. 17).

Sobre as representações sociais

“As representações sociais são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. Sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum que possibilita a comunicação” (SPINK, 1993) comunicação que é dada por meio da palavra : *“[...] as palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama para as relações sociais em todos os domínios.”* [...] *“A compreensão da fala exige ao mesmo tempo a compreensão das relações sociais que ela expressa”* (MINAYO, 1995, p. 110). Essa necessidade de compreensão no relacionamento do médico com o “outro” tem implicações no nível da linguagem, dos sentidos expressos como parte de contextos a serem desvendados. Mas também implica em formas diferentes de ser representado o corpo, por exemplo, que sempre tem um referencial sociocultural, que pode não ser semelhante ao nosso, mas que implica também numa necessidade de aproximação à concepção do outro para poder desvendar essa história.

Em múltiplos momentos não conseguimos entender que os processos mentais e os níveis de interpretação da realidade e de construção desta pelo “outro” podem ser diferentes dos nossos, e que nem sempre se tem diante de nós um sujeito que elabore além do pensamento concreto, ou simplesmente lógico-dedutivo. Esse parar para entender com que elementos de percepção o sujeito diante de nós está elaborando e relatando a sua

história é de extrema importância. Importante para respeitar seus próprios ritmos de compreensão de sua realidade assim como de seu corpo. Isto implica na necessidade de entender e reconhecer as pessoas como provenientes de contextos socioculturais com representações de corpo, de saúde e de doença construídos, individual e coletivamente, dentro de uma *cultura*, ou, como preferem os fenomenólogos, do *senso comum*, que em muitas ocasiões é diferente do nosso.

O termo “senso comum” é usado por Schutz, como *preocupação teórica do dia a dia*, procurando compreender os pressupostos das estruturas significativas da cotidianidade. Para ele, a compreensão do mundo ocorre por meio de um estoque de experiências pessoais, sendo que consiste na elaboração interior, subjetiva e intersubjetiva da experiência vivida e funciona como esquema de referência para o sujeito. Assim, para Schutz, “o senso comum” é a forma que os sujeitos encontram para representar o mundo do dia a dia e é entendido como um tecido de significados, instituído pelas ações humanas e passível de ser captado e interpretado (MINAYO, 1995, p. 95).

Citando Thomas, W: *Os homens respondem não apenas aos aspectos físicos de uma situação, mas também, e por vezes primariamente, ao sentido que esta situação tem para eles. Uma vez que eles atribuem algum sentido à situação, o seu comportamento subsequente e algumas das consequências deste comportamento são determinados por este sentido anteriormente atribuído* (MINAYO, 1995, p. 96)

Portanto, a natureza das experiências de qualquer sujeito, para Schutz, depende de sua história de vida, ou melhor, de sua “situação biográfica”. Por tanto, cada ator social tem um conhecimento de sua experiência e atribui relevância a determinados temas, aspectos ou situações, de acordo com sua própria história anterior (MINAYO, 1995, pp. 96-97).

Podemos, a partir disto, concluir que para o nosso trabalho conceitualizaremos as representações sociais enquanto idéias, significados, motivações, impressões, afetos, percepções, experiências e valores que os indivíduos têm a respeito de sua realidade socio-existencial, e das quais se utilizam para se relacionar com ela. Na medida em que atuam nesta realidade vão reformulando estas maneiras de interpretar e compreender o mundo (MOREIRA, 1997, p. 32). É por isto que se é passível de mudança, e que a intervenção, ou não intervenção, terapêutica adequada é tão importante.

Sobre transferência e contratransferência

Designa-se, em psicanálise, o processo de transferência e contratransferência pelo qual os desejos inconscientes se atualizam ou projetam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica (LAPLANCHE & PONTALIS, 1976, p. 668). Saindo, porém, do terreno exclusivamente psicanalítico, Freud dizia que qualquer pessoa é capaz do fenômeno de transferência, não acontecendo somente no *paciente*, como também no analista (BAREMBLIT, 1991, p. 21). A este fenômeno, acontecendo no analista, Freud daria o nome de *contratransferência*. Então, poderíamos definir a contratransferência como o conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisado e, mais particularmente, à transferência deste. Freud vê nela o resultado da influência do doente sobre os sentimentos inconscientes do médico, e sublinha que *nenhum analista vai mais longe do que os seus próprios complexos e resistências internas lhe permitem* (LAPLANCHE & PONTALIS, 1976, pp. 146-147). E esta afirmação é um dos aspectos que queremos explorar com relação a estas semiologias, já que são fenômenos permanentemente presentes na relação médico/*paciente*, e freqüentemente desconhecidos ou negados.

Do ponto de vista de delimitação do conceito de contratransferência, encontram-se amplas variações, pois outros autores entendem por contratransferência tudo o que, da personalidade do analista, pode intervir no tratamento e outros, ainda, limitam a contratransferência aos processos inconscientes que a transferência do analisado provoca no

analista. Outros autores admitem, ainda, que estes termos não coincidem com processos próprios do analisado, por um lado e do analista, pelo outro. E conviria distinguir em cada uma das pessoas presentes o que é transferência do que é contratransferência (LAPLANCHE & PONTALIS, 1976, p. 147). Esta última afirmação é a que considero mais próxima da dinâmica do relacionamento médico/*paciente*, em que, permanentemente, tanto num quanto no outro, se produzem fenômenos transferenciais quanto contratransferenciais.

Existem muitas formas de entender os fenômenos transferenciais e contratransferenciais, mas não existe uma clara disposição de incorporar estas categorias tão importantes na relação médico/paciente, na semiologia biomédica. Parece ser somente incorporado à clínica pela saúde mental (BAREMBLIT, 1991), perdendo-se assim, uma vez mais, na esfera do “psi”, que parece não fazer sentido à semiologia clínica geral.

Categoria de parcialidade-integralidade : dualismo corpo-mente

A unidade indivisível:

“(...) em todos os casos de doença, que devem ser curados, o estado psíquico deve concorrer como um dos mais notáveis no conjunto característico dos sintomas, se quisermos traçar um quadro fidedigno da doença, a fim de, a partir daí, poder tratá-la homeopaticamente, com êxito.”(HAHNEMANN, 1996, p. 194)

“Isso possui um tamanho alcance, que o estado psíquico do doente, muitas vezes e, principalmente, determina a escolha do medicamento homeopático, na qualidade de sinal possuidor de uma característica determinada: entre todos, é o que menos pode permanecer oculto ao médico observador criterioso” (HAHNEMANN, 1996, p. 195).

Para a homeopatia, os aspectos psicológicos são determinantes para a elaboração do diagnóstico e tratamento homeopáticos. Tais aspectos revelam a subjetividade e singularização dos processos mórbidos vivenciados pelos sujeitos. Toda alteração física e toda modalidade de incômodo são constituintes do todo, que precisa ser reconstituído para indicar o caminho de cura. Tais aspectos não são partes isoladas, ou seja, constituem uma unidade indivisível.

Também o modelo biologicista de saúde e doença apresentou, no fim do século XIX, uma das “fissuras” mais importantes com relação aos limites da análise corpo-mente, parcialidade-integralidade, com Sigmund Freud. Ele descobre, num clássico estudo sobre as paralisias motoras e orgânicas histéricas, que:

“en las parálisis histéricas, como en las anestésias, es la concepción vulgar, popular de los órganos y del cuerpo en general la que entra en juego. Esta concepción no se funda en un conocimiento profundo de la anatomía nerviosa, sino en muestras percepciones táctiles, y sobre todo, visuales. La lesión de la parálisis hística será, pues, una alteración de la concepción o idea que tenemos de nuestro cuerpo” (FREUD, 19670, p. 192).

Isto implicaria numa ruptura definitiva com a mentalidade anatomoclínica e uma mudança de plano na explicação da doença orgânica para o terreno da psicologia e da linguagem. Freud demonstra, assim, que nas paralisias histéricas a lesão está no campo da linguagem e dos conceitos. Uma lesão no conceito interno que o *paciente* tem do seu próprio corpo (QUEVEDO, 1989, p. 20). Freud conseguiu enxergar, além do orgânico, uma lesão na esfera das representações corporais dos *pacientes*. Mas também conseguiu transcender a dualidade mente-corpo. As histerias, segundo ele, se conformariam a partir de uma repressão de uma representação intolerável, perdurando não a lembrança do *fato* em si, mas o *afeto*. Assim, a representação adquiriria um caráter patogênico. Não teria cada uma das doenças um tipo de afeto reprimido, suprimido, afogado, gerador de patologias? Não estaríamos (nós, médicos de formação organicista) longe de uma compreensão integral e

não parcial das doenças humanas? (Entendendo, aqui, *integral* no sentido de não cindir o ser em mente e corpo).

Freud, além de incluir, ou melhor, *integrar* na explicação da histeria o campo da representação e da linguagem ao campo orgânico, também ofereceu um novo valor ao diagnóstico, que passou de um diagnóstico visível, palpável e auscultável a um diagnóstico de algo que não é visível, o inconsciente, que está no marco da interpretação. “*El signo ya no es simplemente realidad física, efecto de la causa anatomica o funcional, sino realidad amplia que engloba todo aquello que pueda vehicular un sentido, el signo es expresion, manifestación y significante de toda intención y significado*” (QUEVEDO, 1989, p. 21).

Nesta ruptura com o paradigma cartesiano, Freud também assume que a realidade de adoecer é individual, já que a doença seria a manifestação de um conjunto de intenções próprias do indivíduo, que dependem da sua própria história de constituição das suas instâncias inconscientes, e para serem diagnosticadas, requerem a elaboração da história pessoal do doente, ou seja, individual, de uma vida humana em concreto.

Esta abordagem da doença ficou na área mental, não foi incorporada na totalidade da medicina ocidental hegemônica, e, neste momento, poder-se-ia dizer que temos uma semiologia para a área mental e outra, para a orgânica (mesmo que exista uma área da medicina denominada de psicossomática, iniciada por Viktor Von Weisäcker, fundamentada na análise biográfica do indivíduo, do papel da vida pessoal e social do doente na gênese, configuração e sentido da sua doença).

A psicossomática tenta enxergar que os seres são providos de psique e soma, inseparáveis. Porém, esta abordagem, na maior parte das vezes, é restrita a certas doenças, como a úlcera péptica, a asma brônquica, a colite ulcerativa, a hipertensão arterial, entre outras. No entanto, a pesquisa psicossomática orienta seu pensamento no sentido de que a influência psicológica está sempre, de alguma forma, na gênese de qualquer doença (MELLO FILHO, 1979, p. 17).

Outra forma de abordar o processo de produção da doença, imbricado com o processo psicológico de vida do sujeito, é denominado de *metáforas obsedantes*, acontecimentos que marcam profundamente os sujeitos e que acabam determinando que o sujeito viva de acordo com uma perspectiva adulterada de sua própria existência. Esta adulteração implica em viver numa constante transgressão (ROSENBAUN, 1998), transgressão que substancializa um atuar contra sua própria autoconservação, uma vez que o expõe a graus crescentes de enfermidade. Para clarear este conceito, focalizemos um exemplo:

Um homem de 38 anos consulta um médico homeopata por apresentar uma lesão crônica no pé esquerdo, diagnosticada como câncer de pele, e tendo sido submetido a várias sessões de radioterapia e quimioterapia; porém, há 6 anos a lesão não deixava de supurar, emanando um cheiro desagradável. Não fora descoberta, realmente, a etiologia do problema, e a última indicação teria sido uma amputação. Ele decide, então, consultar um homeopata.

Na anamnese homeopática inicial, em várias oportunidades o paciente refere-se a “não ter culpa de sofrer desse mal”, ou, “não quero mais ter este cheiro,..., minha mulher não tem culpa, para ter que suportar este meu mal”. Após o segundo retorno do paciente, e perguntando sobre sua infância, ele relata: “eu era uma criança como todas as outras, às vezes fazia coisas de criança, sabe?... Lembro-me de um velho mendigo na porta da igreja onde assistíamos às missas de domingo, e eu, junto com amigos, jogávamos pedras na ferida que o velho tinha na perna. Ele falava: ‘não, por favor, não me joguem pedras’. Sabe, aquelas coisas que a gente faz quando criança”..., e conclui, “que a gente não tem culpa, é pura coisa de criança”.

Seria um acaso, ou aqui poderíamos encontrar uma situação evidente do que Paulo ROSENBAUM (1998) denomina de metáfora obsedante? Acaso ou não, não precisa ser desvendada esta história? E se o paciente decide aceitar a cirurgia de amputação, o que acontecerá com a sua culpa? São questões em que o limite do nosso olhar está muito aquém do desejado, e que se faz necessária a interlocução com outros saberes e outras racionalidades.

Sobre o exame do corpo: subjetividade e objetividade.

“O olhar que palpa, a mão que sente, o ouvido que se apercebe das queixas não expressas e reconciliam o ser com seu corpo”.

Na medicina biomédica, o registro do corpo e seus problemas parte de uma investigação, que se pretende exaustiva, das partes para compor uma idéia de todo que se refere ao normal e ao patológico. Teoricamente, as técnicas partem dos sentidos com toda subjetividade inerente a eles para caminhar em direção da quantificação intersubjetiva ou uma expressão consensual de anormalidade e, a partir destas, para a utilização de instrumentos que venham a refinar esta quantificação ou esta expressão. Ou seja, tenta extrair, de todo um “limbo” de subjetividade, algo que pode ser objetivo, concretamente compartilhado com outros profissionais ou pares.

A técnica para se examinar um corpo tem que caminhar neste sentido. Tem que afastar tudo o que possa ser considerado subjetivo por aqueles com quem o médico compartilha a mesma técnica. Tal médico pode e deve utilizar instrumentos técnicos com este objetivo. Não pode se colocar como instrumento de identificação de intensidades ou qualidades. Neste sentido, poderia ser julgado como subjetivo demais. A subjetividade aceitável tem também que ser submetida a um “consenso”.

Desta forma, torna-se mais prudente aproximar-se das partes do que do todo e sua subjetividade. Torna-se mais prudente até se especializar em se aproximar de uma das partes, que até interage com outras, produzindo um efeito no todo, mas que permite a sutileza da medida altamente discriminativa quando tomada em separado. Tudo o que não pode ser quantificado, ou submetido a um teste de prova por um outro dos pares, deve ser

colocado em dúvida. Dúvida que não é tomada como ponto de transformação positiva, mas como dúvida que não serve para nada, que deve ser afastada, atirada ao limbo de inutilidades. Assim, o corpo se fragmenta na medida em que os sentidos se distanciam. O olhar deixa de palpar, as mãos deixam de sentir, o olfato passa a inexistir e o ouvir passa a escutar apenas o que faz sentido à “razão” do médico. As queixas não decodificadas, as queixas não expressas, não vitalizadas perdem-se no espaço; o que poderia reconciliar o ser com seu corpo se dissipa no sentido contrário.

Em outra perspectiva de análise, não temos na nossa técnica de exame corporal uma forma de aproximação ao corpo como um todo integral, que além do funcional, orgânico é sensação, impulso, desejo, frustração, é também integração com um meio externo, que de múltiplas formas é permanentemente incorporado por intermédio do ar, da comida, de objetos ou seres que suscitam emoções, e tudo o que vai sendo registrado dentro de nós. Não contamos com as ferramentas de aproximação integral. Conseguimos focos restritos, conseguimos nos aproximar do mental, ou do orgânico, ou, ainda, do meio, entendido como meio epidemiológico, porém do corpo, que tem uma história de registros integrais, não temos como fazer uma leitura que até mesmo pudéssemos chamar de parcial .

Assim como não estamos mais preparados para perceber com todos os nossos sentidos (o que de alguma forma poderíamos denominar *alienação dos sentidos em privilégio do visual*), também não temos um referencial que nos permita uma aproximação integral ao corpo como totalidade mente-corpo. Possivelmente, as terapias reichianas e pós reichianas sejam uma luz que ainda não tem sido seriamente valorizada como possibilidade de abordagem da *psique* por meio do *corpo*, e como forma de aproximação à realidade dos *pacientes* não somente pela palavra.

Por que não se aproximar do *corpo* como signo que comunica em si mesmo, onde teriam que ser lidos mensagens, significantes, seus conteúdos ou significados? Parece que ficamos ancorados no *corpo anatômico*, no qual descobrimos a *doença*. Mas poderíamos dizer que somos mais que um corpo anatômico, somos também um corpo vivido.

“[...] O corpo vivido é um corpo próprio, corpo sujeito, corpo fenomenal, corpo simbólico e, por fim, um corpo humano. O corpo próprio e o corpo da apropriação, o meu que me distingue dos outros e do mundo. O corpo sujeito não é um corpo coisa, ele remete à subjetividade, que apropria de maneira autônoma sua própria vida. Por isso, meu corpo não é um objeto, meu corpo sou eu. O corpo simbólico diz o que estou sentindo, diz o que estou pensando; ele me representa e dá significado ao que faço e falo. Finalmente o corpo é humano, porque tem tudo isso e se faltar um dos outros aspectos não é um corpo humano” (MERLEAU-PONTY, 1975, p.106) .

Enfim, utilizando as palavras de Paulo Roberto de SOUSA: *“O corpo é feito de palavras. Carne e nervos são apenas uma fina camada visível que envolve um segredo invisível, uma história que mora em nós” (SOUSA, 1992, pp. 45-46).*

Sobre o conceito de diagnóstico em sim

O termo diagnóstico, derivado do grego *diagignoskein* (distinguir, discernir), significa determinação da natureza de uma condição: no caso da Medicina, identificação de uma doença. Poderíamos dizer que existem vários tipos de diagnóstico, mas é sobre o hegemônico, o tradicional que vamos nos deter. O diagnóstico tradicional tenta colocar a enfermidade dentro de uma estrutura conhecida, formulando-a em termos conhecidos. Não é só um exercício intelectual, tem também conotações emocionais para o *“paciente”* e para o médico. No nível intelectual, é uma avaliação de uma afeção do *paciente* para indicar a etiologia e o efeito da doença, com objetivo classificatório, prognóstico e de tratamento. No nível emocional, serve para estruturar uma situação que gera ansiedade, de forma que possa ser aliviada (BALINT, 1978, p. 60). No nível intelectual, neste tipo de diagnóstico faz-se necessário agrupar sintomas e sinais de acordo com um critério pré-determinado, pôr em ordem.

“Implica identificar nas individualidades as características que permitem a criação de conjuntos, cujo objetivo não é mais ressaltar as diferenças, mas, ao contrário, apontar as semelhanças que se quer destacar. É portanto um processo que obscurece a individualidade e sua localização em uma categoria expressa, uma marca que lhe é posta desde o exterior” (NOVAES, 1987, p. 78).

Tal tipo de diagnóstico tem a ver, diretamente e atualmente, com a tecnologia, que lentamente tem substituído a validade da semiologia clássica de palpação, percussão e ausculta pelas tomografias axiais computadorizadas, laparotomias, biópsias, isótopos radioativos, ultra-som, ressonância nuclear magnética, entre outras.

“Existe digamos que um fascínio tecnológico, um encantamento, que o desenvolvimento dessas técnicas exerce sobre os produtores, sobre os mediadores e sobre os consumidores. Tudo deve ser submetido ao crivo da ciência e seu método experimental, para que possa ser considerado como verdadeiro. Assim justifica-se a utilização de uma técnica sofisticada para diagnosticar-se uma doença que clinicamente poderia ser diagnosticada com recursos semiológicos e instrumentos de trabalho mais próximos do médico, muitas vezes com uma incorporação acrítica desta tecnologia. Mas finalmente o fascínio se dá, porque as leis de mercado são fascinantes, porque na sociedade de consumo de hoje a utilização da tecnologia tende a provar de forma irrefutável a hipótese que se deseja provar. Daí a apelação para as técnicas que utilizam imagens, imagens confiáveis, mesmo que o benefício não seja muito claro; a técnica que demonstra visualmente e matematicamente é a técnica que mais seduz” (CHACRA, 1995, pp. 249-250).

Este *fascínio pela técnica* tem conduzido muitos a pensar que os clássicos e cada vez mais frequentes protocolos de diagnóstico algorítmicos, à procura de uma maior “objetividade”, podem ser implementados em programas de computador para fins diagnósticos. Acreditam, no entanto, ser este objetivo alcançável por meio de uma metodologia que implica em decompor os momentos do raciocínio científico e traduzi-los para linguagem computadorizada.

“A geração de hipóteses é o processo de compilar uma lista de doenças que poderiam ter gerado um, a maioria ou todos os achados iniciais e que vale a pena que sejam levadas em consideração e serem adiante exploradas e testadas.” [...] “O teste de hipóteses é obtido por inferência dedutivo-indutiva. Por dedução, o modelo sugere quais achados devem ser esperados para cada hipótese gerada sob o critério de represamento da coerência. A coerência é baseada no conhecimento fatural das doenças que pode ser facilmente tomado dos livros, textos ou artigos científicos. [...]”. Por meio da indução, cada conjunto de “achados esperados” que derivam das “hipóteses pareadas” e daí descartar o restante. [...] “O fechamento de hipóteses é o processo de acomodação e manuseio adequado do momento em que duas ou mais hipóteses de modo desigual, ou igual mas apenas parcialmente, se combinam aos achados observados do paciente. Este procedimento é de tipo dedutivo-indutivo de inferência, bastante semelhante às inferências que operam no teste de hipóteses. Por meio de dedução, o modelo sugere as conseqüências esperadas do diagnóstico.” [...] “Por meio de indução as conseqüências de cada hipótese são pareadas com as características ou preferências do paciente” (MENDES, 1995, pp. 96-97).

Esta fascinação tecnológica à procura de uma maior “objetividade” não leva em consideração que, independentemente da precisão do diagnóstico, quem levanta os dados é um médico sempre “subjetivo”, e que a aparente cientificidade do método se vê alterada pela percepção diferenciada do sujeito médico.

Em resumo, estas técnicas permitem entender as doenças do homem como ser orgânico, como ser biológico. Permitem visualizar lesões, comprovar alterações na função, ... porém, não podemos dizer o mesmo das doenças e da falta de fascínio pelas técnicas que nos permitiriam entender o homem além do biológico, como aquele que pensa e sente, numa cultura e numa sociedade. Como aquele ser *integral*, não parcial, como a doença de indivíduos que são esse todo indissolúvel de mente-corpo, emoção, razão, sociedade, cultura, todos eles permeando constantemente o que denominamos de vida, saúde, doença.

“Ante un enfermo, el médico debe tratar de resolver no acto diagnóstico estas tres cuestiones : Porque aquí?, (localización orgánica); porque ahora? (puntuación biográfica); qué verdad del paciente tiende a evidenciar la no verdad de su proceso morboso? (esclarecimiento existencial). Preguntas ante las cuales será en algunos casos posible obtener respuestas más o menos satisfactorias, pero que siempre sumirán en una última perplejidad al clínico responsable. Toda enfermedad, hasta la mas claramente determinada por el juego entre la personalidad del enfermo y su situación biográfico-social, tiene en efecto, un núcleo irreductiblemente incomprensible, misterioso: el relativo al “por que” y al “para qué” del sufrimiento del hombre en general y de la particular persona enferma que se contempla” (Weizsäcker, 1956, p. 649)

Assim, fica evidente que o diagnóstico é, na maior parte das vezes, uma leve aproximação, que ela é um processo em contínua leitura e releitura, e que as formas de se ler deveriam se desmedicalizar, o processo diagnóstico deveria ser, no possível, um exercício de interdisciplinaridade, um ato de aceitação dos limites do nosso olhar e da aceitação da necessidade dos sujeitos de terem uma resposta o mais satisfatória possível aos seus incômodos.

Sobre a intuição

Denomina-se de intuição o “ato de ver, perceber, discernir; percepção clara ou imediata; discernimento. Ato ou capacidade de pressentir, pressentimento. Contemplação pela qual se atinge em toda sua plenitude uma verdade de ordem diversa daquelas que se atingem por meio da razão ou do conhecimento discursivo ou analítico” (CAMINO & MACIEL, 1996). Continuamente, na relação com os outros, formamos idéias sobre como essas pessoas são. Basta observá-las em suas aparências e suas ações, e isto é rotineiro no ato médico. Estas “idéias” que fazemos dos outros são estudadas pela psicologia social e originam-se, no processo, a partir de dois modelos básicos de percepção: o intuitivo e o dedutivo. Este primeiro modelo, o intuitivo, apóia-se em três princípios diferentes. A percepção seria: inata, global e direta ou imediata. Neste tipo de percepção imediata e direta de *integração perceptiva* pode ser incluída a *empatia*. A empatia seria então uma reação emocional resultante da percepção da emoção do outro. E, também, seria uma reação imediata, que, em algumas situações, teria que ser diferenciada da chamada “empatia preditiva”, na qual de uma maneira indiferenciada predizemos o que os outros sentem ou podem chegar a sentir .

Igualmente parece que os processos perceptivos são acompanhados de totalizações, na medida em que as pessoas, procurando organizar o mundo sensorial de uma maneira significativa, associam diversos elementos rapidamente e estes não são reconhecíveis na percepção final . Isto deve ser reconhecido como uma dedução rápida e inconsciente, que não é intuitiva, mas que permeia cotidianamente as relações. Por outro lado, queremos também introduzir o conceito de “Insight” que seria a “*compreensão repentina, e em geral intuitiva, das próprias atitudes e comportamentos, de um problema, de uma situação*” (CAMINO & MACIEL, 1996 p.15), a este termo que queremos chamar a atenção e que nos permite, em determinados momentos, transcender a uma compreensão do outro que não passa pelo julgamento do Eu, mas sim por uma compreensão além dos nossos preconceitos e posturas de vida. É neste momento que conseguimos entender *situações e indivíduos* nos desprovidos das posturas pessoais, colocando em primazia o papel que se está cumprindo. É de vital importância para o processo diagnóstico e

terapêutico a compreensão desta forma de *intuição* que quase sempre traz elementos transformadores profundos .

No cotidiano, as sensações vindas das entrevistas e dos encontros com o outro são registradas em “algum lugar” provocando sensações. Estas sensações corporais de sentimento do outro, sentir o outro no nosso corpo, é uma realidade cotidiana para a qual não temos resposta e que é rapidamente reprimida quando sentida, sendo que esta deveria ser uma das ferramentas de trabalho. Tal realidade não é desprezada por profissionais de outras áreas que também cuidam da saúde e de pessoas como, por exemplo, os terapeutas corporais. Estas sensações, percepções e intuições, quando adequadamente elaboradas por quem trabalha em saúde, poderiam conduzir-nos a uma melhor aproximação à realidade do outro que não é a verbal, que é a da sensação.

- A comunicação da interpretação: a proposta de terapia e o prognóstico.

Interpretar seria o resultado de um caminho percorrido. Um caminho que começa desde o ato de acolher o *paciente*, escutar, examinar... A interpretação é o produto de uma constante elaboração e reelaboração de possibilidades diagnósticas. Viabilizar a comunicação desta interpretação requer fazer consciência de uma leitura do “outro” que deve ser feita antes, no sentido dos limites. Saber dos limites do “outro” e dos nossos próprios, dos limites do outro com relação a se tudo o que foi interpretado pode ser dito, ou deve ser dito, passa pela percepção das sensações do outro em nós, sabendo assim como esse outro pode escutar, desde um nível cognitivo até o emocional, ou como, se estivéssemos no lugar dele, gostaríamos de escutar o que será dito. Trata-se de um momento de múltiplas possibilidades: momento final da percepção e momento de concreção do que se estabeleceu numa real comunicação. Comunicação de duas vias, já que pode ser, também, o momento em que o “outro” percebe o quanto ele foi entendido e ainda pode ser o momento em que o médico deveria investir suas energias para ser entendido. É, ainda, o momento de percepção de nossos limites, se com a interpretação conseguimos de alguma forma dar conta, a partir de nosso saber e da disponibilidade investida, da realidade do outro.

Aqui, torna-se importante incluir também a idéia de prognóstico como sendo tudo o que é necessário para predizer, conjecturar, saindo marco exclusivo e restrito do estatístico, do quantificável. Nessa realidade individualizada de adoecer, desde uma história específica individual inscrita num contexto social, cultural e emocional, o prognóstico como uma média estatística é um ato de uma grande restrição. Resgatar o prognosticar como uma forma de conjecturar, no sentido de entender quais seriam as necessidades gerais desse “outro” para transformar esse momento de vida. Resgatar a necessidade de rever os nossos limites terapêuticos e entender que para um melhor prognóstico quase sempre somos uma das peças de uma engrenagem que envolve muitas outras intervenções. Resgatar a visão de que cada um de nós tem formas diversas e inimagináveis de reagir, muito distantes de uma regra geral. Em outras palavras, trata-se de entender que estas regras gerais de “chances de cura”, que a epidemiologia nos dá, podem tirar a *esperança* e a inesgotável capacidade dos corpos de se recompor.

Como apontava HEIDEGGER

“O Existir humano nunca é objeto simplesmente dado, é muito menos um objeto fechado em si mesmo. Esse existir, ao contrário, se constitui simplesmente das possibilidades a ele atribuídas, de apreensão dos acontecimentos... O Existir humano, enquanto ser-ai (é) a abertura de um âmbito de compreensão de sentido da realidade que a ele se concede a partir do seu ser-aberto” (HEIDEGGER, 1991, p.36)

- Sobre a sedução

Se pensarmos na *sedução* no sentido mais puro, como atração, encanto ou fascínio, na maior parte das vezes, ao contrário do que se escreve sobre *paciente* sedutor, é o médico que é de diferentes formas, sedutor. Pensemos que a partir do momento que um “outro” faz uma opção de revelar parte do que está dentro dele, para um médico, essa opção é dada por uma atração pelo saber, pela atitude ou pelo conjunto de sensações desde o acolhimento, passando pelo vínculo, até as estratégias terapêuticas e as possibilidades de seguimento. Todos os momentos do relacionamento estão permeados pela vontade de atrair, para uma compreensão da história do “outro”, para convencer com relação ao plano

de estudo e de tratamento. Este torna-se um ato de persuasão, de convite ao seguimento de um ou vários caminhos, e que para que exista persuasão um mínimo de sedução deve existir.

Não só se estabelece nesse sentido uma mera comunicação, livre de emoção. Para que alguém venha a aderir a um tratamento, ou a um seguimento, o tempo todo se lida com a emoção. Lida-se com a necessidade de conseguir “vender” uma forma de entender o problema, uma forma de entender as soluções, em suma, com um ato total de convencer o “outro” de que a via que está sendo apresentada é a melhor, e a que dará certo. Tudo isto tem sempre uma intencionalidade, que está permeada por um fascínio de que esse alguém, denominado médico, consegue desvendar o que o “outro” não consegue entender com relação ao seu próprio corpo, com relação ao seu próprio processo. Desta forma, a sedução converte-se, se conscientemente trabalhada, numa potente ferramenta na relação do médico com o “outro”.

Sobre o conceito de terapêutica

Terapêutica, do grego *therapeutike*, refere-se à parte da Medicina que estuda e põe em prática os meios adequados para aliviar ou curar os doentes: a terapia.

Na história mais recente, haveria cinco recursos terapêuticos cardinais em medicina : fármaco, agente físico, dieta, cirurgia e ação psicoterápica (ENTRALGO, 1978, p. 649).

Esta é uma visão de quem faz história, mas o que encontramos como hegemônico, na terapia, vem do conceito de terapia como o que melhora o curso clínico de uma doença, os sintomas já manifestos ou a prevenção de outros ainda latentes. A prescrição de uma terapia cada vez mais depende da evidência clínico-epidemiológica, das evidências científicas de que um determinado tratamento modifica o curso clínico de uma doença. Este tratamento deve ser eficaz e eficiente. Neste contexto, eficácia implica que um tratamento funciona quando realmente aplicado (controle do investigador) e é eficiente quando simplesmente prescrito (controle pelo *paciente*) (ROUQUAYROL, 1994, pp. 204-207).

Este discurso tem a ver diretamente com fármacos e com prescrições de mudanças do "estilo de vida", que cada vez mais são abordados como problemas individuais, de comportamentos, dietas, desligados da cultura e da realidade social.

O fármaco, por sua vez, cumpre vários papéis, contribui grandemente com a hipertrofia da dimensão orgânica da saúde, em detrimento das suas dimensões não orgânicas, já que, como por um "passe de mágica" subtrai aquela coisa denominada sintoma, à vista do espectador, e traz a sensação de "saúde". Por isto a saúde passa a ser algo que um produto externo propicia (LEFÈVRE, 1991, p. 52).

"A própria idéia de terapêutica, tanto para médicos quanto para pacientes, é quase confinada à utilização de medicamentos. Os médicos ainda fazem referências genéricas à necessidade de outras intervenções, que poderiam ser abrangidas sob o rótulo de "aconselhamento" ou as "sugestões" de mudanças alimentares, e de comportamentos de risco em geral, os chamados estilos de vida, que também são indicados como se por outro passe de mágica se pudesse transformar formas de viver e se comportar que fazem parte de toda uma história de vida. Para os pacientes, qualquer recurso fora da medicação surge imediatamente como impensável" (LUZ et al., 1997, p. 8).

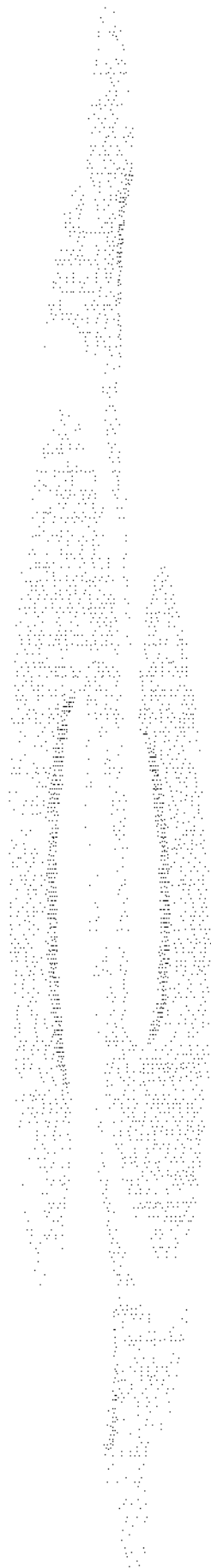
No caso de sistemas terapêuticos que se propõem a produzir uma harmonia que elimine os sintomas sem que a lesão que os provocou seja extirpada, como ocorre com a Homeopatia, caberia aqui colocarmo-nos a pergunta:

Se tem uma lesão que justifique os sintomas, e se há sistemas terapêuticos que eliminam apenas os sintomas, o que ocorre com a lesão, o mal oculto atrás da representação sintomática? O sumiço da representação significa extirpar a moléstia? (ROSENBAUM, 1998)

A necessidade de sempre ter que extirpar a moléstia para garantir uma nova normalidade, uma nova normatividade é uma forma bastante reduzida de enxergar a terapia. Poderíamos retomar a nossa linha de análise pensando a terapia como um processo que começa desde o encontro com o "outro", passa por tudo o que já foi dito, o acolhimento, o

encontro, o exame do corpo, a sedução, a interpretação... Passa pelo que alguns psicólogos consideram qualidades terapêuticas essenciais: respeito (consideração incondicional), sinceridade, no sentido de coerência e congruência, e empatia. Estas qualidades essenciais permeiam todos os momentos da relação com o outro e marcam a compreensão das necessidades individuais de tratamento que o “outro” precisa. O olhar se expande, de uma visão de saúde embalada em pequenos recipientes a um processo de compreensão do por que aqui?, do por que agora? e do para quê? de Weizsäcker. Passa pela compreensão que um bom vínculo com o outro em si mesmo já é terapêutico, e que se requer uma leitura mais ampla para entender se o medicamento está sendo, num momento, complementação a um plano geral de transformações, sentidas e elaboradas em conjunto com o outro, ou se ele está servindo para ocultar processos que de uma ou outra forma aflorarão com mais força posteriormente; entender até que ponto o medicamento é um agente alienador de sujeitos que enxergam as respostas como algo que vem de fora para dentro, sem necessidade de nenhum processo na ordem inversa.

Talvez seja este o momento de maior aceitação dos limites, dos nossos olhares, das nossas ferramentas terapêuticas em contraste com as necessidades que foram construídas e, também, de aceitação do limite do outro.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomando emprestada a síntese de como a biomedicina constrói seu discurso como “ciência médica”, feita por Kenneth Rochel de CAMARGO Jr., pode-se dizer que os médicos representam as proposições desta “ciência”, da seguinte forma:

“ ‘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 concreta’ ” (CAMARGO JR, 1997, p.45).

Em geral, na prática da biomedicina o conceito de doença é o referido acima e os sinais e sintomas somente remetem a um referencial geral. O sujeito “âmago do organismo” é desprovido daquilo que dá a ele identidade. A biomedicina se utiliza da semiologia para ler no indivíduo os sinais e sintomas que remetem a esse referencial geral. Foi este o objeto do nosso estudo, o quanto essa semiologia permite ou não uma aproximação a os *pacientes*. Tentamos desvendar os limites dessa semiologia e como, na incapacidade de entender os problemas dos *pacientes*, entender que é necessário aumentar a capacidade diagnóstica atrás de elementos mais “científicos”, que a levam a uma redução puramente orgânica do ser, como se, por uma maior cientificidade e protocolização dos diagnósticos, estivesse se entendendo mais o problema de saúde-doença, os sinais e sintomas dos *pacientes*.

Acreditamos que nesta concepção existe uma redução puramente positiva do olhar do homem, que inclui um conceito de eficácia mais para a linguagem das ciências exatas do que para a realidade do ser *paciente*, do ser homem.

Retomando Gastão W. de Souza Campos:

“A eficácia de um procedimento nunca está nele mesmo, mas na sua relação com cada caso singular... uma sobrevalorização dos meios de trabalho (tecnologias) e de uma progressiva desvalorização do caso singular em si, ou seja, a clínica ganhou muitos recursos duros, mas perdeu capacidade de interação com as pessoas” (CAMPOS, 1999,p.45).

É à falsa evidência de corpo como carregador de entidades nosológicas e ao “âmago de corpo” que nossa crítica foi dirigida. Quisemos desvendar os limites desse tipo de abordagem do problema da doença e apontar caminhos que permitam entender o *paciente* como portador de histórias a serem desvendadas, como portador de significantes e significados e não, simplesmente, portador de patologias.

Também nos detivemos na compreensão de outro tipo de conceito de eficácia médica, que resgate a função da arte de curar, com consideração maior ao sujeito humano, e não, simplesmente, em proveito da diagnose.



SUMMARY

The **hypothesis** treated in this paper is that modern Western medicine has built itself a trap in the recent radicalization of its own basic semiological pre-suppositions, in the sense of *evidence* recorded in the medical literature. This trap can be overcome only through serious reflection on these pre-suppositions. The **subject** of the study, therefore, is Western medical semiology. Its **main objective** is to scrutinize this *process of radicalization*, which became more intense as of the 1970s and made attempts at consolidation in the 1990s, under the name of Medicine Based on Evidence (MBE). A **secondary objective** is, based on *medical practice*, to outline a reinterpretation of conditions which would allow more perspicacious detection of *evidence* by touching upon more *subtle* aspects underlying the physician-patient relationship.

Methodologically, this is a theoretical paper based on Maurice MERLEAU-PONTY's conception of *dialectic*. In the process of constructing knowledge, this author holds that the clear delimitation of the *field of presence* of the subject which is seeking said knowledge is primordial. Based on its perceptive, phenomenological *experience*, the subject builds up its categories, contradictions and mediations. I have organized my process of reflection and analysis, therefore, as based on my *experience* as a person and as a physician, but not solely on this experience. The analytic categories brought up here will also be based on an analysis of the *ideal* of semiological practice, as prescribed in the books on *Basic Semiology* most often employed in medical schools, especially in Brazil, over the last three decades, including the more recent theoretical production of MBE, which propounds the semiological ideal for all of medical practice, to be centered on *evidence* produced in centers of *excellence* and periodically documented in the medical literature.

It is precisely this that I call a *trap*. By anchoring itself on evidence referred to in the medical literature, contemporary medical practice has widened the gap between doctor and patient which *technology* had already imposed. The **conclusion** of this paper is that there is need to encounter ways to get out of this trap, paths which will recover all *subjectivity* of medical practice and anchor in it the sense of *evidence*. Such paths should uncover the subtle and the evident in this practice.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BACHELARD, Gaston. **La formación del espíritu científico: contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo**. Buenos Aires, Siglo XXI, 4ª ed., 1975.
- BALINT, Enid. **Seis minutos para o paciente**. São Paulo. Editora Manole, 1978.
- BAREMBLITT, Gregório. **Cinco lições sobre a transferência**. São Paulo. Editora Hucitec, 1991.
- BARTHES, Roland. A Retórica da Imagem. In: _____ **O óbvio e o obtuso: Ensaios Críticos III**. Rio de Janeiro Editora Nova Fronteira, 1990 (tradução de Léa Galvão).
- BLANK, N. **O Raciocínio Clínico e os Equipamentos Médicos**. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, Dissertação de Mestrado, 1985 (mimeo.).
- CAMARGO Jr., Kenneth Rochel de . **(Ir)Racionalidade Médica: os Paradoxos da Clínica**. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, Dissertação de Mestrado, 1990 (mimeo.).
- CAMARGO. A medicina ocidental contemporânea. **Cadernos de Sociologia**, vol. 7, pp. 129-150, 1995.
- CAMARGO. A Biomedicina. **Physis; Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 1, pp. 45-68, 1997.
- CAMINO, Leoncio & MACIEL, Carla. O conhecimento do outro: primeiras explicações em termos de percepção social. In : _____ **Série de monografias em psicologia social** João Pessoa, Coordenação de Mestrado em Psicologia Social da UFPb, março 1996 (mimeo).
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa . Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson & ONOCKO, Rosana (orgs.) **Agir em Saúde**. São Paulo, Editora HUCITEC, 1997.
- CAMPOS. O Século XX: Glórias e equívocos. **Ser Médico**, 6 jan/fev/mar, anoII, pp. 44-7, 1999.

- CEDIEL, Ricardo Angel . **Semiologia Médica**. Bogotá, Vértice Ediciones, 1984.
- CESCHIN, Maria Vera F. Alves . História clínica homeopática: uma revisão. **Revista de Homeopatia**, 62, n°s 3 e 4, pp.70-7, 1997.
- CHACRA, Fernando Cesar. **Necessidades de saúde e diagnósticos médicos: crianças em idade escolar, seus incômodos e o desejo de comunicação com a medicina**. Campinas, DMPS FCM-UNICAMP, Dissertação de Mestrado, 1995 (mimeo.).
- CHAUÍ, Marilena. Merleau-Ponty, vida e obra. In: _____ **Maurice Merleau-Ponty: textos selecionados**. São Paulo, Nova Cultural, Coleção Os Pensadores, 4.^a ed., 1989.
- CHAUÍ. Janela da alma, espelho do mundo". In: NOVAES, Adauto (org.) **O Olhar**. São Paulo, Companhia das Letras, 1988.
- CHIOZZA, Luis. **Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo**. Campinas, Papirus, 1987.
- COULEHAN, John; BLOCK, Marian A **entrevista médica: um guia para estudantes da arte**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989 (tradução de Denis Martinez).
- ECO, Humberto . **O nome da Rosa**. Rio de Janeiro, Editora Record, 1986
- ENTRALGO, Pedro Laín .**La medicina hipocrática**. Madrid, Alianza Editorial, 1987.
- ENTRALGO. **História de la medicina**. Barcelona, Salvat Editores, 1978.
- ENTRALGO. **La relación médico-enfermo: história y teoria**. Madrid, Alianza Editorial, 1983.
- FERREIRA, Jaqueline. O corpo-sígnico". In: ALVES, Paulo César & MINAYO, Maria Cecília de Souza (orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1994.

- FLETCHER, Robert, FLETCHER, Suzanne & WAGNER, Edward (1988) **Epidemiologia Clínica: bases científicas da Conduta Médica**. Porto Alegre, Artes médicas, 1989, (tradução de Maria Inês Schmidt et al.)
- FLEXNER, Abraham . **Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching**. Boston, The Merrymount Press, reprint edition, 1972.
- FOUCAULT, Michel . **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro, Forense- Universitária, 2ª ed., 1980, (tradução de Roberto Machado)..
- FREUD, Sigmund . Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. In: _____ **Obras completas**. Madrid, Tomo I, Editorial Biblioteca Nueva, 1967.
- GEDDES, John & HARRISON, Paul. Closing the gap between research and practice. **British Journal of psychiatry**, 171, 220-225, 1997.
- HAHNEMANN, Samuel. The friend of Health. In: _____ **The Lesser Writings**. Nova Delhi, B. Jain Publishers Pvt., 1995a, pp. 155-242.
- HAHNEMANN. The Medicine of Experience. In: _____ **The Lesser Writings**. Nova Delhi, B. Jain Publishers Pvt., 1995b, pp.435-476.
- HAHNEMANN. **Organon, da arte de curar**. São Paulo, Robe Editorial, 6ª ed., 1996.
- HAHNEMANN. The medical observer. In _____ **The Lesser Writings**. Nova Delhi, B. Jain Publishers Pvt., 1995c, pp. 724-27.
- HEIDEGGER, Martin. **Conferências e escritos filosóficos**. São Paulo, Editora Nova Cultural, 1991 (tradução Ernildo Stein)
- JULLIEN, François . **Tratado da eficácia**. São Paulo, Editora 34, 1998 (tradução de Paulo Neves). 1996.
- KENT, James Tyler. **Lições de filosofia homeopática**. Curitiba, Livraria Especializada Homeopática, s.d. 1998

- LALANDE, André. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. São Paulo, Livraria Martins Fontes, 1993.
- LAPLANCHE, J & PONTALIS, J.B. **Vocabulário da psicanálise**. Lisboa, Moraes Editores, 3ª ed., 1976.
- LAPLANTINE, François & RABEYRON, Paul-Louis. **Medicinas paralelas**. São Paulo, Editora Brasiliense, 1989.
- LAPLANTINE. **Antropologia da doença**. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora, 1991.
- LEFÈVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo. Editora Cortez, 1991.
- LEZAETA-ACHARÁN, Manuel. **El iris de tus ojos revela tu salud**. México, Editorial Pax- México, 11ª reimpresión, 1987.
- LOPEZ, Mario. **Semiologia médica, as bases do diagnóstico clínico**. São Paulo, Editora Atheneu, 1990.
- LUZ, Madel Terezinha & CAMARGO, Jr. I Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, agosto, 1993, 168 p.
- LUZ. **Projeto racionalidades médicas. Diagnose e terapêutica; médicos e pacientes no dia a dia institucional**. Rio de janeiro, 1997.
- LUZ. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 7, nº1, pp. 13-43.
- MACBRYDE, C. M. **Sinais e sintomas: Fisiopatologia aplicada à interpretação clínica**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 5ª ed., 1975 (tradução).
- MAYNARD, Alan. Evidence-based Medicine: an incomplete method for informing treatment choices. **The Lancet**, 349: 126-28, 1978.

- McWHINNEY, Ian R. Medical Knowledge and the Rise of Technology. **The Journal Of Medicine and Philosophy**, vol.3, nº 4, 293-304, 1978.
- MELLO FILHO, Júlio de. **Concepção psicossomática: visão atual**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1979.
- MENDES, Jose. **Trabalho médico: ciência, arte e ação na conformação da técnica**. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Tese de Doutorado, 1995.
- MERLEAU-PONTY, Maurice. As aventuras da dialética: epílogo. In: CHAUI, Marilena (seleção de textos). **Maurice Merleau-Ponty: Textos Selecionados**. São Paulo, Editora Nova Cultural, Coleção Os Pensadores, 4ª ed., 1989a (tradução de Marilena Chauí).
- MERLEAU-PONTY. O olho e o espírito. In: CHAUI, Marilena (seleção de textos) **Maurice Merleau-Ponty: textos selecionados**. São Paulo, Editora Nova Cultural, Coleção Os Pensadores, 4ª ed. 1989b (tradução de Marilena Chauí).
- MERLEAU-PONTY. **Signos**. São Paulo, Livraria Martins Fontes, 1991 (tradução de Maria Ermantina G. Gomes Pereira).
- MERLEAU-PONTY. **A estrutura do comportamento**. Belo Horizonte, Interlivros, 1975.
- MEHRY, Emerson Elias . A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: _____ e ONOCKO, Rosana. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Editora HUCITEC, 1997.
- MINAYO, Maria Cecília. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica . In : Guareschi, Pedrinho; Jovchelovitch, Sandra (orgs) **Textos em representações sociais**. Petrópolis, Vozes, 1995
- MOREIRA, Maria Elisa .**Gestão do trabalho em saúde: desvendando a trama e o drama institucional**. Campinas, DMPS FCM-UNICAMP, Tese de Mestrado, 1997.

- NOVAES, Maria H. Dutilh. **Diagnosticar e classificar. O limite do olhar.** São Paulo, DMPS FMUSP, Tese de Doutorado, 1987.
- NOVAES, Ricardo Lafetá . **O Tempo e a Ordem: sobre a Homeopatia.** São Paulo, Cortez Editora & ABRASCO, 1989.
- OXMAN, Andrew. Users' guides to the medical literature. How to get started **JAMA**, vol 270, nº 17, 1993.
- PINHEIRO, Odette de Godoy. **O sentido das queixas de usuários de um serviço de saúde mental : uma análise discursiva.** São Paulo. Pontifícia Universidade Católica, Tese de doutorado, 1998
- PORTO, Celmo . **Semiologia Médica.** Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 1990
- QUEVEDO, Emilio. **El proceso salud-enfermedad: Hacia una clínica e una epidemiologia no positivistas.** Paipa, 1989 (mimeo.).
- QUEVEDO, Emilio; MIRANDA, Nestor; HERNANDEZ, Mário. Institucionalización de la Medicina en Colombia In: OBREGON, Diana & VASCO, Carlos Eduardo (orgs.) **História social de las ciencias.** Santa Fé de Bogotá, Tecer Mundo Editores, 1993.
- RAMOS Jr., José . **Semiotécnica da observação clínica.** São Paulo, Editora Sarvier, 3ª ed., 1973.
- RICHARDSON, W. Scott. Users' Guide to the Medical Literature; VII. How to use a clinical decision analysis. Are the results of the study valid? **Journal of the American Medical Association (JAMA)**. 1995, 273, 1292- 1295, 1995.
- ROMEIRO, Vieira. **Semiologia médica.** Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 1980.
- ROSEMBAUN, Paulo . **Miasmas: Saúde e Enfermidade na Prática clínica Homeopática.** São Paulo, Editora Rocco, 1998.
- ROUQUAYROL, M. Zelia . **Epidemiologia e Saúde.** São Paulo, Editora MEDSI, 1994.

- SACKETT, David I . Evidence based medicine: what it is and what it isn't. **BMJ** vol **312**, 1996
- SAUSSURE, Ferdinand de . **Cours de linguistique générale**. Paris, Payot, 1974.
- SCHRAIBER, Lilia Blima. **Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista**. São Paulo, Ed. HUCITEC e ABRASCO, 1989.
- SCHRAIBER. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo, Ed HUCITEC, 1993.
- SOUSA, Paulo Roberto de. **Os sentidos do sintoma: psicanálise e gastroenterologia**. Campinas, Papirus, 1992.
- SPINK, Mary Jane. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **In : Cadernos de saúde pública**, Riode Janeiro, 9(3): 300-308, jul/set,1993.
- WEIZSÄCKER, Viktor Von . **El hombre enfermo**. Barcelona, Luís Miracle editor, 1956.