

Semiótica biomédica e seus limites: criando atalhos entre o sutil e o evidente

Amarylis Zaldúa Triana*

Resumo

A autora analisa os conceitos semiológicos atuais da Medicina Ocidental, que culminaram na idéia de Medicina Baseada em Evidências, demonstrando que essa prática aumenta a distância entre médico e paciente. A autora também recupera o conceito de entrevista para demonstrar a importância da interação médico-paciente.

Palavras-chave

Semiologia. Antropologia médica. Relação médico-paciente.

Abstract

The author analysis the current semiothic concepts of Occidental Medicine, that culminated in the idea of Medicine Based on Evidences, demonstrating that this practice improves the distance between doctor and patient. The author also recovers the concept of interview to demonstrate the importance of interaction doctor-patient.

Key words

Semiothics. Medical anthropology. Patient-physician relationship.

* Professora doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), médica homeopata, médica de família e sanitária, coordenadora do Centro de Saúde da Família do Camanducaia, Prefeitura Municipal de Amparo, SP. E-mail: amarylist@uol.com.br; amarylist@itelefonica.com.br

Introdução

Ao radicalizar seus pressupostos semiológicos fundamentais no sentido da evidência, a Medicina Ocidental Moderna tem construído uma cilada para si própria, que se inicia com maior ênfase a partir da década de 1970 e, nos anos 90, tenta se consolidar, sob a denominação de Medicina Baseada em Evidências (MBE). Ou seja, ao ancorar-se na evidência referida na literatura médica, a prática aprofunda o abismo entre médico e o paciente, que a tecnologia dura (MERHY, 1997) já impunha.

Isso leva à necessidade de se buscar caminhos para se livrar de tal cilada. Caminhos que recuperem toda a subjetividade da prática médica e ancorem nela mesma o sentido de evidência. Caminhos que desvendem o sutil e o evidente desta prática. Pretende-se com este artigo discutir esta cilada a partir de uma análise da semiologia biomédica e, finalmente, apontar elementos importantes e esclarecedores da semiologia homeopática, que permitam enriquecer o olhar semiológico biomédico, apontar seus limites, como se fossem brechas de saída ao obstáculo epistemológico (BACHELARD, 1975) ou cilada em que se encontra a biomedicina.

Metodologia

Metodologicamente, trata-se de um trabalho teórico baseado na concepção dialética (MERLEAU-PONTY, 1989), que identifica como primordial no processo de construção do conhecimento a delimitação clara do campo de presença do sujeito à procura deste conhecimento, e a partir de sua experiência perceptiva, fenomenológica, ir construindo suas categorias, contradições e mediações. Portanto, é da minha experiência como médica, neste campo de presença da prática cotidiana, que estas indagações surgiram, e também foram sendo delineadas algumas das possíveis respostas a tais indagações.

Discussão

Tomando como objeto de estudo a semiologia utilizada pelos médicos em seu trabalho, esta nosologia, que partiu de uma compilação de sintomas, os quais se compõem em um certo arranjo e configuram então uma doença específica e geral, não consegue mais ser suficiente para dar conta de entender os reais incômodos dos pacientes no universo individual, o da subjetividade. Parte-se do particular, sintomas, signos, para catalogá-los segundo um marco nosológico geral e, em vez de voltar para o sujeito contextualizado e individualizado, retorna-se ao sujeito paciente com condições também gerais. As

prescrições ficam desprovidas da história individual, rica em significados e significantes que a geraram.

Aqui é necessário diferenciar dois problemas: um primeiro ligado à insuficiência de elementos semiológicos para dar conta de uma leitura e compreensão individualizada das demandas explícitas dos pacientes, e um segundo problema que estaria relacionado à impossibilidade de se desvendar as demandas não explícitas verbalmente, mas que, usando uma linguagem literária, estão subjacentes ao texto, quer dizer, estão presentes no corpo, na história do paciente. Tais demandas, na maioria das vezes, são omitidas por serem consideradas irrelevantes, não apropriadas na escuta do médico.

Cabe aqui a pergunta: A semiologia é uma ciência que estuda signos e sinais? Tomando a definição de signo como o que anuncia ou dá a conhecer outra coisa da qual toma o lugar, isto supõe uma causa qualquer que interdita ou torna penoso o acesso direto à coisa significada. Para LALANDE (1993), e também para BARTHES (1990), para quem a função do signo é comunicar idéias por intermédio de mensagens, signo teria como objetivo transmitir uma informação, fazendo parte do processo de comunicação.

BARTHES demarca a importância da leitura dos signos: “parece-me que há três níveis de sentido a distinguir. Um nível informativo: este é o nível da comunicação. Um nível simbólico, e é este que dá o significado. É tudo? Não. Leio e sou tomado por um evidente, errático e teimoso terceiro sentido. Desconheço seu significado, pelo menos não consigo dar-lhe um nome; este é o nível da significância”.

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

E é exatamente neste ‘sentido obtuso’, que vem de *obtusus*, que quer dizer o que é velado, que não é evidente, que percebemos que a semiologia biomédica não dá conta de entender e que, ao contrário de investir, de se “armar” para a compreensão do não evidente, está se armando para a quantificação e exausta protocolização do evidente. É a procura pelo sutil que tenta desvendar o obtuso, e que pede indagação.

Até a década de 1970, o valor da subjetividade nos momentos de decisão médica, ao se interpretar os dados oferecidos pelas estratégias semiológicas de apreensão

do corpo de nossos pacientes, sempre foi destacado como um dos elementos fundamentais da técnica, tomada como arte nos livros semiotécnicos. Nas duas últimas décadas pode-se perceber uma tentativa de desqualificação e até mesmo de eliminação de qualquer forma de apreensão que possa ser considerada como subjetiva por parte do médico. Este deverá caminhar sempre no sentido da prova, ou seja, da capacidade de julgar apenas sob a luz da evidência concreta e protocolada, compondo assim o que é entendido como a melhor decisão, e que faz uso de exames complementares, “semiologia armada”. Assim, pode-se afirmar: os exames complementares vêm crescendo gradualmente em importância, ameaçando tornar a semiologia uma arte perdida, dando à medicina a aparência de ciência concretizada, sendo mais valorizados quanto mais objetivos (CAMARGO, 1997).

Nos livros de semiologia da década de 1970 há uma coerência entre o discurso e o que é proposto para ser ensinado, desde a necessidade de se dar ênfase ao acolhimento como componente essencial da entrevista, até a necessidade de desenvolver calor humano, flexibilidade, empatia. As estratégias de ensino encontram-se na valorização da história clínica como um dos mais importantes instrumentos semiológicos, na definição do diagnóstico como um processo em contínua construção e no entendimento de que a entrevista é um dos mais importantes elementos terapêuticos, pelo incrível poder da palavra falada. Tudo isso como legado da Clínica Francesa amplamente discutida por FOUCAULT (1980).

Pode-se ler nos tratados de semiologia da década de 1940: “Os aparentes devaneios do paciente podem ser muito esclarecedores. Frequentemente, o que parece uma vereda, revela-se uma larga e ensolarada estrada. Às vezes, os tópicos evitados pelos doentes são os mais significativos” (MACBRYDE, 1975).

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

É este sensualismo que posteriormente vai ser duramente criticado, com frases como: uma clínica puramente semiológica (ou melhor, sensualista) pode ser uma clínica com medula, mas não com cérebro (CEDIEL, 1984).

No começo do século XX, a medicina dos Estados Unidos introduz a idéia de que a medicina deve ser “cientificista” (FLEXNER, 1972). Em uma medicina “cientificista”, a prática médica só poderia ser entendida como indissociável da investigação científica... a medicina como ciência, tal qual a física, a química... que constituem seu suporte, conseqüentemente compreendida como a aplicação e produção dessa ciência, sendo com isto o método clínico identificado ao método de elaboração próprio daquelas ciências (SCHRAIBER, 1989).

Assim, cada vez mais, é abandonado literalmente aquele “sensualismo”, que poderia ter sido redimensionado e enriquecido, e trocado pela não leitura do singular, pela generalização, que tem como clímax a Medicina Baseada em Evidências. Valeria pensar na frase de MacBryde: “Um dos motivos pelos quais os médicos tendem a se tornar mais técnicos e menos doutores é que se ocupar do doente e da doença é muito mais difícil e toma mais tempo do que tratar apenas a doença” (MACBRYDE, 1975).

Contudo, esta semiologia “cientificista armada” não consegue resolver a pergunta do eminente antropólogo do século XIX, Viktor Von Weizsäcker, um dos fundadores da antropologia médica: “Sempre diante um doente, o médico deve tratar de resolver estas três questões: Por que aqui?, localização orgânica; Por que agora?, apontamento biográfico; e Que verdade do paciente tende a evidenciar a não verdade do seu processo morboso?, esclarecimento existencial” (WEIZÄCKER, 1956).

Não terá, portanto, chegado o momento de repensar os limites desta prática? Será a Medicina Baseada em Evidências capaz de aproximar o trabalho médico da evidência? Talvez por meio da MBE aproxime-se um pouco da *evidence*, no sentido de busca de um testemunho para se apoiar. A racionalidade biomédica (LUZ, 1993), ao se apoiar na generalidade do processo saúde-doença, só pode se centralizar na evidência possível que é a anatomopatológica e etiopatogênica, que, portanto, é passível de ser quantificável, estimável e revelável pela concretude das máquinas, tecnologia dura.

Existe, digamos, um fascínio tecnológico, um encantamento, que o desenvolvimento dessas técnicas exerce sobre os produtores, sobre os mediadores e sobre os consumidores. Assim, justifica-se a utilização de uma técnica sofisticada para diagnosticar uma

doença que clinicamente poderia ser diagnosticada com recursos semiológicos e instrumentos de trabalho mais próximos do médico, muitas vezes com uma incorporação acrítica desta tecnologia. Mas, finalmente, o fascínio se dá porque as leis de mercado são fascinantes, porque na sociedade de consumo de hoje a utilização da tecnologia tende a provar de forma irrefutável a hipótese que se deseja provar (CHACRA, 1995).

Ao almejar a evidência na prática clínica, a Medicina nos propõe um dogma fundamental: não duvidar das pesquisas sistemáticas até que sejam substituídas por outras. A verdade é que estas pesquisas nos colocam racionalidade – é a força do geral expressa nas taxas, nos índices, nas razões de chance dos estudos “randomizados”.

Ao criticar esta tendência, faz-se necessário recuperar os avanços que esta medicina, com sua biomédica, nos trouxe durante todo este século. Não se pode negar o valor do desenvolvimento da infectologia, da imunologia, da genética e da oncologia. Não se está aqui pretendendo reduzi-la a um conhecimento desajustado da prática cotidiana; trata-se, sim, de apontar seus limites e sua incapacidade de reconhecer outras possibilidades de evidência.

O que fazer, então, com as incertezas, com o que não pode ser quantificável? O que fazer com o que está imerso nos sujeitos que nos procuram e querem encontrar mais do que um medicamento, uma via de transformação para seus incômodos?

Todas essas indagações são necessárias se não quisermos nos perpetuar na cilada em que o racionalismo “armado” radical nos coloca. Faz-se necessário deslocar a evidência do vídeo para o perspectivo (CHAUÍ, 1988), que abre as portas para a percepção, a intuição, o sutil, para o não expresso que mobiliza, para a observação acurada e para a anamnese que se auto-revela.

Apontando caminhos: a necessária interlocução com outros saberes

Uma vez apontados alguns limites, surge a necessidade de rever elementos envolvidos na semiologia biomédica e em outras racionalidades médicas, que possam enriquecer o olhar semiológico e que proporcionem brechas de saída aos obstáculos epistemológicos anteriormente apontados. São apenas elementos de reflexão, mas consideramos que são elementos que podem ser aprofundados para encontrar caminhos que atenuem a cilada que está sendo criada na biomedicina.

O processo diagnóstico: o raciocínio clínico e a interpretação dos signos: a abordagem homeopática tem, entre outras abordagens possíveis, muito a acrescentar a nossa compreensão do que deve ser observado para um diagnóstico mais apurado. Hahnemann a denominava de observação minuciosa: “A fim de perceber com precisão o que é para ser observado nos pacientes, devemos dirigir todo o nosso espírito para a matéria que temos em mãos, de certo modo sair de nós mesmos e a ela nos incorporar, por assim dizer, com todo o nosso poder de concentração, de maneira que nada que seja objetivamente presente, que tenha a ver com o assunto e que possa ser avaliado pelos sentidos, possa escapar” (HAHNEMANN, 1995).

É extremamente interessante entender que o ato de observar, para Hahnemann, era um caminho de várias vias. Uma em que se tinha que ter a precisão de um retratista, ou seja, nada podia escapar que conseguisse individualizar o paciente. Outra, a observação para si mesmo, para dentro, ato completamente subjetivo, de crítica a respeito das impressões ligeiras e de compreensão das sensações internas. E ainda outro, de sentir em si mesmo as sensações do outro: “de certo modo sair de nós mesmos, e a ela nos incorporar”. Esta capacidade de observar para ele não era inata, ela deveria ser a consequência de uma prática cotidiana na consulta, de um ato de formação em outras disciplinas que permitissem essa aguçada observação. Ressalta a importância também do comportamento, do aspecto geral do paciente durante a visita, dos sinais clínicos, do exame físico, e a notada importância à identificação do biopatográfico, ou as condições marcantes referentes às doenças.

Hahnemann demarca claramente que só a partir do raro, peculiar e característico é possível chegar à individualização dos sintomas, num sujeito em concreto. Não se trata aqui, pois, de converter a racionalidade biomédica em racionalidade homeopática, mas sim de apontar ao que é omitido, por não configurar um sentido, um sentido nosológico.

Será, portanto, necessário desvendar a história, não só pela palavra, como também pelo corpo, as posturas de vida, enfim, os indícios que os pacientes nos dão, a partir dos quais poderemos conseguir um resultado mais efetivo desse processo diagnóstico: “Desvendar o percurso do enredo existencial é o melhor é mais fiel marcador de nossa atividade terapêutica (ROSENBAUM, 1998).

A comunicação verbal e não verbal: a entrevista

As entrevistas implicam num encontro de representações de corpo e de doença por parte de médico e

de paciente. Além das mensagens literais apresentadas pelo paciente existem mensagens simbólicas, que precisam de uma disposição interna por parte do médico para sua leitura, para que não se transformem em uma mensagem sem código. A linguagem que é sempre significativa pode estar “vazia” ou plena de significância. Essa diferença entre significado, associado ao conceito, e significante, associado à imagem, que o sujeito faz interiormente, ou nos termos de SAUSSURE (1974), a imagem auditiva (significante), é um problema não pensado como capacidade de entender na entrevista que existe esta diferença e que permanentemente as mensagens podem servir de “alavanca de mudança”, quando a comunicação se dá de fato, mantendo sempre presente o “vínculo” que existia entre o símbolo e o referente ao qual se faz alusão CHIOZZA (1987), entre o afeto como gerador deste significante, e como um sujeito dentro de um contexto psicológico, também gerador de significante. Com este cuidado permanente existiria uma melhor aproximação, a quase se obter uma mensagem com código, código transformador e revelador.

Existe ainda a comunicação não-verbal, o processo de transmitir informações sem o uso das palavras. Inclui a maneira como as pessoas usam o corpo: expressões faciais, olhares etc.

Outro componente importante é a paralingüística, ou “como” da fala. Ainda outro componente importante envolve o uso do espaço pessoal e social. Quanto nos aproximamos fisicamente do outro, ou quanto aceitamos uma aproximação (COULEHAN & BLOCK, 1989). Todos esses elementos não-verbais da relação, sempre que crivados pela consciência, podem gerar transformações importantes no encontro e na relação com o outro.

A racionalidade biomédica se esforça para recortar a realidade como se fosse uma fotografia. O conhecimento médico constituído sobre a anátomo-patologia “focaliza” esta imagem como realidade. Tal fixidez, por mais que tente ampliar um recorte, é insuficiente para captar o todo e até mesmo as partes desse todo, pois é apenas imagem, que não inclui quem a está captando: “Como se dessa fixidez, por um aprofundamento analítico, pudéssemos apreender finalmente a verdadeira paisagem. Rompida imobilidade do olhar aparece o movimento vertiginoso que inclui o que olha” (PINHEIRO, 1998).

Aparecem também na entrevista o que se denomina representações sociais, ou “senso comum”: “As palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama para as relações sociais em todos os domínios. A compreensão da fala exige ao

mesmo tempo a compreensão das relações sociais que expressa” (MINAYO, 1995). Os pacientes atribuem algum sentido às situações vividas, e o seu comportamento subsequente é grandemente determinado por este sentido, que quase nunca é percebido e muito menos desvendado.

Assim também devem ser repensados os fenômenos de transferência e contratransferência dentro da relação médico-paciente, que permeiam continuamente o trabalho médico, e que são completamente ignorados.

Haveria muitos outros caminhos a apontar: a integralidade do dualismo corpo-mente, sobre o exame do corpo, a subjetividade e a objetividade, ou sobre o conceito de diagnóstico mesmo, o diagnóstico em si, as propostas de terapia e o prognóstico.

Cada um desses tópicos merece uma cuidadosa atenção, mas são apontados aqui para mostrar que existem caminhos a ser trilhados.

Porque não ensinar nossos estudantes de medicina a enxergar os limites, a vislumbrar e conhecer outros caminhos diagnósticos e terapêuticos além do nosso restrito olhar biomédico? Não defendo aqui a formação de um super-médico, capaz de incorporar nele mesmo uma ampla gama de olhares diagnósticos e terapêuticos, mas sim de formar médicos que possam refletir sobre o alcance do instrumento semiológico, diagnóstico e terapêutico que ele possui, e também recobrar o que é digno de ser recobrado, historicamente, no interior da sua própria racionalidade, aquele “olhar clínico”, que dava importância ao signo semiológico, mas ampliado à luz dos conceitos do signo atuais. Por que não ampliar o conceito de signo com o referencial psicanalítico, ou com o conceito de corpo sófico, trazido pelas terapias corporais, ou com o conceito de signo trabalhado pela lingüística?

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

Acredito que outras semiologias, outras racionalidades médicas, como também outros olhares terapêuticos têm muito a contribuir na formação dos médicos. Tais saberes têm elementos para questionar o saber e a prática biomédica. Evidentemente, sem perderem a noção dos seus limites, sem pretenderem se transformar na alternativa para os obstáculos da racionalidade biomédica, por terem, também, no interior delas

mesmas seus próprios limites. No entanto, questionam cotidianamente o limite da nossa racionalidade, e com certeza podem oferecer perspectivas para a formação de um novo tipo de médico, livre de dogmatismos, tendo como meta a ética do cuidado.

Referências Bibliográficas

- BACHELARD, Gastón. La formación del espíritu científico: contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo. Buenos Aires, Siglo XXI, 4ª ed., 1975.
- BARTHES, Roland. A Retórica da Imagem. In: _____. O óbvio e o obtuso: Ensaio Crítico III. Rio de Janeiro Editora Nova Fronteira, 1990. (Tradução de Lea Galvão).
- CAMARGO Jr., Kenneth Rochel de. A Biomedicina. Physis; Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol 7, n. 1, pp 45-68, 1997.
- CEDIEL, Ricardo Angel. Semiologia Médica. Bogotá. Vértice Ediciones, 1984.0
- CHACRA, Fernando Cesar. Necessidades de saúde e diagnósticos médicos: crianças em idade escolar, seus incômodos e o desejo de comunicação com a medicina. Campinas, DMPS FCM-UNICAMP, dissertação de Mestrado, 1995. (mimeo)
- CHAUÍ, Marilena. Merleau-Ponty, vida e obra. In: _____. Maurice Merleau-Ponty: textos selecionados. São Paulo, Companhia das Letras, 1988.
- CHIOZZA, Luis. Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo. Campinas, Papirus, 1987.
- COULEHAN, John; BLOCK, Marian. A entrevista médica: um guia para estudantes da arte. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. (Tradução de Denis Martinez).
- FLEXNER, Abraham. Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Boston, The Merrymount Press, reprint edition, 1972.
- FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2ª ed., 1980. (Tradução de Roberto Machado).
- HAHNEMANN, Samuel. Organon, da arte de curar. São Paulo, Robe Editorial, 6ª ed., 1996.
- LUZ, Madel Terezinha & CAMARGO, Jr. I Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, agosto, 1993, 168 p.
- LALANDE, André. Vocabulário técnico e crítico da filosofia. São Paulo, Livraria Martins Fontes, 1993.
- MACBRYDE, C.M. Sinais e sintomas: Fisiopatologia aplicada à interpretação clínica. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 5ª ed., 1975.
- MERLEAU-PONTY, Maurice. As aventuras da dialética: epílogo. In: CHAUÍ, Marilena (seleção de textos). Maurice Merleau-Ponty: textos selecionados. São Paulo, Editora Nova Cultural, Coleção Os Pensadores, 4ª ed., 1989. (Tradução de Marilena Chauí)
- MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: _____. e ONOCKO, Rosana. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo, Editora HUCITEC, 1997.
- MINAYO, Maria Cecília. O conceito de representações sociais da sociologia clássica. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (org). Textos em representações sociais. Petrópolis, Vozes, 1995.
- PINHEIRO, Odette de Godoy. O sentido das queixas de usuários de um serviço de saúde mental: uma análise discursiva. São Paulo. Pontifícia Universidade Católica, Tese de doutorado, 1998.
- RAMOS, Jr., José. Semiotécnica da observação clínica. São Paulo, Editora Sarvier, 3ª ed., 1973.
- ROSENBAUM, PAULO. Miasmas: Saúde e enfermidade na prática clínica homeopática. São Paulo, Editora Rocco, 1998.
- SAUSSURE, Ferdinand de. Cours de linguistique générale. Paris, Payot, 1974.
- SCHRAIBER, Lilia Blima. Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo, Ed. Hucitec e Abrasco, 1989.
- WEIZSÄCKER, Víctor Von. El hombre enfermo. Barcelona, Luis Miracle editor, 1956.