

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

A SUBJETIVIDADE COMO ANOMALIA:
ESTRATÉGIAS MÉDICAS PARA LIDAR COM OS
SINTOMAS VAGOS E DIFUSOS EM BIOMEDICINA

Carla Ribeiro Guedes

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Ciências Humanas e Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Rio de Janeiro

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Agradecimentos

Ao Kenneth, pelo carinho e confiança em me orientar, e por me permitir partilhar da sua criatividade e da sua riqueza intelectual.

À Maria Inês, co-orientadora informal e amiga, que com sua generosidade e competência me auxiliou em cada passo deste trabalho.

Ao César, colega de doutorado, pelas significantes contribuições na construção deste trabalho.

Aos colegas de orientação, em especial, Vanessa, Ângela e Vera, pelas intensas trocas e debates ao longo de nosso trajeto acadêmico.

Ao Naylor, pela nossa parceria afetiva e intelectual, fundamental para que eu pudesse desenvolver esse trabalho.

A todos os professores do IMS que de alguma forma colaboraram na minha formação.

Aos médicos que gentilmente autorizaram o desenvolvimento da pesquisa etnográfica.

Aos médicos entrevistados, pela disponibilidade em conceder as entrevistas.

À Débora pela revisão final e formatação do texto.

A CAPES pelo financiamento da pesquisa.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	8
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. A RACIONALIDADE BIOMÉDICA, A EPISTEMOLOGIA E OS SINTOMAS VAGOS E DIFUSOS.....	15
2.1. A CIÊNCIA MODERNA E A BIOMEDICINA.....	15
2.2. O MODELO BIOMÉDICO E A SUBJETIVIDADE DO ADOECIMENTO.....	17
2.3. A EPISTEMOLOGIA E A BIOMEDICINA: AS ABORDAGENS DE KUHN E FLECK.....	23
2.3.1. Kuhn: paradigmas e anomalias.....	24
2.3.2. Fleck: as exceções e a tendência à persistência dos sistemas de idéias.....	29
2.3.3. A aplicação dos modelos de Kuhn e Fleck à biomedicina	32
3. A CLASSIFICAÇÃO E A DEMANDA DE CATEGORIZAÇÃO DOS SOFREDORES DE QUEIXAS DIFICILMENTE CLASSIFICÁVEIS EM BIOMEDICINA.....	37
3.1. A CLASSIFICAÇÃO EM BIOMEDICINA: DA HISTÓRIA NATURAL À BIOLOGIA E DA MEDICINA CLASSIFICATÓRIA À MEDICINA ANÁTOMO-CLÍNICA.....	37
3.2. O ENCONTRO DO SABER CLASSIFICATÓRIO COM O SOFRER.....	42
3.3. O SOFRER TAMBÉM QUER SABER: A BUSCA DOS PACIENTES POR UMA CATEGORIZAÇÃO DO SEU SOFRIMENTO.....	50
4. OS SINTOMAS VAGOS E DIFUSOS EM BIOMEDICINA: UMA REVISÃO DA LITERATURA.....	56
4.1. OS ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	56
4.2. OS RESULTADOS.....	59

5. AS ESTRATÉGIAS MÉDICAS PARA LIDAR COM OS SINTOMAS VAGOS E DIFUSOS EM BIOMEDICINA.....	66
5.1. A ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	66
5.2. A DEFINIÇÃO DO CAMPO.....	67
5.2.1. O ambulatório de gastroenterologia.....	68
5.2.2. A pesquisadora no ambulatório.....	70
5.3. AS SITUAÇÕES DE CONFLITO.....	74
5.3.1 A subjetividade do paciente.....	74
5.3.2. A demanda por exames.....	77
5.3.3. A dificuldade em dar alta.....	78
5.3.4. A irritação dos médicos.....	81
5.3.5. Quando o médico esgota seus recursos.....	82
5.4. AS ESTRATÉGIAS.....	84
5.4.1. Quando o paciente não tem nada... ..	84
5.4.2. A medicação.....	85
5.4.3. A dieta.....	88
5.4.4. Os encaminhamentos "psis".....	91
5.4.5. A classificação diagnóstica.....	93
6. A ENTREVISTA.....	95
6.1.PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	97
6.2. TEMAS RECORRENTES NAS ENTREVISTAS.....	97
6.2.1. Diagnóstico.....	98
6.2.1.1. Seleção de informações significativas.....	98
6.2.1.2. Experiência profissional.....	100
6.2.2. Tratamento.....	102
6.2.2.1. Dificuldade no tratamento.....	102

6.2.2.2. Vínculo médico-paciente.....	103
6.2.3. Estratégias.....	104
6.2.3.1. O paciente não tem nada.....	104
6.2.3.2. Encaminhamentos "psis".....	104
6.2.3.3. Medicação.....	105
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
BIBLIOGRAFIA.....	117
FONTES BIBLIOGRÁFICAS.....	123
ANEXOS.....	128

RESUMO

O presente estudo busca compreender as estratégias utilizadas pelos médicos para lidar com pacientes que apresentam sintomas sem uma lesão orgânica ou uma causalidade reconhecida. Assim, com o objetivo de estabelecer uma discussão sobre a assistência médica aos sofredores de queixas consideradas vagas e difusas, utilizamos como principal instrumento de análise a epistemologia, com destaque especial às noções de “paradigma” e “anomalia” de Thomas Kuhn, e à contribuição de Ludwick Fleck com os conceitos de “exceções das teorias” e a “tendência à persistência nos sistemas de idéias”. A estratégia metodológica constou das seguintes etapas: 1) Estudo da bibliografia crítica sobre biomedicina; 2) revisão da literatura médica sobre o tema, principalmente através de artigos científicos; 3) observação etnográfica de consultas médicas no ambulatório de gastroenterologia de um Hospital Universitário e 4) entrevistas semi-estruturadas com médicos de diferentes especialidades: clínica-médica, reumatologia, dermatologia, cardiologia, gastroenterologia e medicina de família. A partir da análise do material empírico, concluímos que a maioria dos médicos apresenta estratégias limitadas ao abordar os sofredores de sintomas indefinidos. Estas consistem em: “dizer que o paciente não tem nada”, “realizar encaminhamentos para profissionais de psicologia/psiquiatria” e “prescrever medicação – sintomáticos e tranqüilizantes”. Dessa forma, verificamos que toda uma gama de sintomas, sem que seja detectada uma lesão ou causalidade reconhecida, aparece como anomalia ou exceção na biomedicina, uma vez que a prática médica possui poucos recursos teóricos e cognitivos para lidar com a subjetividade do adoecimento.

Palavras-chave: Anomalia, Biomedicina, Epistemologia, Sintomas vagos e difusos, Subjetividade.

ABSTRACT

This study focuses the strategies used by physicians to deal with patients that present symptoms without organic lesion or a recognized causality. Thus, with objective to establish a discussion about medical assistance to the suffers of complaints considered vagues and diffuses, we use epistemology as our main analytic tool, with emphasis on the work of Thomas Kuhn and his notions of “paradigm” and “anomaly” and Ludwick Fleck and the concepts of “exceptions to theories” and “the persistence of the systems of ideas”. The methodological strategy included the following stages: 1) Study of the critical bibliography on biomedicine; 2) Review of medical literature about the theme; 3) Ethnographic observation of medical appointment of an gastroenterology ambulatory of an School Hospital; 4) Semi-structured interviews of physicians on diferents specialities: general clinical, reumatology, dermatology, cardiology, gastroenterology and family medicine. Based on an empirical analysis, we concluded that most of physician present limited strategies that consist in: “to say that the patient doesn’t have anything”, “guiding the patients for psychology / psychiatry professional”, “prescription medical treatment – symptomatic and tranquilizing”. We verify all symptoms without lesion or recognized causality are seen as anomaly or exception an biomedicine, since the medical practice have few theoreticals and cognitives resources by deal with the illness subjectivity.

Keywords: Anomaly, Biomedicine, Epistemology, Vagues and Diffuses Symptoms, Subjectivity

APRESENTAÇÃO

A construção do objeto desta tese começou a se delinear ainda no mestrado. Desde aquele momento, inquietava-me a forma imprecisa como a biomedicina lidava com os aspectos do adoecimento que escapavam ao objetivismo da racionalidade científica moderna, sobretudo, porque concerne à sua prática cotidiana deparar com o sofrimento e com a singularidade humana. Parecia-me que esses elementos subjetivos, nem sempre fáceis de se adequarem à mensuração e à lógica causal exigida pelos cânones da ciência ao qual o modelo biomédico está submetido, deveriam ser melhor estudados.

Meu percurso inicial como mestranda consistiu em investigar a trajetória da biomedicina em busca de uma assistência mais hu

manizada. Ao analisar os relatos históricos sobre essa questão, pude identificar que, no início do século XX, surgiram as primeiras manifestações negativas no interior da medicina sobre a forma em que esta estava constituída, na qual se privilegiava a doença e não o doente (BIRMAN, 1980). Entretanto, foi através de Michel Balint que as críticas em relação ao modelo médico tiveram uma grande repercussão mundial, trazendo à tona a necessidade de se resgatar a relação humanizada entre médico-paciente e de se direcionar a escuta terapêutica não só para os relatos objetivos da doença, mas para todos os aspectos psicológicos que permeiam o adoecer. Este movimento veio a ser conhecido como "medicina psicossomática" e como "psicologia médica", com vários representantes e propostas que se diferenciavam entre si. No Brasil, essa proposta propagou-se através de Perestrello e trouxe para o centro do debate as principais questões abordadas por Balint.

Tendo como objetivo aprofundar os meus estudos no percurso da medicina psicossomática no Brasil, desenvolvi a minha pesquisa no mestrado focando o serviço de Psicologia Médica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Um dos principais resultados

obtidos foi a constatação de que essa proposta, apesar de inicialmente mostrar-se revolucionária, foi perdendo força ao longo de sua trajetória, e hoje demonstra pouco ou nenhum papel de destaque na prática médica (CAMARGO Jr. et al., 1999; GUEDES, 2000).

Apesar da pouca expressividade da medicina psicossomática no cenário atual, pude detectar que o questionamento à prática médica continua pertinente. Desse modo, no doutorado, optei, junto ao meu orientador, por investigar a assistência médica aos sofredores de sintomas vagos e difusos.

Parte das reflexões apresentadas nessa tese foram publicadas nos artigos "A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico" (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO Jr., 2006) e "Os sintomas vagos e difusos em biomedicina: uma revisão da literatura" (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO Jr., 2007).

Início, então, a discussão teórica com o capítulo "Racionalidade biomédica, epistemologia e sintomas vagos e difusos", no qual faço uma leitura crítica sobre a biomedicina, trazendo à tona uma reflexão sobre o lugar que sofredores de queixas consideradas vagas e difusas ocupam nesse modelo. Utilizei como principal instrumento de análise a epistemologia, com destaque especial às noções de "paradigma e anomalia" de Thomas Kuhn, e à contribuição de Ludwick Fleck com os conceitos de "exceções das teorias e a tendência à persistência nos sistemas de idéias".

Prossigo com o capítulo "A classificação e a demanda de categorização dos sofredores de queixas dificilmente classificáveis em biomedicina", em que abordo a classificação em biomedicina e a busca por uma categorização do sofrimento daqueles que apresentam queixas as quais são dificilmente enquadráveis nos diagnósticos médicos "tradicionais".

Apresento, no quarto capítulo, uma revisão da literatura médica acerca do que vem sendo produzido academicamente sobre identificação, classificação e terapêutica dos sintomas vagos e difusos.

No capítulo seguinte, exponho, então, a pesquisa de cunho etnográfico, realizada num Hospital Universitário localizado no Estado do Rio de Janeiro. Essa pesquisa sobre a assistência médica a sofredores de sintomas vagos e difusos deu-se através da observação de consultas no ambulatório de gastroenterologia desse hospital.

A seguir, apresento os achados encontrados em entrevistas semi-estruturadas com médicos do hospital escola onde foi realizada a etnografia. Ressalte-se o fato de esses médicos pertencerem a diferentes especialidades: clínica médica, cardiologia, dermatologia, gastroenterologia, reumatologia e medicina de família.

Dessa forma, aliando a pesquisa etnográfica ao discurso dos médicos, esse estudo configura as estratégias médicas para lidar com os sintomas vagos e difusos em biomedicina.

1. INTRODUÇÃO

No final do século XVIII, ocorreu uma ruptura de paradigma no interior do saber e da prática médica; a medicina, segundo a conceituação de Foucault (2001), torna-se, nesse momento, anátomo-clínica. Nessa perspectiva, passa-se a pensar a doença como localizada no corpo humano, e a anatomia, até então, sem nenhuma função para uma medicina eminentemente erudita, insere-se na prática médica. Assim, o referencial da clínica médica passa a ser a doença e a lesão, isto é, o objetivo do médico é identificar a doença e a sua causa. Basta remover a causa para que haja a cura da doença. Doença e lesão estabelecem, então, uma relação de co-dependência, uma necessita da outra para existir (CAMARGO Jr., 2003).

Apesar dos progressos verificados por essa perspectiva, entendemos que esse modelo de medicina, baseado preponderantemente no objetivismo, trouxe algumas conseqüências e impasses indesejáveis para a prática médica. Assim, inúmeros autores vieram a criticar o reducionismo organicista da medicina vigente. Dentre outros, nomeamos os trabalhos clássicos de Clavreul (1983) e Foucault (2001), e, mais recentemente, Camargo Jr. (1997, 2003) e Bonet (1999, 2004).

Além disto, verificamos, no campo da saúde coletiva, a emergência de novas abordagens para se pensar o adoecimento, tais como a clínica ampliada, a humanização do atendimento, as discussões sobre a integralidade das ações de saúde e a produção do cuidado com vistas à transformação do modelo tecno-assistencial. Concomitante a essas propostas, tem-se observado nos últimos anos uma crescente aceitação das medicinas ditas alternativas em nossa sociedade. A capacidade resolutiva dos problemas de saúde por estes sistemas de cura deve-se fundamentalmente à peculiar interpretação do binômio saúde-doença, no qual os aspectos psíquicos e físicos são indissociáveis na busca do restabelecimento do equilíbrio (NOGUEIRA, 2003).

Compreendemos que esses sinais indicam que a prática biomédica apresenta impasses, o que Luz (1997) considera uma crise nas suas dimensões ética, política, pedagógica e social. Não obstante, nessa tese, gostaríamos de chamar a atenção para a necessidade de examinar uma outra dimensão do problema: as dificuldades produzidas por obstáculos internos à própria racionalidade biomédica.

Desse modo, optamos por estabelecer uma discussão sobre o modelo da biomedicina em sua profundidade esotérica, trazendo à tona uma reflexão sobre o lugar, ou o não-lugar, que os fenômenos subjetivos relacionados ao adoecimento ocupam nesse modelo, e sobre quais as estratégias usadas pelos médicos para lidar com eles.

Por aspectos subjetivos do adoecimento nos referimos a uma gama de manifestações frequentes na prática médica, as quais são dificilmente enquadráveis nos diagnósticos possíveis em biomedicina, e que recebem diferentes denominações tais como "funcionais", "distúrbios neurovegetativos", "somatizações", "histeria", "doenças psicossomáticas", etc. Essas nomenclaturas se referem a um conjunto de sintomas em que não são encontrados uma lesão orgânica, ou uma causalidade reconhecida.

Duarte (1987), Costa (1987) e, mais recentemente, Silveira (2000) trabalharam com a categoria "nervos" que se encontra misturada neste emaranhado de manifestações, cujas queixas físicas não são explicáveis pelo modelo biomédico e se situam na fronteira do somático e do psíquico:

A síndrome popular do nervoso, compreendendo uma gama de sinais e sintomas emocionais e orgânicos, em associações e intensidades diversas, coincide, em geral, com a descrição clássica de histeria ou com que os médicos reconhecem como piti ou psico (SILVEIRA, 2000, p. 70).

Para Trillat (1991), as relações da biomedicina com estes ditos aspectos subjetivos do adoecer, aos quais denomina de histeria, seriam, na atualidade, inexpressivas. Ao se perguntar o

que resta da histeria hoje, o autor responde "não grande coisa". Se esse conjunto de manifestações somáticas já gozou de grande reputação no meio médico, sobretudo no século XIX com as pesquisas desenvolvidas por Charcot e posteriormente por Freud, atualmente parece ter caído em descrédito:

A histeria foi despojada. Ela perdeu seus trajes ridículos, estranhos, desconcertantes; aqueles que, aos olhos dos médicos, constituíam seu atrativo e charme. A auréola misteriosa e maravilhosa que a circundava desde a antiguidade se dissipou (TRILLAT, 1991, p. 281).

Se ainda há reputação da histeria, ou não, dentro do modelo biomédico é uma questão a se investigar, mas podemos afirmar que a somatização em geral constitui-se em um problema de relevância epidemiológica. Um estudo organizado pela Organização Mundial de Saúde sobre somatização na atenção primária em 14 países, demonstrou uma grande incidência desse tipo de manifestação (GUREJE; SIMON; USTUN; 1997). Além disso, a pesquisa revela que essa demanda se configura num problema comum em diferentes culturas com significantes prejuízos à saúde, constituindo-se numa questão de saúde pública mundial.

Apesar de sua importância, os demandantes desse tipo de cuidado freqüentemente estão à margem da assistência hospitalar e são atendidos no âmbito extra-hospitalar – em ambulatórios de clínica médica e em postos de saúde (ALMEIDA, 1988; BRASIL, 1995). Camargo Jr. (1990) afirma que esses sofredores são rechaçados pelo sistema médico-institucional o qual não consegue responder as suas demandas. Entendemos que os portadores destas queixas não são pacientes, mas "quase-pacientes", visto que ficam vagando e estabelecendo uma rotina de ir e vir na periferia das instituições de saúde. Por isso, ao tratarmos desses indivíduos, nos referiremos como "sofredores", "sofredores de sintomas considerados vagos e difusos" ou mesmo "quase-pacientes". Acreditamos que usar uma nomenclatura não usual, diferente das comumente usadas pelos atores – médicos, profissionais de saúde e pesquisadores da temática –, dá-nos

instrumentos para analisar criticamente todos os aspectos da questão, inclusive as denominações usadas para designar esse conjunto de manifestações.

É importante ressaltar que o sofredor de sintomas considerados vagos e difusos não será o nosso objeto de estudo, mas as respostas dos médicos em relação às manifestações apresentadas por esses demandantes de cuidado. Não pretendemos categorizar esses sintomas, oferecer um nome a eles – tal como é feito nos manuais de transtornos mentais ou de clínica médica –, mas esperar que os próprios médicos nos forneçam os seus diferentes olhares sobre a questão. Interessa-nos focar a resposta do médico diante desse tipo específico de sofrimento e identificar como essas queixas lhes afetam. Assim, as investigações que faremos sobre esta temática são-nos e ser-nos-ão úteis como ferramentas, como unidades de análise, a fim de identificarmos as estratégias dos médicos frente a esta demanda.

Trabalhamos com a hipótese subjacente de que esses sofredores, ao apresentarem uma demanda que não apresenta uma lesão ou uma causalidade reconhecida, constituem-se numa anomalia – no sentido kuhniano – do paradigma biomédico. Em linhas gerais, Kuhn (2003) afirma que as anomalias são problemas que não estavam previstos – com os quais o cientista não se encontraria preparado para lidar. Assim como os cientistas, os médicos deparam com enigmas e fracassos em seu cotidiano, e um deles seria o conjunto de sofrimentos considerados como vagos e difusos.

A apresentação mais detalhada desta reflexão baseada nas abordagens complementares de Kuhn (1989; 2003) e Fleck (1986) encontra-se desenvolvida no corpo do texto e ocupa papel central nessa tese.

2. A RACIONALIDADE BIOMÉDICA, A EPISTEMOLOGIA E OS SINTOMAS VAGOS E DIFUSOS

2.1. A CIÊNCIA MODERNA E A BIOMEDICINA

A emergência de uma racionalidade científica moderna surge no século XVI, quando ocorre uma ruptura na forma de ver e de organizar o mundo. O predomínio de um pensamento religioso, de um olhar de totalidade para o universo que integrava homem, natureza, sobrenatural e realidade, característicos do período medieval é substituído por uma visão dessacralizada do mundo (LUZ, 1988; KOYRÉ, 1991).

O homem não assume mais uma atitude contemplativa frente à natureza, mas de domínio perante ela. Ao afirmar-se proprietário desta, faz uma cisão entre o humano e o divino, e entre o humano e o natural. São separados Deus, homem e natureza. Segundo Luz (1988), essa atitude antropocêntrica leva o indivíduo a conhecer o mundo natural com o objetivo de desvendá-lo, explorá-lo e desbravá-lo. A natureza assume um caráter de externalidade, entendida como um objeto a ser conhecido. A exterioridade, a independência e a objetividade tornam-se sinônimos da forma moderna de perceber os fenômenos naturais:

A existência *objetiva e independente* da natureza face ao mundo humano, é, desta forma, condição epistemológica e ontológica para que o homem possa conhecê-la e moldá-la, para que coloque sobre o reino da natureza o selo da sua ordem. A ordem da razão (LUZ, 1988, p. 21).

Propaga-se a noção de que a verdadeira natureza ainda está para ser descoberta, e nessa busca a observação é inserida como uma prática sistemática. Nessa nova configuração de mundo, não basta contemplar o natural, é preciso buscar evidências empíricas, e de significados racionais. A produção de novos saberes e verdades guiam-se pelo método científico moderno,

isto é, o experimentalismo e a matemática são considerados adequados para expressar a linguagem da razão (LUZ, 1988).

A natureza passa a ser vista como uma entidade material, objetiva, um objeto cognoscível, e a razão é transformada no sujeito cognoscente. A separação entre sujeito e objeto aparece com uma das marcas que distinguem a ciência moderna.

A montagem do paradigma científico mecanicista teve a contribuição fundamental do filósofo René Descartes no século XVI. Advém do pensamento cartesiano o dualismo corporeamente, noção que veio a contribuir para todas as outras dicotomias possíveis, como, por exemplo, matéria-espírito, objetivo-subjetivo, razão-emoção etc. Dentre as rupturas produzidas, a que ocorre no próprio sujeito do conhecimento é significativa, o homem é fragmentado em compartimentos: razão, sentidos, paixões e vontade. A sociedade moderna institui espaços sociais para cada uma dessas esferas. Assim, para o exercício da ciência "usa-se" a razão, para estética "usam-se" os sentimentos (LUZ, 1988). O homem fragmentado é neutro, objeto e sujeito da ciência: "Dentro dessa concepção de neutralidade, o cientista apenas descobre algo que existe objetivamente fora dele, ou seja, independente de sua subjetividade" (VAITSMAN, 1995, p. 21).

A racionalidade científica moderna tem como principais fundamentos práticos e discursivos a afirmação da objetividade, da verificação e da mensuração. Esses são os recursos para a busca de regularidades e leis que pretendem ser universais. Desse modo, as práticas e saberes das disciplinas passam a ter suas produções e suas verdades legitimadas e validadas a partir desses critérios.

Esse processo também ocorre com a medicina que se organiza de acordo com os pressupostos erigidos pela ciência. Como vimos, houve uma mudança paradigmática no saber e na prática médica no final do século XVIII; a medicina, torna-se anátomo-clínica. Bichat, ao estudar as superfícies tissulares, inaugura uma nova concepção, denominada de medicina moderna (FOUCAULT, 2001). A partir desse momento, passa-se a pensar a doença como

localizada no corpo humano, e a anatomia, que até então não possuía nenhuma importância para a medicina, introduz-se na prática médica.

Com isso a medicina faz sua opção pela naturalização do seu objeto através do processo de objetivação, e da construção de generalidades. Desse modo, a própria medicina ocidental refletiu, e ainda reflete, a crença na metodologia adotada pela ciência: racionalizar, objetivar, compartimentar, tecnocratizar. Para Helman (2003), essa disciplina passa a obedecer a algumas premissas básicas: a racionalidade científica, a ênfase na mensuração objetiva, numérica e em dados psicoquímicos, o dualismo mente-corpo, a visão das doenças como entidades e o reducionismo.

Desse modo, apesar dos progressos obtidos por essa ótica, acreditamos que esse pensamento mecanicista trouxe sérias conseqüências para a vida do homem, ao excluir as dimensões subjetivas do viver e do adoecer humanos.

2.2. O MODELO BIOMÉDICO E A SUBJETIVIDADE DO ADOECIMENTO

A medicina ocidental é hoje denominada por muitos autores de biomedicina, dada sua estreita vinculação com disciplinas oriundas das ciências biológicas. O referencial dessa clínica médica encontra-se na correlação entre doença e a lesão. O médico tem como objetivo identificar a doença e a sua causa, e entende que, ao remover a causa, ocorre a cura da doença. A díade doença-lesão aparece tão fortemente nas representações do saber médico que se estabeleceu um conjunto de proposições implícitas norteadoras à prática do médico. Conjunto este denominado de teoria das doenças:

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., 2003, p. 73).

Essas proposições não aparecem explicitamente em livros ou manuais de ensino da medicina, são, entretanto, familiares a qualquer médico. A partir dessa consideração, notamos que há pouco ou nenhum questionamento sobre essa condição por parte dos médicos; as doenças não são vistas como construções, ficções criadas e categorizadas por homens, mas efetivamente como entidades que existem autonomamente. Estas se apresentam e, cabe ao médico identificá-las, encontrar a lesão para, como diria Foucault (2001) em *O nascimento da clínica*, dar visibilidade àquilo que está invisível. A descoberta da lesão implicou na busca de uma causalidade, isto é, no desvendamento de uma cadeia lógica das influências causais que resultaram na patologia (HELMAN, 2003).

Para Canguilhem, a medicina contemporânea estabeleceu-se cindindo a doença e o doente:

a medicina de hoje fundamentou-se, com a eficácia que cabe reconhecer, na dissociação progressiva entre a doença e o doente, ensinando a caracterizar o doente pela doença, mais do que identificar uma doença segundo o feixe de sintomas espontaneamente apresentado pelo doente (2005, p. 24).

Enquanto o referencial teórico do médico são os acima citados, o sofrimento do paciente torna-se irrelevante; "quando a doença passa a ser 'real' o paciente virtualiza-se" (CAMARGO Jr., 1998, p. 10). Paradoxalmente, ignora-se aquilo que deveria ser a categoria central a qual nortearia a prática médica: o médico em última instância deveria trabalhar sabendo que lida com um paciente o qual sofre e que esta experiência envolve uma série de questões as quais escapam ao biológico, pois se referem a questões psicológicas, culturais e sociais. É frequente

encontrarmos na prática discursiva da medicina referências à necessidade de uma abordagem biopsicossocial, há, contudo, uma total primazia do campo biológico sobre os demais:

Categories fundamentais no que concerne ao adoecer como por exemplo, SOFRIMENTO, SAÚDE, HOMEM (no sentido de "ser humano"), VIDA, CURA, encontram-se perdidas nas brumas do imaginário ou empurradas para o terreno da metafísica (CAMARGO Jr., 2003 , p. 74).

Assim, a biomedicina estaria direcionada para a descoberta de informações consideradas passíveis de quantificação e não voltada para outros aspectos, tais como sociais ou emocionais, que são dificilmente mensuráveis.

A partir desses referenciais, os médicos são guiados por comportamentos que se baseiam em padrões científicos mais que em particularidades e procuram fazer com que seu trabalho esteja focado na competência técnica e na objetividade sem envolvimento emocional com o paciente (FREIDSON, 1988).

Para Clavreul (1983), não existe uma relação médico-paciente, mas instituição médica-doença. O médico seria o representante da ordem médica, e o doente teria que adequar a sua queixa à objetividade do discurso médico. Portanto, não haveria uma relação entre eles como sujeitos dotados de subjetividade. Já Canguilhem contesta uma relação médico-paciente, cujo médico apenas interceda como um técnico, com o objetivo de reparar um mecanismo perturbado:

Não há pior ilusão de subjetividade profissional, por parte dos médicos, do que a sua confiança nos fundamentos estritamente objetivos de seus conselhos e gestos terapêuticos, desprezando ou esquecendo autojustificadamente a relação ativa, positiva ou negativa, que não pode deixar de estabelecer entre médico e doente (2005, p. 61).

Bonet (1999) afirma que o trabalho médico é marcado por uma ambigüidade em relação ao que os médicos devem saber e ao que sentem ao fazer; o saber e o sentir seriam a expressão

de uma tensão estruturante que se encontra presente no interior da prática médica. Durante os anos de formação, o médico aprenderia a manejar esta tensão, e gradativamente as manifestações relacionadas à subjetividade, ao emocional iriam sendo excluídas da prática cotidiana. A tensão estruturante apareceria em ocasiões de interações sociais que favorecessem a eclosão de conflitos. Como exemplo, o autor menciona o momento de passagem das visitas médicas, o contato com o paciente terminal e dá um destaque especial à diagnose.

No momento de construção do diagnóstico, aparecem vários elementos como sentimentos, dúvidas, tentativas e erros, porém, no resultado final, isto desaparece, adquirindo um estatuto de saber científico. Sendo assim, perdem-se as contextualizações históricas e sociais que se apresentavam no momento da sua construção:

Com isso queremos dizer que nesse processo de constituição do diagnóstico ocorrem negociações, tácitas ou explícitas, avaliação dos enunciados produzidos e do agente que os produz, mas que na formulação "científica" do diagnóstico ficam eliminadas. Deste modo, a esse diagnóstico construído lhe é outorgado um critério de "objetividade" (BONET, 1999, p. 140).

O diagnóstico, então, receberia o estatuto de "fato" e teria, na contemporaneidade, como importante aliado o uso das tecnologias. O método clínico tradicional que consiste em o médico ouvir o paciente apresentar seus sintomas e sua evolução e, posteriormente, investigar seus sinais físicos tem sido relegado em detrimento da tecnologia diagnóstica. Isso resulta num afastamento do método subjetivo de diagnóstico – que envolveria a subjetividade dos sintomas do paciente e a interpretação dos sinais físicos por parte do médico – e na ênfase em métodos objetivos. Desse modo, o levantamento e a mensuração dos fenômenos patológicos podem ser identificados através de recursos como tomografias, exames de sangue, radiografias, entre outros (HELMAN, 2003).

Os médicos, ao buscarem a objetividade dos exames clínicos, colocando em segundo plano a observação clínica, não se atentam para o fato de que os dados produzidos nos exames, por mais objetivos que sejam, sempre vão passar por um processo interpretativo (CAMARGO Jr., 2003). Segundo Hacking (1992), as inscrições produzidas pelos dados, como gráficos, tabelas, fotografias e registros – chamadas por ele de "marcas"–, para serem decifradas, requerem a interpretação.

Embora a biomedicina tente se adequar ao modelo preconizado pela ciência, o médico em sua prática clínica não consegue cumprir esse ensejo, pois a subjetividade apresenta-se em vários momentos: na sua experiência, nas interpretações dos exames, ao tomar decisões e julgamentos (GUIMARÃES e LUZ, 2000).

Por mais que haja uma série de fatores envolvidos na prática clínica que escapem ao terreno da objetividade científica, o médico é formado para desconsiderar esses aspectos na prática clínica. Nas palavras de Castiel:

Médicos não são educados para lidar com a dimensão do sofrimento embutida nas manifestações oriundas de processos de adoecer traduzidos através dos signos construídos pela semiologia médica e pelas tecnologias diagnósticas e terapêuticas. Os praticantes da biomedicina são treinados de um modo cético que tende a minimizar, no momento da intervenção, os fenômenos da chamada subjetividade ou então tentar controlá-los... (1999, p. 144)

Percebemos que a subjetividade do adoecimento, isto é, a complexidade e a singularidade do sofrimento humano, e, mais ainda, a sua dimensão fenomenológica, experiencial, nunca chegou a ser objeto das ciências biomédicas, e, por isso, encontramos alguns sérios problemas nas situações clínicas. Se por um lado, os médicos trabalham com o modelo da biomedicina, com ênfase em dados físicos, quantificáveis, ignorando as esferas psicológicas, sociais e culturais,

por outro lado, muitos pacientes experienciam um sofrimento que transcende a capacidade resolutive desse modelo.

Nas consultas clínicas os pacientes demandam alívio dos seus sofrimentos e os médicos procuram objetivá-los segundo as séries classificatórias dadas em biomedicina. Entretanto, nem todos os diagnósticos nosológicos em biomedicina podem ser estruturados através dos critérios considerados objetivos como a identificação de uma lesão/disfunção ou o reconhecimento de uma causalidade. Há constantemente, nos ambulatórios, uma demanda de sofrimentos relacionados a mal-estares, que estão, muitas vezes, permeados por questões de ordem social, psíquica ou moral – as quais Almeida (1988) aponta não serem enquadráveis nos diagnósticos possíveis em biomedicina.

Ao não se encaixarem nos referenciais taxonômicos da biomedicina, tornam-se um problema para o diagnóstico, colocando em xeque o saber médico, já que estes pacientes possuem persistentes sintomas físicos sem que o médico possa detectar uma doença. Segundo Simonetti (2004), há vários termos em medicina para nomear estas manifestações. A terminologia "histeria" seria, para este autor, a mais freqüente para indicá-las. Todavia, o caráter pejorativo que foi se atribuindo ao termo no decorrer da história fez com que houvesse uma tendência, hoje em dia, de se utilizar nomenclaturas mais descritivas, tais como "distúrbio neurovegetativo" (DNV), "distúrbio conversivo ou dissociativo", "somatização", "psicossomática", "neurose conversiva", entre outras. Além disto, haveria outros nomes também usados pelos médicos no seu cotidiano para se referir a estas manifestações como: "piripaque", "chilique", "frescura", "dramatização", etc.

Utilizaremos a seguir a abordagem epistemológica complementar de Kuhn (2003) e Fleck (1986) sobre o modo de produção de conhecimentos científicos como uma das ferramentas principais para estudar o lugar que os sintomas considerados vagos e difusos ocupam na biomedicina.

2.3. A EPISTEMOLOGIA E A BIOMEDICINA: AS ABORDAGENS DE KUHN E FLECK

Estamos a par das controvérsias em torno da aplicação da epistemologia, sobretudo de Kuhn, à prática assistencial (MATTOS, 1993). Entendemos, contudo, que, embora as relações entre saber e prática no domínio da biomedicina sejam sutis e confusas, a dimensão epistemológica segue se impondo ao menos como uma norma técnica de legitimação e de validação da ação médica (CAMARGO Jr., 2003; 2004).

Assim, parece-nos plausível e heurísticamente útil empregar noções chave que emergem do modelo kuhniano e fleckiano para estudar a interação saber-prática no domínio da atividade profissional do médico, por supormos que a mesma é, ao menos, análoga àquela do cientista no seu fazer:

Penso que supor, como Kuhn, a ciência como um empreendimento apenas **parcialmente** racional, e considerar o **paradigma** como determinante fundamental na forma como o cientista percebe o mundo, abre novas perspectivas no estudo de que chamei de **paradoxos da clínica**. Refiro-me em especial ao papel condicionante que as teorias correntes acerca das categorias diagnósticas e de sua gênese têm no modo como o médico traduz o sofrimento que seus pacientes apresentam, supervalorizando os aspectos objetiváveis, traduzidos em **doença**, e deixando de lado o universo subjetivo do sofrer. Proponho como hipótese de trabalho que essa dissociação deve-se a existência de um paradigma **clínico-epidemiológico**, que condiciona a percepção do médico ao modelo da teoria das doenças. Sendo um paradigma, não é completamente enunciável em termos objetiváveis, e seu aprendizado tampouco se faz por proposições lógicas analiticamente decompostas, mas mediante exemplos (CAMARGO Jr., 1992, p. 10-1).

Desse modo, acreditamos que realizar uma discussão epistemológica da biomedicina é um exercício fundamental para a reflexão dos sintomas vagos e difusos no paradigma biomédico, na medida em que é consensual o alto grau de subjetividade que envolve a prática médica.

2.3.1. KUHN: PARADIGMAS E ANOMALIAS

Kuhn (2003) oferece uma significativa contribuição à epistemologia, sobretudo ao desenvolver o conceito de "paradigma". Segundo ele, os paradigmas seriam modelos e padrões consensualmente aceitos em uma comunidade científica os quais guiariam a prática do cientista.

Um cientista estaria, em seu cotidiano, sendo regido por modelos que são compartilhados pelos seus membros, submetendo-os a regras e padrões da prática científica, e seu surgimento se daria quando houvesse uma síntese capaz de cativar grande parte de seus praticantes, em especial das novas gerações.

A prática de um cientista é o que Kuhn (2003) denomina de ciência normal, isto é, todo o trabalho que se dirige para a consolidação do conhecimento.

O *status* de um paradigma é justificado de duas formas: por conseguir partidários que se convençam de que aquele paradigma pode solucionar questões as quais os cientistas consideram graves e, concomitantemente, por ser amplo o suficiente para trazer uma gama de problemas os quais devam ser resolvidos por eles.

Parte-se da noção de que o paradigma deve ser constantemente aperfeiçoado e lapidado, pelos cientistas, ao fazer a ciência normal, que, mesmo sem se dar conta, estariam trabalhando para a sua manutenção. O fazer ciência não incluiria novos fenômenos, e tampouco a invenção de teorias novas; o enfoque estaria "dirigido para a articulação dos fenômenos e teorias já fornecidos pelo paradigma" (KUHN, 2003, p. 45).

Desse modo, os cientistas teriam um trabalho restrito no que tange a produção de conceitos, não iriam além das cercanias dos padrões e dos modelos paradigmáticos nos quais estão incluídos. Essas áreas seriam minúsculas, e não haveria nenhum interesse por parte dos cientistas em ampliá-la, produzindo novidades. Apesar disto, eles parecem se fascinar pelas resoluções de problemas que lhe são impostos na pesquisa normal – a principal motivação do fazer ciência.

Segundo Kuhn (2003), o cientista resolve "quebra-cabeças" em sua pesquisa normal. A utilização deste termo está relacionada à exposição de enigmas que colocam em teste a habilidade dos indivíduos na solução de problemas. No processo de fazer ciência, problemas de grande importância não são considerados os "quebra-cabeças". Assim, estes não são definidos pela sua relevância, mas pela sua capacidade de serem solucionáveis.

O autor ainda afirma que um paradigma possui problemas os quais podem ser resolvidos, e os seus membros são estimulados a fazê-lo. A habilidade de solucionar "quebra-cabeças" é a demonstração de que um indivíduo é um perito nesta seara: "o que o incita ao trabalho é a convicção de que, se for suficientemente habilidoso, conseguirá solucionar um quebra-cabeça que ninguém resolveu ou, pelo menos, não resolveu tão bem" (KUHN, 2003, p. 61).

A orientação do trabalho do cientista pode se dar sem a presença de regras explícitas:

Os cientistas trabalham a partir de modelos adquiridos através da educação ou da literatura a que são expostos posteriormente, muitas vezes sem conhecer ou precisar conhecer quais características que proporcionam o *status* de paradigma comunitário a esses modelos. Por atuarem assim, os cientistas não necessitam de um conjunto completo de regras (KUHN, 2003, p. 70).

As regras somente são colocadas em questão quando os paradigmas mostram-se inseguros. Nos períodos em que está para ocorrer uma substituição paradigmática, é constante a

indagação sobre métodos, solução de problemas, e tudo aquilo que envolve os procedimentos da ciência normal. Desse modo, embora não haja esforço em produzir novidades, estas efetivamente ocorrem e podem produzir descontinuidade, o que o autor denomina de revolução científica (KUHN, 2003).

As novas descobertas são um processo lento e demorado e caracterizam-se pela recorrência de uma estrutura, isto é, esse processo se inicia com a consciência de uma anomalia – aquilo que não estava previsto – com a qual o pesquisador não se encontra preparado para lidar: "a descoberta começa com a consciência da anomalia, isto é, com o reconhecimento de que, de alguma maneira, a natureza violou as expectativas paradigmáticas que governam a ciência normal" (KUHN, 2003, p. 78).

Após o seu reconhecimento, os cientistas dedicam-se a adequar essa anomalia ao paradigma, e para isto é feita uma exploração na área na qual esta ocorreu. Há uma tentativa de ajustamento deste elemento inesperado. Em síntese, todas as descobertas apresentam três traços básicos: a consciência da anomalia, a verificação desta no plano conceitual e da observação e, finalmente, uma modificação das categorias e dos procedimentos de um paradigma. A transformação geralmente é seguida de uma resistência por parte dos cientistas.

Kuhn relata o processo de consciência de uma anomalia, demonstrando como uma nova descoberta fora do padrão paradigmático é recebida com resistência, e como esta irá garantir que o cientista tente incorporar a novidade ao paradigma:

Inicialmente experimentamos somente o que é habitual e previsto, mesmo em circunstâncias nas quais mais tarde se observará uma anomalia. Contudo, uma maior familiaridade dá origem à consciência de uma anomalia ou permite relacionar o fato a algo que anteriormente não ocorreu conforme o previsto. Essa consciência da anomalia inaugura um período no qual as categorias conceituais são adaptadas até o que

inicialmente era considerado anômalo se converta no previsto (2003, p. 91).

A anomalia produz fracasso na resolução dos enigmas (os "quebra-cabeças") cotidianos enfrentados pelos cientistas na ciência normal, gerando insegurança profissional, modificações nos aparatos técnicos e produção de novas teorias. Essas características seriam o enunciado de uma crise.

Novas teorias ocorrem precedidas de uma crise, cuja anomalia necessariamente encontra-se presente. Entretanto, os fenômenos anômalos não seriam razão para que cientistas abandonassem um modelo paradigmático, por mais que tais fenômenos sejam persistentes. Uma das razões para essa posição é que, ao negar um paradigma, é necessário que já se tenha um substituto: "rejeitar um paradigma sem simultaneamente substituí-lo por outro é rejeitar a própria ciência" (KUHN, 2003, p. 110).

Além disto, o fato de se encontrarem anomalias não significa que haja uma crise. Kuhn (2003) indaga-se sobre o que diferencia a ciência normal e daquela em estado de crise. Segundo ele, não seria a presença de fenômenos anômalos. Os "quebra-cabeças" no cotidiano dos cientistas se apresentam porque não existem paradigmas que tenham solucionados todos os seus problemas. Assim, com exceção dos enigmas instrumentais, cada "quebra-cabeça" poderia ser visto como um contra-exemplo, e, logo, como um princípio de crise.

Deste modo, essa diferenciação não pode ser vista de uma forma causalista, se, por um lado, uma anomalia grave e persistente pode não levar a uma crise, por outro, uma que não apresentava nenhuma importância aparente poderá desencadeá-la.

A presença de anomalias não significa que possam causar a emergência de teorias as quais vão se configurar em um novo paradigma. O advento de uma crise nem sempre é suficiente para a substituição paradigmática. Algumas vezes a ciência normal acaba se revelando capaz de tratar do problema que provoca a crise. Em outras ocasiões, o problema resiste até mesmo a

novas abordagens. Nesse caso, o problema recebe um rótulo e é posto de lado para ser resolvido posteriormente. Ou, de fato, pode terminar com a emergência de um novo paradigma. Nas palavras de Kuhn:

Algumas vezes a ciência normal acaba revelando-se capaz de tratar do problema que provoca a crise, apesar do desespero daqueles que o viam como o fim do paradigma existente. Em outras ocasiões o problema resiste até mesmo a novas abordagens aparentemente radicais. Nesse caso, os cientistas podem concluir que nenhuma solução para o problema poderá surgir no estado atual da área de estudo. O problema recebe então um rótulo e é posto de lado para ser resolvido por uma futura geração que disponha de instrumentos mais elaborados. Ou, finalmente, o caso que mais nos interessa: uma crise pode terminar com a emergência de um novo candidato a paradigma e com uma subseqüente batalha por sua aceitação (2003, p. 115-6).

A transição paradigmática é marcada por uma ruptura, ou seja, abandona-se toda a tradição científica anterior e introduz-se uma nova, a qual é guiada por teorias, regras e, muitas vezes, métodos completamente diferentes dos vigentes até então. A revolução científica implica em rompimentos, e não em processos cumulativos.

Assim, as revoluções científicas acarretariam mudanças na forma de conceber o mundo do cientista – deixam-se de lado as percepções anteriores e adota-se uma nova. O cientista, então, é obrigado a se familiarizar com um novo olhar e, quando isso é feito, passa a efetivamente ver e a trabalhar num novo universo.

É importante ressaltar que, no posfácio do *Estrutura das Revoluções Científicas*, Kuhn (2003) admite que o termo paradigma é utilizado por ele com dois sentidos distintos. Um indicaria crenças, técnicas e valores compartilhados por uma comunidade, o outro se referiria a exemplos ou modelos que substituem as regras explícitas na solução de "quebra-cabeças". Em

Reconsiderações acerca dos paradigmas, afirma que o primeiro sentido é global e o segundo seria um subconjunto do primeiro.

Kuhn (1989) passa a definir o paradigma como uma "matriz disciplinar", o termo é usado porque uma "matriz" é composta de variados elementos e "disciplinar" porque essa "matriz" pertence aos praticantes de uma dada disciplina profissional. Esta seria composta sobretudo por generalizações simbólicas, modelos e exemplares. As generalizações simbólicas tratariam dos componentes formais da matriz disciplinar, referindo-se às expressões desenvolvidas pelo grupo, as quais podem se tornar com facilidade uma forma lógica. Os modelos dariam ao grupo as analogias e, finalmente, os exemplares seriam as resoluções de problemas concretos aceitos pelo grupo como paradigmas.

2.3.2. Fleck: as exceções e a tendência à persistência dos sistemas de idéias

Através de sua epistemologia, Fleck (1986) oferece uma significativa contribuição aos estudos referentes à medicina. Em seu livro *A gênese e o desenvolvimento de um fato científico*, realiza um estudo sobre o desenvolvimento histórico da sífilis e da reação de Wasserman, demonstrando como os "fatos científicos" estariam condicionados às circunstâncias históricas e culturais.

O autor ressalta, desde o início de sua obra, a característica coletiva, interdisciplinar e cooperativa da investigação em medicina. Segundo ele, o fazer ciência é sempre um processo coletivo e delimitado por estruturas sociológicas, históricas e culturais. Esta "imposição" cognitiva seria explicada através de dois conceitos: o coletivo de pensamento e o estilo de pensamento. O primeiro "designaria uma unidade social de uma comunidade de cientistas de um campo específico", enquanto o segundo seria definido como "as pressuposições de acordo com um estilo sobre as quais o coletivo construiria seu edifício teórico" (FLECK, 1986, p. 23).

Sendo assim, o conhecer não se daria como um processo individualizado, mas fruto de uma atividade social que teria uma característica coercitiva:

O coletivo de pensamento se compõe de indivíduos, entretanto, o indivíduo não tem nunca, ou quase nunca, consciência do estilo de pensamento coletivo, que quase sempre exerce sobre seu pensamento uma coerção absoluta e contra o que é sensivelmente impensável uma oposição (FLECK, 1986, p. 87).

Para Fleck (1986), não haveria um olhar que não estivesse impregnado por pressuposições, pela mediação de um estilo de pensamento. Desse modo, a aquisição do conhecimento em uma disciplina passaria por dois momentos: um ver confuso inicial e um ver formativo. O último somente seria possível após uma vivência prática e teórica em um determinado campo. Após essa vivência, os indivíduos passariam a ver segundo os cânones daquela área. Paralelamente a esse processo, haveria uma diminuição da capacidade de ver aquilo que se contrapõe ao sistema.

Sendo assim, a inserção em um campo de conhecimento teria mais a característica de doutrinação do que de incentivo a um pensamento crítico, e o ensino comportaria o sugestionamento de idéias autoritárias: "toda introdução didática é, portanto, um conduzir – dentro, uma suave coerção" (FLECK, 1986, p.151).

A propensão a pensar e agir de uma determinada maneira seria a principal característica de um estilo de pensamento. Este seria constituído por duas partes que estariam intrinsecamente relacionadas: "disposição para um sentir seletivo e para a ação conseqüentemente dirigida" (1986, p. 145). A partir disso, Fleck o define como: "um perceber dirigido com a correspondente elaboração intelectual e objetiva do percebido" (1986, p. 145). Desse modo, não seria possível pensar de outra forma que não fosse aquela do estilo de pensamento vigente:

O ver formativo (*gestaltsehen*) direto exige o estar experimentando no campo de pensamento de que se trate. Só depois de muita experiência, talvez depois de um treinamento preliminar, se adquire a capacidade para perceber imediatamente um sentido, uma forma (*gestalt*), uma unidade fechada. Ao mesmo tempo, desde logo, se perde a capacidade de ver qualquer coisa que contradiga essa forma. Porém é justamente tal disposição para um perceber dirigido que constitui o componente principal do estilo de pensamento (FLECK, 1986, p. 138-9).

Segundo Fleck (1986), em todo estilo de pensamento, há um período de classicismo, no qual todos os fatos encaixam-se à teoria, e um momento de complicações em que as exceções começam a aparecer. Entretanto, para que se possa manter a estrutura coletiva, costuma-se negar, afastar e reinterpretar (de acordo com o estilo) todas as contradições do sistema. Assim, ocorre uma tendência à persistência das concepções: "Uma vez que haja formado um sistema de opiniões estruturalmente completo e fechado, composto por numerosos detalhes e relações, persistirá tenazmente contra tudo que o contradiga" (1986, p. 74).

Estas idéias constituem-se como estruturas rígidas e persistentes e formam algo que Fleck (1986) denomina de "harmonia de ilusões". Dessa forma, para que um estilo de pensamento permaneça harmônico, ocorrem procedimentos ativos os quais obedecem a alguns graus.

1. A contradição do sistema parece impensável. Quando um coletivo de pensamento passa a influenciar de tal maneira os indivíduos a ponto de introduzir-se na vida cotidiana e nas suas expressões lingüísticas, torna-se inadmissível a contrariedade.
2. Aquilo que não concorda com o sistema parece inobservável. O processo de persistência dos sistemas funciona como um todo fechado, só é possível perceber aquelas idéias que coadunam com o estilo de pensamento. O observar é sempre dirigido e orientado a uma meta, e há um alheamento de tudo que o contradiga.
3. No caso de uma contradição ser observada, pode-se fazer silêncio a respeito. Há uma tendência a encobrir as exceções, por vezes elas são ocultas por muito tempo, visto que se

opõem às idéias dominantes e somente podem vir à tona quando o estilo de pensamento é modificado.

4. Quando uma exceção é observada, podem-se também realizar grandes esforços para explicá-la em termos que não contradigam o sistema. Há um empenho em explicar a contradição, em torná-la parte de um sistema lógico. Para Fleck (1986), entretanto, este intuito, muitas vezes, não passa de uma aspiração. Desse modo, todo o movimento é no sentido de reinterpretar o elemento oponente até que ele se adéqüe ao estilo de pensamento.
5. Apesar dos legítimos direitos das concepções contraditórias, tende-se a ver, descrever e inclusive a formar somente as circunstâncias que corroborem com a concepção dominante. É como se pudesse transformar esta idéia numa realidade. Toda tendência à persistência dos sistemas comportam o que Fleck (1986) denomina de "ficção criativa", ou seja, a idéia mágica de acreditar que todos os sonhos científicos pudessem ser realizados.

Todavia, a tentativa de legitimar uma proposição tem sempre, segundo o autor, um caráter parcial, pois esta encontra-se intrinsecamente ligada ao coletivo de pensamento, o qual por sua vez está interligado a determinantes históricos, culturais e sociológicos.

2.3.3. A aplicação dos modelos de Kuhn e Fleck à biomedicina

Nesse trabalho, partimos da premissa de que a grande anomalia do paradigma biomédico está relacionada aos sintomas físicos sem que haja lesão ou causalidade orgânica reconhecida pela biomedicina. Esta situação pode ser vista como um contra-exemplo de um paradigma. Então, como a biomedicina está calcada nas ciências biológicas, focada na díade doença-lesão,

as manifestações que não apresentam marcadamente esta relação de causalidade aparecem na contramão deste direcionamento organicista.

Sabemos que a biomedicina experimentou avanços extraordinários na área tecnológica e medicamentosa, mas ainda assim apresenta inúmeros fracassos na prática clínica, sobretudo no que concerne ao médico lidar com fenômenos subjetivos no indivíduo que demanda por cuidado. Podemos extrair de Camargo Jr. (2003) três estratégias utilizadas pelos médicos ao lidar com esta situação. A primeira seria simplesmente afirmar que não há doença, tendo como justificativa a ausência de lesão – estes pacientes são nomeados de funcionais, polissintomáticos e até mesmo "pitiáticos". A última expressão denota claramente o caráter pejorativo desse tipo de manifestação na prática médica. Existem também os médicos que encaminham o paciente à psiquiatria, assim não deixam de oferecer algum tipo de atendimento ao doente, e por outro lado se vêem livres do problema que lhes é apresentado. E, finalmente, há os médicos que receitam tranqüilizantes, oferecendo uma saída biologizante para a dimensão do sofrimento subjetivo. Estas situações, com as quais a biomedicina não está preparada para lidar, são como uma "zona cinzenta", espaço onde o desencontro terapêutico vai se dar (CAMARGO Jr., 2004).

Se entendemos, no entanto, as manifestações somáticas sem causas explicáveis pela biomedicina como um fenômeno anômalo no sentido kuhniano, devemos nos ater a como as mesmas se expressam em um paradigma biomédico. As respostas habituais dos médicos aparecem no sentido de negar a existência de uma doença.

Almeida (1988) afirma que esses pacientes pela impossibilidade de terem objetivadas suas queixas acabam sendo vistos no meio médico como aqueles que "não têm nada" ou que tomam o tempo do médico com lamúrias. Os casos mais desafiadores ou insistentes seriam capazes de provocar reações violentas nos médicos. O autor menciona ainda que muitos são recebidos nos pronto-socorros com agressões verbais e medicados com substâncias que causam dor, tais como éter e glicose.

Giglio-Jacquemot também aponta para o alto grau de descaso dos médicos para aqueles que apresentam sintomas que lhe parecem com uma dimensão explicitamente psicológica, sobretudo quando manifestos em mulheres, considerada por eles como "grandes atrizes". Inúmeros são os deboches e brincadeiras, feitos entre médicos e residentes, sobre os usuários que consideram "não ter nada físico":

Bastante significativas são as várias denominações que lhe são dadas, tais como "piripaque", "piti", "SVC" (Síndrome da Vagina Carente), "SPA" (Síndrome do Pênis Ausente). O problema dessas mulheres "é a cabeça", e, por isso, não é levado a sério em termos de gravidade e de urgência, pois o corpo não está explicitamente comprometido, nem as "funções vitais" (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 69).

É possível, contudo, detectar na prática médica o reconhecimento de "algo que não estava previsto" dentro do seu modelo paradigmático, algo que escapa ao saber teórico-prático aprendido – a sintomatologia sem a presença de uma doença reconhecida pela biomedicina. E, por não saber como manejar estes pacientes, é que muitas vezes os médicos os encaminham para outros profissionais – psiquiatras e psicólogos. Podemos suspeitar, então, que estes são sinais de que há uma consciência e um reconhecimento da anomalia.

O segundo movimento observado é o de trazer esse desconhecido a um terreno conhecido, familiar. Para tal, a biomedicina recorre a um dos seus fundamentais instrumentos: a categorização. Apesar de Foucault (2001) demarcar uma ruptura no fim do século XVIII, momento em que se dá a passagem de uma medicina classificatória para anátomo-clínica, a medicina ocidental moderna não deixou de ser eminentemente classificatória. Desse modo, iremos constatar que há um esforço na biomedicina para incluir os sintomas físicos sem causas explicáveis dentro das suas inúmeras categorizações, isto é, tornar objetivo o subjetivo, transformar o invisível em visível.

Por outro lado, ao nos remetermos à Fleck (1986), podemos afirmar que estaríamos deixando para trás a época clássica da medicina, quando tudo funcionava conforme o modelo dominante. O autor postula que as teorias passam por dois momentos: o de classicismo e o de complicações, quando as exceções tornam-se presentes.

Como vimos anteriormente, os sistemas de idéias, para que possam manter a sua estrutura coletiva, e por conseguinte a sua harmonia, tendem a ser fechados e rígidos, por isso desenvolvem uma tendência à persistência das concepções, as quais obedecem a alguns graus. Acreditamos que este modelo oferecido por Fleck (1986) pode ser aplicado ao problema em questão, isto é, compreender como a biomedicina lida com as manifestações somáticas não explicáveis por uma causalidade reconhecida. Poderíamos sintetizá-lo seguindo os passos propostos por ele:

1. A biomedicina apresenta-se como um sistema fechado, o qual pode ser explicado através da díade lesão orgânica – doença e seus correspondentes.
2. Aquilo que foge à relação lesão orgânica-doença e seus correspondentes não é observável. Quando um paciente apresenta um sintoma, que não pode ser visto como uma doença comprovada, se entende que o paciente não tem nada.
3. Quando se observa algo que não estava previsto no sistema médico, pode-se fazer silêncio a respeito e, muitas vezes, há o encaminhamento para profissionais da área "psi," como psicólogos e psiquiatras. Esse movimento pode ser entendido como o reconhecimento de uma exceção, mas evita-se falar sobre.
4. Quando algo não previsto é observado, pode-se também realizar grandes esforços para explicar a exceção nos termos que não contradigam o sistema. A biomedicina tem um importante instrumento para tentar incorporar as exceções em seu modelo: as classificações. Estas são recursos com os quais se torna possível inserir o imprevisto na ordem do previsto.

5. Apesar dos legítimos direitos das concepções contraditórias, tende-se a ver, descrever, e inclusive formar, somente as circunstâncias que corroborem com a concepção dominante. Nesse sentido, é como se se pudesse transformar essa idéia em realidade. Desse modo, a contradição do modelo anátomo-clínico dificilmente é admitida, e as doenças são coisificadas, vistas efetivamente como "reais".

Assim, a partir da epistemologia de Fleck, verificamos que uma importante estratégia em biomedicina para lidar com as exceções de seu sistema é a tentativa de incorporação daquilo que não estava previsto. Podemos considerar, então, que desse modo parcial – através do estabelecimento de categorizações – a biomedicina consegue objetivar aquilo que não lhe parece visível. Apesar de classificar, tem poucos recursos para tratar, ficando comumente restrita ao uso de fármacos (ALMEIDA, 1988; SILVEIRA, 2000).

A partir dessas considerações, podemos observar que a classificação é, por um lado, uma importante estratégia para incorporar os ditos sintomas vagos e difusos em seu paradigma; e por outro lado, a expressão de um problema dificilmente solucionável na prática médica – visto que este tipo de sofrimento não é facilmente classificável dentro dos diagnósticos "tradicionais" em medicina.

Após constatarmos que um dos principais recursos em biomedicina para lidar com esses fenômenos anômalos é a tentativa de incorporá-los ao modelo através das categorizações, iremos, no capítulo seguinte, refletir sobre as classificações e a demanda de categorização dos sofredores de queixas dificilmente classificáveis.

3. A CLASSIFICAÇÃO E A DEMANDA DE CATEGORIZAÇÃO DOS SOFREDORES DE QUEIXAS DIFICILMENTE CLASSIFICÁVEIS EM BIOMEDICINA

3.1. A CLASSIFICAÇÃO EM BIOMEDICINA: DA HISTÓRIA NATURAL À BIOLOGIA E DA MEDICINA CLASSIFICATÓRIA À MEDICINA ANÁTOMO-CLÍNICA

Foucault (1992), em *As palavras e as coisas*, especialmente no capítulo "Classificar", discorre sobre os sistemas classificatórios da história natural e da biologia. Entendemos que esta explanação oferece uma estreita ligação com os saberes da medicina, uma vez que podemos demonstrar que a medicina clássica ancorava-se na história natural e que a moderna fundamenta-se nos conhecimentos das ciências biológicas.

A história natural – botânica e zoologia – configura-se numa forma de conhecimento que tem como objetivo observar e descrever os seres vivos privilegiando o olhar, isto é, aquilo que a visão, e somente ela, pode apreender da natureza:

O conhecimento não pretende penetrar nos objetos, mas os considera unicamente em sua superfície, reduzindo-os àquilo que se oferece ao olhar. Privilégio da visão que acarreta o desprestígio dos outros sentidos, desclassificados como formas de conhecimento (MACHADO, 1988, p. 126).

Foucault (1992) esclarece que a observação deve estar aliada à descrição, aquilo que é visto é transformado num sistema de signos, pois, ao descrever o objeto, o observador transmuda em palavras o que foi visto.

O objeto de pesquisa da história natural é a estrutura visível dos seres naturais. Quando Foucault (1992) utiliza o termo "estrutura" refere-se a uma forma de descrever que é analítica, ou seja, que consiste na decomposição do todo e no detalhamento das partes as quais compõem a

totalidade. Os componentes de uma planta – raízes, caules, folhas, flores, frutos – são analisados a partir de quatro variáveis: a figura/a forma, o número/a quantidade, a proporção/a grandeza relativa, e a situação/a distribuição do espaço. A aplicação dessas variáveis às partes constitutivas dos seres naturais seria chamada pelos botânicos de "estrutura". Somente ao conhecê-la seria possível nomear aquilo que foi observado. Como diria Machado, "o visto torna-se dito" (1988, p. 127).

A história natural – através da "estrutura" como instrumento de análise – tem como propósito conhecer as identidades e diferenças:

É preciso que ela [história natural] reúna em uma única e mesma operação o que a linguagem de todos os dias mantém separado: deve, a um tempo, designar muito precisamente todos os seres naturais e situá-los ao mesmo tempo num sistema de identidades e de diferenças que os aproxima e os distingue dos outros (FOUCAULT, 1992, p. 153).

É uma forma de conhecimento que se utiliza da comparação, da ordenação e da classificação. Não basta nomear os seres naturais, é preciso compará-los, para posteriormente classificá-los em uma hierarquia de reino, classe, ordem, gênero e espécie. Desse modo, a história natural é uma ciência que se configura como estritamente classificatória/taxonômica, na qual se deve confrontar os seres naturais e enquadrá-los em um sistema hierárquico (MACHADO, 1988).

Foucault (1992) aponta que, no final do século XVIII, ocorre uma ruptura na organização do saber da natureza, quando se dá a transformação da história natural em biologia. O conhecimento deixa de ter como objeto a estrutura visível dos seres naturais, torna-se empírico e concreto. Machado (1988), ao se referir a esse momento, assinala a passagem de uma dimensão de superfície para uma dimensão de profundidade, de um espaço ideal/de representação para um espaço real, de uma postura analítica para uma postura sintética e acrescenta, ainda, "...o

deslocamento do visível para o invisível, das considerações de superfície para o conhecimento de profundidade, do espaço plano, bidimensional, para o espaço volumoso, tridimensional" (MACHADO, 1988, p. 129).

É importante ressaltar que não se trata do nascimento de um saber que seja totalmente distinto da história natural, uma vez que o conhecimento das ciências biológicas ainda está fundamentado na taxonomia. Ainda se permanece com o objetivo de realizar uma hierarquia classificatória, com o estabelecimento das identidades e das diferenças, e de submetê-las a um quadro das espécies. Entretanto, a forma como se dá esse processo de classificação é que passa a ser diferente. Se antes o critério para a taxonomia ancorava-se na estrutura aparente do objeto e na sua representação, agora passa a se estruturar na relação estabelecida entre o visível e o invisível.

Ao trazer à tona o olhar de profundidade, passa a se privilegiar a função e não mais a configuração. As comparações não se dão através das semelhanças visíveis, como ocorria na história natural, mas utilizando-se de analogias funcionais. Para demonstrar o papel da função na biologia, Foucault (1992) cita o exemplo das brânquias e do pulmão, ambos, se comparados em termos da forma, são distintos, entretanto, em termos da função, são semelhantes. Assim, o sistema classificatório, após o final do século XVIII, opera-se a partir desses princípios.

Segundo Foucault (2001), em *O nascimento da clínica*, a medicina clássica – também denominada de medicina das espécies –, característica dos séculos XVII e XVIII, baseia-se no modelo da história natural. Trata-se de uma medicina que tem como objetivo comparar, classificar e hierarquizar a doença numa taxonomia tal como da história natural: "antes de ser tomada na espessura do corpo a doença recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies" (FOUCAULT, 2001, p. 2).

Assim como no sistema classificatório da história natural, a doença é analisada pela sua estrutura visível, através do que Foucault (2001) denomina de "olhar de superfície". Aquilo que

tem visibilidade na medicina das espécies é o sintoma. O médico, quando é capaz de identificá-lo, pode apreender a essência da doença. Depois de identificar a doença, o médico a situa num quadro nosográfico. A inserção das doenças em um espaço taxonômico tornava-se possível na medida em que eram estabelecidas analogias entre os sintomas que definiam uma doença.

Dentro deste modelo da doença – que consistia em comparar os fenômenos aparentes e classificá-los – dever-se-ia-se abstrair a figura do doente, uma vez que a essência da doença estaria inserida no espaço ideal da nosografia. Desse modo, a inserção da doença num quadro taxonômico, independe da observação do corpo doente. Nas palavras de Machado:

A medicina clássica, fundada no modelo taxonômico da história natural, considera, portanto, a doença uma essência, independente do corpo do doente e que deve ser analisada em gênero e espécies a partir de analogias de forma. É uma medicina das espécies patológicas (1988, p. 100).

Assim como houve uma passagem da história natural para a biologia no final do século XVIII (FOUCAULT, 1992), a medicina classificatória – baseada na história natural – entra em declínio, e, no início do século XIX, dá-se a emergência da medicina anátomo-clínica – ancorada na anatomia patológica (FOUCAULT, 2001). Trata-se do deslocamento de um espaço nosográfico da doença para um espaço de localização da doença no corpo. A medicina deixa de se caracterizar por ser ideal, taxonômica e superficial, passando a ser objetiva, real e profunda. Dá-se, dessa forma, a passagem da concepção da doença como uma entidade nosológica para o corpo doente.

De acordo com Bichat e o seu estudo das superfícies tissulares, a anátomo-clínica irá estabelecer relações entre os sintomas apresentados e as lesões encontradas nos tecidos. Para tal, irá usar o que Foucault (2001) denomina de "olhar de profundidade", pois partirá da superfície

do sintoma e penetrará verticalmente até localizar a lesão que produziu a doença. Assim, torna-se visível o que até então era invisível, visto que a doença encontra-se na profundidade do corpo.

Quando a doença deixa de ser estudada pelo modelo dado pela história natural, o sistema classificatório passa a não ser o pilar no qual a medicina se fundamenta. A taxonomia, entretanto, continua a ser um importante recurso utilizado no saber e na prática anátomo-clínica. Não mais de acordo com o padrão oferecido pela história natural, mas dado pela anatomia; não mais como era nos séculos XVI e XVII, quando a taxonomia era baseada no modelo da botânica, mas sim ancorada na anatomia patológica: identifica-se a lesão e a se enquadra nas possíveis categorias nosológicas.

Foucault (2001) refere-se a uma anatomia patológica que quer fundar uma nosologia: ao dissecar os cadáveres é preciso comparar corpos sadios para decifrar uma doença, comparar diferentes indivíduos que morreram de uma mesma doença para definir a causa ou a localização da doença. Segundo essa concepção, o fato patológico só existe quando comparado.

Ocorre uma redefinição em termos conceituais na medicina, esta não se refere mais a um espaço metafórico e qualitativo – como na medicina das espécies – mas a um espaço "real", empírico e quantitativo. Essa nova concepção faz com que emergja também uma nova linguagem: "O que transformou, portanto, foi o modo da existência do discurso médico no sentido em que este não se refere mais às mesmas coisas, nem utiliza a mesma linguagem." (MACHADO, 1988, p. 98)

Assim, a idéia de espessura no corpo humano e a possibilidade de realizar relações entre o sintoma manifesto e a lesão oculta nas profundezas do corpo humano introduz novos conceitos e novas formas de classificar na medicina.

3.2. O ENCONTRO DO SABER CLASSIFICATÓRIO COM O SOFRER INCLASSIFICÁVEL

Blank (1985), ao discorrer sobre o raciocínio clínico em medicina, afirma que no encontro do médico com o paciente ocorre uma relação singular que é a do "saber" com o "sofrer". Segundo ele, a singularidade da relação consiste no fato de que o médico não busca o seu saber a partir do sofrimento, mas sim o oposto, é o sofrer que busca alívio no saber que o médico já possui sobre ele. Assim, o ponto de partida não é o sofrimento do paciente, e sim o saber do médico¹.

A relação médico-paciente guiada pelo saber médico e não pelo sofrimento do paciente parece uma inversão das origens históricas da medicina. Se nos remetermos a Canguilhem (1990), constataremos que o saber médico foi constituído porque havia homens que se sentiam doentes e não porque os médicos os informavam sobre suas doenças. Portanto, a referência inicial da prática médica foi o sofrer: "parece-se nos então claro que o sofrimento é o ponto de partida fundamental para a compreensão mais imediata deste saber" (BLANK, 1985, p. 11).

Se o sofrimento deveria ser o ponto de referência da clínica, podemos encontrar duas perspectivas muitas distintas quando analisamos os referenciais do paciente e do médico. Pelo viés do paciente, o sofrimento é concreto e ao mesmo tempo subjetivo, ou seja, é concreto por acometer homens reais, e é subjetivo por estar ligado à sensações individuais e singulares. Por sua vez, pelo viés do médico, o sofrimento é abstrato e objetivo, por um lado é visto como uma abstração, na medida em que o se entende como um conceito de desempenho inferior em relação a um desempenho considerado ideal, por outro, é objetivo visto que pode ser apreendido a partir da observação de elementos biológicos codificados e quantificados (BLANK, 1985).

A partir da conceituação dada pela perspectiva médica, percebemos que o sofrer é mensurável e quantificável e visto pelo médico como uma perda de um estado anterior que era

¹ Não queremos dizer que o paciente também não tenha um saber sobre sua doença, mas procuramos enfatizar o descompasso das expectativas desse encontro, no qual o saber do médico se sobrepõe ao sofrimento do paciente.

considerado normal. Canguilhem (2005) afirma que no ato de curar o médico irá tentar um retorno ao estado perdido – exemplificado nos prefixos utilizados para indicar esse processo: restaurar, restituir, restabelecer, recuperar, dentre outros.²

Sendo assim, indagamo-nos se uma queixa que é dificilmente mensurada pelos critérios objetiváveis em biomedicina, como os pacientes com uma sintomatologia considerada vaga e difusa, seria vista pelos médicos como um sofrimento legítimo. Se seria vista como um sofrimento a cujo retorno ao estado anterior valesse a pena. Mas como, se o estado anterior é equivalente em termos quantificáveis ao estado atual?

Na biomedicina, a legitimidade de um sofrimento está condicionada a sua correlação a uma classificação. Nas palavras de Blank:

... a sensação deve apresentar uma correspondência contida em uma taxonomia para então o médico possa JULGAR da objetividade de tal sensação. "Por que motivo o paciente teima em sentir dor no rosto após a secção do nervo trigêmeo?" Ou ainda do conflito da própria objetividade pretendida: "Não há nada que justifique esta elevada persistência de transaminases". Exemplo este que exprime satisfatoriamente a contradição entre ausência de sensação de um paciente que TEIMA em manter níveis elevados de transaminases e tal objetividade que por si só nada significa objetivamente falando (1985, p. 17).

Para Blank (1985), uma relação médico-paciente aparentemente apresenta objetivos semelhantes, contudo, vistos de perto, seriam diferentes e até mesmo conflitantes. O paciente quer voltar a ser o que era antes do sofrimento, independente das situações que o determinaram³,

² Para Canguilhem (2005), restabelecer um estado anterior é uma ilusão do ponto de vista médico. Todo organismo – sadio ou doente – será afetado pela degradação, e portanto, nenhuma cura será um retorno.

³ Canguilhem (1990) apresenta uma visão diferente sobre essa questão. Para ele, a cura para o indivíduo não é necessariamente voltar a ser o que era antes, mas poder realizar uma atividade interrompida ou equivalente. Mesmo que esta atividade seja reduzida, mesmo que os comportamentos possíveis sejam menos variáveis e menos flexíveis do que eram antes. O importante é sair do estado de sofrimento e de impotência.

o médico, por sua vez, busca nas queixas do paciente fatos que são entendidos como objetivos e que correspondam a uma série classificatória. O processo terapêutico, isto é, a restauração daquilo que o médico considera normal, só é possível quando os fatos são reconhecidos dentro de uma classificação.

Dessa forma, situações clínicas, tais como aquelas de sofredores que apresentam sintomas considerados vagos e difusos, nas quais não haveria uma correlação entre sensação e quadro taxonômico, representaria um fracasso dos pontos de vista tanto do médico quanto do paciente. O paciente, não tendo um conjunto de sintomas considerados objetivos, permanece com a sensação de sofrimento, e o médico, não encontrando referenciais claros para sua intervenção, fracassa.

Para Moretto (2001), esses pacientes ludibriariam o saber médico, uma vez que os seus sintomas podem regredir de forma súbita sem que seja necessário qualquer intervenção médica, como também podem mostrar-se persistentes apesar de serem utilizados todos os recursos disponíveis na medicina. Esse tipo de postura colocaria o médico num impasse, no qual não teria recursos para lidar com essa situação, e na maioria das vezes, a única resposta disponível diante disto seria a de afirmar que o paciente não tem nada, para a autora, "nada que seja passível de se inscrever no discurso médico" (2001, p. 67). Nesses casos, todavia, apesar de o médico negar a existência da doença, ele sabe que o paciente tem "alguma coisa", a qual, muitas vezes, diagnostica de forma pejorativa no intuito de atingir aquele que lhe agride:

Ele (médico) diagnostica esta coisa como "piti", diagnóstico que tem como função desqualificar o sujeito tanto quanto ele se sente agredido, desqualificado e impotente diante de um doente que pela própria doença tenta derrogar o seu saber de mestre (MORETTO, 2001, p. 68).

Em biomedicina, o médico, diante da sintomatologia apresentada pelo paciente, irá inicialmente tentar correlacioná-la a algum processo físico. Se um paciente tem, por exemplo,

uma queixa de dor, a conduta do médico será no sentido de identificar a causa física desta. Quando esgotadas as possibilidades investigativas – através de teste e exames –, e feita a exclusão de qualquer causalidade física, os sintomas poderão receber o rótulo de "psicogênico" ou "psicossomático". Porém, sempre se busca uma explicação objetiva para os sintomas considerados subjetivos. Procura-se, em última instância, a correspondência do sintoma com os fatores biológicos, a fim de que se possa diagnosticar a entidade patológica (HELMAN, 2003). Assim, um sofrimento somente é tido como legítimo quando apresenta uma concretude em regularidades orgânicas classificáveis a partir de critérios anatômicos, fisiológicos, celulares e biomoleculares (BLANK, 1985).

Desse modo, aquilo que possui legitimidade para o paciente não corresponde ao que é legítimo para o médico. Para o paciente, sofrer significa uma sensação de desconforto mental ou corporal, uma perturbação do modo de vida habitual que está referida à sua vida social. Já, para o médico, o sofrer está referido a uma perturbação orgânica, remetida ao corpo humano, por isso sua perspectiva procura a objetivação do sofrimento. A sensação torna-se fato, e o sofrimento materializa-se em uma doença:

um distúrbio orgânico tão objetivo que pode passar despercebido das sensações. Uma construção teórica que dirige e fundamenta o pensamento médico na medida em que se constitui em MODELO que deve encontrar correspondência nos corpos ditos sofredores (BLANK, 1985, p. 19).

Cassel (1976) também nos oferece um modelo explicativo para as diferentes leituras do paciente e do médico acerca do adoecimento. Quando o paciente procura o médico, ele apresenta uma perturbação (*illness*), ou seja, os seus sentimentos e seus mal-estares. A perturbação (*illness*) refere-se à experiência pessoal do paciente sobre o problema que lhe aflige, e exige uma interpretação sobre o ocorrido – suas origens e sua relevância, os efeitos sobre sua

vida, e as providências tomadas para lidar com a situação vivida. Essas respostas subjetivas do paciente são influenciadas por seu contexto cultural, social, econômico, bem como por sua personalidade. Por sua vez, o médico busca no paciente a patologia (*disease*), que está remetida às suas funções orgânicas: a patologia, portanto, seria algo que um órgão tem; a perturbação seria algo que uma pessoa tem.

A partir das contribuições de Blank (1985) e Cassel (1976), podemos identificar as divergências de interpretação do que é adoecimento e sofrimento para o paciente e para o médico. O primeiro remete-se às suas sensações subjetivas, e o segundo transforma esse discurso em uma patologia inserida dentro de uma nosologia médica. Canguilhem (1990) questiona o olhar da medicina para a doença ancorada em critérios quantitativos e mecanicistas. Segundo ele, é importante considerar a experiência do "estar doente" vivida por quem sofre a doença. Ao adoecer, o indivíduo estabelece uma diferença de valor entre sua vida normal e a sua vida patológica, e a doença passa a significar um modo de vida diferente.

No entanto, a biomedicina está fortemente baseada nos padrões cientificistas, os quais excluem a dimensão valorativa mencionada por Canguilhem (1990), e, na sua prática, os encontros clínicos obedecem a algumas fases bastante rígidas:

1. Inicialmente, o paciente apresenta o seu mal-estar (*illness*) – verbal e não-verbal;
2. Em seguida, o médico irá traduzir essas queixas e encaixá-las em entidades nosológicas, isto é, irá transformar o mal-estar (*illness*) em "doença" (*disease*).
3. Finalmente, o médico irá prescrever um tratamento. (HELMAN, 2003)

A clínica, apesar de desejar, não mantém a regularidade da ciência, e as etapas acima citadas nem sempre são completadas. No que tange ao nosso público alvo – indivíduos que apresentam sintomas considerados indefinidos –, podemos apontar que, muitas vezes, seus mal-estares (*illness*) não podem ser convertidos em patologia (*disease*), uma vez que são sintomas que freqüentemente não apresentam uma lesão ou mesmo uma causalidade; outras vezes podem

ser categorizados, mas são dificilmente tratados; e ainda, quando tratados, podem não responder ao tratamento.

Almeida (1988) nomeia estes pacientes como "refratários", por ocuparem um lugar de marginalidade na prática médica, e não conseguirem se encaixar dentro dos serviços e tratamentos oferecidos nas instituições de saúde. Para o autor, essa é uma questão tão recorrente na assistência que avanta a hipótese de que haveria duas medicinas: a medicina hospitalar e a medicina extra-hospitalar. A hospitalar seria o lugar em que o projeto da medicina científica pode se aplicar, e a extra-hospitalar o lugar em que aparecem demandas que não se enquadrariam na medicina anátomo-clínica. Portanto, na última, não seria possível aplicar o método científico, mas sim o senso clínico.

Apesar de não compartilharmos com Almeida (1988) a noção de que haveria duas medicinas, já que entendemos que as dualidades entre arte/ciência, objetividade/subjetividade estão presentes tanto na esfera hospitalar quanto na extra-hospitalar, é importante demarcar o terreno obscuro em que esses sofredores se inserem, sobretudo pela sua dificuldade em serem classificados e por se tornarem uma "entidade nosológica". Castiel (1999) demonstra que nem todos os casos em biomedicina são facilmente diagnosticados:

É inconcebível e despropositado negar a eficácia médica de diagnosticar e tratar com sucesso casos de meningite meningocócica em crianças ou os efeitos da vacinação antivariólica na erradicação da doença, porém há situações em que o conhecimento etiológico e terapêutico se configura em modos menos consistentes, em especial nas afecções crônico-degenerativas, nas doenças mentais e nas **manifestações em que se atribui grande peso ao componente psicogênico/emocional, ou seja, nos casos em que aparece a participação dos fatores englobados sob a categoria psicossocial** (impropriamente, pois inclui aspectos pertinentes a ordens heterogêneas no interior de uma mesma "classe"),

com destaque para a consagrada noção de *stress* (CASTIEL, 1999, p. 135). (Grifos nossos)

Entendemos que a dificuldade para classificar os sofredores com sintomas vagos dá-se, sobretudo, pela apresentação de um sofrimento que é desconsiderado pelos médicos por não ser "objetivável". Assim, o modelo biomédico tem sérios problemas em comportar formas de sofrer que incluam outras dimensões do humano que não as biológicas. Brasil (1995) aponta as limitações das categorias médicas:

Toda classificação, não importa qual seja sua orientação, é reducionista. O diagnóstico e a classificação fazem com que se percam informações. Pertencer a uma classe em uma nosologia, seguindo as concepções biologistas, deveria dar-nos informações em relação à etiologia, à patogenia, à terapêutica ou ao prognóstico de uma enfermidade, mas nada nos fala da pessoa que apresenta tal enfermidade (1995, p. 38).

Apesar de se tratar de uma demanda que consideramos inclassificável dentro dos padrões biomédicos – pela amplitude de sua dimensão experiencial e fenomenológica –, a biomedicina possui algumas ferramentas para tentar categorizá-las: as grades de classificação.

Se na biomedicina as doenças precisam se materializar através do diagnóstico, a grade classificatória é um importante instrumento para que a nosologia se corporifique. A classificação permite que o médico, ao identificar uma "doença", a inclua no modelo biomédico. Sendo assim, o médico tem a ilusão de que alguma coisa foi feita, e se o paciente não melhora, a culpa não é do profissional de medicina.

A CID (Classificação Internacional das Doenças) é na atualidade o manual oficial classificatório da medicina, o qual tem como intuito englobar todas as doenças estatisticamente relevantes no mundo ocidental (BOWKER e STAR, 2002). A psiquiatria ainda conta com um manual específico, o DSM (*Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais*).

Visto que a CID é o principal recurso classificatório em biomedicina, realizamos um levantamento, em busca de possíveis nosologias, que pudessem corresponder aos sofredores que apresentam sintomas vagos e difusos. Constatamos que há um capítulo destinado aos transtornos mentais e comportamentais; e verificamos que a classificação que mais se aproxima do nosso objeto de investigação são os transtornos somatoformes (o transtorno é definido como persistentes queixas físicas sem que haja uma etiologia fisiológica). Dentro das especificações dessa categoria podemos encontrar: "transtorno de somatização", "transtorno neurovegetativo somatoforme", "transtorno doloroso somatoforme persistente" e "outros transtornos somatoformes". Além disso, há outras categorizações que podem se relacionar ao nosso objeto de estudo, como os "transtornos dissociativos" e "outros transtornos neuróticos", nos quais se incluem a histeria e a neurastenia.

A partir disso, podemos confirmar que uma das estratégias em biomedicina para lidar com possíveis problemas nas suas situações clínicas dá-se através do uso da taxonomia. A CID nos confirma que há um grande número de nomenclaturas as quais tentam englobar o paciente que apresenta queixas físicas sem uma lesão ou causalidade reconhecida.

Mesmo havendo um manual que incluía categorias, não significa que os médicos, em seu cotidiano clínico, consigam adequar os sintomas desses pacientes na grade classificatória oferecida. Em outras palavras, a medicina apresenta categorizações possíveis, mas nem sempre os médicos tem recursos cognitivos e teóricos para categorizá-los. Além disso, podemos supor que esse tipo de manifestação é considerado de menos importância frente às doenças que se apresentam "objetiváveis" em biomedicina. Os inúmeros rótulos recebidos por aqueles que tem esse tipo de demanda, tais como "queixas vagas mal definidas", "estado mórbido mal definido", "diagnóstico sintomático", "funcionais", "psicossomáticos", "distúrbios neurovegetativos", podem nos demonstrar a dificuldade em classificá-los seguindo as nosologias disponíveis em

biomedicina. E, as nomenclaturas pejorativas, tais como "piti", "chilique" e outras, indicam-nos a pouca importância valorativa dada a este tipo de sofrimento.

Almeida (1988) ressalta que o que faz um paciente se inserir no discurso médico é o seu diagnóstico, ou seja, a nomeação da doença. Na ausência de um diagnóstico, não seria possível estabelecer uma relação médico-paciente. Porém, o que podemos observar, na contemporaneidade, é que não só os médicos precisam de um diagnóstico para que o paciente se inscreva no discurso médico, como os próprios sofredores clamam por uma nomeação da doença.

3.3. O SOFRER TAMBÉM QUER SABER: A BUSCA DOS PACIENTES POR UMA CATEGORIZAÇÃO DO SEU SOFRIMENTO

Acompanhamos, na atualidade, uma intensa procura aos serviços de saúde dos hospitais – tais como ambulatórios de clínica médica e prontos-socorros – em busca de um diagnóstico e tratamento para mal-estares diversos.

Nem sempre a demanda dos sofredores de sintomas considerados vagos e difusos é atendida. Frequentemente eles estabelecem uma verdadeira peregrinação pelos serviços e especialidades médicas de instituições hospitalares na busca de que seu sofrimento possa ser detectado. Brasil (1995) relata que o destino deste indivíduo dependerá do diagnóstico feito pelo primeiro médico que o atendeu. Este médico pode detectar uma doença física e iniciar a terapêutica ou pode suspeitar da etiologia orgânica, mas ao mesmo tempo julgar que não tem recursos e conhecimentos para realizar um diagnóstico preciso, e encaminhá-lo para serviços especializados – ortopedia, cardiologia, entre outros – ou mesmo para locais onde se possam oferecer recursos tecnológicos mais avançados para o esclarecimento do diagnóstico. O médico pode também dizer ao seu paciente que nenhuma patologia foi encontrada em seu exame físico,

podendo trazer alívio ou exercer uma ação terapêutica temporária, ou não, sobre o sofrimento que lhe acomete. Por fim, o médico pode acreditar que os sintomas apresentados tem causas psicológicas e encaminhá-lo para tratamento psiquiátrico ou psicológico.

Um levantamento feito em 1995 no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF – UFRJ) sobre o tempo que o paciente levava para ser encaminhado até o serviço de Saúde Mental demonstrou que 28% demorava mais de um ano. Brasil (1995) supõe que este resultado esteja relacionado ao tempo que os clínicos dispõem para excluir todas as possibilidades de uma causalidade explicável medicamente até suspeitarem de algum transtorno psicológico. O autor descreve o caso de uma paciente atendida no HUCFF que passou pelas seguintes especialidades: clínica médica, oftalmologia, ginecologia, gastroenterologia, cardiologia, otorrino, ortopedia, reumatologia, dermatologia, nutrição e serviço de saúde mental. Uma outra paciente ou, segundo o nosso ponto de vista, "quase-paciente" relata: "Viraram-me do avesso. Levaram um ano e meio fazendo exames: ultrassonografia de rim, baço, exame de coluna, exame de tireóide, teste de labirintite. Fiz tudo que é exame e não deu nada. É uma coisa incrível, não tem explicação" (BRASIL, 1995, p. 137).

O que gostaríamos de chamar a atenção é que, apesar das negativas de doença pelos médicos e de intermináveis idas e vindas a consultas médicas e a exames clínicos, os sofredores buscam um diagnóstico de uma doença física. Diagnosticar o seu mal como psicológico parece ser visto na atualidade como uma depreciação moral, eles demandam por algo que seja considerado concreto e reconhecido pela biomedicina. Cohn (1999), ao realizar um estudo com portadores de síndrome da fadiga crônica, chama a atenção para a procura, por parte dos sofredores, da legitimação da doença como algo físico. E, assinala que a sugestão de que esta condição possa ser psicossomática, abordada nos textos biomédicos, é veementemente rejeitada por eles.

Se, por um lado, os médicos tendem a olhar a fadiga crônica como um transtorno psicossomático, como uma somatização histórica de estresse psicológico; por outro, os sofredores rejeitam essa posição e a descrevem como uma desordem somática, enfatizando a noção de que a doença é provavelmente resultado de uma infecção. Assim, para a biomedicina, como não há um diagnóstico bioquímico e tampouco qualquer indicação fisiológica dos sintomas, essa condição é vista como uma percepção subjetiva. Por sua vez, para os sofredores, terem as suas manifestações descritas como psicossomáticas faz com que sintam que não é dado a elas um *status* de doença real (COHN, 1999).

Groopman (2000) também demonstra em sua pesquisa com portadores de fibromialgia, fadiga crônica e síndrome do cólon irritável a luta pela legitimação de suas manifestações como doenças somáticas. Relata que a maioria dos médicos trata essas condições como se fossem meramente psicológicas, e que passam a mensagem implícita de que os sintomas dos pacientes são clinicamente insignificantes, um conjunto de queixas sem explicação física. O autor observa que o diagnóstico, ou melhor a nomeação da doença por parte do médico tem um grande peso para o sofredor: "Com o nome, o paciente pode construir uma explanação de seu mal-estar não somente para os outros, mas para ele mesmo. O nome do mal-estar torna parte da identidade do sofredor" (GROOPMAN, 2000, p. 100).

A necessidade de ser portador de uma doença legítima para a biomedicina e o vasto itinerário terapêutico em busca disso, é relatado por Groopman (2000) através da trajetória clínica de uma mulher, a qual ele nomeia de Liz. Os seus problemas começaram depois de se submeter a uma cirurgia. Ela relata que nunca mais recuperou seu sentimento de bem estar, passou a sofrer de insônia, fadiga, dor de cabeça, e dores musculares nos braços e no peito. O primeiro médico que procurou alegou que seus sintomas eram decorrentes da meia idade e do estresse de criar dois filhos. Um especialista que consultou pensou que sua glândula pituitária pudesse ter sido cortada durante a cirurgia, mas muitos endocrinologistas examinaram e não

constataram nada de errado. Um gastroenterologista sugeriu que ela tivesse uma rara reação alérgica. Assim, para confirmar estes diagnósticos teve que se submeter a uma série de exames: endoscopia de estômago, intestino e cólon, várias análises de fezes. Todos eles deram negativo e, segundo Liz, isso fez com que os médicos perdessem todo o interesse por ela. Ainda foi para Boston e viu outros especialistas, nenhum deles pôde fazer mais que oferecer o diagnóstico de fibromialgia e fadiga crônica. Incapaz de conseguir ajuda dos médicos Liz procurou práticas alternativas: um monge vietnamita que fazia acupuntura e quiropraxia, um osteopata, dentre outros. Atualmente ela frequenta um especialista de doenças internas e a primeira frase que disse ao médico foi que ele precisava acreditar que ela realmente estava doente e não apenas se queixando.

Groopman (2000) afirma que a experiência destes sofredores, como o caso de Liz exemplifica tão bem, de vagar de médico em médico, é típica, uma vez que os sintomas apresentados são inexplicáveis em biomedicina.

Percebemos que o descrédito e as negativas de doença por parte dos médicos não impede esses pacientes de buscarem outros clínicos e de se empenharem na luta pela legitimação de seu sofrer como uma doença "real". Entendemos que este clamor de "realidade" está submetido aos padrões da biomedicina os quais se mostram hegemônicos em nossa cultura contemporânea. Sabemos que há interesses de determinados grupos na perpetuação de algumas síndromes – médicos, advogados, indústria farmacêutica – e que, através disto, pode-se alcançar uma série de benefícios materiais, como nos aponta Groopman (2000). No entanto, é digno de nota que o empenho dos sofredores dirige-se no sentido de que estas categorias sejam reconhecidas como físicas, e, são altamente rejeitadas as sugestões de doenças na esfera de transtornos mentais. Assim, a legitimidade como uma doença psiquiátrica ou psicológica não interessa a este grupo.

Compartilhamos com Cohn (1999) a idéia de que a ênfase nas causas físicas pode ser explicada pelos estigmas ligados aos transtornos psicológicos e sua falta de validade cultural

como uma doença real. Podemos aventar a hipótese de que os critérios válidos hoje, socialmente, são, então, oferecidos pelo modelo biomédico. Na verdade, podemos afirmar que a busca exagerada desses pacientes por um diagnóstico físico, o único que possui legitimidade inquestionável, chega a ser produzida pela própria biomedicina.

Entretanto, estamos cientes de que a procura por tratamento dentro do sistema de saúde oficial não é a única forma de alívio do sofrimento físico ou mental utilizada pela população. Loyola (1984), ao realizar uma pesquisa de campo numa comunidade de baixa renda, afirma que a busca por agentes que exerçam alguma ação curativa somente se dá após os conhecimentos familiares terem sido esgotados. Assim, o itinerário terapêutico desses sofredores passa pelo rezador, o pai ou a mãe de santo, o pastor, o farmacêutico, o religioso e por último pelo médico, ou ainda podem buscar concomitantemente estes especialistas.

Uma grande parte das doenças descritas pela população pesquisada por Loyola (1984) leva à procura de tratamento fora da medicina oficial, e uma série de fatores influenciam na aceitação e no uso maior ou menor da medicina tradicional ou da medicina popular, tais como a situação de trabalho, a origem urbana ou rural, o período de experiência de vida associado à idade, o grau de escolaridade e a religião.

Além disso, observamos que, na atualidade, há uma crescente procura por outras racionalidades médicas, em especial pelas classes média e alta. As terapias ditas alternativas têm surgido como uma opção para escapar do modelo biomédico ou como forma de tratamento complementar ao da medicina tradicional.

Concordamos que as diferenças acima influenciam na procura, ou não, pelos serviços oficiais de saúde, mas compartilhamos da noção de que vivemos atualmente em uma sociedade medicalizada, bem mais do que no momento em que Loyola (1984) realizou a sua pesquisa. Assim, entendemos que o modelo biomédico exerce forte influência no imaginário social fazendo que doentes de mal-estares diversos, e sobretudo, os sofredores de sintomas

considerados difusos acabem buscando as instituições médicas com uma demanda de legitimidade e categorização de seu sofrimento.

Após investigarmos a classificação no modelo biomédico, iremos, no próximo capítulo, investigar como a literatura especializada aborda os sintomas vagos e difusos em biomedicina.

4. OS SINTOMAS VAGOS E DIFUSOS EM BIOMEDICINA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

4.1. OS ASPECTOS METODOLÓGICOS

Realizamos uma revisão da literatura em artigos científicos e livros especializados em medicina, abrangendo o período de 1990 a julho de 2005, a fim de identificar as publicações mais recentes sobre a temática. O material para análise foi selecionado a partir de três meios: (1) através de busca direta no site Google; (2) bibliotecas virtuais: biblioteca virtual Scielo, Bibliomed e BVS, com acesso à Lilacs e Medline e (3) através de artigos científicos encontrados em livros da área médica.

Para a produção veiculada eletronicamente, o acesso foi realizado com as seguintes palavras-chave: "sintomas vagos", "sintomas difusos", "sintomas inexplicáveis", "somatização" e as expressões equivalentes em inglês e espanhol. Para a seleção de artigos em livros, os critérios de seleção foram semelhantes, através dos títulos que indicassem as mesmas palavras usadas no acesso eletrônico.

A partir desse levantamento inicial foram selecionados 40 artigos⁴, que abordam em seus conteúdos temas diretamente relacionados aos propósitos do estudo. Os cinco eixos temáticos escolhidos para a investigação foram: (1) nomenclaturas dadas aos sintomas vagos e difusos, (2) definição dos sintomas vagos e difusos, (3) relevância da temática abordada, (4) critérios utilizados para o diagnóstico dos sintomas vagos e difusos e (5) ações terapêuticas adotadas.

O primeiro eixo temático refere-se às nomenclaturas usadas nos artigos para designar as queixas físicas sem uma causalidade explicável em biomedicina. O segundo tópico diz

⁴ As referências completas desses artigos encontram-se após a Bibliografia com o título de Fontes bibliográficas.

respeito a como são definidos pelos autores os sintomas vagos e difusos; o terceiro relaciona-se às justificativas dadas nos artigos para a relevância da temática em questão. Por sua vez, o quarto item trata dos critérios apresentados pelos autores para estabelecer um diagnóstico desse tipo de demanda. Por fim, o quinto eixo aborda as diversas ações terapêuticas recomendadas para o tratamento das queixas vagas e difusas.

Dos 40 artigos selecionados, 30 foram disponibilizados através da internet (no site de busca Google e bibliotecas virtuais) e 10 encontrados em livros da área médica, sendo 33 em inglês, 5 em português e 2 em espanhol.

As fontes usadas neste estudo foram:

1. Barsky e Borus;
2. Bombana;
3. Bombana et al.;
4. Caixeta et al.;
5. Escobar et al.;
6. Fabrega;
7. Florenzano et al.;
8. Florenzano et al.;
9. Ford e Parker;
10. Gureje et al.;
11. Hartz et al.;
12. Holloway e Zerbe;
13. Hurwitz;
14. Katon et al.;
15. Kellner e Psych;
16. Kirmayer et al.;

17. Kirmayer e Robbins;
18. Kirmayer e Robbins;
19. Kroenk et al.;
20. Mai;
21. Margo e Margo;
22. Maynard;
23. Mccahill;
24. Morris et al.;
25. Noyes et al.;
26. Pennebaker e Watson;
27. Peters et al.;
28. Poikolainen et al.;
29. Porto;
30. Proença et al.;
31. Righter e Sansone;
32. Ritsner et al.;
33. Robbins e Kirmayer;
34. Roca;
35. Schilte et al.;
36. Servan-Schreiner et al.;
37. Servan-Schreiner et al.;
38. Simon;
39. Stone et al.;
40. Waitzin e Magaña.

A análise dos dados coletados foi feita a partir de uma leitura qualitativa, na qual procuramos identificar os temas mais recorrentes relacionados aos eixos temáticos citados acima. Estes foram expostos em cinco tabelas, de forma que o leitor possa ter uma melhor visualização dos principais resultados encontrados.

4.2. OS RESULTADOS

A seguir serão apresentados os principais resultados referentes aos eixos temáticos pesquisados, a saber: (1) nomenclaturas dadas aos sintomas vagos e difusos, (2) definição dos sintomas vagos e difusos, (3) relevância da temática abordada, (4) critérios utilizados para o diagnóstico dos sintomas vagos e difusos e (5) ações terapêuticas adotadas.

Tabela 1 – Nomenclaturas dadas aos sintomas vagos e difusos

	Nomenclatura	Nº. de artigos
1	Somatização	26
2	Sintomas inexplicáveis	07
3	Sintomas ou síndromes funcionais	04

Quanto às nomeações dadas pelos autores, a nomenclatura "somatização" foi claramente a mais mencionada, aparecendo em 26 artigos, ou seja, 65% dos trabalhos selecionados. Em seguida foi encontrada, em sete artigos, a nomeação "sintomas inexplicáveis", que diz respeito à presença de um conjunto de sintomas físicos sem que a biomedicina encontre causas explicáveis em seu modelo para diagnosticá-los e tratá-los. As ditas síndromes funcionais, mencionadas em quatro artigos, referem-se a uma expressão, utilizada pelos autores, que designa um problema relacionado ao funcionamento de um órgão sem que haja lesão no mesmo, isto é, trata-se de uma alteração na função e não um comprometimento lesional.

Entendemos que o uso de nomenclaturas como sintomas "inexplicáveis" ou "funcionais" retratam os limites do modelo biomédico em lidar com esse tipo de demanda, uma vez que o primeiro termo expressa explicitamente que os sintomas não são explicáveis a partir dos referenciais dados pela biomedicina, e o último afirma que o problema somente pode referir-se à função, visto que não há nenhuma causalidade que possa explicá-lo a partir dos padrões biomédicos.

Tabela 2 – Definição dos sintomas vagos e difusos

	Definição	Nº. de artigos
1	Definição que inclui fatores psicossociais	20
2	Definição descritiva do fenômeno	12

Em relação à definição dos sintomas vagos e difusos utilizada pelos autores, foram encontrados dois grupos predominantes: aqueles que incluem os fatores psicossociais como capazes de influenciar os sintomas físicos e aqueles que meramente descrevem o fenômeno. Em 20 artigos, isto é, em metade dos textos selecionados há explanações sobre as relações existentes entre a sintomatologia física e aspectos psicológicos e sociais, tal como ilustra a afirmação de Servan-Shreiner, Kolb e Tabas "persistentes queixas físicas sem que uma explicação fisiológica seja encontrada. Os pacientes experimentam seus sofrimentos emocionais ou dificuldades de vida como um sintoma físico" (1999, p. 225). Ou, como relatam Barsky e Borus, "é mais caracterizado por sintomas, sofrimento e inabilidade do que demonstrável anormalidade no tecido" (1999, p. 910). Assim, nesse grupo, a explicação encontrada para esses sintomas está diretamente ligada aos fatores psicossociais.

Em contraposição a essa vertente, foram localizados 12 artigos com definições puramente descritivas do fenômeno, como demonstra Florenzano, Fullerton, Acuña e Escalona "sintomas corporais sem causas orgânicas documentáveis" (2002, p. 47).

Entendemos que o alto índice de definições que incluem os fatores psicossociais – psicológicos, sociais e culturais – explicitam a insuficiência da unicausalidade do modelo biomédico para explicar esse tipo de demanda. A inclusão desses outros fatores revela que, para esses sintomas serem diagnosticados e tratados convenientemente, é preciso explicá-los a partir de outros critérios que extrapolem a causalidade biológica oferecida pela biomedicina.

Tabela 3 – Relevância da temática abordada

Relevância do tema	Nº. de artigos
1 Dificuldade de diagnóstico e tratamento	19
2 Grande procura dos pacientes aos serviços de saúde	17
3 Sofrimento ou incapacidade gerados nos pacientes	09
4 Altos custos para os serviços de saúde	07
5 Alto índice de internações e solicitação de exames	07

A justificativa dos autores sobre a relevância de se investigar essa temática recaiu primeiramente na "dificuldade de diagnóstico e tratamento", citados em 19 artigos. Em seguida encontramos "grande procura aos serviços de saúde", mencionados em 17 artigos, seguido pelo "sofrimento ou incapacidade gerados nos pacientes" apontado em nove trabalhos, como ilustra o trecho a seguir: "a somatização (sintomas corporais sem causas orgânicas documentadas) é freqüente na prática médica geral, apresentando sintomas físicos múltiplos que geram incapacidade nos pacientes e sobrecarga nos serviços de saúde" (FLORENZANO et al., 2002, p. 335). Foram também usados como argumentação expressiva "altos custos nos serviços de saúde" e "alto índice de internações e solicitações de exames", ambos citados em sete artigos.

A análise desse eixo temático mostra-nos os impasses com os quais a biomedicina depara ao lidar com os sofredores de sintomas vagos e difusos, revelando como os médicos têm dificuldade em responder de forma efetiva a esses pacientes. A partir disso, podemos aventar a hipótese de que, pelo fato das ditas "somatizações" ludibriarem o princípio fundamental da

biomedicina, a relação de causalidade entre doença-lesão e seus correspondentes, e, pela existência de fatores subjetivos que participam desse processo, os médicos se vêm despreparados para oferecer soluções eficazes a essa demanda.

Assim, uma das principais formas de os médicos responderem a esses pacientes dá-se através da solicitação de exames e de hospitalizações, como nos demonstram muitos dos artigos investigados. Contudo, esses instrumentos oferecem resultados insuficientes, causando frustração tanto nos pacientes quanto nos médicos, e além disso geram altos custos para os serviços de saúde.

Tabela 4 – Critérios utilizados para o diagnóstico dos sintomas vagos e difusos

Critérios	Nº. de artigos
1 Sintomas físicos sem causa explicável ou específica	14
2 Sintomas físicos presentes no DSM 3/ DSM 4	08
3 Presença de algum transtorno psiquiátrico	08
4 Ampliação das sensações corporais	08

O principal critério utilizado pelos autores para o diagnóstico dos sintomas vagos e difusos foi a presença de "sintomas físicos sem causa explicável ou específica" mencionado em 14 artigos. Em seguida temos os "sintomas físicos do DSM3/DSM-4" (*Manual diagnóstico e estatístico de desordens mentais – 3ª e 4ª edições*), citados em oito textos, num dos quais Porto esclarece os seus critérios: "sintomas dolorosos (no mínimo 4): por exemplo, cefaléia, dor abdominal, dor nas costas, nas articulações, no peito, dismemorréia, dispareunia, dor miccional; sintomas gastrintestinais (no mínimo 2): por exemplo, náusea, vômitos, sensação de plenitude gástrica, diarreia, intolerância alimentar; sintomas sexuais (no mínimo 1): por exemplo, indiferença sexual, impotência funcional, irregularidade menstrual, metrorragia, hiperemese gravídica; sintomas pseudoneurológicos (no mínimo 1): por exemplo, tonturas, paralisias ou fraqueza localizada, dificuldade para deglutir ou *globus hystericus*, afonia, retenção urinária,

anestésias, diplopia, surdez, convulsões, amnésias" (1996, p. 587). Na mesma proporção encontramos as categorias "presença de algum transtorno psiquiátrico" (como, por exemplo, depressão, síndrome do pânico, ansiedade e transtorno de personalidade) e "ampliação das sensações corporais".

Em relação aos critérios diagnósticos utilizados, ressaltamos mais uma vez o alto índice do termo "sintomas inexplicáveis", demonstrando o quanto demandas como essas encontram-se não explicáveis pelo modelo biomédico. Constatamos também as sérias limitações desse paradigma em estabelecer o diagnóstico desse tipo de sofrimento, reveladas não só através da imprecisa expressão de "sintomas sem causas explicáveis ou específicas" como também da "presença de algum transtorno psiquiátrico" e "ampliação das sensações corporais".

Tabela 5 – Ações terapêuticas adotadas

	Ações terapêuticas	Nº. de artigos
1	Encaminhamentos a psiquiatras e / ou psicólogos	19
2	Recomendações de visitas breves e regulares ao médico	10
3	Desvelamento do sentido emocional dos sintomas	07
4	Realização de tratamento farmacológico	07

Com um número expressivo de 19 artigos encontramos o "encaminhamento à psiquiatras e/ou psicólogos", ou seja, em 47% dos artigos selecionados a principal estratégia terapêutica foi o encaminhamento psiquiátrico e psicológico. Em seguida, a orientação para que o paciente faça "visitas breves e regulares ao médico" foi mencionada em 11 artigos, como nos ilustra o trecho a seguir: "Ele (o plano de tratamento) consiste em visitas ao consultório breves mas regulares (ex. 15 minutos a cada 4 semanas), para que o paciente não precise desenvolver novos sintomas para receber atenção médica" (SERVAN-SCHREIBER et al. 1999, p. 233).

O "desvelamento do sentido emocional dos sintomas" conduzido pelo próprio médico foi mencionado em sete artigos, como ilustram Proença, Fortes, Leal e Caldas "ao clínico compete a

função de fazer o paciente perceber a conexão entre os seus sintomas e as suas dificuldades emocionais" (1997, p. 129). Em sete dos trabalhos pesquisados encontramos a indicação de "tratamento farmacológico", tais como antidepressivos e ansiolíticos.

Nesse tópico de análise, deparamos com os limites da biomedicina em tratar os sofredores das ditas "somatizações". A ação terapêutica mais citada nos artigos é, na realidade, uma ação de encaminhamento a outros profissionais: o psiquiatra e o psicólogo. A partir disso, entendemos que os médicos não consideram esses pacientes como portadores de doenças físicas, mas sim de transtornos mentais, os quais devem ser tratados por profissionais "psi". Entretanto, constatamos também que nem todos os médicos utilizam a estratégia do encaminhamento, alguns tentam fazer a conexão dos sintomas físicos com as questões emocionais apresentadas pelo paciente.

As recomendações de visitas regulares e de tratamento farmacológico aparecem como uma das principais terapêuticas adotadas pelos médicos; ambas nos parecem tentativas ilusórias de controle dos sintomas, sendo que a segunda revela o caráter biologizante e medicalizante deste paradigma.

Através da análise dos principais resultados encontrados nos 40 artigos selecionados, podemos constatar que o campo das ditas "somatizações" é nebuloso, permeado de ambigüidades e paradoxos. Através desse estudo nos foi possível identificar alguns impasses da biomedicina ao lidar com pacientes que apresentam queixas vagas e difusas, os chamados "somatizantes". Podemos destacar a diversidade e a imprecisão conceitual em relação aos usos das nomenclaturas, o despreparo dos médicos ao depararem com esses pacientes, a demanda considerada como de ordem psíquica, a dificuldade em estabelecer diagnósticos e a utilização ineficaz de recursos terapêuticos. Assim, constatamos problemas estruturais no que diz respeito à conceituação, aos critérios diagnósticos e ao instrumental terapêutico.

Entendemos que o substrato para essa série de dificuldades se encontra na incompatibilidade entre os modelos explicativos do fenômeno do adoecimento utilizado por médicos e pacientes. Por um lado, o paciente apresenta-se com seus mal-estares e perturbações (*illness*), por outro, o médico trabalha com a categoria de doença (*disease*) oferecida pela biomedicina. Assim, trata-se de um processo de negociação entre médicos e pacientes, que se apresenta com frequência inconciliável.

A seguir iremos identificar como estes problemas apontados na literatura específica são revelados na observação etnográfica e nas entrevistas.

5. ESTRATÉGIAS MÉDICAS PARA LIDAR COM OS SINTOMAS VAGOS E DIFUSOS EM BIOMEDICINA

5.1. A ABORDAGEM METODOLÓGICA

A construção do objeto de estudo ao longo de toda a pesquisa pode ser descrita como a busca de uma classificação e análise das estratégias médicas para lidar com sofredores que apresentam sintomas vagos e difusos em biomedicina.

Levando em consideração a hipótese que norteou o presente estudo – a de que os sintomas "indefinidos" seriam anomalias no paradigma biomédico –, a metodologia utilizada partiu de uma indagação básica: Haveria uma estratégia, ou estratégias, de enfrentamento dessas manifestações pelos médicos? Alguma taxonomia seria possível?

Na tentativa de responder a essa questão, procuramos mobilizar todas as técnicas que pareceram pertinentes e utilizáveis para esse fim. Assim, visando compreender toda a complexidade que envolve a assistência médica aos sofredores de queixas indefinidas, e as formas de diagnóstico e de tratamento, optamos por uma triangulação metodológica, ou seja, o uso combinado de diferentes métodos, de fontes de dados ou teorias, a favor do enriquecimento da interpretação.

Desse modo, acreditamos que a combinação de métodos heterogêneos, como a observação etnográfica aliada à utilização de entrevistas temáticas (semi-estruturadas) com médicos de diferentes especialidades, seria capaz de trazer à tona resultados contrastantes ou complementares que "possibilitassem uma visão caleidoscópica do fenômeno em estudo" (NOGUEIRA, 2003, p. 57).

A etnografia é um método de investigação desenvolvido por antropólogos como Boas e Malinovski, no final do século XIX e início do século XX. Tem como fundamento a observação

direta dos comportamentos sociais a partir de uma relação humana. Como afirmam VÍCTORA, Knauth e Hassen:

A abordagem etnográfica se constrói tomando como base a idéia de que comportamentos humanos só podem ser devidamente compreendidos e explicados se tomarmos como referencial o contexto social em que eles atuam (2000, p. 53).

No seu sentido mais amplo, a etnografia pode ser definida como um processo sistemático de observar, detalhar, descrever, documentar e analisar o estilo de vida ou os padrões específicos de uma cultura ou grupo cultural (NOGUEIRA, 2003).

Para esse estudo, utilizamos a pesquisa etnográfica no sentido estrito de se verificar como os médicos lidam em seu cotidiano com manifestações somáticas que são consideradas vagas ou indefinidas, com a observação de consultas médicas em ambulatório.

No segundo momento, independente da observação etnográfica, realizamos entrevistas temáticas (semi-estruturadas) com médicos de diferentes especialidades, todos ligados à mesma instituição.

5.2. A DEFINIÇÃO DO CAMPO

Para o desenvolvimento da pesquisa, optamos pela escolha de um ambulatório de gastroenterologia de um hospital escola localizado no Estado do Rio de Janeiro. A escolha por essa especialidade se deu através das indicações de informantes privilegiados, isto é, profissionais de medicina que conheciam a rotina do hospital e as demandas mais frequentes de cada serviço. De acordo com as informações recebidas, o ambulatório de gastroenterologia recebia um número significativo de sofredores de sintomas indefinidos.

Pelo fato de o nosso objeto de estudo ser os próprios médicos, suas intervenções, suas falas e seus comportamentos – que, por vezes, foram controversos –, optamos por manter suas identidades resguardadas. Desse modo, os seus nomes foram mudados e também foram ocultadas quaisquer referências que pudessem explicitar o local onde a pesquisa foi realizada.

A observação etnográfica abarcou o período de 8 de agosto a 28 de novembro de 2006 e foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da UERJ⁵.

5.2.1. O ambulatório de gastroenterologia

Ao procurar o chefe do ambulatório da gastroenterologia a fim de pedir permissão para realizar a pesquisa de campo, Luís logo perguntou sobre o que se tratava a minha tese. Quando disse que era sobre assistência médica a pacientes com queixas indefinidas, falou: "*Então você achou o lugar, o lugar é aqui...*" Logo me senti aliviada, primeiro por ter conseguido autorização para realizar a observação participante e, sobretudo, por ter finalmente encontrado um ambulatório cujo responsável me dizia haver um alto índice de pacientes com o perfil que eu desejava.

Eu já estava observando os atendimentos no ambulatório de clínica médica do mesmo hospital, mas as observações mostraram-se infrutíferas, visto que o serviço tinha como maior característica o atendimento de doentes crônicos, tais como diabetes, hipertensão, entre outros. Neste momento, eu temia não achar um espaço institucional no qual eu pudesse presenciar o atendimento médico aos sofredores de queixas vagas e difusas, visto não existir um ambulatório específico para esse tipo de demanda.

Luís recebeu-me muito bem e informou aos residentes que me interessavam os "dispépticos funcionais". Surpreendi-me com o termo usado por ele, visto que eu havia dito que

⁵ A declaração do comitê de ética consta nos anexos.

iria trabalhar na minha pesquisa com assistência médica aos pacientes com queixas indefinidas. Um dos residentes me disse que cinco de seis pacientes que iam ao ambulatório eram "funcionais", outro ressaltou que a característica do ambulatório era ser de "pacientes funcionais". Logo me dei conta de que o termo "funcional" tratava-se de um vocabulário nativo e de que este, de certa forma, revelava como eles ali lidavam com esse fenômeno no dia-a-dia. Alguns médicos me perguntaram se eu estava interessada somente em dispepsia funcional ou em outras doenças funcionais também. Respondi, usando o mesmo vocabulário usado por eles, que qualquer "doença funcional" era alvo de minha pesquisa.

O chefe do ambulatório, então, pediu para os residentes me chamarem para observar os atendimentos quando houvesse algum caso de paciente funcional. Assim, eu passei a ficar posicionada ao lado da secretária e os médicos me chamavam para assistir às consultas quando tivessem ou desconfiassem de algum caso que pudesse me interessar. Observava por dia em média de quatro a cinco atendimentos; assim, ao longo dos meses pude presenciar consultas de diferentes residentes e do chefe do serviço.

No ambulatório, conhecido por todos pela abreviatura "gastro", as consultas acontecem uma vez por semana, pela manhã, de 8h às 12h, e é uma grande sala dividida em seis estreitos boxes que têm espaço apenas para uma mesa, uma cadeira para o médico, uma cadeira para o paciente e um leito para exame físico. Os boxes têm divisórias de eucatex e são fechados através de cortinas, isso faz com que todos os atendimentos possam ser ouvidos por todos, de forma que não há nenhum tipo de privacidade. Há duas secretárias no serviço, sendo que se revezam de forma que só há uma a cada semana. Elas têm como responsabilidade entregar os prontuários aos médicos, recolher os cartões de atendimento dos pacientes que serão atendidos no dia e anotar os dados pessoais de cada um numa ficha de controle dos atendimentos. Os médicos chamam os pacientes que irão ser atendidos e remarcam os seus retornos.

Há seis residentes que atendem no serviço, três residentes do primeiro ano (R1) – Gabriel, Gustavo e Marcelo – e três residentes do segundo ano (R2) – Renato, Victor e Patrícia – que se revezam, visto que, a cada semana, quatro residentes atendem no ambulatório. O chefe do serviço, Luís, é o único que está presente em todas as semanas e, assim como os demais residentes, passa as manhãs realizando atendimentos.

5.2.2. A pesquisadora no ambulatório

Entrei no ambulatório pelas mãos de Luís, chefe do serviço, que descobri ser alguém querido pelos residentes e pelos funcionários do serviço. Sabia que a "entrada" na observação etnográfica é muito importante no desenvolvimento da pesquisa, porque ela iria determinar ou pelo menos influenciar a forma como as pessoas iriam me ver e me tratar durante a minha permanência na instituição (VÍCTORA; KNAUTH; HAASEN; 2000).

Desde o início, Luís tratou-me com respeito e foi muito receptivo: apresentou-me a todos os residentes, pediu pessoalmente a cada um deles para que eu observasse suas consultas e quando me via muito tempo sem ser chamada para observar um atendimento lembrava a todos gritando: "*Gente, olha a doença funcional para a Carla!*". Contou-me que estava fazendo doutorado e desenvolvia a sua pesquisa em um hospital e, como não conhecia ninguém, ficava meio deslocado. Por isso me disse que sabia o que eu estava passando e fazia questão de que eu me sentisse bem ali. Notei também que o fato de eu ser doutoranda, como ele, fez com que me olhasse de forma respeitosa, às vezes em tom de brincadeira falava aos residentes: "*Ela não é residente, está fazendo doutorado!*"

A minha presença no ambulatório, fazendo anotações em um caderno, não deixou de despertar curiosidades. Alguns médicos fizeram-me perguntas sobre o caráter da pesquisa, tais

como: "*Qual é o seu n ?*"⁶ ou "*Quantos pacientes você precisará para sua amostra?*" Notei que minhas respostas causavam um certo estranhamento, uma vez que lhes dizia que eu não tinha um número definido de consultas para observar. Para eles, era impensável que eu estivesse realizando uma pesquisa de natureza qualitativa, era como se somente pudessem conceber uma investigação quantitativa. Essa forma de ver o campo científico deu-me alguns subsídios para começar a entender seus estilos de pensamento.

Apesar da curiosidade, pude ser bem aceita pelos médicos logo de início, alguns imediatamente já me chamavam para assistir os atendimentos, outros precisaram de um tempo para se acostumarem com a minha presença, mas não demoraram muito para me incorporarem em suas rotinas, e apenas um deles nunca me chamou para observar as suas consultas.

Colocava-me apenas como observadora, evitando ao máximo interferir na rotina deles. Aliás, desde o início no ambulatório procurei me aproximar, ser amistosa, de forma que eu pudesse efetivamente me colocar no lugar deles ali. Por isso, a minha postura foi a de sentir aquele ambiente como eles, mas sem perder os meus referenciais, procurando estar "ao mesmo tempo próxima e distante do grupo estudado" (VÍCTORA, KNAUTH, HAASEN, 2000, p. 55).

Eu ficava atenta para suas rotinas, para o que eles consideravam importante ou não, sempre ouvia com atenção e respeito o que falavam e procurava deixar que eles falassem espontaneamente sobre os assuntos, especialmente aqueles ligados a minha área de interesse. Seguindo as orientações de Becker (1999), privilegiei as declarações espontâneas, pois as perguntas mais diretivas poderiam ser mais propensas a demonstrar minhas preocupações, e conseqüentemente influenciar nas respostas dos meus informantes. Assim, quando queria que os médicos falassem de alguma conduta ou caso observado, eu geralmente lançava perguntas genéricas, que não estavam diretamente ligadas ao meu ponto de interesse, mas isso fazia com

⁶ O médico ao perguntar sobre o "n" referia-se ao número de pacientes de minha amostra. A preocupação com a amostragem é fundamental para a estatística desenvolvida nos estudos quantitativos.

que eles acabassem falando mais e tocando no aspecto que eu gostaria de abordar. Desse modo, a minha estratégia de intervenção foi quase sempre através de perguntas indiretas e genéricas.

Penso que a forma escolhida para me colocar na observação etnográfica foi bem sucedida, na medida em que eu rapidamente fui aceita entre os residentes. Percebi isso mais claramente numa ocasião em que formaram uma roda ao meu lado e me contaram uma piada de humor negro sobre pacientes com tumores. Eu, na medida do possível, participei desse momento "como se fosse um deles", por mais que eu respondesse às suas gargalhadas com um sorriso discreto. Depois disso, foram várias as vezes em que estive em rodas de conversas ao lado deles. Essa situação e outras foram me mostrando que eu era bem recebida e que eles não faziam restrições em falar coisas de seu universo na minha presença.

Durante os atendimentos, a maioria deles me apresentava aos pacientes e nestes momentos ficava atenta em *como* faziam essa apresentação, pois isso de certa forma revelaria o "lugar" que eu estaria ocupando para eles. Fui apresentada de diferentes e curiosas formas: "médica da psicologia", "pesquisadora em doenças funcionais", "doutoranda em dispepsia funcional", "psicóloga", "colega" e algumas vezes não era apresentada. Com isso observei que eu mesma era uma espécie de "anomalia" (KUHN, 2003) no ambulatório da gastro, uma vez que eles não sabiam bem como me categorizar. Eu era psicóloga, mas a minha pesquisa era ligada ao Instituto de Medicina Social; eu pertencia a este instituto mas não fazia parte do Departamento de Epidemiologia – onde era comum os médicos fazerem suas pós-graduações; eu estava ali acompanhando-os nas suas consultas, mas não era residente e tampouco médica. Assim, notei que eles me viam de diferentes formas: psicóloga, pesquisadora, médica, doutoranda, ou um híbrido tal como médica-psicóloga.

Com o passar do tempo, fui percebendo que as atitudes deles em relação a mim diferiam dependendo da situação ou do momento. Notei que, em um determinado momento, Luís passou a me chamar para observar casos de pacientes com problemas psicológicos, e dizia aos pacientes

que eu era "psicóloga"; em outra ocasião, podendo ser até no mesmo dia, tratava-me como uma residente, explicando-me pacientemente, como um professor, aspectos relativos à enfermidade do paciente. Em outros momentos, eu era uma colega com quem ele fazia confidências sobre o trabalho e a vida pessoal.

Observei que o mesmo se dava com os residentes: eu podia ser vista como uma colega residente quando participava das conversas nos intervalos dos atendimentos, como uma pesquisadora quando queriam me ajudar no desenvolvimento de minha pesquisa, ou mesmo como uma especialista em "doenças funcionais" quando me pediam ajuda ou explicações. Também, em muitos momentos, fiz as vezes de secretária e enfermeira. Por outro lado, em algumas horas, eu ocupava uma espécie de "não-lugar", me tornava invisível, como se eu fosse parte do mobiliário do serviço, como diriam Latour e Woolgar (1997). Às vezes, quando me viam no ambulatório ou mesmo durante os atendimentos em que eu estava observando, dirigiam-se a mim e falavam: "*Você está aí? Nem tinha te visto...*", "*Nossa, tinha esquecido que você estava aí...*"

Após ler Becker (1961) e sua etnografia na formação biomédica, dei-me conta de que esses diferentes lugares e não-lugares que ocupei poderiam ser algo característico, ou, pelo menos parte, do ofício do pesquisador que faz uma observação participante. O autor relata que ao longo dos anos em que acompanhou uma mesma turma de medicina – do início até eles se formarem – constatou que era tratado e visto de diferentes formas, ora era antropólogo, ora psicólogo, ora médico, entre outros.

Penso que o fato de tentar me colocar no lugar deles e ao mesmo tempo constatar que eu era colocada em diferentes lugares, ajudou-me a melhor compreender seus mundos, a forma de pensar, o poder coercitivo da formação – os seus coletivos e estilos de pensamento (FLECK, 1986); e, por mais que eu mantivesse um pensamento crítico em relação ao que eu via e ouvia, fui incapaz de olhá-los com olhares julgadores ou recriminadores.

Para analisar o extenso material obtido na observação etnográfica, optei por dividir o conteúdo em vários temas, e estes passaram a pertencer a dois grandes grupos, os quais nomeio de "situações de conflito" e "estratégias".

Por "situações de conflito" considero uma série de situações e demandas geradoras de impasses ou conflitos enfrentadas pelos médicos no cotidiano do ambulatório. O segundo grupo, nomeado de "estratégias", refere-se mais diretamente ao objeto de estudo da tese, isto é, as formas de os médicos lidarem com os sintomas vagos e difusos. Procurei esmiuçar cada mínima tentativa de lidar com o problema em questão para que pudesse formar um mosaico das táticas usadas pelos médicos no ambulatório diante destes sofredores.

5.3. AS SITUAÇÕES DE CONFLITO

5.3.1. A subjetividade do paciente

A singularidade dos sofredores de queixas vagas e difusas e suas dimensões fenomenológicas experienciais dificilmente foram abordadas durante as consultas médicas. Constatamos que os aspectos subjetivos do paciente doente, em especial para o residentes, são praticamente desconsiderados e não incorporados ao atendimento médico, como ilustra o caso a seguir:

Durante uma consulta, Gabriel, R1, fornece o resultado de uma endoscopia à paciente. Ele diz que, segundo o exame, ela só estava com uma pequena lesão no bulbo, mas que essa não tinha nenhuma relação com os sintomas que estava apresentando, e explica: "*O que a senhora tem é o que a gente chama de dispepsia funcional, um problema de motilidade no aparelho gástrico, mas que não tem uma lesão significativa. A senhora tem uma lesão muito pequena que foi causada por uma bactéria...*" E continua: "*Eu vou fazer o tratamento desta bactéria que causou a lesão, mas eu quero deixar claro que isso não tem nada a ver com os sintomas que a senhora sente, o que vai resolver são medidas antiestresse.*" Recomenda, então, o tratamento

para a bactéria, dois antibióticos e um remédio para o estômago. A paciente pergunta: "*E o meu intestino preso? E a dor que sinto quando vou ao banheiro que vai do pé até em cima?*", apontando a região da virilha. Gabriel responde um pouco impaciente: "*Isso não tem relação com os sintomas que a senhora sente, isso é um caso para um ortopedista*". A paciente insiste dizendo que essa dor somente ocorre quando ela vai ao banheiro. Ele comenta que isso pode ter relações com a posição e a força que ela faz quando evacua. Ao fim da consulta, o médico diz que depois que ela terminar a medicação irá fazer uma nova endoscopia.

Gabriel me procura para "discutirmos o caso", e essa atitude irá se repetir em todos os atendimentos dele que observei, sempre comentava, emitia opiniões e procurava me mostrar o perfil dos "pacientes funcionais". Ele diz: "*Você viu como é o paciente funcional? Ela tem uma lesão mínima de quatro milímetros e isso não tem nenhuma relação com os sintomas dela, mas eu fico numa situação difícil se eu não tratar...*" E continua: "*Ela está assim porque perdeu o marido há pouco tempo...*" Essa questão imediatamente me chama a atenção porque em nenhum momento foi abordada pelo médico durante o atendimento.

Esse caso evidencia o estilo de pensamento dos médicos, inculcado por uma formação que impõe uma forte coerção para que incorporem as premissas de objetividade da racionalidade biomédica. De acordo com Fleck (1986), o ver formativo, chamado por ele de *gestaltsehen*, exige experiência e treinamento prévio, entretanto, ao ser adquirido, perde-se a capacidade de ver aquilo que possa contradizer a sua visão de mundo.

De acordo com Good, (2005) na biomedicina, há um grande poder na idéia de que a doença é fundamentalmente, e até mesmo, exclusivamente biológica. Assim, os médicos guiados por este estilo de pensamento concebem a doença a partir de referenciais biológicos, e mais especificamente, através da detecção de uma lesão e suas causas. Segundo Camargo Jr.:

Todo o trabalho médico está voltado para a identificação e eliminação, quando possível, das doenças e lesões que as causam. Tudo mais é

secundário, inclusive o indivíduo que incidentalmente traz a doença (2003, p. 79).

Deste modo, tudo aquilo que, não é entendido como doença no paradigma biomédico, não tem relação com o atendimento médico. Portanto, o fato de a paciente estar atravessando um momento de vida gerador de sofrimento não é relevante para a condução do processo diagnóstico e terapêutico da mesma.

Não se trata de não perceber esses aspectos, eles são percebidos, tanto que o residente diz à paciente que o que resolverá o seu caso "*são medidas antiestresse*" e também comenta comigo, ao fim da consulta, os problemas vivenciados por ela. Porém, eles não são incorporados aos procedimentos médicos, como nos esclarece Camargo Jr.: "... isto não quer dizer que os médicos não reconheçam a ocorrência de fatores extra-biológicos na produção da doença; estes são, entretanto, subjugados pelo referencial biológico" (2003, p. 82).

Ao contrário dos residentes, Luís, o chefe do ambulatório, apresenta-se como uma exceção, visto que valoriza e incorpora nos atendimentos as questões subjetivas do paciente. O médico costumava perguntar como estava a vida da pessoa e se algo tinha acontecido para despertar aquela dor. Muitos pacientes ficavam, inclusive, longo tempo nas consultas falando de suas vidas e de seus problemas.

Em um atendimento de uma mulher com dores inexplicáveis no estômago e se dizendo "deprimida", Luís diz: "*Não gosto destes rótulos...*" Em seguida, pergunta se ela sai com o marido e quais os programas que fazem juntos. A paciente diz que os dois são aposentados e que não saem muito e comenta: "*Outro dia fomos no Cristo Redentor...*"; o médico fala num tom de brincadeira: "*Mas ir ao Cristo deve dar depressão mesmo... Por que você não sai, dança, namora o marido, toma umas cervejas e dá uns amassos nele?..*" Ela diz: "*Meu marido já está velho...*" Luís fala: "*Mas hoje em dia tem tanta coisa... tem VIAGRA...*" A paciente ri e diz que ele brinca muito. O médico responde: "*Na brincadeira eu falo muita coisa séria...*" ela, então, diz:

"Eu sei, doutor... mas acho que eu não gosto mais disso..." – referindo-se a sexo. O médico, então, afirma: *"Pois então é importante você descobrir e fazer algo que goste.... eu não gosto de cabeça vazia..."* A paciente por fim comenta: *"Dr. Luís é tão bom conversar com você... você parece psicólogo..."* Ele menciona que outros pacientes já disseram isso.

Luís, ao conduzir seus atendimentos, levava em consideração as questões subjetivas apresentadas pelos seus pacientes: ele conversava, ouvia e demonstrava que os aspectos da vida pessoal podiam interferir nos sintomas apresentados. Sendo assim, a forma como lidava com os sofredores de queixas indefinidas, e com os doentes em geral, era uma exceção naquele ambulatório.

No entanto, curiosamente, essa habilidade em conduzir os atendimentos, incorporando a subjetividade do adoecer, não era abordada nas supervisões com os residentes. Luís acreditava que isso se tratava de uma característica pessoal, e portanto, não fazia parte do ensino da medicina.

5.3.2. A demanda por exames

A demanda de vários exames por parte dos sofredores de queixas indefinidas é muito freqüente, e os médicos têm dificuldades de responder a ela. Constatamos que, por vezes, terminam por solicitá-los, mesmo que achem desnecessário, como exemplifica o caso abaixo.

Luís, chefe do ambulatório, pergunta o que a paciente estava sentindo, e ela diz que tem dor no estômago e que a residente que a atendia anteriormente havia dito que poderia ser uma úlcera. O médico disse que o resultado da endoscopia mostrava que tudo estava normal e pergunta *"O que você faz normalmente para passar a dor?"* A paciente responde de forma ríspida: *"Eu não sei, por isso eu estou aqui..."* e continua: *"Eu não posso fazer um ultrassom?"* O médico, visivelmente incomodado, responde: *"Pode... pode sim... mas provavelmente vai*

continuar dando tudo normal... o que você vai fazer?" A paciente diz: "Eu não sei... primeiro quero ver o ultrassom". Luís fica em silêncio, pensativo e diz: "Os pacientes costumam me ajudar para a gente entender o que está acontecendo, mas como eu não sou o seu médico⁷, vou fazer o pedido do ultrassom e depois você conversa com ele sobre isso."

No relato acima, podemos observar que, subjacente à demanda de diversos exames, encontra-se uma busca por um diagnóstico de doença física por parte do sofredor, e uma negativa em aceitar qualquer influência psicossomática em seu adoecer, como apontam Cohn (1999) e Groopman (2000) com relação à fibromialgia. A paciente em questão recusa-se a admitir que não haja uma concretude da doença que possa ser expressa através de exames. Somente estes poderão revelar a "doença real", que seja visível através de aparatos tecnológicos.

Assim, por um lado, encontramos um sofredor com uma clara demanda de medicalização e de crença no poder da tecnologia médica; por outro lado, médicos com poucos recursos oferecidos pelo modelo biomédico para responderem a esse tipo de solicitação. Desencontros como estes, tal como relata Brasil (1995), acabam por produzir uma grande peregrinação institucional, por parte do paciente, ou melhor do "quase-paciente", em busca de uma classificação diagnóstica que possa explicar e tratar o seu sofrimento.

5.3.3. A dificuldade em dar alta

Dar alta aos sofredores de queixas vagas e difusas, aparece como um problema para os médicos no ambulatório, na medida em que seus pacientes resistem em aceitá-la. Como ilustra a situação a seguir:

Patrícia, R2, após uma consulta, comenta com Luís que eles deveriam colocar uma placa no ambulatório com os seguintes dizeres: **NÃO ACEITAMOS PACIENTES COM ENDOSCOPIA**

⁷ O residente responsável pelo atendimento da paciente estava ausente no dia.

NORMAL. Luís ri e comenta comigo: *"Você não viu aquela paciente que não queria ir embora sem marcar uma nova consulta?"* Patrícia diz: *"Eu também não consegui dar alta para uma paciente que tem úlcera tratada, mas que há vários meses continua sintomática. Ela trouxe os filhos... estou deixando para os novos residentes darem a alta"*. Ele comenta: *"Se você colocasse essa placa aqui no ambulatório estaríamos todos desempregados..."* Ela se vira para mim e diz: *"Não que as queixas desses pacientes não sejam importantes, mas é preciso que o ambulatório tenha um fluxo e esses pacientes impedem que os casos mais graves possam ser consultados..."*

A idéia de que é difícil dar alta e de que esses pacientes impedem o fluxo do ambulatório foi comentada por vários residentes:

Gabriel, R1, ao atender uma doente "funcional", já atendida anteriormente por outro residente, comenta com a paciente: *"Como a doença funcional é um problema de motilidade, às vezes você vai se sentir melhor, às vezes você vai se sentir pior... você vai ter que aprender a lidar com isso... quando sentir algum incômodo tome a ranitidina..."* Diz que vai remarcar uma nova consulta para daqui a seis meses para saber como ela está se sentindo.

Ao final comenta comigo: *"Essa paciente era para ter alta, o residente que a atendeu deixou escrito no prontuário que era para eu avaliar alta, mas eu só não dei ainda porque era a primeira vez que eu a estava atendendo... prefiro ver o paciente mais uma vez, isso não causa nenhum prejuízo ao serviço..."* e continua: *"O ambulatório de um hospital universitário é um lugar para se acompanhar casos mais graves... a dispepsia funcional é uma doença, mas não é para ficar ocupando espaço no ambulatório..."*

Neste mesmo dia, Gabriel comentava que tem dois pacientes funcionais e que havia marcado uma nova consulta para eles cerca de oito meses depois. Luís, chefe do serviço, pergunta: *"Por que não deu alta de uma vez?"* E Gabriel diz: *"Para os pacientes não se sentirem excluídos, eu acompanho espaçadamente e depois dou alta..."*

Luís comenta comigo que há também uma questão institucional ligada à dificuldade de dar alta: "*Os pacientes não querem alta, eles querem ter um vínculo com o serviço, se eles perdem esse vínculo ficam sem um médico, por isso preferem vir às consultas mesmo que seja uma vez por ano... porque depois para conseguir marcar uma nova consulta é muito difícil...*"

Dar ou não alta aos sofredores de sintomas vagos e difusos aparece como uma significativa situação de conflito no ambulatório. O impasse se estabelece na medida em que alta significa cura ou melhora, como aplicar essas noções a quem não tem nenhuma explicação objetiva para os sintomas físicos? A médica ao dizer que o serviço não deveria receber pacientes com os resultados de exame normal, mostra o mal-estar causado por esse tipo de demanda: do paciente querer ser tratado sem que haja uma lesão. Como nos lembra Camargo Jr.: "doença e lesão estão umbilicalmente ligadas: uma não existe sem a outra" (2003, p. 81).

Desse modo, os médicos se vêem na incômoda situação de ter que deparar com uma doença sem lesão. Em linhas gerais, eles tem que se defrontar com o que Kuhn (2003) chama de anomalia – problemas que não estavam previstos no modelo paradigmático, com o qual o cientista não se encontra preparado para lidar. Assim, como os cientistas ao fazer a ciência normal, os médicos ao exercerem suas atividades cotidianamente podem se ver diante de uma anomalia, ou de acordo com Fleck (1986), de uma exceção.

Apesar de a "anomalia" ter recebido o diagnóstico de "doença funcional", não possui o *status* de uma "doença verdadeira" – que apresente uma lesão ou causalidade reconhecida. Isso é evidenciado no momento em que os residentes dizem que esse tipo de doença impede o fluxo do serviço e que o ambulatório de um hospital universitário não é para atender demandas como essas. Porém, como ressalta Kuhn (2003), as anomalias podem ser persistentes, e, no caso do modelo biomédico, a medida dessa persistência pode ser verificada através do número expressivo de pacientes categorizados como funcionais.

Os "quase-pacientes" querem se tornar "pacientes", continuar na instituição recebendo cuidados e tratamento para os seus sofrimentos; e os médicos querem descartá-los por não terem mais recursos terapêuticos para tratá-los. Os médicos, então, respondem a essa situação de impasse, muitas vezes, mantendo o paciente vinculado ao serviço, mas com um grande intervalo de tempo entre as consultas – uma medida claramente paliativa.

5.3.4. A irritação dos médicos

Deparar-se com a anomalia muitas vezes causa uma grande irritação nos médicos e sentimentos de raiva em relação aos pacientes e suas queixas, como mostra o relato a seguir.

Após atendimento de uma paciente com queixas indefinidas, Gabriel comenta comigo, em tom de desabafo: *"Vê como é esse tipo de paciente... os sintomas não tem consistência nenhuma... ela diz que perdeu peso, depois diz que não perdeu... diz que tem diarreia, depois diz que não tem.... ela mesma se contradiz"*. E continua: *"Eu pedi os exames para me proteger, porque depois eu não peço, ela vai num outro médico, descobrem um tumor no intestino e podem dizer 'Quem é o médico que não fez a colono (colonoscopia)?' Visivelmente irritado diz: 'Eu fico revoltado! Esse tipo de paciente não dá para desenvolver um raciocínio de câncer... e ainda por cima tem o Q.I baixo..."*

O residente ao dizer que este tipo de paciente possui "Q.I baixo" remete-nos a Boltanski (1989). Segundo ele, a relação doente-médico é sempre uma relação de classe, na qual a atitude do médico modifica-se de acordo com a classe social do paciente. Para o médico, o doente pertencente a classe popular é hierarquicamente inferior e encontra-se incapaz de compreender a sua linguagem:

... (o doente) possui o mais baixo de nível de instrução, e que, fechado na sua ignorância e seus preconceitos, não está portanto em estado de

compreender a linguagem e as explicações do médico, e a quem, se quer fazer compreender, convém dar ordens sem comentários, em vez de dar conselhos argumentados (BOLTANKI, 1989, p. 45).

Além do problema ligado a classe social do paciente, identificamos uma dificuldade do modelo biomédico em lidar com a anomalia. De acordo com Kuhn, a anomalia produz fracassos na resolução dos enigmas cotidianos e gera insegurança profissional: "essa insegurança é gerada pelo fracasso constante dos quebra-cabeças da ciência normal em produzir os resultados esperados" (2003, p. 95).

Assim, os pacientes, ao apresentarem sintomas que fogem completamente ao padrão de doença oferecido pelo modelo da biomedicina, acabam por dificultar o diagnóstico e gerar insucessos clínicos, e o seu discurso é visto aos olhos dos médicos como "sem consistência" ou "contraditório". Por sua vez, a insegurança profissional é demonstrada pelo residente Gabriel ao dizer que "pediria um exame para se proteger" e pela sua preocupação a respeito do que os outros médicos pensariam dele se não solicitasse uma colonoscopia.

Desse modo, acreditamos que a revolta e a irritação dos médicos em relação aos sofredores de queixas indefinidas são reações ao fracasso terapêutico e à insegurança produzida por esse tipo de demanda.

5.3.5. Quando o médico esgota seus recursos

Apesar de a dita "doença funcional" normalmente não ser algo que mobilize muito os médicos, a não ser pelas reações de incômodo e irritação, houve um caso que foi tratado pelo residente quase como uma emergência. Tratava-se de um paciente com o qual o médico já havia tentado todos os recursos terapêuticos que julgava possíveis.

Eu estava acompanhando um atendimento, quando, no meio da consulta, Renato, R2, entrou na sala com um certo ar de urgência e me disse: *"Tem um paciente que quer falar com*

você..." Eu me surpreendi, já que não tinha nenhum contato sozinha com os pacientes, sempre os via acompanhados dos médicos durante a sessão. Eu, um pouco intrigada, disse que estava terminando de acompanhar a consulta e que logo iria. O residente perguntou-me com ar angustiado: "*Vai demorar muito?*" Diante do tom de apelo, fui ver do que se tratava.

Quando saí da sala, relatou-me que estava atendendo um paciente que apresentava soluços contínuos inexplicáveis, que já fora tentado de tudo para curá-lo, e que ele não sabia mais o que fazer. O paciente também estava sendo atendido pelo psiquiatra, o qual, segundo o residente, também acreditava que o caso tivesse um componente psicogênico.

Ele leva-me, então, até onde o paciente estava sendo atendido e, na presença deste, relata que já o haviam internado, para submetê-lo a um tratamento, mas que, durante a internação, os soluços interromperam. Em seguida, me diz: "*Você quer fazer alguma pergunta para o paciente?*" Eu disse que não, estava interessada apenas em observar a consulta. O médico descreveu mais algumas características do sintoma do paciente e me disse: "*E aí? Você não quer falar alguma coisa? O que você acha?*" Diante da insistência e da situação de coação em que ele havia me colocado, perguntei se havia alguma outra ocasião, sem ser a internação, que ele não havia solucionado, e o paciente prontamente respondeu: "*No samba... quando eu estou desfilando na avenida...*"

Renato vira-se para mim surpreso, senta-se ao lado do paciente e pergunta a ele o que costuma fazer no dia-a-dia, se faz coisas de que gosta... O paciente diz que não, porque soluça o tempo todo, só ia ao desfile de sua escola uma vez ao ano. O médico diz que há samba o ano todo e pede para que ele experimente fazer coisas de que gosta para poder ver se o soluço melhora.

A impressão que tive, quando fui chamada pelo residente, é que se tratava de uma emergência, e, de fato, Renato confessou que já havia tentado de tudo para tratar o paciente, sem sucesso; experimentava fracassos contínuos. De certo modo, confessara-me que havia chegado a

um impasse, e que não tinha mais recursos cognitivos e teóricos dentro de seu paradigma para lidar com a anomalia.

Podemos notar, através do caso descrito acima, o reducionismo biológico do modelo biomédico e a não incorporação de uma abordagem psicológica pelos médicos na condução dos casos clínicos.

5.4. AS ESTRATÉGIAS

5.4.1. Quando o paciente não tem nada...

Observamos que, quando o resultado dos exames é normal, o médico costuma explicar ao paciente que ele tem uma "doença funcional", e se, após essa explicação, o mesmo continua assustado ou temeroso, o profissional esclarece que não se trata de algo que tenha gravidade. Os residentes nunca dizem apenas a frase "você não tem nada", por mais que possam pensar isso, a sentença é sempre "você não tem nada sério" ou "você não tem nada grave", também é muito usado o argumento de que se trata de uma doença benigna, como ilustram os casos abaixo:

Após um atendimento em que a paciente trazia muitas queixas físicas, Victor, R2, afirma que todos os exames haviam sido feitos e que ela tinha uma doença funcional, um problema de motilidade gástrica, mas com ausência de lesão. A paciente continua queixando-se de dores e diz: *"Eu sinto tantas dores que estou até com medo de morrer..."* o médico diz: *"Não precisa se preocupar... o que a senhora tem é benigno..."*

Em uma outra consulta conduzida por Renato, R2, a paciente olha assustada diante do diagnóstico de "doença funcional" e pergunta: *"Você viu isso nos resultados dos meus exames?"* E o residente diz um pouco irritado: *"Não... isso não tem nada a ver.... a senhora não precisa se preocupar... não é nada... sério..."*

Se analisarmos de acordo com os referenciais oferecidos por Fleck (1986), podemos pensar que os médicos, para manterem a harmonia do seu estilo de pensamento, só conseguem perceber as idéias que coadunam com os referenciais do modelo biomédico. Dessa forma, tudo aquilo que foge à concepção de doença oferecida pela biomedicina (presença de lesão ou correspondentes), não pode ser visto como uma patologia realmente "verdadeira" e ser considerada como séria.

5.4.2. A medicação

A medicação para o alívio dos sintomas aparece como um procedimento padrão no tratamento dos sofredores de queixas vagas e difusas, como ilustra o caso a seguir.

Acompanho um atendimento de uma mulher com histórico de fibromialgia, dispepsia funcional e síndrome de cólon irritável. Gabriel, R1, pergunta à paciente se está se sentindo melhor, ela diz que muito pouco, e descreve uma série de queixas. O médico pergunta se está tomando outros remédios além do receitado pela gastro, e ela mostra a receita de um remédio indicado pela médica da reumatologia e diz: "*Esse remédio está fazendo com que eu melhore...*" E ele diz: "*Pois continue tomando então...*"

Enquanto o residente faz anotações no prontuário, a paciente comenta: "*Quando tive a minha última crise da fibromialgia foi porque fiquei estressada...*" Gabriel continua a fazer perguntas sobre os seus sintomas: "*O que mais a senhora está sentindo?*" A paciente fala sobre gases e ele diz que irá receitar LUFTAL para os gases, diz que irá manter a LOPERAMIDA para a dor e o OMEPRAZOL para tratar a dispepsia.

Logo depois de atendê-la o residente comenta comigo: "Quando nós estudamos dispepsia funcional pedem que a gente não correlacione com fatores psicológicos, mas é clara esta relação..." E diz um pouco irritado: "Os sintomas dela não tem nada a ver com nada...o remédio

que a médica da reumatologia receitou é um antidepressivo... ela diz que está melhor, mas o remédio não faz efeito só com uma semana".

Este caso chama a atenção pelo fato de o médico questionar o aprendizado da medicina no sentido de não correlacionar a doença com fatores psicológicos, no entanto este questionamento não influencia em nada a sua condução terapêutica, que se restringe ao tratamento medicamentoso – dirigido no sentido de minimizar os sintomas da paciente, aliado ao antidepressivo prescrito pela médica da outra especialidade.

Além disso, observei que a terapêutica dos residentes aos ditos "funcionais" se resume basicamente a um medicamento específico, o OMEPRAZOL – remédio que diminui a secreção gástrica – aliado à recomendação de dieta. Aliás, o uso da prescrição de OMEPRAZOL é praticamente um padrão no ambulatório, como exemplifica o caso abaixo:

Gustavo, R1, chamou-me para ver a consulta de uma paciente que teve a úlcera tratada, mas que continuava "sintomática". A paciente disse que sentia queimação e azia. O médico explicou a ela que a úlcera já havia sido tratada e que os sintomas que estava apresentando não se justificavam. Disse que provavelmente o que ela tinha era uma doença funcional, mas que iria pedir alguns exames para eliminar a possibilidade de outras doenças, tais como uma doença biliar e parasitológica. Fez várias recomendações em relação à dieta: "*Você deve evitar comer chocolate, gordura, refrigerante e café...*" e prescreveu que continuasse tomando o OMEPRAZOL.

A prescrição de OMEPRAZOL no ambulatório de gastro é de tal ordem que o próprio chefe do serviço fez uma ironia em relação a esse fato. Uma paciente com úlcera cicatrizada, mas que permanecia com os sintomas, disse a Luís: "*Doutor, eu não consigo ficar sem o OMEPRAZOL, eu posso continuar tomando o remédio?*" Ele responde sorrindo: "*Pode... OMEPRAZOL é bom para a pele, para a depressão, para varizes, para briga com o marido...*"

A alta incidência de prescrição de OMEPRAZOL aos "pacientes funcionais" e o efeito placebo desta medicação foram abordados pela residente da gastro, Patrícia, e por um residente da clínica médica, num dia em que conversavam no ambulatório:

O residente da clínica médica diz: *"Eu notei que alguns pacientes que não têm nada, tomam OMEPRAZOL durante anos, por quê?"* A médica responde: *"Tem alguns estudos que mencionam o efeito placebo do OMEPRAZOL nos pacientes funcionais... estes estudos mostram que, de cada 10 pacientes, um melhora com a medicação"*. O residente da clínica médica fala um pouco surpreso: *"Só isso? Dez por cento?"* Patrícia responde: *"É pouco, mas mostra algum resultado... eu deixo... porque mal não faz... se tem algum efeito para o paciente..."*

A partir das situações observadas no ambulatório de gastroenterologia, verificamos que a principal ação terapêutica empregada pelos médicos nos casos dos sintomas vagos e difusos é a prescrição de medicamentos. Apesar de a dita doença funcional poder ser considerada uma anomalia no paradigma – por não apresentar uma lesão – as estratégias de tratamento são as mesmas encontradas na biomedicina, como ressalta Camargo Jr.: "os esquemas terapêuticos, largamente baseados no bulário e na propaganda da indústria terapêutica, raramente vão além do método de ensaio e erro e/ou da prescrição de sintomáticos (2003, p. 77)".

Assim, os sofredores de queixas indefinidas são tratados a partir dos referenciais biologizantes e de objetividade, e as suas questões subjetivas são submetidas à medicação em série: "... tudo que se refere à subjetividade, ao imaginário (por exemplo), é posto de lado como não científico, sendo objeto de uma 'farmacologização' tão maciça quanto cega – sempre em nome da ciência" (CAMARGO Jr., 2003, p. 77).

5.4.3. A dieta

Os residentes são unânimes em dizer que a dispepsia funcional está muito relacionada aos hábitos alimentares. Como ilustra a fala de Patrícia, R2, em uma de suas consultas: "*A doença funcional é um problema de motilidade no aparelho gástrico que oscila e depende muito dos hábitos alimentares*". Os residentes, como num procedimento padrão, após explicarem a estreita relação entre os sintomas apresentados e a alimentação, listavam as comidas a serem evitadas: café, chocolate, gordura, refrigerante e bebidas alcoólicas.

Em contraposição, Luís, o chefe do ambulatório, ao abordar as questões da alimentação do paciente, não se restringia a falar sobre as comidas não permitidas, como os residentes normalmente faziam. Ele, freqüentemente, correlacionava os hábitos alimentares ao estilo de vida do paciente e às suas condições sócio-econômicas, como ilustra o caso a seguir:

Luís atende uma mulher que diz sentir uma dor constante na barriga. Ele logo pergunta: "*Você trabalha na lanchonete aqui?*" (a paciente estava uniformizada). Ela responde afirmativamente. O médico pergunta quando começaram as dores, e ela diz que há alguns meses, foi ao clínico, fez exame de fezes e fez o tratamento, mas, como as dores persistiram, foi encaminhada para a gastro. Luís pergunta: "*Como é a sua vida? Você trabalha quantas horas por dia? Onde você costuma comer?*" A paciente responde: "*Eu trabalho 12 horas por dia na lanchonete e como por lá mesmo... moro em São Gonçalo e saio muito cedo de casa...*"

O médico pergunta como era o trabalho dela, o que fazia, como era seu dia-a-dia, se tinha filhos, se era casada. Ela, então, contou sobre a sua rotina, os problemas de trabalho, a alimentação; mencionou que nunca almoça ou janta, apenas come os salgadinhos e sanduíches da lanchonete. Ele comenta que o mais difícil de um trabalho sacrificado são as perspectivas de futuro. Diz que assim fica difícil para ela procurar um outro emprego, fazer um curso... A paciente responde: "*É... não tenho tempo...*" Ele, então, diz a ela: "*Você não tem doença*

nenhuma, o que você precisa é reestruturar a sua vida..." A paciente diz um pouco surpresa: *"Eu não tenho doença?"* Ele diz: *"Não... quem tem uma doença tem em Nova York, tem em São Paulo, tem em São Gonçalo...no seu caso se você mudar a sua vida, isso desaparece"*. Ela diz cabisbaixa: *"Eu estou acomodada"*. O médico responde: *"Não... você está cansada, mas tem jeito"*. Luís sugere que ela fique atenta aos cursos do SENAC e do SENAI e quanto à alimentação diz: *"Por que você não pega um pouco do arroz que a sua filha faz para ela e leva para o trabalho? Assim você pode misturar com um pouco de molho de frango dos salgados..."* e a paciente diz: *"É... a minha filha cozinha todo dia, e disse que se eu quiser ela pode fazer legumes para eu levar para o trabalho..."*

Quando a paciente vai embora, Luís comenta comigo: *"É... ambulatório não é só medicar... às vezes é só uma orientação... é preciso orientar..."*

Normalmente, quando os pacientes diziam que a causa de suas dores era a alimentação e que tinham que cortar café, álcool etc., Luís costumava dizer que o problema era o excesso: *"Não tem problema nenhum você beber seu cafezinho, tomar sua cerveja no final de semana, o problema é o excesso... você não pode tomar uma garrafa de café ou beber todo dia..."*

Além disso, os fatores emocionais e os hábitos alimentares são abordados em conjunto na terapêutica do chefe do ambulatório, como exemplifica o caso abaixo:

Luís atende um homem com úlcera cicatrizada que continua sentindo dores estomacais, queimação e azia. Ele pergunta: *"Por que você acha que está com essas dores?"*. Paciente diz em tom de indagação: *"É por que eu não estou me alimentando direito, doutor?"* O médico diz: *"Sem dúvida isso contribui muito, você está acima de seu peso... mas isso não é tudo... você comer uma rabada não vai abrir um buraco no seu estômago... é claro que depois que a lesão está lá, se você comer isso vai ser ruim..."* e continua: *"Eu quero saber como está sua vida, como é o seu trabalho."* O paciente conta que estava trabalhando na campanha de um deputado federal que perdeu as eleições e que agora estava desempregado. Relata também que tem um filho com

deficiência física e que o problema dele veio se agravando nos últimos tempos. O paciente se emociona, chora, e Luís coloca as mãos em sua mão e diz: "*Tudo isso que você está passando, esse momento de estresse está contribuindo para os seus sintomas...*"

A partir disso, nos deparamos com duas estratégias diferenciadas: a do grupo de residentes e a do chefe do ambulatório. Os residentes agem como se executassem um procedimento padrão: inicialmente diagnosticam a doença funcional, em seguida discorrem sobre a relação desta com os hábitos alimentares, depois solicitam que alguns alimentos sejam evitados e finalmente prescrevem o medicamento sintomático. A dieta aparece como uma etapa fundamental no tratamento das queixas indefinidas, e quando os sofredores retornam ao médico com a persistência dos sintomas, quase sempre é atribuído à não aderência à dieta recomendada.

Neste caso, podemos constatar o reducionismo unicausal dos residentes ao lidar com a anomalia (KUHN, 2003) ou com as exceções (FLECK, 1986): a causa dos sintomas é vista como unicamente ligada à alimentação, portanto, se o paciente excluir esses fatores a doença será eliminada. Porém, as anomalias persistem, e a única solução encontrada pelos residentes para explicar a persistência dos sintomas é culpando os pacientes por não terem se comportado como deveriam.

Por outro lado, deparamos com a abordagem totalmente diferenciada do chefe do ambulatório, em que a alimentação é apenas mais um elemento que pode contribuir para o aparecimento dos sintomas vagos e difusos. Ele recusa a visão unicausal e integra em suas ações terapêuticas as questões subjetivas do paciente. A sua intervenção, apesar de ser uma exceção no ambulatório, demonstra que é possível atuar de forma que se escape aos limites impostos pelo paradigma biomédico. Em suas conduções pudemos constatar que as noções de integralidade e cuidado (PINHEIRO & MATTOS, 2001, 2003, 2004) podem ser incorporadas à clínica e serem úteis no tratamento desses sofredores.

5.4.4. Os encaminhamentos "psis"

Durante o período em que estive no ambulatório, não presenciei nenhum encaminhamento por escrito dos médicos à psiquiatria ou à psicologia. No entanto, pude acompanhar alguns casos em que pacientes eram atendidos pela psiquiatria e pela gastro simultaneamente. Normalmente, eram casos de pacientes que apresentavam um histórico de "doença funcional" há muitos anos e com sérios prejuízos a sua vida pessoal, social e profissional, como exemplifica o caso a seguir:

Acompanho um atendimento com Gustavo, R1, de um paciente que ele vem atendendo e que tem um histórico de 21 anos de diarreia, com média de cinco episódios diários. O paciente comenta que já teve mais de 20 médicos ao longo deste tempo, que tem plano de saúde e que atualmente resolveu ser atendido em hospital universitário por achar que o seu caso pode ser estudado. Durante a consulta, o paciente conta sobre os danos que a doença lhe causou: teve que se adequar a uma função interna no trabalho e pouco remunerada porque não conseguiu se adaptar à função externa, abriu mão da faculdade de engenharia uma vez que passou a ter dificuldades de concentração, e não pode almoçar ou jantar na casa das pessoas, pois se sente extremamente constrangido.

Gustavo pergunta sobre o acompanhamento com o psiquiatra, e o paciente diz: *"A minha cabeça já está afetada com essa história toda... são 21 anos.... Inclusive, o meu médico anterior disse que foi a um congresso e que lá eles bateram o martelo que é uma doença psicológica..."* O residente diz: *"A gente não pode dizer que a única causa seja psicológica, sem dúvida é uma das causas, e por isso é importante que você esteja sendo acompanhado por um psiquiatra, mas não é a única... Na literatura se diz que não devemos tratar um doente funcional como doente psiquiátrico porque ele não é..."*

Quando termina o atendimento, Gustavo comenta: *"Ele (o paciente) tinha uma mulher que o deixou, não agüentou, perdeu vários empregos, está com sua vida social totalmente prejudicada... Para mim um caso desses é mais grave que um câncer..."*

Em outros casos, a indicação para a psiquiatria aparece como uma alternativa possível diante do esgotamento e da insuficiência dos recursos médicos, como exames e medicações.

Durante um atendimento, a paciente diz que está se sentindo pior, sente muita dor, não consegue comer e tampouco beber água. O filho que a acompanhava pergunta se não há nenhum exame que ela poderia fazer. Victor, R2, explica a ele que todos os exames foram feitos e, que, inclusive, ela já fez, nos últimos anos, oito colonoscopias e que vinha fazendo, em média, duas endoscopias por ano. O filho pergunta sobre a possibilidade de se fazer uma ressonância magnética. Victor diz mais uma vez que todos os exames necessários foram feitos, que ela não tem nenhuma indicação para uma ressonância, afirma que prescreveu todos os medicamentos possíveis e que não houve melhora e diz: *"O indicado seria um acompanhamento psicológico ou psiquiátrico... não que ela não sinta tudo isso que diz... ela sente sim...mas no caso dela haveria uma hipersensibilidade e seria bom ela tratar essa hipersensibilidade com um profissional da psiquiatria"...*

Não acompanhei nenhum caso em que o paciente estivesse sendo acompanhado por um psicólogo. Em uma conversa com Luís, chefe do ambulatório, sobre um paciente que estava com a úlcera tratada, mas que não estava conseguindo ficar sem a medicação, ele disse que este havia sido atendido pelo serviço de psicologia do hospital: *"O paciente não gostou do atendimento e nem eu... a psicóloga disse para ele que não tinha nada..."*

Em alguns casos observados a psicologia era curiosamente mencionada como uma das medidas possíveis para diminuir o estresse, no mesmo patamar que exercícios físicos e o lazer. Em um dos atendimentos a uma paciente "funcional", o médico diz: *"A vida não é só trabalho,*

you need to do something that reduces your stress, you can start to do a therapy... or walking... or doing a yoga...."

De acordo com o que detectamos, a psicologia médica é uma disciplina que inicialmente pretendia questionar as bases da biomedicina, entretanto, atualmente perdeu seu caráter contestador, e exerce pouca ou quase nenhuma influência no cenário médico (CAMARGO Jr. et al., 1999; GUEDES, 2000).

Notamos que, no ambulatório pesquisado, a psiquiatria e a psicologia possuem pesos diferenciados. Enquanto a psiquiatria é, em alguns casos, um importante recurso no tratamento de pacientes com sintomas inexplicáveis, a psicologia aparece com um papel praticamente nulo nesse espaço institucional.

Acreditamos que estes encaminhamentos dos médicos para os profissionais da psiquiatria são sinais de que este paciente porta uma queixa que "não está prevista" no modelo biomédico e que escapa ao saber teórico-prático aprendido, o que de acordo com Kuhn (2003) seria uma consciência e um reconhecimento da anomalia. Do mesmo modo, de acordo com a perspectiva de Fleck (1986), poderíamos dizer que, quando se encaminha para um psiquiatra, há o reconhecimento da exceção.

5.4.5. A classificação diagnóstica

Entendemos, a partir desse estudo, que a principal estratégia para se lidar com esse conjunto de queixas físicas dos pacientes se dá através da classificação das mesmas como "doença funcional". É impressionante como todos os residentes são unânimes em se utilizarem deste diagnóstico durante as consultas. Uma vez que o resultados dos exames foram "normais", o residente explica aos pacientes o que vem a ser isso. Chama-nos a atenção a forma padrão em que a explicação é dada: *"Trata-se de um problema de motilidade do aparelho gástrico, mas não*

há lesão". Todos, com exceção do chefe do ambulatório, davam o diagnóstico ao paciente, em seguida ofereciam a explicação padrão. Em alguns casos, dependendo do residente, algumas informações extras eram dadas. Em muitos atendimentos, os residentes enfatizavam a legitimidade da doença: "*A dispepsia funcional é uma entidade reconhecida na medicina, mas não há uma lesão...*"

Inicialmente eu suspeitei que a minha presença nas consultas estaria gerando esse comportamento em série nos residentes, uma vez que eles poderiam achar que era importante para mim checar se eles forneciam informações sobre a doença corretamente. Com o passar do tempo, e com a repetição desse procedimento, comecei a acreditar que essa era a forma que eles encontraram de lidar com esse fenômeno sem ter que pôr em questão os limites do modelo biomédico.

De acordo com Kuhn (2003), depois de se ter consciência de uma anomalia, os cientistas passam a trabalhar para adequá-la ao paradigma, há uma tentativa de ajustamento deste elemento inesperado. Por sua vez, Fleck (1986), ao discorrer sobre como os sistemas de idéias mantêm a sua estrutura coletiva, menciona que, quando uma exceção é observada, são realizados grandes esforços para explicá-la em termos que não contradigam o sistema. Assim, uma das principais formas na biomedicina de adequar uma anomalia ao paradigma, nos dizeres de Kuhn, ou adequar uma exceção aos sistemas de idéias, de acordo com Fleck, é através da classificação diagnóstica.

Podemos perceber, então, que no ambulatório da gastroenterologia a classificação de "doenças funcionais" é um importante recurso para inserir o imprevisto – sintomas físicos sem justificativa orgânica – na ordem do previsto. Entretanto, apesar dos esforços de incorporar a anomalia ao paradigma, podemos constatar também que não se trata de uma incorporação bem sucedida, na medida em que os médicos continuam experimentando fracassos clínicos para tratar esses sofredores.

6. A ENTREVISTA

Ao lado da observação etnográfica, utilizamos a ferramenta metodológica da entrevista como um ângulo complementar na aproximação do objeto estudado. Os entrevistados foram médicos pertencentes a um Hospital Escola localizado no Estado do Rio de Janeiro, mesma instituição onde foi realizada a pesquisa etnográfica, no período de 5 de junho a 30 de setembro de 2006.

Foram realizadas dez entrevistas semi-estruturadas, sendo quatro com médicos especializados em clínica médica e seis com médicos pertencentes a diferentes especialidades: gastroenterologia (2), cardiologia (1), dermatologia (1), reumatologia (1) e medicina de família (1). Nosso intuito foi apresentar diferentes especialidades a fim de conseguir uma maior abrangência sobre o campo pesquisado.

A escolha dos entrevistados deu-se através de indicações de "informantes privilegiados", isto é, profissionais de medicina que conheciam o hospital e os profissionais que se destacavam em suas respectivas áreas.

As entrevistas ocorreram em salas do próprio Hospital Escola, todas foram gravadas, com a permissão dos entrevistados, tendo sido transcritas posteriormente. Sua duração não foi preestabelecida, variando entre trinta minutos a uma hora e vinte aproximadamente, de acordo com o interesse dos entrevistados.

Tanto o contato inicial quanto a abertura e o fechamento das entrevistas foram padronizados; os entrevistados foram informados de que se estava fazendo uma pesquisa para uma tese de doutorado sobre a assistência médica a pacientes com sintomas vagos e difusos; ao final, eram convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido⁸. As entrevistas eram iniciadas com duas perguntas-padrão: "Qual a sua formação acadêmica?"; "Como você

⁸ O modelo do termo de consentimento livre e esclarecido utilizado nas entrevistas consta nos anexos.

definiria um bom médico?" Essas perguntas não tinham relevância em si mesmas, eram apenas dispositivos para que os entrevistados se sentissem mais à vontade com a entrevistadora e pudessem falar com mais desinibição. À medida que prosseguiam as entrevistas, eram realizadas perguntas que tangenciavam de forma indireta a questão a ser investigada: "Quais os espaços institucionais em que mais gosta de atuar?" e "Quais os tipos de pacientes que mais gosta e que menos gosta de atender?" Somente as perguntas finais eram feitas mais claramente direcionadas aos pacientes com queixas vagas e difusas: "Como se dá a seleção de informações ao fazer um diagnóstico de paciente com queixas indefinidas?"; "Quais as estratégias e as condutas clínicas adotadas no tratamento destes pacientes?"

Essa abordagem – que inicialmente era extremamente indireta e que progressivamente ia se tornando mais diretiva – foi escolhida de modo que minimizasse a possibilidade de induzir os entrevistados a responder o que eles julgavam respostas "apropriadas", mesmo que estas não representassem adequadamente os seus pontos de vistas e suas condutas clínicas.

A seguir, relacionamos o roteiro utilizado para a realização das entrevistas.

ROTEIRO

- Trajetória acadêmica / profissional do entrevistado.
- Definição de um bom médico.
- Espaços institucionais em que mais gosta de atuar.
- Paciente que mais gosta de atender.
- Paciente que menos gosta de atender.
- Como seleciona as informações ao fazer um diagnóstico de paciente com queixas indefinidas.
- Condutas clínicas e estratégias adotadas nos casos de pacientes com queixas indefinidas.

6.1. PERFIL DOS ENTREVISTADOS

O perfil dos entrevistados foi variado, levando-se em consideração as variáveis sexo, ano da graduação, titulação acadêmica e especialidade médica⁹.

Há uma predominância de homens (60%) em relação às mulheres (40%) no total dos indivíduos entrevistados. O tempo de graduação na época da realização da entrevista variou de 2 a 33 anos, com uma grande concentração de entrevistados graduados há mais de 20 anos (90% deles).

Todos os médicos fizeram ou estão fazendo algum tipo de pós-graduação, que se dividem em residência médica (40% deles) e doutorado (60% deles).

Dentre as especialidades, a clínica médica foi predominante (40% deles), seguida pela gastroenterologia (20% deles), cardiologia (10% deles), dermatologia (10% deles), reumatologia (10% deles) e medicina de família (10% deles).

6.2. TEMAS RECORRENTES NAS ENTREVISTAS

Os textos das entrevistas foram decompostos baseados em tópicos de informação, trechos significativos e, principalmente, temas. De acordo com os objetivos e as questões do estudo, procedemos a uma classificação que nos permitiu a elaboração de categorias significantes a partir das articulações entre os dados empíricos e os referenciais teóricos da pesquisa. Procuramos estabelecer uma análise complementar àquelas já realizadas na revisão da literatura e na etnografia.

⁹ Uma tabela detalhando o perfil dos entrevistados encontra-se nos anexos.

6.2.1. Diagnóstico

6.2.1.1. Seleção de informações significativas

Foram mencionadas uma pluralidade de táticas para o estabelecimento do diagnóstico de um sofredor de queixas indefinidas.

Alguns entrevistados citaram a importância de uma anamnese dirigida:

Costumo fazer uma anamnese dirigida... então a gente procura seguir um roteiro de perguntas dirigidas, ou seja, eles (os pacientes) dizem "eu estou com uma dor no peito mas não sei bem onde é"... Então a gente pergunta se essa dor acontece durante o dia todo, se é mais manhã ou noite, se tem relação com o esforço, se vai para o braço... A gente faz perguntas para tentar definir melhor essas queixas. (médico 9)

Uma das entrevistas reforça a importância da anamnese e afirma que para certas queixas é preciso estruturar um protocolo:

Acho que a anamnese é insubstituível, principalmente em dermatologia... tanto que tem queixas que eu faço protocolo... Queda de cabelo é uma queixa que para a maioria dos dermatologistas é uma coisa meio desanimadora... é que tem muitas causas... então se você não tem uma anamnese sistematizada você se perde... Com o protocolo você pode avaliar se realmente é queda ou se o cabelo está ficando ralo... Tem acesso aos dados familiares, história familiar, medicamentos que o paciente está usando... (médica 4)

Uma das médicas mencionou que costuma estabelecer uma priorização de queixas mais importantes:

Eu pergunto para o doente: "O que mais lhe incomoda?" Essa é a primeira pergunta que eu faço a ele... se ele não entende, eu explico: "O que é mais penoso para o senhor, o que mais atrapalha a sua vida?" E o paciente às vezes pergunta: "Como? Por que é mais forte?" E eu digo: "Não importa". Assim eu tento priorizar, criar uma prioridade de sintomas que ele está

apresentando... a partir desta priorização eu tento equacionar algum tipo de avaliação complementar... (médica 3)

Alguns entrevistados mencionaram a repetição da queixa ao longo das consultas como um critério importante para o estabelecimento do diagnóstico:

Você tem que dentro do possível filtrar o que é relevante... às vezes os pacientes têm muitas queixas vagas e que a partir do momento que você vai acompanhando o caso você vai vendo se ele repete a queixa.... No momento inicial o poliqueixoso te despeja um monte de queixas, mas com o decorrer do tempo você vai vendo que muitas das (queixas) que o paciente tinha foram um episódio único e que aquilo não era importante.... (médico 2)

O diagnóstico por exclusão também foi citado por alguns entrevistados como um procedimento relevante:

Embora seja dito que a conceituação de dispepsia funcional não seja um diagnóstico de exclusão... é um diagnóstico de exclusão... em certos casos você precisa fazer vários exames para afastar uma úlcera, câncer, etc... (médico 1)

Uma das entrevistadas ressaltou a importância de haver um conhecimento e acompanhamento prévio do paciente a ser diagnosticado:

Se um paciente chega para mim e diz: "Estou com dor de cabeça" esse é um sintoma que pode ser desde um tumor cerebral até uma tensão pré-menstrual. O que a atenção primária me ajuda em termos de princípios é que eu conheço você há muito tempo, eu conheço a sua família, provavelmente eu vi você nascer, eu vi você crescer e certamente na nossa relação eu não estou te vendo só uma vez na vida... na nossa relação eu vou ter maior chance de entender o que é aquela dor de cabeça naquele momento para você... (médica 7)

Podemos observar na análise dos procedimentos diagnósticos dos médicos uma diversidade de estratégias para a seleção de queixas importantes no caso dos sintomas vagos e difusos.

De acordo com Blank (1985) os médicos buscam fatos nos sintomas dos pacientes que possam corresponder a um quadro taxonômico. Entretanto, observamos que os critérios adotados para buscar esses "fatos" pouco se repetiram entre os entrevistados. Critérios como "diagnóstico por exclusão", "anamnese dirigida" e "repetição das queixas" foram mencionados por mais de um médico, mas perfizeram um total insignificante, demonstrando pouca ou nenhuma coesão de procedimentos diagnósticos para classificar esse tipo de demanda.

Desse modo, observamos que as estratégias para o diagnóstico variaram de médico para médico e entendemos que cada um, ao seu modo, parece ter descoberto uma forma de lidar com a anomalia no paradigma biomédico.

6.2.1.2. Experiência profissional

A experiência do médico foi um dos temas mais comentados pelos entrevistados quando referiram-se a habilidade/capacidade de estabelecer um diagnóstico adequado dos sofredores de queixas vagas e difusas.

De acordo com alguns deles o médico somente é hábil em selecionar no discurso do paciente as queixas relevantes para o diagnóstico quando tem experiência profissional:

Acho que com a experiência você acaba descobrindo com o passar do tempo o que deve valorizar ou não... dorzinha na ponta da unha não é para ser valorizada... agora uma falta de ar ou uma tonteira são coisas que você pode levar em conta... eu acho que isso é experiência do dia-a-dia. (médico 2)

Outro médico reafirma essa questão ao dizer que o médico experiente é capaz de realizar melhores julgamentos do discurso do paciente:

Para essa valorização.... essa análise crítica da queixa do indivíduo é preciso de estrada.... talvez esse seja um dos pontos que mais se requer o médico com experiência. Quando a gente fica mais velho a gente vai aprendendo a julgar melhor. (médico 8)

Por sua vez, uma das entrevistadas teme não ser capaz de selecionar adequadamente as queixas relevantes dos pacientes por inexperiência profissional:

Como eu me formei há pouco tempo, eu tenho medo de deixar passar alguma coisa importante daquele paciente que é poliqueixoso... de achar que aquela dor é mais uma dor dele e não uma dor que eu preciso valorizar. (médica 6)

Neste tópico, os entrevistados foram quase unânimes em afirmar que o médico pode melhor diagnosticar os sofredores de queixas indefinidas quanto mais experiência ele tiver. De acordo com Freidson (1988), um dos valores muito enfatizados pelas equipes das Escolas Médicas é a experiência clínica, uma vez que os diagnósticos requerem percepções médicas que necessitariam da prática do profissional. O autor também menciona que, ao se tratar de casos individuais, os médicos são levados a confiarem mais na sua própria acumulação de conhecimentos pessoais do que nos conceitos gerais da medicina: "haveria uma inadequação do livro e do conhecimento científico em face das contingências práticas e complexas dos casos individuais" (FREIDSON, 1988, p. 166).

Desse modo, entendemos que os casos clínicos dos sofredores de sintomas vagos e difusos, por seu caráter de exceção no modelo biomédico, são vistos pelos médicos como "particulares" ou "individuais". Assim, o principal recurso para diagnosticá-los seria através do uso de experiências acumuladas na prática clínica.

6.2.2. Tratamento

6.2.2.1. Dificuldade no tratamento

Uma parcela significativa dos médicos entrevistados relatou dificuldades no tratamento de pacientes que apresentam sintomas vagos e difusos. Um dos entrevistados atribuiu a falta de justificativas para os sintomas encontrados:

São sintomas vagos, engasgo, sensação de plenitude, empanzimento.... todas aquelas coisas que teoricamente são muito difíceis de tratar... O indivíduo geralmente tem sintomas que você não chega a lugar nenhum... você conversa, conversa, passa um remédio que sabe que não vai funcionar... você procura justificativas para os sintomas e não acha nada. (médico 1)

Uma das entrevistadas revela o despreparo para lidar com queixas que envolvam conteúdos emocionais:

Paciente que chega, senta e você não sabe por que ele está ali. Às vezes (o paciente) começa a conversar, fala sobre queixas completamente vagas e passam uns quinze minutos e você não sabe o motivo da consulta... eu acho muito desestimulante... porque às vezes é um problema que não está ali, a dermatologia tem um lado emocional muito grande... e é uma área que a gente não tem muito... domínio... (médica 4)

Um dos médicos abordou o baixo nível social e cultural como um dos empecilhos ao tratamento:

Aqui, por exemplo, em geral o indivíduo não tem bom nível cultural... a parte financeira dele é muito baixa... as questões de vida dele são extremamente sérias... ele somatiza... e aí fica difícil para você explicar isso... (médico 1)

A partir disso, entendemos que os médicos apresentam sérias dificuldades em encontrar explicações dentro do modelo biomédico para esses sintomas, uma vez que não haveria causas "objetiváveis" para estes. Desse modo, a relação de causalidade entre sintoma e doença,

mencionada por Camargo Jr. (2003), é posta em xeque, e os médicos se vêem com a tarefa de tratar algo que não foi identificado dentro dos parâmetros biomédicos como doença.

6.2.2.2. Vínculo médico-paciente

Uma parcela significativa dos entrevistados afirmou que o vínculo entre o médico e o paciente é um dos principais fatores no tratamento de sofredores com sintomas vagos:

A condução deste tipo de problema vai muito do rapport entre o médico e o doente... se ele tem confiança em você e se você tiver paciência, ele já começa a melhorar... só com a conversa com o médico o doente já melhora 40% daquilo que ele está sentindo. (médico 1)

Um dos entrevistados afirmou que, estabelecendo uma boa relação com o doente, é mais fácil convencê-lo de que o seu estado de saúde está normal:

Geralmente com uma boa relação médico-paciente a gente tenta mostrar que está tudo normal... que está tudo legal... o exame físico já foi feito na primeira consulta... agora e refez e confirma: "Olha, está vendo? Está bem a pressão, o coração, o abdômen está direitinho..." Às vezes isso já basta... você sendo firme e atencioso com o doente ele fica satisfeito. (médico 10)

A força terapêutica de uma boa relação médico-paciente foi ressaltada por Balint (1988) em seu livro *O médico, seu paciente e a doença*. De acordo com o autor, o médico deve ser considerado uma figura central no processo de cura de uma enfermidade, como ilustra a sua afirmação: "o medicamento mais receitado em medicina ainda não foi bem estudado do ponto de vista farmacológico. Este medicamento é o próprio médico" (BALINT, 1988, p. 90).

Compartilhamos com Balint o potencial terapêutico do vínculo médico-paciente. Entretanto, a partir dos resultados desvelados na pesquisa de campo, suspeitamos que um dos grandes "nós" no tratamento desses sofredores seja a efetiva construção deste vínculo. De acordo com Almeida (1988), a relação médico-paciente somente é estabelecida depois da classificação

nosológica da doença. Como os sintomas vagos não são facilmente diagnosticáveis, muitos sofredores vagam pelos serviços em busca de um diagnóstico e da possibilidade de serem considerados e tratados como "pacientes" pelos médicos.

6.2.3. Estratégias

6.2.3.1. O paciente não tem nada

Alguns entrevistados ressaltaram a importância de dizer ao paciente que ele não tem nada, pois isso evitaria que continuasse supervalorizando queixas sem importância:

Uma estratégia é você dizer: "Não, não é nada"... isso vai funcionar de acordo com a sua sensibilidade de perceber que dizer isso seria melhor naquele momento para aquele paciente... porque às vezes parece que você está dando uma corda enorme para as coisas que ele está te trazendo e a coisa não tem fim.... isso não é bom para ele porque se dou a corda parece que ele vai se sentir valorizado por uma coisa que não tem importância. (médica 3)

Um dos médicos afirmou que o paciente não tem nada quando os seus sintomas estão relacionados com fatores emocionais:

Essa dor que o senhor tem quando fica nervoso e tenso... isto não tem valor nenhum... A gente já investigou, já viu que isso não é importante. (médico 2)

6.2.3.2. Encaminhamentos "psis"

Uma grande parcela dos médicos disse que uma das estratégias utilizadas é o encaminhamento a profissionais da psicologia e da psiquiatria quando suspeitam que os sintomas físicos apresentam relações com fatores psicossociais:

Tem casos que você não vê muita razão da consulta... porque às vezes o problema não está ali ... o problema é estresse, problemas financeiros e familiares... e aí é uma área que a gente não tem muito... quer dizer, eu acho que tem outros profissionais como a psicologia e a psiquiatria que podem ajudar melhor... Então você acaba tendo que encaminhar mesmo... (médica 4)

Um dos entrevistados mencionou que é uma obrigação do médico dizer ao paciente que ele necessita de um tratamento psicoterápico:

O médico pode até não resolver a encrenca psicológica do paciente... mas ele é obrigado a identificar e oferecer a proposta: "Olha... a senhora precisa de uma psicoterapia... a senhora precisa encontrar um caminho para resolver essas questões". (médico 8)

6.2.3.3. Medicação

Um grande número de entrevistados relatou que recorrem ao uso de medicamentos "sintomáticos", ou seja, remédios que visam a eliminação dos sintomas físicos apresentados pelo sofredor de queixas vagas:

Em geral eu receito sintomáticos... na maioria das vezes, na minha especialidade, os indivíduos somatizam muito... é muito comum terem flatulência... então é só você passar um remédio que não tem efeito colateral nenhum e ele realmente melhora com isso... (médico 1)

Foram relatados também o uso de medicação antidepressiva, sobretudo nos casos que o sintomas físicos expressam um quadro de depressão nos sofredores de queixas indefinidas:

Eu tive uma doente que teve herpes zoster... que deixa uma dor horrível depois... e a doente tinha uma nevralgia pós-herpética há muitos anos... Alguém a encaminhou para mim e então eu conversei mais de uma hora com ela, eu examinei e fui muito sincero: "Olha, a senhora já tomou todos os medicamentos que eu conheço para nevralgia pós-herpética... não tenho nada de novo para oferecer que eu conheça... a senhora fez todos os exames corretos" E a partir disso

começou uma conversa que aí eu descobri o real motivo da dor dela... ela tinha problemas familiares enormes, ela estava arrasada e cheguei a um diagnóstico de quadro de depressão importantíssimo... tratei a depressão dela com antidepressivo e ela ficou ótima. (médico 10)

Uma entrevistada mencionou que não lhe agrada muito o uso de medicações em situações de estresse, mas que eventualmente recorre a essa estratégia:

Às vezes a gente tenta abordar essa parte de estresse que é muito freqüente ... e eu não gosto de medicação para isso.... mas eventualmente a gente pode pensar em usar... (médica 3)

Podemos constatar que as estratégias dos médicos para tratar os sofredores de queixas difusas se limitam a poucos recursos como "dizer que o paciente não tem nada", realizar "encaminhamentos a profissionais de psicologia e psiquiatria" e a "recomendação farmacológica".

Assim, entendemos que apesar de os entrevistados enfatizarem o vínculo na relação médico-paciente, esta é de fato reduzida à negação do sofrimento ou a saídas biologizantes, tais como a recomendação de sintomáticos e antidepressivos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desse estudo procuramos delinear as estratégias médicas para lidar com os sintomas vagos e difusos na prática clínica. Com a utilização de diferentes abordagens metodológicas, construímos um mosaico que nos permitiu visualizar de forma mais clara o nosso objeto e apontar os principais resultados encontrados.

A primeira questão a ser colocada relaciona-se aos padrões dos médicos ao lidar com queixas indefinidas. Através da etnografia, podemos constatar dois padrões entre os médicos observados: o dos residentes e o do chefe do ambulatório. Estes nos mostram diferenças significativas no entendimento e na abordagem aos sintomas vagos e difusos. Por um lado, deparamos com residentes aprisionados ao modelo biomédico e, por outro lado, com um chefe de ambulatório que apresentou formas criativas de escape a esse paradigma, sinalizando-nos que a experiência clínica é um fator o qual pode ser um diferencial na relação dos médicos com esses sofredores.

A experiência profissional foi apontada pelos entrevistados como um fator decisivo na condução de um caso clínico de pacientes com sintomas indefinidos. Os médicos acreditam que têm recursos mais eficazes para diagnosticar e tratar quando possuem uma longa trajetória no âmbito da clínica. Por sua vez, os médicos com pouco tempo de formação atribuíram à inexperiência os seus temores em fazer um diagnóstico equivocado, como, por exemplo, afirmar que o paciente não tem nada, quando de fato possui alguma lesão não detectada. Esses achados coadunam-se com o que Camargo Jr. (2003) detectou em sua pesquisa sobre o conhecimento médico, em que há uma forte evidência da "primazia epistemológica da experiência" entre os médicos.

Inclusive, é atribuída à experiência clínica a capacidade de o médico selecionar as informações relevantes para a definição do diagnóstico desses sofredores. Observamos que há diferentes formas de diagnosticar esse tipo de demanda – diagnóstico por exclusão, repetição da

queixa, anamnese dirigida, entre outras. Entretanto, não identificamos um padrão entre os médicos para diagnosticar os sintomas vagos, estes variam de profissional para profissional, cada um, pautado em sua experiência, encontrou a sua maneira de proceder.

De fato, podemos entender que a trajetória profissional pode ser um fator diferenciador na atenção ao sofredor de queixas indefinidas. Em nossa pesquisa etnográfica, observamos que a abordagem do chefe do ambulatório era muito mais abrangente, tratava-se de um médico que conversava, perguntava sobre a vida, incorporava a subjetividade do paciente às consultas.

Assim, entendemos que alguns médicos podem desenvolver uma "sabedoria prática", a qual constituiria num modo singular de agir em situações clínicas que não seria expresso através das leis de generalidade e replicabilidade do modelo biomédico (FAVORETTO, 2004). Sem dúvida o chefe do ambulatório desenvolveu um "saber-fazer" que vai além dos limites paradigmáticos de objetividade, mecanicismo e causalidade da biomedicina. Porém, esse *savoir faire*, observado ao conduzir uma consulta, incorporando os aspectos subjetivos do sofredor, não era ensinado aos seus aprendizes. Como supervisor, não abordava ou discutia essas questões com os residentes, apenas as doenças, de preferência graves ou raras, eram debatidas. Esses aspectos não eram vistos por ele como pauta de ensino, como importantes para a formação do médico, mas apenas como características pessoais de um profissional que gostava de "conversar" com seus pacientes. Notamos, então, uma desvalorização desse tipo de saber frente ao estritamente biomédico.

Acreditamos que esse tipo de "sabedoria prática", como nomeia Favoretto (2004), não se trata apenas de experiência ou de atributos individuais como "boa vontade" ou ter um "bom papo". Parece-nos que alguns profissionais buscam uma maior diversidade em sua formação – com interesse em outras áreas do conhecimento humano – e que possuem a capacidade e o hábito de refletir sobre sua prática. Contudo, adquirir saberes que extrapolem o campo biomédico e refletir sobre seu saber-fazer não parece ser algo freqüente em grande parte dos

médicos. Estes parecem estar preocupados em solucionar problemas cotidianos que se restringem aos limites paradigmáticos da biomedicina.

Apesar de, em nosso estudo empírico, termos encontrado um profissional que tinha uma postura de recusar a visão unicausal do adoecimento e que procurava integrar em suas ações terapêuticas as questões subjetivas do paciente, podemos constatar que esse não é o padrão habitual dos médicos. Portanto, a dificuldade dos médicos em lidar com a dimensão subjetiva do sofrimento de queixas indefinidas mostrou-se, como pensávamos, um importante resultado encontrado nesse trabalho, corroborando, assim, a nossa hipótese inicial.

Tanto os entrevistados quanto os residentes observados demonstraram desconforto em se deparar com os fatores emocionais que se apresentam entrelaçados aos sintomas físicos dos pacientes. A queixa subjetiva incomoda, irrita, e é vista como uma interferência na condução do quadro clínico.

Compreendemos que essas dificuldades podem estar atreladas à formação médica, visto que as questões ligadas à relação médico-paciente, sobretudo no que diz respeito aos aspectos subjetivos e a singularidade do sofrimento humano, não são valorizadas no ensino e tampouco na prática médica em geral. Esse aspecto explicitou-se em vários momentos da pesquisa, como, por exemplo, quando o residente do ambulatório de gastroenterologia diz que ao estudar "dispepsia funcional" os professores enfatizam apenas os aspectos biológicos e não os psicológicos.

Good (2005) demonstra como o estudante de medicina passa por uma série de "processos formativos" que os fazem incorporar o objeto da medicina, objeto este que é fundamentalmente biológico. Não que as dimensões experienciais ou comportamentais sejam ignoradas pelo bom clínico, mas são entendidas como separadas do "real" objeto da prática médica. Sendo assim, esse aprendizado requer a entrada em um mundo novo, em um sistema de realidade diferente que implica em novas formas de ver, escrever e falar. Como descreveu uma jovem do segundo ano de medicina: "a escola médica é muito pesada... é uma experiência emocional intensa... quando

“você diseca um cérebro você tem que interagir com as informações e com seus próprios sentimentos... eu sinto que estou mudando o meu cérebro todo dia, moldando-o num caminho muito específico...” (GOOD, 2005, p. 65).

Bonet (2004) também descreve o processo de modelação de subjetividade sofrido pelo residente – que implica em incorporar e aceitar os princípios estruturadores da biomedicina. De acordo com ele, a prática biomédica se estrutura entre os domínios do saber (racional, científico) e do sentir (emocional, psicológico). Assim, a aprendizagem bem como o *habitus* do trabalho médico ocorrem às custas de uma tensão estruturante entre os pólos ideológico (do saber) e sensorial (do sentir). Sendo que a biomedicina teria como pólo dominante "o saber" – representante da tradição médica – e por isso tentaria relegar para segundo plano o pólo "o sentir":

Para se constituir como um campo de saber científico, a biomedicina – baseada na construção dualista, que acarretou o que denominei de "tensão estruturante", afastou três totalidades: o médico, o paciente e a relação entre eles, deslocando para o inconsciente os aspectos emocionais dessas totalidades porque não se encaixam no discurso criado sobre o processo saúde-doença (BONET, 2004, p. 118).

Acreditamos que, apesar de todos os esforços da biomedicina em negar a dimensão subjetiva, esta se apresenta de forma evidente nos sofredores de sintomas vagos e difusos. O modelo biomédico, pautado na objetividade do discurso científico, é colocado em xeque na medida em que o médico depara com sintomas físicos sem que seja encontrado em suas bases conceituais uma justificativa para tais fenômenos.

O encontro de um sofredor de queixas indefinidas com um médico formado para não ver as questões subjetivas dos pacientes poderia se enquadrar no que Bonet (2004) nomeia de um "drama social", momentos da prática clínica em que a tensão estruturante se manifesta, em que o

domínio do saber não pode dar as respostas esperadas e o domínio do sentir eclode. Vivenciamos, no estudo etnográfico, uma série de situações nas quais os médicos reagiram emocionalmente a esse tipo de demanda por não possuírem recursos para lidar com ela. Essas reações foram as mais variadas possíveis: pesar, desamparo, e, sobretudo, incômodo e raiva.

Observamos que esses médicos não concebem a relação médico-doente como uma relação de fato, na qual uma dimensão intersubjetiva está em jogo, com fatores conscientes e inconscientes atuando nessa dinâmica, incluindo, como ressalta Campos (2006), a transferência e a contratransferência. Dessa forma, os médicos não conseguem se distanciar e perceber o processo com todas as nuances que este exige, e, portanto, não podem agir no problema, mas apenas reagir a ele.

Curiosamente, grande parte dos entrevistados ressaltou a importância da relação médico-paciente no tratamento aos sofredores de queixas indefinidas. Contudo, a construção de uma "relação", de um "vínculo", torna-se extremamente difícil quando não se consideram os aspectos subjetivos que se apresentam.

A evidente falta de ferramentas médicas para lidar com esse tipo de manifestação confirma a hipótese de nosso estudo. Através das contribuições de Kuhn (2003) e Fleck (1986), verificamos que toda uma gama de sintomas, sem que seja detectada uma lesão ou causalidade reconhecida, aparece como anomalia ou exceção na biomedicina.

A anomalia faz-se presente na medida em que o modelo biomédico possui poucos instrumentos para se defrontar com a singularidade do sofrimento humano, e, sobretudo, com sua dimensão fenomenológica experiencial. Os "quase-pacientes" aparecem como um problema e terminam por serem relegados à margem da instituição médica. Clavreul (1983) destaca que esses sujeitos, aos quais denomina de históricos, são os grandes desafiadores das ordens, uma vez que desafiaram a ordem religiosa na inquisição (bruxaria) e na contemporaneidade desafiam a ordem médica.

Outra questão relevante a ser abordada diz respeito as estratégias médicas para lidar com os sintomas vagos e difusos. Os resultados encontrados foram surpreendentemente previsíveis, não apresentando variações significativas na revisão de literatura, na etnografia e tampouco nas entrevistas. As táticas mais mencionadas foram "dizer que o paciente não tem nada", "realizar encaminhamentos para profissionais de psicologia/psiquiatria" e "prescrever medicação – sintomáticos e tranqüilizantes", como já havia mencionado Camargo Jr. (2003).

O estudo etnográfico mostrou-nos o domínio das estratégias citadas anteriormente, porém possibilitou-nos, também, uma visão mais ampla da questão, na medida em que pudemos identificar de que modo se operam. O grupo de residentes apresentou uma grande uniformidade em suas atitudes, inclusive no modo como faziam: as mesmas palavras eram ditas, os mesmos argumentos – os quais nos pareceram extremamente enrijecidos e dentro dos limites do modelo biomédico – eram usados. Em linhas gerais, eles limitavam-se a dizer que o paciente não tinha nada grave, a prescrever medicamentos sintomáticos, a recomendar dietas, a encaminhar para a psiquiatria e a diagnosticar a queixa como "doença funcional".

A partir disso, podemos ser levados a pensar que esse enrijecimento poderia ser algo restrito àqueles que estão recém-graduados e por isso ainda muito aprisionados aos cânones teóricos e práticos da biomedicina. No entanto, constatamos esse mesmo aprisionamento nos nossos entrevistados, sendo que a grande maioria deles tinha se graduado há mais de 20 anos.

Desse modo, confrontamo-nos com os limites do paradigma biomédico ao lidar com as anomalias ou exceções. Com as contribuições oferecidas pela epistemologia de Kuhn (2003) e Fleck (1986), podemos chegar a algumas considerações finais sobre essa questão.

De acordo com Kuhn (2003), quando se tem a consciência da anomalia, são feitos grandes esforços para adequá-la ao paradigma, movimento observado em biomedicina através das classificações diagnósticas. No caso de nosso estudo etnográfico, podemos constatar que o diagnóstico de "doença funcional" obedece a essa lógica – os sintomas vagos e difusos deixam

de ser "vagos" e "difusos" para se tornarem "funcionais", ou seja, deixam de ser algo inexplicável para se tornar explicável dentro do modelo. Ter uma doença funcional significa que o problema não diz respeito a uma lesão, mas a uma disfunção orgânica, embora os médicos não consigam explicar exatamente como ela se dá e como tratá-la.

O modelo explicativo de Fleck (1986), acerca de como os estilos de pensamento esforçam-se para permanecer harmônicos diante das exceções, constituiu-se num instrumento valioso para compreendermos como o modelo biomédico lida com os sintomas vagos e difusos em seu sistema. Constatamos que, através da pesquisa empírica, podemos confirmar o esquema apresentado no estudo teórico, o qual pode ser resumido nas seguintes etapas:

1. O modelo biomédico apresenta-se como um sistema fechado e rígido em torno da concepção de que a doença é decorrente de uma lesão ou de fatores correspondentes.
2. As manifestações que não apresentam uma lesão ou causalidades reconhecidas não são consideradas como doenças. Portanto, é entendido que um sofredor de queixas indefinidas não tem nada, ou pelo menos, nada que seja grave ou sério.
3. Quando a queixa do sofredor persiste, há um reconhecimento da exceção no sistema, mas a maioria dos médicos prefere não falar ou refletir sobre o problema, optando por realizar o encaminhamento para profissionais da área "psi".
4. Em alguns casos de sintomas vagos e difusos, a biomedicina utiliza-se das classificações diagnósticas para explicar o problema através de seu modelo.
5. A utilização das classificações diagnósticas corroboram para que estas manifestações possam ser vistas como "entidades reconhecidas" dentro do modelo biomédico.

Apesar de termos encontrado iniciativas individuais que escapam a essas estratégias, observamos que, de forma geral, os desencontros entre os médicos e sofredores de queixas indefinidas são freqüentes, os meios terapêuticos parcos, configurando-se num problema com o qual a biomedicina parece ter poucos recursos teóricos e cognitivos para lidar. Acreditamos que

os sofreadores de sintomas considerados vagos e difusos requerem recursos para serem tratados que extrapolariam o objetivismo e as generalidades deste modelo.

Portanto, para que possa haver uma reestruturação no paradigma biomédico, faz-se necessário questionar a estreita relação existente entre o discurso médico e o das ciências naturais. Estamos de acordo com Canguilhem quando este afirma que a clínica não é uma ciência:

Ora, a clínica não é uma ciência e jamais o será, mesmo que utilize meios cujo eficácia seja cada vez mais garantida cientificamente. A clínica é inseparável da terapêutica e a terapêutica é uma técnica de instauração do normal, cujo fim escapou à jurisdição do saber objetivo, pois é a satisfação subjetiva de saber que uma norma é instaurada (1990, p. 185).

Além disto, é preciso desconstruir a noção de ciência como produtora de verdades absolutas e capaz de realizar um retrato neutro e objetivo da natureza, noção que ainda impera no Ocidente. Como vimos em Kuhn (2003), ela nada mais é que algo produzido por uma comunidade de cientistas que entrou em consenso em relação a um objeto investigado. Também não é perene e cumulativa, ao contrário é marcada por discontinuidades e substituições que melhor se adequem às exigências de um dado momento histórico. Alguns pesquisadores, como Latour & Woolgar (1997), demonstraram como se dá a produção de conhecimentos em laboratório de ciências, e, através destes estudos, somos capazes de notar como a prática científica é marcada por processos parciais e subjetivos.

Kuhn (1989) coloca em debate o porquê de a subjetividade não poder ser aceita na produção científica. O autor indaga-se sobre essa insistente negação dos fenômenos subjetivos na ciência: "por que razão estes elementos (subjetivos) lhe parecem um índice da fraqueza humana, e não um índice da natureza do conhecimento científico?" (1989, p. 389)

De acordo com Santos (2004), a ciência moderna tem sido mais capaz de desencadear ações do que antever as conseqüências das mesmas. A partir disso, o conhecimento científico tem se mostrado imprudente e arrogante na medida em que se encontra cego para as eventuais conseqüências danosas dessas ações. Desse modo, o autor utiliza a expressão "conhecimento prudente para uma vida decente" a fim de evocar a prudência e a responsabilidade da ciência em pensar as suas intervenções. Por sua vez, Mattos (2004) defende a idéia de Santos (2004) de que o conhecimento seja voltado para uma vida decente, e que não seja gerador de sofrimento, dor ou destruição da vida. De acordo com ele, os cuidados em saúde devem obedecer a mesma lógica de prudência e de vida decente:

Se o conhecimento que fundamenta um "cuidado" for marcado pela imprudência, pela desatenção relativa às suas conseqüências, pelo silenciamento de outros conhecimentos, dele pode derivar a dor, o sofrimento, a opressão. O que caracteriza o melhor cuidado é a sua contribuição para uma vida decente, e não a sua cientificidade (MATTOS, 2004, p. 121).

Com essas afirmações, Mattos (2004) não pretende desqualificar as contribuições da ciência para o cuidar, mas alertar-nos para que utilizemos o conhecimento científico com responsabilidade, buscando o equilíbrio entre as possibilidades de intervenção e a nossa capacidade de antecipar as conseqüências desse cuidado.

O que vemos, entretanto, na prática médica, é a intenção de se aproximar do modelo de ciência em que o cientista é imparcial e foca seu olhar única e exclusivamente para o seu objeto de estudo – a objetividade da doença. Modelo que, como demonstrou Clavreul (1983), causa uma dessubjetivação do próprio doente.

Sayd (1998) mostra-nos que a terminologia "terapêutica" é originada do verbo *therapeuiein* e significa servir e prestar assistência, ambas funções médicas colocadas em

detrimento de referenciais científicas. Assim, como nos lembra Camargo Jr. (2004), perde-se a idéia de sofrimento a qual deve ser o ponto de partida da terapêutica.

Concordamos com Merhy (2004) que a biomedicina precisa produzir novos sentidos para os atos de cuidar, e que estes correspondam as necessidades dos usuários, uma vez que a finalidade de qualquer trabalho em saúde é operar com saberes tecnológicos que levem a produção de cuidado. De acordo com ele, as tecnologias em saúde abarcam diferentes dimensões tanto de ordem material quanto de ordem não material. Essas dimensões são divididas em três categorias: dura, leve-dura e leve. A tecnologia dura seria representada pelos equipamentos e máquinas; a leve-dura corresponderia aos saberes clínico e epidemiológico; e a leve seria dada pelos modos relacionais de agir no ato de cuidar. Assim, um modelo de saúde que visa as necessidades dos usuários deveria estar centrado nas tecnologias leves e leve-duras, ao contrário do que se vê no modelo biomédico atual, com ênfase nas tecnologias duras e leve-duras.

Entendemos que o princípio da integralidade também aparece como um significativo norte para as ações de saúde, nas palavras de Mattos: "integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo" (2001, p. 61).

Encerramos esse estudo esperando que o debate em torno da assistência médica aos sofredores de sintomas vagos e difusos não se esgote nessas páginas e que o nosso trabalho possa contribuir de alguma forma para que a própria biomedicina reflita sobre seus caminhos e descaminhos. Como não nos propomos a dar respostas fechadas ou a oferecer modelos a serem seguidos, deixamos aos nossos leitores uma questão que merece ser contemplada: Quais são as transformações que precisam ser operadas na formação médica para que a subjetividade do adoecer deixe de ser uma anomalia no paradigma biomédico?

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, E. L. V. *Medicina Hospitalar – Medicina Extra-Hospitalar: duas medicinas?* Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BECKER, H. et al. *Boys in white: student culture in medical school*. Chicago: University of Chicago Press, 1961.

BECKER, H. S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: HUCITEC, 1999.

BIRMAN, J. *Enfermidade e Loucura: sobre a medicina das inter-relações*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

BLANK, N. *Raciocínio clínico e os equipamentos médicos – subsídios para a compreensão do significado do equipamento diagnóstico: terapêutica para a medicina*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1985.

BONET, O. "O saber e o sentir. Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina". *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 123-50, 1999.

_____. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BOWKER, G.; STAR, S. *Sorting Things out: classification and its consequences*. London: The MIT Press – Cambridge – Massachusetts, 2002.

BRASIL, M. A. A. *Pacientes com queixas difusas: um estudo nosológico de pacientes apresentando queixas somáticas múltiplas e vagas*. Tese (Doutorado em Psiquiatria). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

CAMARGO Jr., K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. Dissertação (Mestrado em Medicina Social), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

_____. "Paradigmas, ciência e saber médicos". *Série Estudos em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, p. 3-20, 1992.

_____. "A biomedicina". *Physis – Revista em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 45-68, 1997.

_____. "Medicina, médicos, doenças e terapêutica: exame crítico de alguns conceitos". *Série Estudos em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 170, p. 3-14, 1998.

_____ et al. "Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais da rede pública no Rio de Janeiro". *Série Estudos em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 168, p. 13-26, 1998.

_____ et al. "A psicologia médica: um trajeto teórico-institucional". *Série Estudos em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 192, p. 3-14, 1999.

_____. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. HUCITEC, São Paulo, 2003.

_____. "Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado)". In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2004. p. 157-170.

_____. "Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída". In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005. p. 91-101.

CAMPOS, G. W. *Reforma da Reforma*. São Paulo: HUCITEC, 2006.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

_____. *Escritos sobre medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CASSEL, F. J. "A new approach to the doctor patient relationship". In: _____. *The Hearler's Art*. Philadelphia: Lippincott, 1976. p. 47-83.

CASTIEL, L.D. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

CLAVREUL J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COHN, S. "Taking time to smell the roses: accounts of people with Chronic Fatigue Syndrome and their struggle for legitimization". *Antropology e Medicine*, vol. 6, n. 2, p. 195-215, 1999.

CORDEIRO, H. A. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

COSTA, J. F. "A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a 'doença dos nervos' e a identidade psicológica". *Cadernos IMS*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 4-44, 1987.

DUARTE, L.F. *Da vida "nervosa" da classe trabalhadora*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

FAVORETO, C. A. O. "A velha e a renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde". In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2004. p. 205-19.

FLECK, L. *La genesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madri: Alianza, 1986.

FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FREIDSON, E. *Profession of medicine: a study of sociology of applied knowledge*. New York: Harper & How, 1988.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

GOOD, J. B. *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. United Kingdom: Cambridge University Press, 2005.

GROOPMAN, J. "Hurting all over". *The New Yorker*, v. 13, p. 97-105, 2000.

GUEDES, C. R. *A psicologia médica na Universidade do Estado do Rio de Janeiro: um estudo de caso*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO Jr., K. R. "A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico". *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1093-103, 2006.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO Jr., K. R. "Os sintomas vagos e difusos em biomedicina: uma revisão da literatura". *Revista Ciência e Saúde Coletiva* em www.cienciaesaudecoletiva.com.br. Janeiro de 2007. Acessado em 30/07/2007.

GUIMARÃES, M. B.; LUZ, M. T. "Intuição e arte de curar: pensamento e ação na clínica médica". *Série Estudos em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 203, p. 3-28, 2000.

GUREJE, O. et al. "Somatization in Cross-Cultural Perspective: A world Health Organization Study in Primary Care". *The American Journal of Psychiatry*, vol. 154, n. 7, p. 989-995, 1997.

HACKING, I. "The self-vindication of the laboratory sciences". In: PICKERING, A. (org). *Science as practice and culture*. Chicago: The University of Chicago Press, 1992. p. 29-64.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

KOYRÉ, A. *Estudos da história do pensamento científico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991. p. 152-59.

KUHN, T. "Reconsiderações acerca dos paradigmas". In: _____. *A tensão essencial*. Lisboa: Edições 70, 1989. p. 353-82.

_____. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2003.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. "As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento". In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2004. p. 91-102.

LATOUR, B.; WOOLGAR, S. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LIPOWSKI, Z. J. "Somatization: the concept and its clinical application". *Am. J. Psychiatry*, v. 145, p. 1358-68, 1988.

LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEL, 1984.

LUZ, M. T. *Natural, racional e social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. "Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX". *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.

_____. "Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual". In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2001. p. 17-37.

MACHADO, R. *Ciência e Saber: A trajetória da arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE DESORDENS MENTAIS. (DSM-IV) Porto Alegre: Artmed, 2002.

MATTOS, R. A. "Paradigmas, ciência e saber médico: uma discussão". *Série estudos em Saúde Coletiva*, v. 31, p. 1-27, 1993.

MATTOS, R. A. "Cuidado prudente para uma vida decente". In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2004.

MERHY, E. E. "Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção". In: _____ et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MORETTO, M. L. T. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

NOGUEIRA, M. I. *Entre a conversão e o ecletismo: de como médicos brasileiros tornam-se "chineses"*. Tese (Doutorado em Medicina Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2001.

_____. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2003.

_____. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2004.

SANTOS, B. S. (org). *Conhecimento prudente para uma vida decente – Um discurso sobre a ciência revisitado*. São Paulo: Cortez, 2004.

SAYD, J. D. *Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SIMONETTI, A. *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SILVEIRA, M. L. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

TRILLAT, E. *História da histeria*. São Paulo: Escuta, 1991.

VAITSMAN, J. *Subjetividade e paradigma de conhecimento*. *Boletim Técnico do SENAC*, v. 21, n. 2, p. 3-9, 1995.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS

01. BARSKY, A.; BORUS, J. F. "Functional somatic syndromes". *Ann Intern Med*, 130: 910-21, 1999.
02. BOMBANA, J. "A somatização e conceitos limítrofes: delimitação de campos". *Psiquiatria na prática médica* em <http://www.unifesp.br>. Julho-Setembro de 2001 [acessado 2005 ago 15]; 34 (3): [cerca de 3p.].
03. BOMBANA, J. A.; LEITE A. L. S. S.; MIRANDA, C. T. "Como atender aos pacientes que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos". *Revista de psiquiatria*, 22(4): 180-4, 2000.
04. CAIXETA, M.; CHAVES, M.; REIS, O. R. "Transtorno somatoforme de causa orgânica: relato de caso". *Arq. Neuro-Psiquiátrico*, 57 (1): 120-5, 1999.
05. ESCOBAR, J.; SWARTZ, M.; RUBIO-STIPEC, M.; MANU, P. "Medically unexplained symptoms: distribution, risk factors and comorbidity". In: KIRMAYER, L. J.; ROBBINS, J. M. *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. Washington: American Psychiatric Press, 1991. p. 63-77.
06. FABREGA, H. "Somatization in cultural and historical perspective". In: KIRMAYER, L. J.; ROBBINS, J. M. *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. Washington: American Psychiatric Press, 1991. p. 181-9.
07. FLORENZANO, R.; FULLERTON, C.; ACUÑA, J.; ESCALONA, R. "Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos". *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatria* 40 (1): 47-55, 2002.
08. FLORENZANO, R.; FULLERTON, C.; ACUÑA, J.; ESCALONA, R.; MUÑIZ, C. et al. "Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico". *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatria*, 40(4): 335-40, 2002.
09. FORD, C. V.; PARKER, P. E. "Somatization in consultation-liaison psychiatry". In: KIRMAYER, L. J.; ROBBINS, J. M. *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. Washington: American Psychiatric Press, 1991. p. 143-57.

10. GUREJE, O.; SIMON G. E.; USTUN T. B.; GOLDBERG, D. P. "Somatization in Cross-Cultural Perspective: A World Health Organization Study in Primary Care". *Am. J. Psychiatry*, 154 (7): 989-95, 1997.
11. HARTZ, A. J.; NOYES R.; BENTLER, S. E.; DAMIANO, P. C.; WILARD, J. C.; MOMANY, E. T. "Unexplained Symptoms in Primary care: perspectives of doctors and patients". *Gen. Hosp. Psychiatry*, 22: 140-52, 2000.
12. HOLLOWAY, K. L.; ZERBE, K. J. "Simplified approach to somatization disorder: when less may prove to be more". *Postgrad Med.*, 6: 89-95, 2000.
13. HURTIZ, T. A. Somatization and conversion disorder. *Can. J. Psychiatric* [serial on the internet] 2004 mar [cited 2005 aug 16]; 49 (3): [about 4p.]. Available from: <http://www.cpa-asp.org>.
14. KATON, W.; SULLIVAN, M.; WALKER, E. "Medical Symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma and personality traits". *Annals of internal medicine*, 134 (9): 917-25, 2001.
15. KELLER, R.; PSYCH, F. R. C. "Treatment approaches to somatizing and hypochondriacal patients". In: KIRMAYER, L. J.; ROBBINS, J. M. *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. Washington: American Psychiatric Press, 1991. p. 159-79.
16. KIRMAYER L. J.; GROLEAU, D.; LOOPER, K. J.; DAO, M. D. "Explaining medically unexplained symptoms". *Can. J. Psychiatric*, 49, 663-72, 2004.
17. KIRMAYER L. J.; ROBBINS, J. M. "Introduction: Concepts of somatization" In: _____. *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. Washington: American Psychiatric Press, 1991. p. 1-19.
18. _____. "Functional somatic syndromes". In: KIRMAYER, L. J.; ROBBINS, J. M. *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. Washington: American Psychiatric Press, 1991. p. 79-106.

19. KIRMAYER, L. J.; ROBBINS, J. M. "Cognitive and social factors in somatization". In: _____. *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. Washington: American Psychiatric Press, 1991. p. 107-41.
20. KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; GRUY, F.; HAHN, S. R.; LINZER, M.; WILLIAN, J. B. W. et al. "Disorder multisomatoform: an alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care". *Arch. Gen. Psychiatry*, 54: 352-8, 1997.
21. MAI, F. "Somatization disorder: a practical review". *Can. J. Psychiatry*, 54: 352-8, 2004.
22. MARGO, K. L.; MARGO, G. M. "The problem of somatization in family practice." *Am. Fam. Physician* [serial on the internet] 1994 jun [cited 2005 aug 16]; 8(49): [about 3p.]. Available from: <http://www.findarticles.com/p/articles/mi>.
23. MAYNARD, C. K. "Asses and manage somatization". *Nurse practioner* [serial on the internet] 2003 apr [cited 2005 aug 16]; 28(4): [about 9p.]. Available from: <http://www.findarticles.com/p/articles/mi>.
24. McCAHILL, M. E. "Somatoform and related disorders: delivery of diagnosis as first step- includes patient education sheet". *Am. Fam. Physician* [serial on the internet] 1995 [cited 2005 aug 16]; 1(52): [about 5p.]. Available from: <http://www.findarticles.com/p/articles/mi>.
25. MORRIS, R.; GASK, L.; RONALDS, C. "Clinical and patient satisfaction outcomes of a new treatment for somatized mental disorder taught to general practioners". *BJGP*, 1999, 49: 263-7.
26. NOYES, Jr., R.; HOLT, C.; KATHOL, R. "Somatization: diagnosis and management". *Arch. Fam. Med.*, 4 (9): 790-5, 1995.
27. PENNEBACKER, J. W.; WATSON, D. "The psychology of somatic symptoms". In: KIRMAYER, L. J.; ROBBINS, J. M. *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. Washington: American Psychiatric Press, 1991. p. 21-35.
28. PETERS, S.; STANLEY, I.; ROSE, M.; SALMON, P. "Patients with medically unexplained symptoms: soucer of patients authority and implications for demands on medical care". *Soc. Sci. Med.*, 46(4-5): 559-65, 1998.

29. POIKOLAINEM, K.; KANERVA, R.; LONNGVST, J. "Life events and other risk factors for somatic symptoms in adolescence". *Pediatrics* [serial on the internet] 1995[cited 2005 aug 16]; 1(96): [about 3p.]. Available from: <http://www.findarticles.com/p/articles/mi>.
30. PORTO, L. S. "O paciente – problema". In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. J. et al. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. Porto Alegre: Artmed, 1996. p. 586-91
31. PROENÇA, M.A; FORTES, S. L; LEAL, C.P; CALDAS, N. R. O paciente somatizante no hospital geral. *Cadernos IPUB*, 6: 125-133, 1997.
32. RIGHTER, E. L.; SANSONE, R. A. "Managing somatic preoccupation". *Am. Fam. Physician*. [serial on the internet] 1999 jun [cited 2005 aug 16] 59:[about 2p.]. Available from: <http://www.findarticles.com/p/articles/mi>
33. RITSNER, M.; PONIZOVISKY, A.; KURS, R.; MODAI, I. "Somatization in an imigrant population in Israel: a community survey of prevalence, risk factors and help-seeking behavior". *Am. J. Psychiatry*, 157(3): 385-92, 2000.
34. ROCA, R. P. "Somatization". In: BARKER, L. R.; BURTON, J. R.; ZIEVE, P. D. *Principles of ambulatory medicine*. Washington: Lippincott Willian and Wilkins, 1996. p. 252-62.
35. SCHILTE, A. F.; PORTEGILS, P. J.; BLANKENSTEIN, A. H.; KNOTTNERUS, J. A. "Somatization in primary care: clinical judgement and standardized measurement compared". *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35(6): 276-82, 1999
36. SERVAN-SCHREINER, D.; KOLD, R.; TABAS, G. "The somatizing patient". *Prim. Care*, 35 (6): 225-41, 1999
37. _____. "Somatizing patient: part I – pratical diagnosis". *Am. Fam. Physicians* 2000, 61(4): 1073-8.
38. SIMON, G. E. "Somatization and psychiatric disorders". In: KIRMAYER, L. J.; ROBBINS, J. M. *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. Washington: American Psychiatric Press, 1991. 37-62.

39. STONE, J. W. W.; DURRANCE, D.; CARSON, A.; LEWIS, S.; MACKENZIE, L.; WARLOW, C. P. "Reading, writing and revalidation". *BMG*, 325: 1449-50, 2002.
40. WAITZIN, H.; MAGAÑA, H. "The black box in somatization: unexplained physical symptoms, culture, and narratives of trauma". *Soc. Sci. Med.*, 45(6); p. 811-25, 1997.

ANEXOS

1. DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA
2. MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
3. PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)