

Clínica médica

Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeitoRUBENS BEDRIKOW¹, GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS²¹ Mestre em Saúde Coletiva; Doutorando em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP), Campinas, SP² Professor Titular do Departamento de Saúde Coletiva, FCM-UNICAMP, Campinas, SP

Trabalho realizado no Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil

Correspondência para: Rubens Bedrikow – Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Barão Geraldo, Campinas, SP, Brasil – CEP: 13083-970 – rubedrikow@yahoo.com.br

©2011 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

O termo “clínico” provém do grego *klinikós* e tem como elemento de composição *klíno*, inclinar, ou *klíne*, leito¹. A imagem do médico inclinado sobre o paciente, examinando-o, é muito familiar para a maioria das pessoas. Por extensão, seria possível entender que “Clínica” designa a prática da medicina à beira do leito. No entanto, como veremos adiante, sua abrangência é muito mais ampla.

De acordo com o Dicionário Aurélio², medicina é a “arte ou ciência de evitar, curar ou atenuar doenças”. No Dicionário de termos médicos de Pinto³, medicina é definida como a “arte de conhecer as doenças, as afecções e as moléstias - etiologia, patogenia, diagnóstico, prognóstico, terapêutica, profilaxia”. Essas duas definições corroboram o que Foucault destacou em seu livro *O nascimento da Clínica*, isto é, a doença representa o objeto de atenção da medicina⁴. No entanto, outros autores destacam a pertinência da inclusão do doente e de coletivos como objetos de interesse da Clínica. Cunha a entende como uma “interação complexa ou um encontro entre dois sujeitos singulares: um profissional e um doente, uma equipe e um doente, uma equipe e um coletivo”⁵. Campos propõe ampliar a Clínica, “partindo de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso”⁶.

De acordo com Foucault, a Clínica nasceu no século XVIII, no bojo do surgimento da Ciência Moderna, quando o empirismo substituiu a metafísica e a filosofia. O fato observado se tornava mais importante que a explicação da doença. Um dos marcos dessa nova ciência foi a criação, por Carl von Linné, de um sistema de nomenclatura científica para classificar os animais e vegetais⁷. Antes de Linné, Thomas Sydenham e Sauvages de Montpellier tentaram ordenar as doenças, o primeiro a partir da descrição das mesmas; o segundo, de acordo com classe, ordem e gênero, imitando o modo de fazer dos biólogos com relação a plantas e animais⁸. A medicina se apropriou desse modelo classificatório da Biologia e passou a nomear as doenças de acordo com a mesma lógica hierarquizada, o que persiste sendo a base da medicina até nossos dias^{4,9}. Outro avanço fundamental que contribuiu para uma mudança na percepção da doença foi o desenvolvimento da anatomia patológica, que permitiu correlacionar os

sintomas e sinais às alterações dos órgãos examinados na mesa de necrópsia ou sob o olhar do microscópio⁸. Tais mudanças deram lugar à Clínica que predomina até hoje. Para Foucault, “um processo empírico no qual, através do olhar, busca-se descobrir a doença presente no doente. Este, por sua vez, não está implicado no espaço racional da doença; é apenas um fato exterior com relação àquilo de que sofre; o paradoxal papel da medicina consiste em neutralizá-lo para que a configuração ideal da doença tome forma concreta, livre, totalizada, aberta à ordem das essências. Não se trata, portanto, de descobrir uma verdade ainda desconhecida, mas sim uma determinada maneira de dispor a verdade já adquirida, escondida, já presente no corpo do doente. Quem desejar conhecer a doença deve subtrair o indivíduo com suas qualidades singulares; se o curso da doença não é interrompido ou perturbado pelo doente, as leis imutáveis que o determinam podem ser rapidamente descobertas”⁴. Trata-se de um modelo ontológico no qual “a doença é uma ocorrência localizada no corpo, que pode ser conceitualmente separada da pessoa doente”⁸. Campos reconhece uma “antidialética positivista da medicina que fica com a doença, descartando-se de qualquer responsabilidade pela história dos Sujeitos concretos”¹⁰. Para Foucault, nem mesmo o fato de atingir um órgão é necessário para definir a doença. “Os órgãos são os suportes sólidos da doença: jamais constituem suas condições indispensáveis”⁴. O exame físico nada mais é do que um método de investigação do espaço concreto do corpo e visa a estabelecer a relação entre os fenômenos, os antecedentes e os distúrbios constatados, de forma a poder pronunciar um nome: o da doença¹¹. Ramos Jr., em seu tratado sobre *Semiotécnica da observação clínica*, confirma que o que se busca são doenças mais do que doentes: “A anamnese deve ser feita correspondendo à informação e à composição dos sintomas, de tal forma que seja possível o raciocínio para os diagnósticos obrigatórios, anatômicos, funcionais e etiológicos. Deverão ser expurgadas todas as informações ou expressões que nenhuma relação apresenta com a fisiopatologia do órgão em questão”¹².

A Clínica se fundamenta unicamente no campo perceptivo, guiada pelo exercício do olhar. Para Foucault, esse olhar médico é capaz de atingir “a forma geral de qual-

quer constatação científica”: observa-se o doente como se observa um astro ou uma experiência de laboratório. O olhar médico se dirige ao que há de visível na doença e se processa na forma de um “contato anterior a todo discurso e livre dos embaraços da linguagem”⁴. A Clínica faz um novo recorte das coisas através da linguagem de uma “ciência positiva”. Trata-se da abertura do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade. A ferramenta da Clínica é o empirismo que suplantou a postura filosófica, metafísica, da Idade Média, coincidindo com o surgimento da Ciência Moderna, ancorada na habilidade essencial de observar as evidências, aquilo que pode ser percebido. Considera-se que a medicina se tornou científica quando passou a ser empírica, afastando-se do campo teórico-especulativo. No consagrado *Cecil: Tratado de Medicina Interna*, Goldman e Ausiello insistem na relação entre a medicina e a ciência moderna: “A medicina é uma profissão que incorpora a ciência e o método científico à arte de ser médico”¹³. Em seu discurso de colação de grau para a primeira turma da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Arnaldo Vieira de Carvalho deixa claro a crença na potência da ciência positiva, o caminho para a verdade: “Ao médico, hoje, além do allivio dos males physicos do próximo, incumbe também a restauração da sociedade avariada e a enorme e completa tarefa de sanear e melhorar o meio ambiente onde ambos evoluem! Melhorar, modificar o meio em que vive ou se pretende viver é um problema grandioso. Para os metaphysicos, ultrapassa elle os limites das forças humanas, é inexequivel e até inabordável. Para o homem de verdadeira sciencia, porem, não é inexequivel nem inabordável. Para vós outros, que sois cultores da verdade, meus jovens collegas, um tal empreendimento terá especiaes encantos, será assumpto dilecto de cogitações, e deve ser ponto de honra o achardes a sua solução”¹⁴ (*sic*). Mais adiante, reduz o saber médico à obediência das leis da natureza: “Sois médicos – não podeis ver nos homens mais que um conjuncto de cellulas, mais que animaes superiores. Sois biologistas – não podeis conceber nas manifestações desses animaes outra coisa além das manifestações physico-chimicas em um agglomerado de protoplasmas; não podeis descobrir em taes phenomenos mais que effeitos na lei da physica, dessa verdadeira e única sciencia, que tudo explica e tudo esclarece, sem recorrer a hyphotheses fantásticas e absurdas[...] reduzido o aperfeiçoamento social a uma equação biológica, ninguém mais do que o medico – supposto sempre um biologista cientista e não um desses contadores de anedoctas da vida animal – é mais apto para dar-lhe a solução”¹⁴ (*sic*). A ciência moderna, positiva, constitui o paradigma¹⁵ da clínica, pois define seus problemas, métodos legítimos e modelos. Uma clínica que experimentou e segue experimentando um processo de consolidação e fortalecimento no qual se busca forçar a natureza a encaixar-se dentro dos limites preestabelecidos e relativamente inflexíveis fornecidos pelo paradigma.

É preciso reconhecer que essa Clínica, essencialmente empírica, ancorada na ciência moderna positiva, com olhar para os sintomas e sinais, na busca de um nome – o da doença – mostrou-se eficaz para responder a vários desafios do processo saúde-doença. Por exemplo, dizer que um doente com febre, tosse produtiva, estertores pulmonares sofre de pneumonia (nome da doença), receitar-lhe antibiótico e observar sua recuperação, de forma a reassumir suas atividades cotidianas, é constatar a potência dessa Clínica.

Por outro lado, ela se revela frágil para dar conta de demandas que não se enquadrem em diagnósticos anatômicos, funcionais ou etiológicos.

Porter concorda que, não obstante os resultados altamente positivos obtidos através da Clínica empírica, a sociedade reconhece lacunas na sua eficácia: “Never have people in the West lived so long, or been so healthy, and never have medical achievements been so great. Yet, paradoxically, rarely has medicine drawn such intense doubts and disapproval as today. No-one could deny that the medical breakthroughs of the past 50 years - the culmination of a long tradition of scientific medicine - have saved more lives than those of any era since the dawn of medicine”¹⁶.

Starfield reconhece diferenças nas demandas que chegam ao especialista e à atenção primária. Segundo essa autora, “a atenção primária envolve o manejo de pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas, que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos”. Nesse nível de atenção, as demandas mais “rebeldes”, que recusam a se encaixar nos diagnósticos conhecidos, parecem aflorar ou se manifestar com maior liberdade, desafiando os profissionais das unidades básicas de saúde. Na atenção especializada, impera o processo diagnóstico calcado na observação e na fisiopatologia, de forma que as demandas que não se resolvem dessa maneira tendem a ser ignoradas¹⁷.

Mesmo quando o discurso médico ultrapassa os aspectos biológicos e avança em direção aos fatores psíquicos e sociais do processo saúde-doença, estes, quase sempre, apenas orbitam ao redor da doença, obedecendo à lógica destacada por Foucault. Goldman e Ausiello afirmam que o médico precisa compreender o indivíduo como pessoa, “compreender a situação social do paciente, questões familiares, preocupações financeiras e preferências por tipos diferentes de cuidado e desfechos”¹³, mas não se distanciam do modelo anamnese/exame físico dirigido a sinais e sintomas que possam definir uma doença, de forma que os aspectos psicossociais estão relacionados a doentes que funcionam como “moradia” de doenças. Starfield entende que “a atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si” e cita o contexto como fator a ser considerado, mas atribui aos serviços de saúde a tarefa primeira de buscar a “causa das enfermidades e o manejo das doenças”¹⁷.

Com o mesmo desejo de perseguir uma maior potência da Clínica, ganharam espaço outras iniciativas, como a “humanização” das práticas médicas, a “Medicina centrada na pessoa” – considerada “como um todo, em suas necessidades emocionais e questões existenciais”¹⁸ –, os “grupos Balint” e a Clínica Ampliada¹⁰.

Para McWhinney e Freeman, “o método clínico centrado na pessoa fornece um método integrado e sistemático para juntar a pessoa e a doença”. Trata-se de uma proposta alternativa para o médico de família e comunidade, uma vez que em 35% a 50% das consultas nessa área não é possível estabelecer um diagnóstico específico de uma doença. A solução desses casos residiria na crença de que poderiam ser “tratados” pelo entendimento da pessoa e do contexto. Esses mesmos autores distinguem “doença” de “experiência com a doença”. A primeira seria um “processo patológico que os médicos utilizam como modelo explicativo da experiência com a doença”, que “é o que se tem quando se vai ao médico; a doença é o que se tem depois de ter consultado com um médico”. Tal distinção corresponde a considerar a doença tanto do ponto de vista do significado para a vida da pessoa como sob a ótica da patologia. “O método centrado na pessoa tem por meta entender a experiência com a doença em todos os seus níveis, da patologia aos pensamentos e sentimentos”¹⁹.

Ruben *et al.* também se servem da distinção, mais clara em inglês, entre moléstia (*illness*) e doença (*disease*) para defender a abordagem ampliada da pessoa. Moléstia corresponde à “experiência com a doença”. De acordo com McWhinney e Freeman, “é o modo singular, único, no qual cada pessoa é afetada pela doença”. Doença é uma construção mental criada para abordar com maior facilidade os problemas biológicos. Ela independe do indivíduo e obedece à lógica do raciocínio fisiopatológico. Exceto quando a doença está no seu estágio não moléstia, isto é, ainda é desconhecida pelo doente ou assintomática, ela coexiste com a moléstia na mesma pessoa. Esses autores consideram que uma das características essenciais da Medicina de Família é incorporar a moléstia na abordagem do paciente. Assim como Starfield, sugerem que para o especialista bastaria uma Clínica para a doença, enquanto que o profissional da atenção primária e, mais especificamente, da Medicina de Família, necessita incluir a moléstia ou a experiência com a doença na sua Clínica²⁰.

No seu Relatório Mundial de Saúde de 2008 – “Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca” – a Organização Mundial de Saúde enfatiza a importância do cuidado centrado na pessoa e também aponta diferenças entre os problemas abordados nos níveis secundário e primário, entendendo como um desafio mais complexo aquele imposto à atenção primária. Isto porque as pessoas devem ser compreendidas de forma holística,

nos seus aspectos físico, emocional e social, inseridos em um mundo com características próprias e mutáveis no tempo²¹. Além do benefício para o doente, a estratégia de centrar na pessoa parece aumentar a satisfação dos profissionais de saúde.

Após constatar a dificuldade dos médicos frente a problemas emocionais dos seus pacientes, o psiquiatra e psicanalista Michael Balint organizou seminários sobre “problemas psicológicos em Medicina Clínica” e propôs a entrevista prolongada, com base na habilidade da escuta por parte do médico, julgando necessário ampliar os limites da anamnese¹¹. Nessa mesma direção apontam Cunha – que propõe uma história clínica diferente “dando espaço para as ideias e as palavras do paciente”⁵ – e Bedrikow – para quem a dinâmica da consulta “precisa se libertar das rígidas regras da anamnese tradicional e abrir espaço para a conversa menos estruturada”¹. Nesses casos, reconheceram-se os limites do método clínico tradicional, preso ao raciocínio científico moderno, no qual o doente, na sua relação com o médico, é conduzido por um roteiro capaz de atingir o nome de uma doença. Os autores mencionados anteriormente, caminhando na mesma direção que Campos, entendem que o paciente “livre” para elaborar e transmitir ideias pode trazer elementos diferentes para a Clínica, com a possibilidade de fazer emergir temas outros que sua doença. Permite-se ao paciente, sob tais condições, alcançar maiores coeficientes de autonomia e de iniciativa, maior protagonismo. Esse é o ponto de partida da Clínica do Sujeito, pensada, por Campos, a partir do existencialismo de Sartre – o sujeito responsável pela “construção de sentido ou de significado para as coisas ou para os fenômenos” – e do “protagonismo de sujeitos concretos” de Basaglia, para quem o objetivo do trabalho seria o doente, a pessoa, e não a doença¹⁰. Ainda segundo Campos, a “reforma da clínica moderna deve se assentar sobre um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o Sujeito concreto, no caso, um Sujeito portador de alguma enfermidade”¹⁰. Na sua concepção de Clínica, mesmo deslocando para o doente o papel de objeto ontologizado da medicina, a doença segue existindo, “está lá, no corpo, todo o tempo, fazendo barulho, desmanchando o *silêncio dos órgãos*. A doença está lá, dependendo dos médicos e da medicina, é verdade, mas também independente da medicina; dependente da vontade de viver das pessoas, com certeza, mas também independente da vontade dos Sujeitos”¹⁰. Nesse momento, Campos concorda com Foucault ao reconhecer que a Clínica prevê sempre uma doença que “habita” um indivíduo. Não haveria Clínica sem doença; “senão não seria clínica, mas sociologia ou filosofia existencial”¹⁰. Eis a sua especificidade. Campos não propõe trocar a doença pelo doente, mas ampliar o objeto de saber e de intervenção da Clínica, incluindo também o Sujeito e seu Contexto; isto porque “doenças semelhantes do ponto de vista classificatório podem incidir de forma diferenciada

conforme a história e os recursos subjetivos e materiais de cada Sujeito”. A inclusão do Sujeito como objeto da Clínica desafia o paradigma da ciência positiva que parte da regularidade das doenças e tem dificuldade de abordar a singularidade dos casos²².

Poderíamos analisar os diferentes métodos clínicos dispondo-os em duas grandes correntes: uma com ênfase na doença – a Clínica descrita por Foucault, da Ciência Positiva, a Clínica Oficial¹⁰, a Clínica dos Tratados de Medicina e Semiotécnica (Cecil, Ramos Jr.) – e outra voltada para os significados, afetos e singularidades de cada pessoa – a Clínica do Sujeito (Basaglia, Campos)¹⁰, a Clínica Centrada na Pessoa (Brown, McWhinney e Freeman), a Clínica da Escuta dos Problemas Psicológicos (Balint). Essa separação acompanha a descrição feita por Crookshank de duas correntes de pensamento – natural/descritivo e convencional/acadêmico/ontológico – seguidas pelas escolas de Cos e Cnido – antiga Grécia –, respectivamente. O método natural se ocupa do organismo e da doença e descreve a experiência com a doença em todas as suas dimensões, enquanto que o convencional se preocupa com os órgãos e as doenças, buscando classificar e nomear a doença como uma entidade independente, separada da pessoa. São essas duas “doutrinas que se repetem incessantemente ao longo dos séculos”¹⁹. A Clínica Moderna, “nascida” no século XVIII, descrita por Foucault, ensinada nas escolas médicas do ocidente até hoje, aproxima-se da escola de pensamento convencional/acadêmico/ontológico seguida pelo grupo de Cnido, que “entendia as doenças como entidades independentes do paciente, que precisavam ser classificadas e distinguidas umas das outras, centrando a sua atividade no diagnóstico; medicina era ensinada e aprendida como uma ciência”²³. A Clínica do Sujeito, Centrada na Pessoa, interessada nos significados e afetos, identifica-se mais com a escola de Cos, que, com seu método natural/descritivo, “interpretava as doenças dentro do quadro específico e peculiar de cada doente [...] os sintomas são dependentes de fatores ambientais e pessoais; a doença é uma abstração, pois os sintomas variam constantemente no decorrer de uma única doença, e o doente é o problema real da medicina [...] a medicina deveria ser ensinada e aprendida como uma arte de tratar o ser humano doente”²³. Crookshank “observou que os melhores médicos, em qualquer época, equilibraram os dois métodos”¹⁹. A concepção de que não existe uma única verdade e que diferentes métodos podem coexistir, potencializando-se mutuamente, deveria ser uma das principais estratégias dos gestores da saúde. Nesse sentido, parece-me muito feliz a abertura do Relatório Final da Oficina da Atenção Básica do Município de Campinas, quando empresta a seguinte frase de Marguerite Yourcenar, do livro *Memórias de Adriano*: “há mais de uma verdade. E todas são importantes ao mundo. Não há mal em que alternem”²⁴.

REFERÊNCIAS

1. Bedrikov R. Dor crônica em mulheres: uma reflexão sobre a clínica. [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2008.
2. Novo dicionário da língua portuguesa. 2ª ed. Organização Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1986. Medicina; p.1109.
3. Pinto PA. Dicionário de termos médicos. Rio de Janeiro: Of. Graf. Fábrica de Bonsucesso; 1946. Clínica; p. 102.
4. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977. Prefácio; p. XVII.
5. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
6. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha TC. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 138-9.
7. Lopes AC. Passado, presente e futuro. In: Lopes AC. Tratado de clínica médica. São Paulo: Editora Roca; 2009. p. 2-18.
8. Mc Whinney IR. A evolução do método clínico. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, Mc Whinney IA, Mc William CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 35-48.
9. Vieira JE, Janiszewski M. Abordagem pedagógica da pesquisa clínica. In: Lopes AC. Tratado de clínica médica. São Paulo: Editora Roca; 2009. p. 31.
10. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55.
11. Flora FAM. As origens históricas da Clínica e suas implicações sobre a abordagem dos problemas psicológicos na prática médica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2006;2(7):196-202.
12. Ramos Jr J. Semiotécnica da observação clínica: fisiopatologia dos sintomas e sinais. São Paulo: Sarvier; 1986. Introdução.
13. Goldman L, Ausiello D. Abordagem à medicina, ao paciente e à profissão médica: medicina como uma profissão humana e aprendida. In: Goldman L., Ausiello D. Cecil: tratado de medicina interna. 22ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 2-5.
14. Carvalho AV. Discurso de colação de grau da primeira turma da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. In: Mota A, Marinho MGSMC. Arnaldo Vieira de Carvalho e a Faculdade de Medicina: práticas médicas em São Paulo. São Paulo: Museu Histórico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP; 2009. p. 15-25.
15. Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. Tradução: Boeira BV, Boeira N. São Paulo: Perspectiva; 2009.
16. Porter R. Introduction. In: Porter R. The Cambridge Illustrated History of Medicine. New York: Cambridge University Press; 1996. p. 6.
17. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
18. Brown JB *apud* Stewart. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Tradução: Anelise Teixeira Burmeister. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 22.
19. Mc Whinney IR, Freeman T. Manual de medicina de família e comunidade. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
20. Ruben R, Oliveira ACD, Savassi LCM, Souza LC, Dias RB. Abordagem centrada nas pessoas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2009;4(16):245-59.
21. World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care - now more than ever. Geneva: WHO; 2008.
22. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo ACS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, Fiocruz; 2006. p. 79.
23. Dantas F. Caminhos de aprendizagem em medicina. Med Online: Revista Virtual de Medicina. 1998;1(4). Disponível em: http://www.medonline.com.br/med_ed/med4/caminhos.htm.
24. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Oficina da atenção básica: relatório final. Campinas; 2009.