



Luiz Augusto Facchini <sup>1</sup>

#### DESAFIOS NA TRANSFORMAÇÃO DA PRÁTICA MÉDICA

O texto de Castiel e Póvoa é uma excelente contribuição ao debate sobre a crise da prática médica contemporânea e suas alternativas de superação.

A Medicina do século XIX foi fortemente marcada pela valorização da experiência clínica e da erudição médica, enquanto cresciam os recursos tecnológicos. No século XX, houve uma clara inversão dessa relação. Novas drogas e novos procedimentos diagnósticos e terapêuticos começaram a se incorporar ao cotidiano da prática médica cada vez mais rapidamente (Entralgo, 1978; Piñero, 1982). No século XXI, a Medicina continua vivendo intensamente o impacto da revolução científico-tecnológica. A genética, os sofisticados meios diagnósticos por imagem e a revolução provocada pela indústria da informática, estão trazendo grandes mudanças no modo de exercer a profissão (Tosteson et al., 1994).

Vivemos o desenvolvimento de uma ciência que se destaca por transferir a racionalidade médica, de modo cada vez mais aperfeiçoado, para os equipamentos. A possibilidade de chegar a um diagnóstico por meio da semiologia clínica como linguagem mediadora, hoje também está ao alcance das máquinas. Este desenvolvimento tornou possível a realização de diagnósticos sem a intervenção do médico e a definição de condutas também sem seu auxílio (Tosteson et al., 1994). Nos próximos anos, estes fatos se tornarão ainda mais comuns. Isso significa que parte do trabalho médico poderá ser executado por máquinas, principalmente as tarefas mais estruturadas e que possam ganhar eficácia mais facilmente ao utilizar a tecnologia em desenvolvimento.

O mais surpreendente neste início de século é o contraste existente entre o fantástico desenvolvimento instrumental da Medicina, o avanço e a disseminação de sua capacidade diagnóstica e terapêutica, e a crise estrutural da formação de médicos e dos modelos de assistência à saúde. A fragmentação da Medicina, em um processo incessante de especialização e ruptura de suas tradicionais características de atividade artesanal, tem contribuído para o esvaziamento do ato médico, enquanto arte de cuidar de pessoas (Piccini et al., 2000). Esta fragmentação propicia uma incorporação irracional de tecnologias e insumos e, assim, o incremento crescente dos custos para o sistema de saúde. A ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, sem o correspondente aumento da satisfação dos usuários e de impacto positivo nos indicadores de qualidade da atenção médica, acaba tornando-se uma prática ineficiente (Dias da Costa, 2002).

Muitas alternativas pedagógicas e assistenciais têm sido propostas para enfrentar a crise, sendo algumas, como por exemplo, a Medicina baseada em evidências (MBE), divulgadas como novos paradigmas científicos (Sackett et al., 1997). Integração do ciclo básico com o profissionalizante, ensino em tutoria para pequenos grupos, aprendizado baseado em problemas, cuidados médicos gerenciados e inserção em atividades clínicas desde o início do curso também integram o conjunto de propostas dirigidas à reforma dos currículos médicos e, em consequência, à transformação da prática assistencial (Tosteson et al., 1994).

A superação da crise da Medicina requer a utilização de todo o arsenal técnico-científico disponível, incluída a MBE. Mas, dificilmente a utilização da MBE canalizará as transformações capazes de superar a crise da prática médica, caso suas raízes estruturais permaneçam intocadas. A relevância dos recursos da MBE é indiscutível, mas não há protocolo capaz de tornar um médico mais receptivo e acolhedor às demandas dos pacientes, caso não ocorra uma revolução do paradigma médico, hoje fortemente vinculado à prescrição de medicamentos e exames complementares e ao encaminhamento a outro nível de complexidade do sistema de saúde.

<sup>1</sup> Professor do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas/ UFPel; Secretário Municipal de Saúde de Pelotas. <lfachini@zaz.com.br>

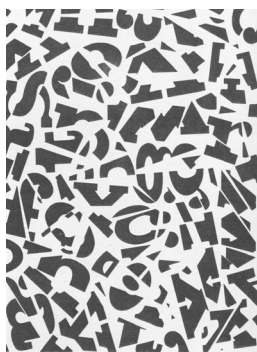
Por exemplo, a padronização de medicamentos baseada em evidências clínicas e a ampliação do acesso aos serviços ambulatoriais de saúde mental são instrumentos essenciais para a boa prática em saúde, mas não são suficientes para diminuir o número de indivíduos que usam regularmente medicação psicotrópica, sem necessidade. Ao contrário, podem acabar estimulando o uso da medicação, caso a facilidade de acesso seja desacompanhada de uma qualificação do cuidado. A tomada de decisão médica baseada em evidências clínicas (ou epidemiológicas) não assegura a transformação da prática médica e a qualidade do sistema de saúde (Brook, 1997; Márquez, 1990). Logo, a disponibilidade de evidências não altera a lógica da atenção à saúde, a menos que seja incorporada como um dos instrumentos da reorganização das práticas de saúde, incluindo reformulações estratégicas do sistema de saúde e da formação dos profissionais (Dias da Costa, 2002).

Portanto, a superação da crise requer um novo paradigma assistencial capaz de reorganizar o trabalho médico, oportunizando ao profissional a atualização permanente sobre os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis, mas, principalmente, a compreensão complexa do sofrimento do paciente. O novo paradigma deve reforçar a responsabilidade do médico em acompanhar e cuidar do usuário em sua trajetória na busca de cura ou alívio para seus sofrimentos.

O novo paradigma assistencial deverá solucionar os conflitos de um modelo de prática médica que, além de caro e crescentemente oneroso, é avaliado como inadequado às necessidades de saúde da população e às possibilidades econômicas de financiamento. Recursos como a MBE e os Cuidados Gerenciados de Saúde (Health Managed Care), apesar de valiosos, não solucionam a crise da prática médica, assim como o aprendizado baseado em problema e o ensino por tutoria, não solucionam a crise da formação médica (Brook, 1997).

A crise não será superada pela padronização do raciocínio clínico e uso de recursos diagnósticos e terapêuticos. A superação da crise requer a qualificação da prática médica, a valorização de seu caráter mais humanizado, mais particular, mais artesanal: a relação do médico com seu paciente e com sua comunidade. A reestruturação da prática médica deverá reforçar a percepção do profissional sobre os limites da intervenção medicamentosa e dos procedimentos armados, e sobre as possibilidades de ampliar o cuidado médico, incluindo as características do indivíduo, de sua família e de sua comunidade para lidar melhor com o sofrimento humano e a busca de uma vida melhor.

A revolução paradigmática da Medicina requer a ampliação e valorização das dimensões do trabalho médico que não podem ser capturadas por equipamentos tecnológicos. A significação do sofrimento humano, das queixas referidas por usuários de saúde, deverá extrapolar os resultados de exames complementares, testes terapêuticos e revisões sistemáticas da literatura médica, incluindo o cuidado integral das necessidades bio-psico-sociais da população, o acompanhamento dos problemas crônicos, a equidade na distribuição de cuidados preventivos e a indução a atitudes saudáveis. A transformação da prática médica requer que os médicos disponham de tempo para o envolvimento com populações e indivíduos sob sua responsabilidade e de capacitação permanente, não apenas para a atualização sobre revisões clínicas sistemáticas, mas também para desenvolvimento de atitudes e habilidades direcionadas à humanização do cuidado e à gestão coordenada das ações de saúde. A humanização da Medicina deve ser encarada como um salto de qualidade em seu desenvolvimento, especialmente no que diz respeito à ampliação das dimensões psíquica e social do ser humano. A gestão criteriosa do uso dos recursos técnicos e a responsabilidade com as necessidades de saúde dos pacientes, ampliam o significado do trabalho médico, valorizando o ato criativo.



#### Referências

BROOK, R. Managed care is not the problem - quality is. **JAMA**, v.278, n.19, p.1612-4, 1997.

DIAS DA COSTA, J. **Análise de custos ambulatoriais em Saúde: um estudo de base populacional no Sul do Brasil**. Porto Alegre, 2002. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Pós-Graduação em Medicina.

ENTRALGO, P.L. **Historia de la Medicina**. Barcelona: Salvat Editores, 1978.

MÁRQUEZ P.V. Control de costos en Salud: experiencias en países de las Américas. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v.109, n.2, p.111-132, 1990.

PICCINI, R.X, FACCHINI, L.A., SANTOS, R.C. (Orgs.) **Preparando a transformação da Educação Médica**: projeto CINAEM III Fase. Pelotas: Editora Enfoque/UFPel, 2000.

PIÑERO, J. L. **Medicina, Historia, Sociedad**. Barcelona: Siglo XXI de España, 1982.

SACKETT, D. L., RICHARDSON, W.S., ROSENBERG, W., HAYNES, R.B. **Evidence-based medicine**. How to practice and teach EBM. London: Churchill Livingstone, 1997.

TOSTESON, D., ADELSTEIN, S.J., CARVER, S. (Ed.) **New pathway to Medical Education**. Cambridge: Harvard University Press, 1994.

Recebido para publicação em: 11/06/02.

Aprovado para publicação em: 10/07/02



Rita Barradas Barata <sup>1</sup>

Há, no texto de Castiel e Póvoa, três ordens de questões das quais eu gostaria de tratar neste breve comentário. A primeira, de ordem mais geral, refere-se à utilização do termo paradigma e à flagrante contradição entre os pressupostos lógicos e epistemológicos que informam a “sociologia da ciência” de Thomas Khun e os pressupostos da Medicina baseada em evidência. Face a esta total incompatibilidade tendo a achar que a escolha do termo paradigma é aqui feita em sua acepção literal e não epistemológica, vale dizer, paradigma no discurso desses autores significa padrão, modelo, regra, norma, como no *Aurélio*. Não sei se vale a imputação de uso incorreto neste caso.

A segunda ordem de questões, estas sim substantivas, remetem para a concepção de ciência por trás do rótulo. Os pressupostos da Medicina baseada em evidências demonstram, como o artigo salienta muito bem, sua filiação ao que Bachelard em sua *Filosofia do não* classificou como interpretação realista da ciência. Estas epistemologias científicas se caracterizam por desqualificar qualquer forma de saber que não seja o saber científico, além de considerar como saber científico apenas aquele referido a objetos perfeitamente delimitados (reducionismo) a materiais (positivismo) permanentes e não-contraditórios (formalismo).

Portanto, assumir tal paradigma como modelo pedagógico de formação implicaria em reduzir o objeto do conhecimento e da prática médica apenas a objetos com tais características. No limite, contribuições como as da Biologia Molecular e da Genética, para permanecer no estrito campo biomédico, a rigor, teriam inúmeras dificuldades de sobreviver a esses cânones.

O termo evidência contém em si, de maneira sintética, esta crença nuclear do realismo ingênuo de que a ciência está capacitada por seus métodos, a prevenir o raciocínio humano da ação nefasta dos “*ídolos*” baconianos, captando a realidade em sua existência real, já que a essência é matéria para a metafísica. Portanto, ao adotar a Medicina baseada em evidências, os médicos e os pacientes estariam protegendo sua relação da intromissão de aspectos indesejáveis tais como sentimentos, intuições, desejos, analogias.

A hierarquização das evidências aponta para um certo deslocamento desta posição realista a um racionalismo instrumental na medida em que o método passa a ser soberano na classificação da força da evidência. Assim, não basta observar metodicamente a realidade para obter a *evidência* sendo necessário aplicar um método que “importe” a realidade para o laboratório a fim de que os ídolos possam efetivamente ser isolados (nada mais anti-kuhniano!).

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, São Paulo. <chmedsoc@santacasasp.org.br>