Fernando Soares Guedes

**Encontro terapêutico: avaliação de uma abordagem
integral em pacientes com dispepsia funcional,
ensaio clínico controlado aleatorizado**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo, para obtenção do título
de Doutor em Ciências.

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: **Prof. Dr. Euclides Ayres de Castilho**

Coorientador: **Prof. Dr. Wilson Roberto Catapani**

São Paulo
2014

Fernando Soares Guedes

**Encontro terapêutico: avaliação de uma abordagem
integral em pacientes com dispepsia funcional,
ensaio clínico controlado aleatorizado**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo, para obtenção do título
de Doutor em Ciências.

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: **Prof. Dr. Euclides Ayres de Castilho**

Coorientador: **Prof. Dr. Wilson Roberto Catapani**

São Paulo
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Guedes, Fernando Soares

Encontro terapêutico: avaliação de uma abordagem integral em pacientes com
dispepsia funcional, ensaio clínico controlado aleatorizado / Fernando Soares
Guedes. -- São Paulo, 2014.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Euclides Ayres de Castilho.

Coorientador: Wilson Roberto Catapani.

Descritores: 1.Cuidados médicos/métodos 2.Filosofia médica 3.Psicologia
médica 4.Consulta médica 5.Dispepsia 6.Processo saúde-doença 7.Assistência
integral à saúde 8.Ensaio clínico controlado aleatório

USP/FM/DBD-277/14

Dedicação e Transferência de Méritos

Que a generosidade, a compaixão,
a alegria e a equanimidade
permeiem todo o Universo

Que todos os seres sencientes
valorizem os méritos, criem vínculos e
beneficiem o Céu e a Terra.

Pratiquemos com pureza e serenidade,
sigamos os preceitos e aceitemos
tudo com eqüidade e tolerância.

Façamos os Grandes Votos com
espírito de humildade e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer e fazer honra a todos os que compartilharam, compartilham e compartilharão a viagem comigo e me deram, dão e darão à oportunidade e o privilégio de conhecer e fazer parte de suas histórias.

Muito obrigado em especial:

- à minha companheira de trajeto e cuidadora
- aos meu pai e minha mãe
- às minhas filhas, genros e neto
- aos mestres (do passado, do presente e do futuro),
- aos amigos,
- às secretárias Margarete e Lilian,

Cabe um agradecimento especial aos meus orientadores Prof. Dr. Euclides Ayres de Castilho e Prof. Dr. Wilson Roberto Catapani que acolheram minhas demandas com grande generosidade e boa vontade.

E finalmente, muito obrigado

- aos nossos alunos e aos nossos pacientes.

... um forasteiro cruzou com dois homens trabalhando. Eles estavam esgotados, quebravam e carregavam pedras por horas a fio. O forasteiro vendo aquilo se aproximou deles e perguntou: “O que estão fazendo?”. Um deles responde sem se importar: “Estou quebrando pedras”. O outro disse com entusiasmo: “Estou construindo uma Catedral”. (Leloup & Boff, 1997).

Esta tese só foi possível graças ao carinho, a atenção, a competência e a técnica que muitas pessoas dedicaram a mim. Tenho uma dívida especial com cada um, acredito que a melhor forma recompensá-los é tentar a cada dia me tornar um ser humano melhor. O meu muito obrigado à:

- Vera Lucia: esposa e cuidadora dedicada;
- Gabriela, Fernanda e Rodrigo: filhas e genro pela logística e carinho;
- Luiz Carlos Koda e Vislene Araujo: amigos, médicos zelosos e conselheiros;
- Lin Yu Chih: ortopedista brilhante, reconstruiu minha coluna vertebral;
- Residentes da Ortopedia do Hospital Ipiranga: competentes e dedicados;
- Maria Luisa Merino: anestesista pelo conforto, carinho e competência;
- Ernesto Giordano e Dilma Maria Sarmento de Angelis: pelas intervenções providenciais, carinho e zelo;
- Funcionário da Enfermaria do 10º Andar do Hospital Ipiranga: pelo conforto, dedicação e competência;
- Funcionário da UTI Cirúrgica do Hospital Ipiranga
- Funcionários do Centro Cirúrgico do Hospital Ipiranga

O fato dos generalistas estarem se especializando é muito ruim, mas o grande risco encontra-se no fato de que os especialistas (com suas visões restritas da realidade) estão generalizando.

A vontade de sentido.

Victor Frankl

O que é preciso perceber, então, é que o importante para a humanização é justamente a permeabilidade do técnico ao não-técnico, o diálogo entre dimensões interligadas. Foi esse diálogo que tornou possível caminhar para um plano de maior autenticidade e efetividade ...

O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Mais do que um biólogo, mais do que um naturalista, o médico deveria ser, fundamentalmente, um humanista. Um sábio que, na formulação do seu diagnóstico, leva em conta não apenas os dados biológicos, mas também os ambientais, culturais, sociológicos, familiares, psicológicos e espirituais – pois não podemos nos esquecer que, para o homem grego, os deuses não deixam de ser sujeitos ativos na História e na vida das pessoas. O médico clássico, portanto é, antes de tudo, um filósofo; um conhecedor das leis da natureza e da alma humana.

A (re) humanização da medicina.

Dante MC Gallian

SUMÁRIO

Lista de Quadros, Diagramas e Figuras

Lista de Tabelas

Resumo

Summary

1.0 – INTRODUÇÃO.....	01
1.1 - Delimitação do Estudo.....	01
1.2 - Pluralismo Epistemológico.....	04
1.3 - Transformando Consultas em Encontros Terapêuticos...	23
1.4 – Dispepsia Funcional.....	44
2.0 – OBJETIVO.....	52
3.0 – METODOLOGIA.....	53
4.0 – ORÇAMENTO.....	68
5.0 – RESULTADOS.....	69
6.0 – DISCUSSÃO.....	78
7.0 – CONCLUSÃO.....	83
8.0 - ANEXOS.....	84
9.0 - REFERÊNCIAS.....	91
10.0 - APÊNDICES.....	99

LISTA DE QUADROS, DIAGRAMAS E FIGURAS

Figura 1	Descartes – Dicotomia mente / corpo	11
Figura 2	Kant – Distinção entre sujeito e objeto	11
Figura 3	Wilber – As quatro dimensões	12
Figura 4	Wilber – As ideias de George Engel	12
Figura 5	Ontologia Dimensional – Primeira lei	18
Figura 6	Ontologia Dimensional – Segunda lei	19
Quadro 1	Critérios diagnósticos de dispepsia funcional	45
Quadro 2	Avaliação laboratorial da dispepsia funcional.	48
Quadro 3	Exames complementares na investigação diagnóstica da dispepsia funcional.	49
Quadro 4	Subgrupos, Atendimentos e Medicções	58
Quadro 5	Responsabilidade de cada Pesquisador no Estudo	60
Quadro 6	Pacientes / Pesquisadores e aspectos conhecidos e desconhecidos do Estudo	61
Diagrama 1	Desenho do Estudo	62
Quadro 7	Número de pacientes em cada fase do estudo.	64
Planilha 1	Planilhas com os Dados do Estudo	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos pacientes segundo subgrupos	69
Tabela 2	Distribuição dos pacientes segundo grupo e sexo	70
Tabela 3	Distribuição dos pacientes segundo subgrupo e sexo	70
Tabela 4	Medidas de tendência central e de dispersão das idades dos pacientes segundo subgrupo / grupo	71
Tabela 5	Medidas de tendência central e de dispersão da frequência de uso de medicação de resgate (dias) segundo subgrupo / grupo	72
Tabela 6	Medidas de tendência central e de dispersão do tempo de duração do tratamento (dias) segundo subgrupo / grupo	74
Tabela 7	Distribuição dos pacientes segundo grupo e término do tratamento	74
Tabela 8	Distribuição dos pacientes segundo subgrupo e término do tratamento	75
Tabela 9	Distribuição dos pacientes que terminaram o tratamento segundo grupo e redução de 50% e mais no score do QSDF	76
Tabela 10	Distribuição dos pacientes que terminaram o tratamento segundo subgrupo e redução de 50% e mais no score do QSDF	77

RESUMO

Guedes FS. **Encontro terapêutico: avaliação de uma abordagem integral em pacientes com dispepsia funcional, ensaio clínico controlado aleatorizado** [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014. 99p.

INTRODUÇÃO: Este estudo tem por objetivo avaliar, em pacientes portadores de dispepsia funcional, um tipo de atendimento médico que tem a sustentação de uma base epistemológica mais ampla (encontro terapêutico) comparada com o atendimento médico tradicional embasado no modelo biomédico (consulta médica). Inicia-se com um debate onde são descritas as teorias e definições acerca do tema “pluralismo epistemológico”. O autor acredita que este é o alicerce capaz de fornecer a necessária sustentação para o exercício crítico da atividade profissional que se quer mais humanizada e humanista e para uma pesquisa em saúde que consiga integrar os múltiplos saberes. Em seguida, descreve os passos que transformam “consultas” em “encontros terapêuticos”. De acordo com o autor essa transformação possibilita o resgate das características de arte da medicina. Arte no sentido de artesanal (de “feita sob medida”) ao contrário da biomedicina que é técnica (no sentido de sistematizar, generalizar). **MÉTODOS:** Trata-se de um ensaio clínico randomizado e controlado por placebo, registrado no ClinicalTrials.gov. Realizado de novembro de 2007 a fevereiro de 2012. Foram recrutados 131 pacientes com dispepsia funcional a partir de 753 voluntários pertencentes ao Ambulatório de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina do ABC. Esses pacientes foram divididos em dois grupos A e B, onde o grupo A (n = 63) foi tratado com consultas médicas tradicionais e o grupo B (n = 68) com encontros terapêuticos. Esses dois grupos foram divididos em 4 subgrupos A1, A2, B1 e B2, onde os subgrupos A1 (n = 31) e B1 (n = 34) receberam o medicamento omeprazol, A2 (n = 32) e B2 (n = 34) receberam placebo. A todos os pacientes, foi aplicado o Questionário de Sintomas de Dispepsia Funcional (QSDF) no início do estudo. Aos que terminaram o tratamento, o QSDF foi aplicado no final (seis meses após o início). A variável desfecho foi definida como sendo a redução de 50% e mais no escore obtido entre a primeira e a segunda aplicação do QSDF. **RESULTADOS:** 1) Não houve diferenças entre os grupos e subgrupos com respeito ao número de pacientes, quanto à distribuição por sexo, idade e frequência de uso de medicação de resgate. 2) Dos 131 pacientes do estudo 74 (56,5%) completaram o tratamento e 57 (43,5%) abandonaram antes do término. Não há diferença significativa entre os grupos A (n = 30) e B (n = 44) quanto à proporção de pacientes que terminaram seu tratamento (p = 0,076). 3) Nos subgrupos B1 e B2, 79,5% e 80% dos pacientes, respectivamente, alcançaram a redução de 50% e mais no escore do QSDF, contra apenas 22,2% e 41,7% dos pacientes dos subgrupos A1 e A2. A diferença entre os subgrupos é significativa (p < 0,001). **CONCLUSÕES:** Neste estudo o atendimento médico “encontro terapêutico” foi (2,65 vezes) mais eficaz do que a “consulta médica tradicional”. A excelência técnica é fundamental para a boa prática da medicina, mas ela é mais eficaz quando associada à arte. **Descritores:** 1. Cuidados médicos/métodos 2. Filosofia médica 3. Psicologia médica 4. Consulta médica 5. Dispepsia 6. Processo saúde-doença 7. Assistência integral à saúde 8. Ensaio clínico controlado aleatório

SUMMARY

Guedes FS. **Therapeutic encounter: evaluation of an integral approach in patients with functional dyspepsia, randomized controlled clinical trial** [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2014. 99p.

INTRODUCTION: This study aims to evaluate, in patients with functional dyspepsia, a type of medical care that has the support of a larger epistemological basis (therapeutic encounter) compared with standard medical care grounded in the biomedical model (medical consultation). It begins with a discussion where theories and definitions on the topic "epistemological pluralism" are described. The author believes that this is the foundation capable of providing the necessary support for the critical exercise of professional activity in a more humane and humanistic basis, and for a health research capable of the integration of multiple areas of knowledge. Then he describes the steps that transform "consultation" in "therapeutic encounters." According to the author, this transformation enables the rescue of the characteristics of the art of medicine. Art in the sense of artisanal (the "tailor made") instead of biomedicine that is technical (in the sense of systematic, generalized). **METHODS:** This was a randomized, placebo-controlled clinical trial, registered in ClinicalTrials.gov., held from November 2007 to February 2012. 131 patients with functional dyspepsia were recruited from 753 volunteers belonging to the Gastroenterology outpatient clinic of Faculdade de Medicina do ABC. These patients were divided into two groups A and B, where group A (n = 63) was treated with traditional medical consultations and group B (n = 68) with therapeutic encounters. These two groups were divided into 4 subgroups A1, A2, B1 and B2, where the subgroups A1 (n = 31) and B1 (n = 34) received omeprazole, A2 (n = 32) and B2 (n = 34) received placebo. All patients answered the Questionnaire Symptoms of Functional Dyspepsia (QSFD) at study entry. Those patients who completed treatment answered the QSFD again in the end (six months after the onset). The outcome variable was defined as a reduction of 50% and more on the score obtained between the first and second application of QSFD. **RESULTS:** 1) There were no differences between the groups and subgroups with respect to the number of patients, according to the distribution by gender, age and frequency of use of rescue medication. 2) Among the 131 patients in the study 74 (56.5%) completed treatment and 57 (43.5%) dropped out before completion. There is no significant difference between groups A (n = 30) and B (n = 44) as the proportion of patients who completed their treatment (p = 0.076). 3) In subgroups B1 and B2, 79.5% and 80% of patients, respectively, achieved a reduction of 50% and more in the score QSFD, against only 22.2% and 41.7% of patients in subgroups A1 and A2. The difference between the groups is significant (p <0.001). **CONCLUSIONS:** In this study the "therapeutic encounter" was (2.65 times) more effective than "traditional medical consultation". Technical excellence is fundamental to good medical practice, but it is more effective when combined with art.

Descriptors: 1. Medical care/methods 2. Philosophy, medical 3. Psychology, medical 4. Medical consultations 5. Dyspepsia 6. Health-disease process 7. Comprehensive health care 8. Randomized controlled trial

1 – INTRODUÇÃO

“Agora que eu principiei e já andei um caminho tão grande, ninguém não me faz virar e nem andar de fasto!” “minha hora chegará” A hora e vez de Augusto Matraga

Guimarães Rosa

1.1 – Delimitação do Estudo

Este estudo tem por objetivo avaliar um tipo de atendimento médico que tem a sustentação de uma base epistemológica mais ampla, que leva em conta o “Pluralismo Epistemológico”. Este é o alicerce capaz de fornecer a necessária sustentação para o exercício crítico da atividade profissional que se quer mais humanizada e humanista e para a pesquisa em saúde que consiga integrar os múltiplos saberes.

Este tipo de atendimento, neste estudo, recebeu a denominação de: Encontro Terapêutico Médico-Paciente ou simplesmente “Encontro Terapêutico”. Foi comparado com o atendimento médico tradicional (denominado universalmente Consulta Médica Tradicional, ou simplesmente “Consulta Tradicional”). Os sujeitos da pesquisa foram pacientes portadores de dispepsia funcional.

O “Encontro Terapêutico” apresentado neste estudo é apenas um exemplo deste tipo de atendimento, é a forma como eu faço (que será definido mais adiante). Não faz parte dos objetivos deste estudo determinar a padronização deste tipo de atendimento médico.

Acredito que este ato, como qualquer ato que tem como embasamento o Pluralismo Epistemológico, deve levar em conta as inúmeras subjetividades envolvidas (que serão relatadas no decorrer deste trabalho). Existe certa padronização, uma estrutura que sustenta esse atendimento, mas não cabe o engessamento do modelo. Generalizações e seriações são peculiares do modelo tradicional e não do ampliado.

A – O porquê de testar em pacientes dispépticos funcionais

Como veremos a dispepsia funcional faz parte de um grupo de enfermidades denominadas “distúrbios funcionais do trato gastrintestinal” que extrapolam o modelo biomédico. Pois:

- a) São definidas como combinações variáveis de sintomas, não explicados por alterações estruturais ou bioquímicas.
- b) Os critérios diagnósticos e os parâmetros de melhora ou piora baseiam-se em sintomas referidos pelos pacientes, isto, de acordo com Costa (2005), provoca certo ceticismo diante da visão médica mais tradicional. Segundo Passos (1993), não há critérios objetivos para a avaliação dessas doenças.

B – O porquê de utilizar Placebo

O uso do placebo neste estudo se justifica em decorrência dos fatos:

1-Os sintomas da dispepsia funcional apresentam um elevado índice de melhora com placebo. De acordo com Moraes Filho (1997), estudos comparativos com alguns medicamentos demonstram que o efeito placebo chega a ser da ordem de 30 a 40%.

2-Não há como descartar o efeito placebo, desta magnitude se as terapêuticas medicamentosas não forem comparadas ao placebo.

3-Não há lesões orgânicas a serem “reparadas” com o uso de medicamentos (dentro dos padrões da biomedicina).

4-Para que os pacientes não tenham qualquer prejuízo com o uso do placebo, neste estudo foi utilizado “medicação de resgate”. Medicação de Resgate é um medicamento que o paciente utiliza quando os seus sintomas não melhoram com o uso da medicação padrão do estudo. Em geral, nestes casos, faz-se uso de um diário, onde se anota os sintomas e sua intensidade e o uso da medicação de resgate. Muito utilizado em estudos cruzados com placebos. O paciente poderia lançar mão deste medicamento caso não tivesse melhora de seus sintomas. Foi definido um limite para o uso de medicação de

resgate. Caso qualquer paciente ultrapassasse este valor pré-determinado, seria retirado do estudo e tratado da forma tradicional.

1.2 – Pluralismo Epistemológico

“Quando o único instrumento que você tem é um martelo, todo problema que aparece você trata como um prego.”
Mark Twain

A medicina moderna, devido a sua estreiteza epistemológica, encontra grandes restrições e às vezes a impossibilidade de oferecer respostas conclusivas e satisfatórias para muitos problemas de saúde e de “questões de vida”. Os profissionais no exercício da prática clínica cotidiana sentem-se limitados por essas restrições. Eles dão conta de sua insuficiência teórica e prática, mas não conseguem visualizar uma maneira de se libertar dessas amarras, pois as raízes destas dificuldades e inabilidades encontram-se na base conceitual filosófica e ideológica.

Muitos pesquisadores também percebem a necessidade de ampliação dessas bases epistemológicas. A Revista Ciência e Saúde Coletiva publicou em outubro de 2013, na seção debate, um artigo de Gastão Wagner de Sousa Campos, Rosana Teresa Onocko-Campos e Lourdes Rodriguez Del Barrio denominado “Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão”. Também contribuíram para esse debate Maria Cecília de Souza Minayo com o artigo “A busca da verdade no campo científico da saúde” e Gilles Bibeau com “O Humano entre a medida e a desmedida: o que são evidências?”. Com esse texto apresento a minha contribuição, não para o tema saúde mental, mas sim para o debate epistemológico. Para tanto inicio com um breve relato dos aspectos que despertaram a minha atenção nesses artigos.

Breves Relatos

Gastão Wagner et al. (2013) dizem que para compreendermos os fenômenos complexos precisamos de múltiplas evidências, de ordens diferentes, cada qual recolhida por uma metodologia peculiar. Relata que o desafio é como analisar e integrar estas evidências, como colocá-las em diálogo. Para representar essa situação ele apresenta a alegoria dos “Cegos e

do elefante”. Onde vários cegos apalpam uma parte diferente do corpo de um elefante e tentam descrever esse animal com base no que palpam. Um palpou o corpo e compara o animal a uma parede, outro palpou às patas e o comparou a colunas gregas, o que tocou as orelhas imaginou que eram asas atrofiadas. Os autores concluem que nenhuma dessas evidências era mentira, mas todas eram meias verdades. Terminam essa descrição com uma pergunta instigante: “Uma meta-análise que reunisse as informações captadas por todos esses cegos conseguiria descrever esse animal?”

Maria Cecília Minayo (2013) diz que as mudanças sociais ocorridas nos últimos cinquenta anos levaram a maioria dos campos científicos a se questionarem sobre a sua racionalidade unívoca. Para ela não podemos acolher as evidências aportadas pelos estudos biomédicos e clínicos como verdades acabadas. A ciência deve valorizar a pluralidade dos sujeitos e das racionalidades, não devendo restringir-se apenas ao campo científico, mas incorporar outros saberes do conhecimento. Conclui ao revelar que à impropriedade das propostas unidirecionais e unívocas causam uma inquietação e busca por análise e atuações mais abrangentes e interconectadas.

Gilles Bibeau (2013) diz que não há dúvidas de que às abordagens das ciências naturais contribuíram muito para o conhecimento dos seres vivos. Mas ressalta que ela é reducionista, tende à capturar o ser humano apenas em seu aspecto superficial. Para ele a questão da humanidade precisa ser reassumida. As ciências humanas de hoje devem se reapropriar das questões colocadas pelos filósofos de ontem. Afirma que, para acessar o ser humano, devemos estabelecer o diálogo entre as disciplinas. Questionar as ciências da vida e da natureza de um lado e as ciências sociais e da mente de outro. Concluí que essas perguntas conduzem a interrogações mais amplas de natureza filosófica e epistemológica.

Contribuição

De minha parte acredito na necessidade de revitalizar a interface entre as ciências humanas (mais precisamente a filosofia e a psicologia) e as

ciências da saúde. Pois é nesta intersecção que se produzirá o conhecimento que vai contribuir para a construção de uma base epistemológica ampliada. Esse é o alicerce capaz de fornecer sustentação não só para uma pesquisa em saúde que consiga integrar os múltiplos saberes, como também para uma prática clínica humanizada e humanística. Pois é importante manter a premissa estabelecida por Minayo (2010): “A investigação além da finalidade de ampliar o conhecimento, também deve subsidiar as práticas transformadoras. Mas essa contribuição à transformação não pode ser uma ideologia travestida de ciência, tem que se valer de teoria, de método e técnicas.”

Apesar do avanço tecnológico e da sofisticação, as práticas de saúde vêm encontrando sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde dos indivíduos e das populações (Ayres, 2004b). Enfrentam uma sensível crise de legitimação (Schraiber, 1997). A evolução das transições demográfica, epidemiológica e nutricional tem acentuado diariamente este quadro. Para Minayo (2011) essas mudanças levaram a maioria dos campos científicos a se questionarem sobre suas racionalidades, despertando o interesse pela busca de análises e atuações mais abrangentes e interdisciplinares. Mas a interdisciplinaridade não deve consistir apenas no ato de juntar conhecimentos de disciplinas distintas, é necessário um aprofundamento histórico e conceitual. Para o filósofo alemão Jürgen Habermas (2011) essa cooperação entre as disciplinas necessita do embasamento da filosofia e do “mundo da vida”. Os estudiosos compreendem que sem essa necessária fundamentação, boa parte das críticas carecem de proposições práticas viáveis, permanecem apenas como retórica ou ilusões idealistas.

Humanismo e Humanização

O ato médico fundado no cuidado é sempre uma interação entre duas pessoas, porém, muitas vezes a operação técnica aparece separada da relação interpessoal (Ayres, 2007). No cotidiano, isso é percebido como desumanização das práticas de saúde, pois fica evidente a separação entre o

que é considerado objetivo e o que é considerado subjetivo (Anéas, 2011). Existem diversos discursos inovadores que visam novas práticas, com sentido de superar esse problema. Porém, para a efetivação desses discursos é necessário repensar os fundamentos e pressupostos filosóficos que dão sustentação a essas práticas (Ayres, 2004a).

A questão do humanismo e da humanização da medicina é um dos grandes temas do momento. Mas qual seria o caminho para uma efetiva humanização da medicina? Para compreender isto é necessário fazer a distinção entre os termos: “humanizar a medicina” e “medicina humanística”. Humanizar a medicina é tornar a sua prática mais humana. E medicina humanística é a reincorporação das humanidades ao saber e à práxis médica. Inúmeras medidas são realizadas no sentido de humanizar a medicina, algumas de muita profundidade, outras com caráter mais superficial, todas têm a sua importância. Mas a medicina realmente só será humanizada quando as transformações ocorrerem na sua essência e ela voltar a ser humanística. Pois como disse o historiador Dante Gallian (2002), o saber humanístico sempre foi uma fonte primordial para o saber médico. Nesse sentido Ayres (2004b) propõe a ampliação do horizonte normativo para a dimensão existencial do adoecimento. O importante para a humanização é o diálogo entre essas dimensões interligadas, a permeabilidade do técnico ao não-técnico (Ayres, 2004b).

Desumanização da Medicina

Uma das causas mais importantes para o processo de desumanização da medicina deu-se quando esta se aproximou (em demasia) da ciência e ambas perderam a visão teleológica, ou seja, afastaram-se do sentido das coisas e da finalidade da existência. Para compreender como isto se deu é necessário retornar aos ensinamentos do filósofo Aristóteles (2004). Ele formulou a “teoria das quatro causas” onde descreve os sentidos e as dimensões da causalidade. Para o filósofo, toda substância tem quatro causas: material, formal, eficiente e final. A causa material é a matéria de que é feito. A causa formal é a sua forma (por exemplo: o corpo humano tem a forma

humana). A causa eficiente seria as habilidades ou capacidades da substância (por exemplo: a possibilidade de uma ferramenta fazer o que faz). E a causa final é a finalidade do caso de um objeto, o porquê dele ter sido fabricado (no caso de um ser, ser um fim em si mesmo).

Para Aristóteles as quatro causas são igualmente necessárias para a explicação completa do universo, mas a causa final é a mais importante. A filosofia de Aristóteles tem forte conotação teleológica. A modernidade paulatinamente foi desconstruindo a teoria de que os objetos possuem uma causa final. Isto se deu porquê o sentido e a finalidade das coisas é um conhecimento que só pode ser acessado via intuição, e a modernidade não acredita que a intuição também é uma das formas de acesso à verdade. Portanto todo conhecimento proveniente desta via não merece crédito. Devido a isto, passou-se a acreditar que a existência do universo não tem uma finalidade (um objetivo), obviamente nisto se inclui a própria existência humana. Passou-se a explicar o mundo por meio das causas eficientes, e não mais por meio das causas finais.

No século XV, o filósofo alemão Nicolau de Cusa (2003) em seu ensaio “de Docta Ignorantia” disse que para poder encontrar o verdadeiro conhecimento tem que buscar a sua essência, o que faz a coisa ser o que é. O intelectual alemão Max Weber em 1917 proferiu na cidade de Munique a famosa conferência “A ciência como vocação”, onde falou que o destino do nosso tempo é marcado pela intelectualização e pelo “desencantamento do mundo” (Pierucci, 2013). Esse desencantamento seria consequência de uma visão científica do mundo, na qual não existe qualquer sentido último para a vida, para o indivíduo e para o mundo. Para Weber ao saber científico caberia a explicação do mecanismo de funcionamento do mundo (do funcionamento da máquina), mas não a determinação do seu verdadeiro “ser” (do seu sentido, do seu significado). Esse “modo de pensar” recebeu o sugestivo nome de “mecanicismo”, que é a base da ciência moderna.

Não é por outro motivo que o filósofo alemão Martin Heidegger (2006b), sempre uma referência em humanismo, no texto de abertura da obra “Ser e Tempo” afirma que a questão do “sentido do ser” deve ser retomada. Diz que é

necessário recuperar a ontologia (o estudo das essências), a teleologia (o estudo da causa final, da finalidade existência das coisas) e a hermenêutica (a interpretação, a compreensão do significado). Disse que o homem deve se orientar pela verdade, e não pelo engano e pelo erro. Deve centralizar suas preocupações na “essência do ser” e não no “ser em si”. Pois, é a busca da totalidade existencial que permite dar significado e sentido não apenas à saúde, mas ao próprio projeto de vida (Ayres, 2004b). Em 1953 Heidegger (2006a) proferiu na cidade de Munique a conferência, “A questão da Técnica”, questionando os valores e pressupostos da modernidade, onde o progresso e a evolução são vistos em um sentido técnico e científico. Afirmou que a ciência e a técnica se limitam a resolver problemas práticos e refletem os interesses da sociedade industrial. É neste contexto que se encontra a famosa afirmação: “A ciência não pensa”. Pois a ciência e as suas aplicações técnicas não têm a capacidade de pensar a “essência do ser”. Na realidade, foi exatamente esta incapacidade e este esquecimento, das “essências dos seres”, que possibilitou o desenvolvimento do modelo técnico e industrial.

Medicina: Ciência e Arte

O objetivo final do exercício da medicina é cuidar de pessoas e não de doenças. Para isso, conhecer as doenças é necessário, mas compreender as pessoas é fundamental. Como a abordagem científica não leva em conta a essência e o significado do ser, a competência profissional do médico deve ir além do conhecimento científico. A excelência técnica é uma condição necessária para a boa prática da medicina, mas não é suficiente. A medicina não deve ser exercida como uma ciência pura, mas como um híbrido. Pois, como vimos, são dois os pilares que devem dar sustentação a sua prática: o conhecimento científico e o conhecimento humanístico. É ao mesmo tempo ciência e arte. Não pode simplesmente basear-se em evidências científicas. Não é somente uma ciência, é uma atividade racional e intuitiva, que utiliza e conhece as ferramentas da ciência. A intuição e a interpretação são tão importantes no diagnóstico e tratamento quanto os dados científicos objetivos. A verdadeira evolução está na integração da medicina pré-moderna (com

bases humanistas) com a medicina moderna (com bases científicas). Como na figura do deus romano Janus (que possui duas faces olhando em direções opostas) ou ainda, como no símbolo oriental do yin e yang. Estes dois domínios - tecnológico e humanista - não são aspectos opostos, mas sim complementares, pois unidos, possibilitam uma visão integral. Em 1867 o filósofo historicista alemão Wilhelm Dilthey (2010), em sua obra “Introdução ao estudo das ciências humanas”, procurou assegurar às ciências do espírito uma independência de método de conhecimento, delimitando os limites em relação às ciências da natureza. Seu problema central é a vida e a compreensão da vida. Para ele, é possível, diante do mundo humano, adotar uma atitude de "compreensão pelo interior", ao passo que, diante do mundo da natureza, essa via de compreensão estaria fechada.

No exercício das práticas de atenção à saúde depara-se cotidianamente com a inevitável tensão entre dualidades aparentemente opostas como: subjetividade / objetividade e singularidade / universalidade. Como disse o psiquiatra suíço Carl Gustav Jung (2011) é fundamental a compreensão de que o paciente deve ser considerado nestas duas dimensões.

- a) Enquanto indivíduo pertencente a uma espécie definida: É a dimensão da objetividade e da universalidade que pode ser compreendida via conhecimento científico.
- b) Enquanto indivíduo único e singular, com traços personalizados: É a dimensão da subjetividade e da singularidade, para ser compreendida necessita da interação com o indivíduo para que ocorra o conhecimento de suas particularidades pessoais.

Pluralidade do Sujeito

Devido isto, o atendimento médico é mais bem equacionado quando se utiliza uma prática pluralista, que consiga contemplar as múltiplas dimensões humanas. É importante valorizar a pluralidade dos sujeitos e das racionalidades (Minayo, 2013), mas também é fundamental reconhecer a pluralidade do sujeito.

A posição ontológica que sustenta que a realidade é em ultima análise um todo unificado, mas só pode ser experimentado em termos de dualidades opostas recebe a denominação de “monismo dialético ou dualista”. O uso do termo dualismo inicia-se no século XVII, é creditado ao filósofo alemão Christian Wolff, profundo admirador da filosofia de Confúcio (Araujo, 2012). Wolff diz que são dualistas aqueles que admitem a existência de substâncias materiais e de substâncias espirituais. Mas antes de Wolff, no século XVI, o filósofo e matemático francês René Descartes (2013) já havia estabelecido a doutrina dualista. Ele formulou a dicotomia corpo / mente. A essa última denominou “*res cogitans*” (coisa pensante) em oposição ao corpo denominado “*res extensa*” (coisa extensa, que ocupa lugar no espaço).

Figura 1

O filósofo prussiano Immanuel Kant (2011), no século XVIII, em sua obra *Crítica da Razão Pura*, dá início ao Idealismo Alemão com a distinção entre sujeito e objeto. Faz uma revolução na filosofia quando realiza uma mudança de perspectiva epistemológica, retira a ênfase do objeto e a estabelece no sujeito.

Figura 2

Modernamente, o pensador americano Ken Wilber (2001) traçou uma linha perpendicular a essa divisão entre o subjetivo e o objetivo, classificando

os fenômenos em individuais e coletivos. De tal forma que essas duas linhas classificam os fenômenos em quatro dimensões: objetivo, inter-objetivo, subjetivo e inter-subjetivo.

Figura 3

De acordo com Wilber, quando aplicados aos fenômenos da saúde essas quatro dimensões recebem as denominações: biológico, social, psicológico e cultural (respectivamente). Este diagrama (abaixo) demonstra de forma simples e clara as ideias do psiquiatra americano George Engel (1977, 1982 e 1997), considerado o “teorizador” do modelo biopsicossocial. Ele postulou a necessidade de um novo modelo médico em oposição ao modelo biomédico, que leva em consideração apenas a dimensão biológica.

Figura 4

Pluralismo Epistemológico

Como vimos, Gastão Wagner (2013) disse que para compreendermos os fenômenos complexos precisamos de múltiplas evidências de ordens diferentes, cada qual recolhida por uma metodologia peculiar. Essa idéia de que diferentes metodologias são necessárias para alcançar uma descrição completa das coisas recebe o nome de “pluralismo epistemológico” (Kellert, 2006). É um conceito que reconhece a existência de várias formas válidas de conhecimento. Sustenta que diferentes teorias podem ser adequadas e válidas. Está embasado na idéia de que existem:

- 1) diversas vias de acesso à verdade,
- 2) diversas formulações da verdade,
- 3) as diversas teorias concorrentes e eventualmente opostas trazem à luz diversos aspectos de uma mesma realidade.

É importante observar que o objetivo da metodologia pluralista não é o de substituir um conjunto de regras por outro conjunto do mesmo tipo, mas argumentar no sentido de que todos os modelos e metodologias têm vantagens e restrições. A inspiração dessa abordagem pode ser atribuída modernamente ao filósofo austríaco Paul Feyerabend (2011). Em 1975 no livro “Contra o método” ele relatou que não existe um método único para acessar o conhecimento. Apresenta-se contra a utilização de uma única metodologia e a primazia do conhecimento científico sobre as demais formas de conhecimento. Ressalta os prejuízos que tal atitude traz para o progresso da ciência e para o desenvolvimento do homem. Descreve a ciência como obcecada com sua própria mitologia e proclamadora de verdades muito além de sua capacidade.

No século XIII o filósofo e teólogo escolástico italiano Boaventura de Bagnoregio (1985) já havia definido o pluralismo epistemológico. Afirmou que o ser humano tem três vias de acesso ao conhecimento, que seriam:

- 1) O olho da carne.
- 2) O olho da mente.
- 3) O olho da contemplação.

Cada uma destas vias revelaria a sua própria dimensão, respectivamente: a dimensão biológica, a dimensão racional e a dimensão intuitiva. Em 1928 o filósofo alemão Max Scheler (2003) em “A posição do homem no Cosmos” também descreveu três espécies de saber:

- 1) O saber indutivo das ciências positivistas.
- 2) O saber da estrutura essencial (da forma).
- 3) O saber metafísico.

Unidade na multiplicidade

A ciência é, indubitavelmente, uma importante via de acesso ao conhecimento, mas não é a única, restringir-se a ela, ignorando outras modalidades de saber é uma prática temerária e obtusa. A noção de que a abordagem médica deve (obrigatoriamente) obedecer a regras fixas e universais é fantasiosa e perniciosa. Fantasiosa, pois implica numa visão demasiado simplista. E perniciosa porque enfatiza em demasia alguns aspectos em detrimento de outros, tão importantes quanto. O desafio é integrar as múltiplas dimensões humanas, pois só assim é possível preservar a humanidade e a unidade do homem. No século XIII o filósofo escolástico italiano Tomás de Aquino (2004) descreveu o homem como uma unidade formada por diferentes elementos, a “*unitas multiplex*” (unidade na multiplicidade). No século XV Nicolau de Cusa (2003) utilizou o termo latino “*coincidentia oppositorum*” (coincidência dos opostos) para descrever a relação de unicidade das coisas que previamente acreditava-se ser diferente. Essa é uma noção bastante frequente nas tradições orientais.

Esta idéia de que os seres humanos são compostos por diversas dimensões já havia sido descrita na antiguidade por Aristóteles (2011). Mas foi Max Scheler (2003) quem considerou que o estudo das múltiplas dimensões da essência do homem (denominada Antropologia Filosófica¹) seria o elo de

¹ A antropologia filosófica é um ramo da filosofia que investiga a estrutura essencial do ser humano (é a antropologia do ponto de vista metafísico) é a antropologia da essência e não das características humanas, fornece uma interpretação ontológica do ser humano. O termo “Antropologia filosófica” é relativamente recente. Difundiu-se sobretudo a partir dos trabalhos de Max Scheler, que considera a antropologia filosófica a ponte estendida entre as ciências positivistas e a metafísica. (Japiassú, 2008)

ligação entre as ciências positivistas e a metafísica. Para descrever estas dimensões Scheler utilizou a imagem de “camadas”. Distinguindo três camadas concêntricas: a corporal (mais externa), a mental (intermediária) e a espiritual (mais interna e central).

O psiquiatra e neurologista austríaco Victor Frankl (2013) em “A vontade de sentido” relata que a pretensão da ciência de tentar entender e explicar o ser humano, exclusivamente, com base na dimensão biológica é impraticável. Ayres (2004b) fala em um messianismo científico insustentável. Frankl, na mesma obra, disse que a mesma regra vale para a psicologia e a sociologia. Quando estas dimensões (que também fornecem importantes visões parciais dos fenômenos) extrapolam seus domínios e invadem searas alheias, se desfiguram e transformam-se em ideologias. A biologia torna-se biologismo, a psicologia transforma-se em psicologismo e a sociologia transfigura-se em sociologismo. O fato dos generalistas estarem se especializando é muito ruim, mas o grande risco encontra-se no fato de que os especialistas (com suas visões restritas da realidade) estão generalizando (Frankl, 2013).

A medicina não pode mais se dar o direito de restringir-se ao biológico (a dimensão objetiva) e negar a pertinência de outros pontos de vista, recusando-se a compreender e a levar em consideração as subjetividades. Agindo assim, negligência, não só a unidade, mas a dimensão humana do homem. O ser humano pode ser descrito como um conjunto de tecidos, órgãos e fluídos que participam de um processo fisiológico, mas é muito mais do que isto. Ele tem a sua essência, as suas potencialidades inatas e a sua existência tem uma finalidade. Possui um histórico de vida, com passado, presente e aspirações futuras. Além disto, encontra-se inserido em um contexto ambiental, cultural e social. É neste palco (onde está presente uma complexa teia de inter-relações entre estes múltiplos aspectos) que sua história de vida é tecida. Dessa forma podemos compreender a sua vida, sua saúde, seus adoecimentos e sua morte. Como disse Dilthey (2010), apartado dessa historicidade o homem não pode ser compreendido. Estes aspectos têm grande influência tanto na origem quanto na manutenção, na evolução e no prognóstico do processo de adoecer.

São informações de fundamental importância para a elaboração de um diagnóstico, de uma terapêutica e para o estabelecimento de um prognóstico.

Antinomias

Retomando a alegoria dos “Cegos e do elefante” e a questão proposta por Gastão Wagner (2013): Como integrar essas evidências? Uma meta-análise que reunisse as informações captadas por todos esses cegos conseguiria descrever esse animal? Essas incompatibilidades entre proposições estabelecendo um paradoxo recebem o nome de “antinomias”. Tem um significado importante na filosofia de Kant (2011) que utilizou o termo para descrever os resultados igualmente procedentes, mas que levam a conclusões conflitantes. Como por exemplo: Os nossos órgãos dos sentidos nos fornecem informações sensoriais para a compreensão de um objeto. A nossa razão, por sua vez, tende a formar a ideia do objeto, de uma maneira racional. Quando essas duas vias de compreensão fornecem informações conflitantes de um mesmo objeto, estamos diante de uma antinomia.

Então o que fazer diante das antinomias? Para Kant, o entrave antinômico deve ser entendido como uma disputa física entre dois entes. A antinomia é por natureza um paradoxo insolúvel, tentar solucioná-la é uma tarefa incomensurável e inglória. Desse modo, ela deve ser transcendida. Pois é impossível sintetizar essas conclusões contraditórias, colhidos em dimensões diferentes (a dimensão dos órgãos dos sentidos e a dimensão da razão). Seria como somar bananas com laranjas, acreditando tratar-se da mesma fruta.

Ontologia Dimensional

Mas, é difícil compreender dois aspectos envolvidos nessa questão das antinomias:

- 1) Como informações contraditórias de um mesmo objeto podem ser igualmente válidas.
- 2) Como é possível que essas informações contraditórias possam estar unificadas em um mesmo objeto.

Viktor Frankl² (2013) faz uma proposta muito interessante e didática para elucidar essas questões. Com a finalidade de compreender o ser humano na sua totalidade, propõe o conceito geométrico de “Ontologia Dimensional”.

Frankl fundamenta-se nas ideias de Scheler (2003) que, como vimos anteriormente, descreve o indivíduo como uma unidade integrada por três dimensões: biológica, mental e noética³. Frankl (2013) ressalta que essa concepção do ser humano em múltiplas dimensões pode levar à suposição de que os modos somático, psíquico e noético possam apresentar-se separadamente entre si, o que seria um grande equívoco.

Para Frankl, cada uma dessas dimensões tem a sua própria via de acesso a realidade, mas a essência do ser humano encontra-se na dimensão espiritual (noética), ela garante a totalidade do homem. Cada dimensão apresenta as suas informações peculiares de um mesmo objeto observado. A dimensão biológica apresenta informações somáticas, a dimensão mental por sua vez apresenta informações dessa ordem. Mas, o verdadeiramente humano será encontrado na transcendência, na integração dessas informações aparentemente incompatíveis. Para ele somente a dimensão noética deixa transparecer o ser humano. À luz dessa perspectiva, de acordo com Frankl, é possível compreender esse entrave antinômico. Pois a dimensão noética, mais abrangente, preserva a unidade sem descuidar dessas diferenças e incompatibilidades (Coelho Junior, 2001).

Os Fundamentos da Ontologia Dimensional

Nessa perspectiva Frankl enuncia as duas leis que fundamentam a Ontologia Dimensional:

² Viktor Emil Frankl psiquiatra e neurologista austríaco, fundador da Terceira Escola Vienense de Psicoterapia, conhecida como Logoterapia. Uma abordagem considerada fenomenológica, existencialista, humanista e teísta (Coelho Junior, 2001).

³ A palavra noética é derivada do grego “*nous*”, que pode ser traduzido como: espírito, mente ou inteligência (neste caso mente e inteligência não são provenientes da razão). Para Aristóteles (2000, 2011) refere-se à razão intuitiva, capaz de captar de modo direto a realidade (Japiassú, 2008).

Primeira lei:

Um objeto tridimensional, quando projetado em dois planos bidimensionais (um vertical e outro horizontal) pode dar origem à imagens diferentes. Como exemplo: um copo que, do ponto de vista geométrico, representa um cilindro aberto, projetado no plano da base obtêm-se um círculo. Em um plano lateral obtêm-se um retângulo. Essas figuras são planas e fechadas e se contradizem, quando na realidade tridimensional o copo é um recipiente aberto de forma cilíndrica.

Figura 5

Essa figura torna mais fácil a compreensão das questões enunciadas anteriormente, pois uma vez que projetemos o ser humano em suas dimensões biológica e mental também obteremos imagens contraditórias. Pois no primeiro caso a imagem será no plano biológico e no segundo no plano mental. Contudo, apesar doas aspectos somáticos e mentais estarem em nítida contradição entre si, à luz da Ontologia Dimensional, tais disparidades não contradizem a unidade do ser humano.

A Ontologia Dimensional explica porque a unidade do ser humano não pode ser encontrada nos planos biológico ou mental. Essa unidade está na dimensão noológica.

Outro aspecto que também pode ser elucidado através da Ontologia Dimensional é a questão do determinismo, da liberdade de escolha. A abertura do copo desaparece em suas projeções nos planos horizontal e vertical, círculo e um retângulo são figuras fechadas. O ser humano quando projetado nos

planos biológico e mental também pode parecer um sistema fechado. Muitas correntes teóricas tanto biomédicas quanto psíquicas lidam com o ser humano como um sistema fechado negligenciando a abertura existencial humana. A Ontologia Dimensional demonstra que o fechamento do ser humano em suas dimensões somático e mental não contradiz a abertura em sua dimensão existência (noética). Esta dimensão de abertura do ser humano de romper barreiras, de superar proibições e de ir além de todos os limites é a sua transcendência (Vasconcelos, 2006).

Por essa ótica é possível compreender que descobertas realizadas por pesquisas que se restringem à dimensões biológica e apesar de negligenciarem a humanidade do homem, não necessariamente à negam.

Segunda lei:

Objetos tridimensionais completamente diferentes quando projetados em um plano bidimensional (por exemplo: horizontal) podem dar origem a figuras semelhantes. Por exemplo: Um cilindro, um cone e uma esfera quando projetados no plano da base terão a mesma representação, um círculo. De tal forma que, se o ponto de referência for o plano horizontal será impossível concluir que os objetos em sua realidade tridimensional são diferentes.

Figura 6

Quando aplicada ao ser humano esse diagrama pode ser utilizado para demonstrar que a mesma patologia orgânica pode ser causada por diferentes desequilíbrios proveniente de outras dimensões. Como Frankl era neurologista

e psiquiatra, utilizou como exemplo a “neurose”, que de acordo com ele, pode ter origem:

- 1) psicogênica (mental),
- 2) pode ter origem em um desequilíbrio da tireoide (somática) ou
- 3) em dilemas morais ou outros conflitos existenciais (noética).

Como foi dito, observando unicamente as imagens circulares não podemos dizer se é a projeção de um cilindro, de um cone ou de uma esfera. Da mesma maneira, relata Frankl, não podemos concluir se por trás de uma “neurose” há uma causa orgânica, mental ou noética. Obviamente que, tudo o que foi dito para o diagnóstico também vale para terapêutica. Muitas vezes é necessário fazer uso de medicamentos para aliviar os sintomas, mas a cura só virá quando for tratada a causa. Ela só será eficiente se for orientada para a dimensão de origem da patologia.

Santa ou esquizofrênica

Frankl dá um exemplo muito interessante. Ele sugere que façamos a seguinte suposição: Diante figura 2, pensemos a primeira sombra circular represente uma pessoa com esquizofrenia apresentando alucinações auditivas, enquanto a segunda sombra circular represente Joana d'Arc que também apresentava o mesmo sintoma. Não há dúvidas que do ponto de vista psiquiátrico ambas são esquizofrênicas. O que Joana d'Arc é para além da esquizofrenia não será perceptível na dimensão psíquica (mental), a sua importância histórica e teológica se encontram na dimensão noética. O fato de ser considerada esquizofrênica, do ponto de vista mental, não denigre sua importância em outras dimensões. O inverso também é válido, pois mesmo sendo considerada uma santa, isto não modifica o fato de que também era esquizofrênica.

Erradicação dos Sentidos e dos Significados

Como disse, Minayo (2013) não devemos acreditar que as evidências provenientes da biomedicina são verdades acabadas e restringir-se a elas. A

pluralidade dos sujeitos e das racionalidades devem ser valorizadas e outros saberes devem ser incorporados. Pois, com ela bem reconheceu, existe uma inquietação causada pela impropriedade dessas propostas unidirecionais e unívocas, que tem levado a busca por análises e atuações mais abrangentes e interconectadas. O especialista deve limitar-se à parcela de legitimidade que cabe à sua ciência, Não deve à partir de seu diagnóstico concluir que o caso “nada mais” é do que uma patologia psiquiátrica, abrindo mão da totalidade do fenômeno e da unicidade e humanidade do ser humano.

A medida que a confiante modernidade começou a eliminar todas as dimensões subjetivas, não percebeu que esse empenho científico estava também erradicando todo sentido e significado de tudo e do próprio ser humano. Como afirmou Frankl (2013): “O fato dos generalistas estarem se especializando é muito ruim, mas o grande risco encontra-se no fato de que os especialistas (com suas visões restritas da realidade) estão generalizando”.

Re-encantar o Mundo

Vivemos em um momento crítico, a medicina moderna tem muitos recursos e grande habilidade para tratar os órgãos e as partes do corpo, mas sente-se impotente para cuidar do ser humano. Há uma forte percepção de limites, de esgotamento de padrões (até então tidos como os melhores), mas há também uma perspectiva de renovação, de criação. Em face disso, parece muito sábio que o tradicional simbolismo do I Ching represente “crise” como dois hexagramas, indicando simultaneamente perigo e oportunidade (Ayres, 2001).

As doenças são manifestações das “questões de vida” do indivíduo em seu corpo, os profissionais de saúde devem aprender a ouvir. Ler e compreender estas falas corporais, elas estão carregadas de significados. A importância da pintura de um artista não está na qualidade das tintas e da tela, essas são meros veículos e mediadores de uma pintura interior que encontra na mente do artista. As tintas e a tela são os instrumentos que possibilitaram que o invisível se materializa. A pintura é a expressão física de um conteúdo metafísico. No livro “O contador de histórias ferido: doença, corpo e ética” o

sociólogo americano Arthur Frank (1995) faz um relato coletivo de pessoas que são mais do que vítimas de doenças ou pacientes da medicina, são contadores de histórias feridos. As pessoas contam histórias para dar sentido ao seu sofrimento, quando transformam as doenças em histórias, encontram a cura. Frank relata que o contador de histórias não fala de seu corpo ferido, mas por intermédio dele. Os profissionais de saúde precisam aprender a ver, ouvir e ler nas entrelinhas destas histórias.

1.3 – Transformando Consultas em Encontros Terapêuticos

“A estrutura própria do fazer em saúde também se reconstrói quando o norte é a humanização.” O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

O atendimento médico tradicional tem como característica a padronização. Sempre deverá conter as mesmas características independente das múltiplas variáveis envolvidas neste ato, por exemplo: o médico, o paciente, a doença, o diagnóstico, a terapêutica, o local de atendimento, independente da região e nem mesmo do país onde está ocorrendo o ato. Esta padronização (generalização) do atendimento é um dos alicerces da biomedicina, faz parte da sistematização das práticas de saúde que por sua vez fazem parte das regras historicamente impostas para que a medicina fosse aceita como ciência positivista (Capra, 1982).

Por “consulta médica tradicional” compreende-se uma série de procedimentos:

- Identificação do Paciente (IP),
- Queixa e Duração (QD),
- História Pgressa da Moléstia Atual (HPMA),
- Antecedentes Pessoais e Familiares (APF),
- Interrogatório sobre os Diversos Aparelhos (ISDA),
- Exame Físico Geral (EFG),
- Exame Físico Especial (EFE),
- Hipóteses Diagnósticas (HD),
- Exames Complementares,
- Diagnóstico Definitivo, Prognóstico,
- Planejamento Terapêutico e
- Evolução.

Encontro Terapêutico foi como denominei neste estudo o atendimento médico que se sustenta em uma base epistemológica mais ampla do que a tradicional. Ele possibilita o resgate das características de arte da medicina. Arte no sentido de artesanal (de “feita sob medida”) ao contrário da biomedicina que é técnica (no sentido de sistematizar, generalizar). Arte e técnica devem conviver como pólos opostos, mas irmanados. Deve-se conhecer profundamente a técnica para aplicá-la com arte.

A principal alteração é a mudança do foco de atenção da doença para o indivíduo. O enfoque primordial não continua se concentrando naquilo que o paciente tem em comum com os outros, mas nas suas peculiaridades (é a arte médica). Considera-se menos se determinado tratamento funcionará, pensando na maioria dos pacientes (a técnica), mas se o mesmo funcionará para este paciente em particular, com estes problemas pessoais, neste momento de sua vida, neste ambiente, nesta localidade, neste país e nesta região do mundo (Barros, 2002).

O Encontro Terapêutico compreende os mesmos procedimentos da Consulta Médica acrescidos de algumas particularidades que são:

- A - A “Identificação”, os “Esclarecimentos” e a Corresponsabilidade”
- B - Estabelecimento do “Diálogo”, do “Vínculo” e da “Simpatia”.
- C - Compreensão da “Essência do Ser”: Quem é esta pessoa?
- D – Utilizando a Chave: a Tipologia
- E - Despertar para o “Autoconhecimento”
- F – Despertar para as “Potencialidades Inatas” e para o “Destino”.
- G - Estimulo ao “Autocuidado”.
- H – Resgatando a Autonomia e a Responsabilidade.
- I – Conhecer e aprender a conviver com sua “doença crônica”
- J- Despertar e desenvolver as “Habilidades para a Vida”
- K – Compreender as “Doenças da Alma” e a “Metanóia”.
- L – Resgatando a Sabedoria Popular
- M - Despertar para a “Busca do Significado da Existência”.

A – A “Identificação”, os “Esclarecimentos” e a “Corresponsabilidade”.

Antes do estabelecimento do diálogo, cuido de minha identificação, como médico e pesquisador. Esclareço os objetivos e os passos da pesquisa (apesar de isto já ter sido realizado anteriormente na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Em geral, percebo que ainda existem muitas dúvidas.

Estimulo o paciente a se reconhecer como um agente ativo, autônomo e responsável. Assumo a corresponsabilidade de ajudá-lo a cuidar de si e de sua própria saúde, bem como orientá-lo para as questões da vida, durante um período de tempo determinado.

B – Estabelecimento do “Diálogo”, do “Vínculo” e da “Simpatia”.

Estabeleço um diálogo franco com o paciente, orientado não só para a obtenção de dados orgânicos, mas também permeado de questões de caráter existencial. Tento perceber e compreender a perspectiva à partir da qual o paciente está se expressando. É obvio que quadro clínico e as patologias do paciente são aspectos importantes, mas o foco da minha atenção é orientado para a pessoa.

Durante o transcorrer desta narrativa busco ativamente recompor o contexto dos fatos e dos atos, questionando e solicitando a descrição das condições: sociais, culturais, psicológicas, físicas e espirituais quando estes (os fatos e os atos) ocorreram. Tentando, em conjunto com o paciente, estabelecer relações entre estas dimensões e as questões da vida e o processo saúde doença dele. Busco estabelecer vínculos entre o paciente e sua própria história de vida, com a sua “saga”. Não raramente ouço descrições de verdadeiras epopeias. Como disse um de meus escritores favoritos, o russo Liev Tolstói “*Se queres ser universal, começa por pintar a tua aldeia*”. É impressionante o poder terapêutico que existe no ato de ouvir à própria narrativa de vida! Olhando para a sua trajetória de vida, o indivíduo perceba a existência de um roteiro⁴, de um enredo, para esta saga que a direciona para um objetivo que dá sentido a sua

⁴ Existe um fio que liga todos os acontecimentos da vida. Na mitologia grega as Moiras eram três irmãs que eram responsáveis por fabricar, tecer e cortar aquilo que seria o fio da vida de todos os indivíduos (Brandão, 2009).

vida. Essa descoberta faz brotar uma felicidade, um entusiasmo, um profundo sentido de arrebatamento e harmonia que mobiliza por inteiro não só o paciente, mas também o médico. Não é sempre que consigo estabelecer uma relação nesta profundidade, mas uma abordagem puramente técnica bloqueia este canal e seu potente efeito terapêutico. O mais importante não é a técnica utilizada, mas a relação humana que se estabelece, é uma questão de encontro pessoal e existencial.

No transcorrer deste diálogo terapêutico fico atento a aspectos comuns entre nossas (a minha e a dele) histórias de vida (como por exemplo: o fato de sermos contemporâneos, de sermos do interior, de termos interesses ou aspirações comuns etc). Estes pontos são ressaltados e percebo que quanto mais significativo (tanto para mim como para o paciente) for o aspecto comum, mais forte é a ligação estabelecida. Estas interconexões são fundamentais para o desenvolvimento do vínculo terapêutico, para o comprometimento mútuo e para a união de almas.

Focando minha atenção nesta atividade, observo atentamente as expressões, gestos, posturas corporais e a carga emocional em cada fase da conversa. Observando os aspectos compatíveis e incompatíveis entre as linguagens: verbal e não verbal.

Nesse contexto, dois aspectos são importantes. Primeiro em nenhum momento coloco em julgamento a história de vida do paciente. E segundo, tento não me posicionar como um observador passivo e isento, permaneço atento as impressões, sensações e emoções que este processo desperta em mim.

O primeiro contato com o paciente é importante para o estabelecimento do vínculo, que continua a se desenvolver com o transcorrer do tempo. Não existe a necessidade de encerrar este processo no primeiro contato, esta relação tem caráter longitudinal e não pontual.

Nas Enéadas, Plotino (2000) fala de sua Doutrina da Simpatia Cósmica, o *Kosmos* é um organismo vivo em que todas as partes estão impregnadas da alma universal. É uma espécie de animal, um e múltiplo, em simpatia consigo mesmo, suas partes similares, mesmo quando não estão próximas vibram

juntas como as cordas de uma lira, de forma que uma parte ressoa em outras, pela simpatia.

Para Plotino, a simpatia é como uma corda esticada, que quando é tocada em uma das pontas, transmite o movimento também à outra ponta. Transmite a energia vibracional de um lado para outro. No mundo moderno, o significado de simpatia foi limitado a indicar a participação emotiva entre os indivíduos, uma simplesmente identificação. Mas para Plotino, é uma união espiritual, uma forma de liberdade, pela qual o ser libera de seu íntimo sua original realidade. Simpatizar-se passa a ser captar o objeto por dentro, em seu aspecto essencial, por meio de uma dilatação da própria consciência.

Em grego o prefixo *syn* significa “*com, co-, junto, sintético*” e *pathos* “*sofrimento, padecimento, sensação*”. Sentir com é um compartilhar, uma espécie de relacionamento entre um-e-outro no qual há uma similaridade imediata de sentimentos compartilhados. Seria um co-padecimento, co-sentimento, co-sensação, aproxima-se do que entendemos por compaixão. Envolve afinidade harmônica na ação e no efeito, inclinação para o pensar ou sentir semelhante, suscetibilidade mútua, compartilhar sentimentos ou interesses do outro (Brandão, 2008).

C – Compreensão da “Essência do Ser”: Quem é esta pessoa?

Para praticar uma medicina humanística é fundamental estudar o humano para além do componente biológico, é necessário tentar compreender a “essência do ser”.

Em sua obra *Da alma*, Aristóteles (2011) descreve que a alma humana é composta pelas características sensitivas⁵ (que também está presente nos animais) e pela inteligência (peculiaridade do ser humano). Quando Aristóteles faz referência as “características sensitivas” dos animais está falando dos “Instintos animais”. Instintos estes que também estão presentes no ser humano, são encontradas no plano emocional.

⁵ sensitivas: neste texto tem o significado de sensações, de emoções.

A inteligência humana é a forma como uma pessoa pensa, como ela raciocina. E o “instinto animal ou emoção” é a forma como a pessoa responde aos seus instintos, as suas emoções, é a forma como uma pessoa se emociona.

Então se compreendermos como uma pessoa pensa e como ela se emociona, é possível conhecer a essência desta pessoa, ou seja a alma dela. Por exemplo: pessoalmente gosto muito do poeta Fernando Pessoa, e a muitos anos leio e releio suas obras, particularmente gosto muito de Alberto Caeiro (um de seus heterónimos). Na poesia “O rio da minha aldeia” Fernando Pessoa (2009) fala do Tejo e do rio que corre pela aldeia dele. Ele diz que o Tejo é mais belo que o rio que corre pela sua aldeia. Em seguida diz que o Tejo não é mais belo que o rio que corre pela sua aldeia, e justifica, pois o Tejo não é o rio que corre pela sua aldeia. Depois de muito ler e reler estas obras, comecei a compreender como Fernando Pessoa pensava e como ele se emocionava, comecei a compreender a essência dele. E “de repente” entrei em contato com a alma de Fernando Pessoa, que privilégio!!!!

Assim também é o trabalho do médico, para poder cuidar de alguém ele deve conhecer o seu paciente na sua essência, saber como pensa como se emociona e assim entrar em contato com sua alma. Médicos devem aprender a conhecer a alma de seus pacientes, desta forma ele cuidará de seus pacientes e não das doenças deles. O objetivo primordial da prática da medicina é cuidar de pessoas e não de doenças.

D – Utilizando a chave: a “Tipologia”.

A história da medicina mostra que uma das chaves para tentar entender o ser humano é a tipologia, todos os grandes expoentes da prática médica fizeram uso desta ferramenta.

Estudar e classificar o ser humano em tipos é uma prática encontrada em diferentes culturas e civilizações orientais e ocidentais, como na China, na Índia, no Egito e na Grécia que é o berço da nossa medicina ocidental. Hipócrates, o pai da medicina ocidental, tem a sua tipologia.

A medicina moderna encantou-se tanto com o estudo das doenças que se esqueceu de estudar o humano. Desta forma abandonou todas as

ferramentas e técnicas que possibilitam conhecer o ser humano, entre elas a tipologia. É de fundamental importância resgatar estas práticas.

A classificação em tipos tem por objetivo o reconhecimento das potencialidades e das deficiências de cada indivíduo. A tipologia ajuda o homem no difícil trabalho de conhecer e dominar sua personalidade e seu temperamento, pois aponta as tendências das suas reações emocionais e o funcionamento da mente. Este conjunto de informações auxilia no trabalho da busca do equilíbrio e de relacionamentos harmoniosos. A palavra temperamento vem do latim “*temperare*” que significa equilibrar (Brandão, 2008). Aponta para o fato de que a saúde do ser humano depende de um equilíbrio entre os elementos que o compõe. Esta idéia é uma constante em muitas tipologias. É interessante notar a existência de sobreposições entre as mais diversas tipologias, fazendo é claro ressalvas as particularidades de cada cultura.

Na busca de encontrar um padrão para o comportamento humano são encontrados uma série de classificações tipológicas diferentes. Mas deve-se ressaltar que a tipologia serve apenas como uma bússola para o conhecimento do humano, as peculiaridades e singularidades individuais jamais devem ser negligenciadas.

As tipologias que utilizo são: a tipologia de Carl Gustav Jung (2011b) e a tipologia da Homeopatia Clássica de Kent (2009).

E – Despertar para o “Autoconhecimento”.

O estímulo ao autoconhecimento tem o objetivo de resgatar a autonomia do indivíduo na condução de sua vida e de seu destino. A introspecção e a reflexão tão esquecidas no mundo moderno podem auxiliar o indivíduo a abandonar a passividade dissimulada tão freqüente nos dias atuais. É uma passividade dissimulada, pois se tem a nítida impressão de ser uma atitude pró-ativa, quando na realidade é simplesmente confirmação de uma escolha previamente dirigida e determinada.

O livro O Diabo veste Prada da escritora americana Laurem Weisberger (2004) teve uma adaptação cinematográfica em 2008 com o mesmo título. Foi protagonizada pela excelente atriz Meryl Streep que interpreta Miranda Priestly

uma poderosa editora de uma revista de moda de Nova York, a atriz Anne Hathaway interpreta Andrea Sachs, a sua nova secretária, que com seu estilo interiorano e inocente parece deslocada no intenso e cosmopolita mundo da moda de Nova York. Em determinada cena Andrea observa Miranda escolher roupas e acessórios para um novo editorial de sua revista. Outra funcionária mostra para Miranda duas opções de cintos na cor azul com tons muito semelhantes. Diante da dúvida de Miranda, Andrea dá uma risadinha, pois não vê diferença entre os dois tons. Miranda fica furiosa e diz que ela (Andrea) acredita que as escolhas que ela (Miranda) está fazendo não tem nada a ver com sua vida e a sua realidade. Miranda aponta para o suéter azul celeste que Andrea veste e diz que se ela pensa que aquela roupa foi uma escolha pessoal dela esta muita enganada. Diz que há alguns anos um determinado estilista escolheu criteriosamente alguns tons de azul e lançou a sua coleção, com o tempo esta moda chegou às lojas de departamentos, onde Andrea adquiriu o seu suéter azul celeste acreditando ter feito uma escolha pessoal.

A introspecção e a reflexão são ferramentas que podem auxiliar os indivíduos a descobrirem o sentido e o significado de suas existências, transformando-os em agentes ativos e não meros espectadores e consumidores. No árduo trabalho de buscar a verdade é possível retomar o livre arbítrio e deixar as amarras que nos prendem ao ilusório. Sem isto, a existência torna-se vazia e sem sentido, pois é calcada em valores externos ao ser, por vezes em completa incoerência com a essência do indivíduo.

F- Despertar para as “Potencialidades Inatas” e para o “Destino”.

Vimos que a essência de cada indivíduo é composta pela forma como esta pessoa pensa e a forma como ela se emociona. São as suas características individuais. Quando se começa a conhecer as características individuais das pessoas, é muito interessante, pois começamos a ver coisas que até então não víamos, é a tecnologia leve definida por Merhy (2005). Então, paramos para pensar e vemos como são esquisitas as características individuais de algumas pessoas. Nossa, parecem até doenças! Mas não são, por mais esquisitas que elas sejam não são doenças, são as características

individuais daquela pessoa. É esquisito, mas não é doença. Aí eu me inclino⁶ para me observar e percebo o quanto são esquisitas algumas de minhas características. Bom, ainda bem que não são doenças, são apenas as minhas esquisitas características individuais. A que se observar sem julgar.

As características individuais fazem com que as pessoas tenham facilidades para fazer algumas coisas, por outro lado, estas mesmas características trazem muitas dificuldades para fazer outras coisas. Estas facilidades e dificuldades estão diretamente ligadas à forma como a pessoa pensa e como se emociona, ou seja, estão diretamente ligadas à sua essência. E não poderia ser de forma diferente, pois elas estão diretamente ligadas ao “destino” (a razão de viver) desta pessoa. Por exemplo: Quando conhecemos uma pessoa com muita habilidade em seu ofício, percebemos que ela faz aquilo que veio para fazer, ou seja, está cumprindo o seu “destino”. Está entregue de corpo e alma ao seu sacro-ofício (no sentido de ofício sagrado, fazer aquilo que foi determinado para si).

Guimarães Rosa publicou em 1946 o livro Sagarana. Este título é a junção de “saga” radical de origem germânica que significa “canto heroico” e “rana” palavra de origem tupi que significa “semelhante”, portanto tem o significado de “semelhante à uma saga”. Em sua obra há uma mescla de elementos da cultura popular e da cultura erudita. Este um livro composto por nove contos entre eles encontra-se “A hora e vez de Augusto Matraga”. Este conta narra os passos da travessia de um homem em busca de seu “destino”. É uma história de redenção, de conversão, Onde Augusto Esteves (Nhô Augusto) vive a sua saga e no final desperta para a sua hora e vez de ser Matraga, o homem que escolheu ser.

Cabe ao médico auxiliar seu paciente neste difícil trabalho, pois cada pessoa tem a sua potencialidade, tem o seu propósito, tem a sua própria missão de vida. E deve seguir o seu próprio “destino”. Há algo no interior de cada um de nós que sabe quando nos encontramos no caminho certo ou fora dele. Que percebe se estamos transformando as nossas potências em ato, como disse o filósofo Aristóteles (2004). Abandonar este caminho em busca de

⁶ Etimologicamente a palavra “clínico” remete ao ato de inclinar para compreender o outro.

poder, fama e dinheiro, é desprezar as nossas potencialidades. Quando uma pessoa insiste em um determinado caminho e não dá ouvidos à sua saga, colocando-se fora de seu rumo, corre o risco de ter um colapso, pois se alistou em um programa de vida que não é o que foi determinado para si.

James Hillman (1981) no livro *"The Thought of the heart"* diz que o coração (alma) do homem moderno está repleto, saturado, cheio das riquezas do mundo ilusório e as verdadeiras preciosidades do coração (alma) estão constrangidas, estão estreitadas, não tem permissão para circular. É o infarto que vem de farto (farctus) no sentido de cheio, repleto, estufado. Para evitar que nossos pacientes tenham este colapso é necessário auxiliá-los a reatar o enlace com o seu próprio "destino".

Na Divina Comédia, Dante Alighieri (2007) diz que, no meio da vida, estava perdido em uma floresta perigosa. Sentia-se ameaçado por três animais, que simbolizavam: o orgulho, o desejo e o medo. Neste momento aparece Virgílio, a personificação da razão, que o conduziu através dos labirintos do inferno, onde moram aqueles que estão atrelados aos próprios desejos e medos e por isto, não podem caminhar em direção à eternidade.

G - Estimulo ao "Autocuidado".

As raízes de muitos dos atuais problemas de saúde e dificuldades existenciais das pessoas encontram-se no desconhecimento ou desprezo de antigas regras simples de autocuidado. O autocuidado significa cuidar de si mesmo. É parte integrante da vida cotidiana do indivíduo, pois representa a essência da sua existência, nenhum ser é capaz de sobreviver se não cuidar da sua própria existência. É definido como o conjunto de atitudes, de comportamentos e de atividades que o indivíduo deve empreender com a finalidade de preservar e promover à sua própria saúde e o seu próprio bem-estar físico, mental, social e espiritual. É buscar compreender e atender as necessidades do corpo e da mente, melhorando o estilo de vida, evitando hábitos nocivos, desenvolvendo uma alimentação sadia e conhecendo e controlando os fatores de risco que levam às doenças.

Etimologicamente "autocuidado" é formada pela junção de duas palavras: "auto" e "cuidado". A palavra "auto" tem origem grega, é um prefixo

que quando utilizado exprime a idéia de: por si mesmo, pelos seus próprios meios e de forma independente. A palavra “cuidado” provem do verbo “cuidar” que por sua vez vem do latim “*cogitare*”, que tem muitas possibilidades de tradução como: pensar, imaginar, meditar, atender e considerar. Então, a palavra “cuidado” tem o sentido de: realizar uma ação com atenção, com cautela, pensando, meditando.

Na sua origem, a palavra “autocuidado” contém as ideias de: “vontade própria” e “conhecimento sobre si próprio”. Portanto, autocuidado não é algo que possa ser prescrito indistintamente por um profissional de forma ditatorial, pois envolve o conhecimento e a reflexão do indivíduo sobre as suas próprias condições e necessidades. As percepções subjetivas são fundamentais para definir os cuidados a tomar consigo mesmo. É um saber prático que envolve intuição e a experimentação pelo próprio sujeito no contexto de seu dia-a-dia. É um processo de aprendizado individual, contínuo e dinâmico. O próprio indivíduo deve julgar se uma ação de autocuidado é benéfica para si e este julgamento é embasado em orientações subjetivas e objetivas, internas e externas ao seu ser. Estas orientações, por sua vez, são moldadas por aspectos pessoais, culturais e sociais. Em decorrência disto deve fazer parte de qualquer processo terapêutico o estímulo ao auto-conhecimento (o entendimento do seu próprio ser) bem como à compreensão de suas relações culturais e sociais.

Um grande desafio para os profissionais de saúde ao planejar e prescrever o “autocuidado” é manter a flexibilidade entre o conhecimento técnico do profissional de saúde e o conhecimento do indivíduo sobre si mesmo. Generalizações e aplicações de modelos de conduta e comportamento aplicados indistintamente não cabem neste processo.

Outro aspecto que deve ser observado é que o “autocuidado” vai além do cuidado individual, estende-se a tudo o que contribui para a sua existência e sobrevivência do indivíduo, para as relações inter-pessoais e para o meio em que vive.

H - Resgatando a Autonomia e a Responsabilidade

O resgate da autonomia e da responsabilidade é necessário, pois os indivíduos delegaram aos profissionais a responsabilidade por cuidar de sua saúde, assumindo uma postura passiva. Muitos relutam em reconhecer e operar mudanças salutareas (e muitas vezes sofridas) de hábitos e comportamentos. Isto determinou uma perda de autonomia e criou uma enorme dependência, não só em relação aos profissionais de saúde, mas também em relação aos fármacos. Grande parte deste processo deve-se à “mercantilização da saúde”.

Existe a necessidade de tornar o indivíduo um agente ativo na condução de sua vida e de sua saúde, aceitando seu papel e suas responsabilidades em garantir seu próprio bem-estar. Mas isto não deve ser visto como uma ação de culpabilização do indivíduo para tentar aliviar as responsabilidades de outras instâncias. O indivíduo tem sim, o seu grau de responsabilidade, mas a sociedade e os governos (de uma forma geral) também devem assumir a parte que lhes cabe neste processo.

Estas ações no sentido de buscar a autonomia e a responsabilidade individual da própria saúde não devem ser computadas como tentativas de despolitização do problema. O contexto social também é um determinante importante no processo saúde / doença, existe uma íntima relação entre o estilo de vida, o adoecimento e a classe social do indivíduo. Deve haver também uma ação da coletividade (mas este não é o foco deste estudo).

A supervalorização da função dos medicamentos criou uma enorme dependência, pois se acredita que para todo e qualquer problema, independente de sua causa, haverá uma “pilula salvadora”. Isto explica, em grande parte, a necessidade de transformar os fatos normais da vida cotidiana (dores, sofrimentos, angústias, crescimento, envelhecimento e morte) em doenças, pois desta forma pode-se tentar controlá-los com algum remédio. Como se fosse possível viver sem estas dificuldades naturais da própria existência.

Para tentar buscar uma solução rápida e eficaz para estas dificuldades, todos os dias são “criadas novas doenças” para as quais se busca uma

solução medicamentosa. Isto vem se traduzindo numa contínua medicalização da vida cotidiana. Soma-se a isto o fato de que o “marketing científico” repete a exaustão que está prestes a descobrir o remédio ou a terapêutica para curar esta ou aquela doença.

I – Conhecer e aprender a conviver com sua “doença crônica”.

As doenças crônico-degenerativas têm constituído um desafio para os profissionais de saúde, pois seu tratamento envolve a participação ativa dos pacientes no sentido de modificar comportamentos prejudiciais à sua própria saúde e assimilar outros que beneficiem sua condição clínica. Em geral elas (as doenças crônicas) podem ser controladas desde que os pacientes envolvam-se em ações tais como uso da medicação de forma regular, controle do peso, ingestão de dieta saudável e compatível com suas patologias e realização de atividade física entre outras coisas.

As doenças crônicas se caracterizam pelo longo tempo de tratamento e pela limitação no estilo de vida. O indivíduo portador de uma doença crônica deve conhecer e assumir a sua doença, não vê-la como um inimigo a ser combatido, pois no geral não é possível a cura, mas sim o controle dos sintomas. Deve aprender a conviver com ela, adaptando-se às limitações que ela impõe e manter um estilo de vida disciplinado. O indivíduo deve tratar a doença crônica como um “animal raivoso” que necessita ser domesticado. Deve aprender a controlar a doença para não ser controlado por ela, desta forma consegue manter uma qualidade de vida satisfatória.

A medicina científica dá prioridade à “doença observada” que é detectada por meio das alterações anatômicas e bioquímicas. Em geral o tratamento é medicamentoso e é imposto ao indivíduo, sem qualquer tipo de diálogo ou negociação com o paciente. Nas doenças crônicas, ao contrário, as ações de saúde devem ser realizadas pelo próprio paciente de acordo com as suas percepções. De acordo com as suas vontades e possibilidades. Ou seja, estão mais em sintonia com a “doença percebida” pelo próprio paciente do que pela “doença observada” pelo profissional de saúde.

J – Despertar e desenvolver as “Habilidades para a Vida”.

Habilidades para a vida são comportamentos adaptativos que quando utilizados de forma adequada e responsável possibilitam uma negociação mais eficaz com as demandas e os desafios do cotidiano. Essas habilidades são inerentes aos seres humanos, mas podem e devem ser despertadas e desenvolvidas.

Programas de ensino de habilidades para a vida em geral são desenvolvidos para crianças e adolescentes, privilegiando o contexto escolar. Gorayeb (2002) verificou que o desenvolvimento e a incorporação dessas habilidades no cotidiano dos jovens favorecem mudanças de comportamento com sensível melhora na qualidade das relações interpessoais e aumento da competência social.

A Organização Mundial da Saúde tem preconizado a utilização em outros contextos como forma de reduzir comportamentos de risco à saúde. Propõe e lista uma série de habilidades, como: tomada de decisão, resolução de problemas, pensamento criativo, pensamento crítico, comunicação eficaz, relacionamento interpessoal, empatia, lidar com as emoções, lidar com o stress e inúmeros outros. Mas enfatiza que o conteúdo a ser desenvolvido deve ser adequado às características e ao contexto para o qual será proposto (OMS, 1997). Essas importantes ferramentas na promoção da saúde não devem ser desprezadas pelo médico, que deve estar capacitado para desenvolver esses conceitos no contexto terapêutico, tanto a nível coletivo como individual.

Particularmente opto por trabalhar três habilidades, que no meu entender são ferramentas importantíssimas para uma vida feliz e saudável. Que são: Enfrentamento (Coping), Resiliência e Entusiasmo.

Enfrentamento (Coping)

É definido como um conjunto de estratégias (inerentes aos seres humanos) utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se as adversidades da vida (Antoniuzzi, 1998). Existe uma importante relação entre enfrentamento e religiosidade, pois no processo de viver e envelhecer, a religiosidade / espiritualidade é uma estratégia poderosa no enfrentamento das crises

existenciais (Zenevicz, 2013). Os profissionais de saúde devem avaliar a história da fé de seus pacientes, tentar compreender suas crenças religiosas e o papel que desempenham no processo saúde / doença, esta pode ser uma intervenção poderosa com importante potencial terapêutico (Koenig, 2002).

Resiliência

É um conceito utilizado há muito tempo na física e engenharia, e está relacionado à resistência dos materiais, é a propriedade pela qual a energia é armazenada num corpo deformado e devolvida, quando cessa a tensão causadora dessa deformação elástica. Esse conceito ultrapassou as fronteiras da física despertando o interesse de pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento. As ciências humanas utilizam o conceito de resiliência para descrever a capacidade do indivíduo ou de um grupo de se constituir ou reconstituir de maneira positiva diante às adversidades, mesmo se mantendo em um ambiente desfavorável (Barlach, 2005).

É um tema novo nas ciências da saúde, sendo definida como a capacidade de responder às demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das adversidades enfrentadas ao longo do ciclo vital (Noronha, 2009).

É importante observar que a resiliência humana não está limitada, como na física, a um aspecto de resistência apenas, relaciona-se a uma atitude ativa e positiva, a capacidade de ir adiante e reconstruir a própria vida (Vanistendael, 2000).

O psiquiatra francês Boris Cyrulnik (2009), importante pesquisador e símbolo vivo de resiliência, têm algumas boas definições poéticas:

“Uma pérola é o resultado da reação da ostra à agressão de um grão de areia. Tal como a ostra tem a capacidade de transformar um áspero grão de areia em algo valioso, também o ser humano perante um acontecimento marcante e sofrido, poderá descobrir capacidades que desconhecia e revelar uma enorme força perante situações que à princípio só poderiam conduzi-lo à fraqueza.”

“A resiliência é a capacidade de correr contra ventos e marés e de saber lidar com a adversidade.”

"Diante da perda, da adversidade e do sofrimento que defrontamos um dia ou outro na nossa vida, várias estratégias são possíveis: podemos nos entregar ao sofrimento e fazer uma carreira de vítima, ou fazer alguma coisa com o sofrimento para transcendê-lo. A resiliência não é, absolutamente, uma história de sucesso, é a história da briga de uma criança empurrada para a morte que inventa uma estratégia para voltar à vida; não é o fracasso anunciado desde o começo do filme, é o desenrolar imprevisível, com soluções surpreendentes, muitas vezes romanescas."

Segundo Marie Anaut (2009) algumas estratégias que podemos despertar e desenvolver com nossos pacientes visando uma boa resiliência são:

- 1) Aceitar: é essencial aceitar o acontecimento negativo e focar-se no que pode mudar.
- 2) Dar tempo: para existir uma cicatrização é necessário passar por uma fase de luto.
- 3) Envolver-se: o apoio dos outros é muito importante. Cultive e envolva-se nas relações sociais e familiares e tente não os “contagiar” com a sua dor e frustração.
- 4) Mudar de perspectiva: mude a forma de lidar com os acontecimentos marcantes, encarando o futuro como uma fase que será mais positiva. Não fuja às decisões e estabeleça objetivos.
- 5) Ser positivo: a adversidade poderá contribuir para o desenvolvimento pessoal. Terá que acreditar em si e nas suas capacidades, mantendo uma atitude positiva.
- 6) Reencontrar-se: pense em si e no que realmente precisa e envolva-se em atividades que lhe darão prazer.

Entusiasmo

A palavra entusiasmo vem do grego: “*enthousiasmós*”, onde: “*em*” significa dentro, “*theos*” significa Deus e “*asm*” é sopro. Literalmente significa “sopro de Deus dentro” (Brandão, 2008).

Segundo os gregos, somente pessoas entusiasmadas são capazes de vencer os desafios do cotidiano, pois o entusiasmo nada admite senão o sucesso. A pessoa entusiasmada era aquela que era possuída por um dos deuses (eles eram politeístas) e por causa disto poderia transformar a realidade e fazer as coisas acontecerem. Quando o arquétipo de um deus “entusiasma” uma pessoa nada mais será capaz impedir sua caminhada. O desencorajamento desaparece como a neblina da manhã, com o brilho do sol e em seu lugar surgem forças novas e misteriosas (Brandão, 2009).

O psiquiatra suíço Carl Gustav Jung (2012) dizia que o entusiasmo é a principal fonte da libido (energia psíquica). Poderíamos até abrir mão dela na juventude (pelo vigor juvenil), mas na metanóia (a crise de mudança de rumo que geralmente acontece na meia idade) ela (a fonte) seria indispensável. Traz a nova visão da vida, é a fonte da eterna juventude. É a imensa fonte de energia interna, que “anima” (do latim *animu* de alma) espetacularmente, capaz de mover o indivíduo para diante, com dedicação ardente, paixão e força criadora, por piores que sejam as condições existentes. Em geral o êxito é mais devido ao entusiasmo do que a capacitação técnica ou a abundância de recursos. Uma pessoa entusiasmada é capaz de entregar-se de corpo e alma à realização dos ideais que norteiam sua vida. O entusiasmo é visível nas atitudes, no brilho dos olhos e nas expressões de uma pessoa, é contagiante. É fonte emocional prazerosa que borbulha, atraindo pessoas. É a alegria que brota do coração (a morada da alma de acordo com os chineses). O entusiasmo abrirá as portas quando as outras chaves falharem.

Para o filósofo Sócrates (Platão, 2000) o poeta seria portador da faculdade da *enthousíasis* ou do *enthousiasmós*, e por isto a ele era concedido o status de “*alétheia*” (mestre da verdade). O poeta amazonense Thiago de Melo (2007) no poema “A vida verdadeira” disse: “*Não tenho um caminho novo. O que tenho de novo é um jeito de caminhar*”.

K – Compreender as “Doenças da Alma” e a “Metanóia”.

Vimos que a forma como uma pessoa pensa e como se emociona, são as características individuais desta pessoa, quando estas características individuais estão em equilíbrio possibilitam que esta pessoa esteja apta à cumprir o seu “Destino”. Possibilita que o indivíduo transforme as suas potencialidades em ato (Aristóteles, 2004). Por outro lado, quando estas características individuais estão em desequilíbrio (ou seja, a pessoa pensa de maneira equivocada e se emociona de maneira equivocada) aparece a doença da alma. Estas doenças da alma manifestam-se no corpo do indivíduo como sintomas (que são as doenças do corpo).

Então recapitulando as doenças do corpo seriam as manifestações da doença da alma. Existem muitas doenças do corpo, pois muitas são as formas como a doença da alma se manifesta. Mas existe uma única doença da alma, que é o desequilíbrio das características individuais.

Como doença da alma caracteriza-se pelo desequilíbrio, a cura se dá pelo reequilíbrio, muito lógico! Deste raciocínio depreende-se que não é possível curar outra pessoa de uma doença da alma. Pode-se ajudá-la a se reequilibrar, mas este movimento de retorno ao equilíbrio (a correção da forma de pensar e de se emocionar) deve ser realizado pelo próprio indivíduo. Junito Brandão (2009) diz que os seguidores de Asclépí sabiam que mesmo com o uso de medicamentos ou de procedimentos terapêuticos de qualquer natureza, a cura da alma só aconteceria se ocorresse a metanóia, ou seja, a transformação dos sentimentos e pensamentos.

L – Resgatando a Sabedoria Popular

A medicina moderna com suas bases científicas (positivistas) desacreditou antigos saberes populares embasados na intuição, na experimentação, na convivência, na troca de experiências e na observação da natureza. O objetivo é resgatar conhecimentos, habilidades, técnicas ou práticas da cultura popular que conduzam à harmonia, ao equilíbrio e ao bem estar físico, mental, social e espiritual. Pretende-se encontrar práticas de

promoção à saúde, prevenção de doenças e reabilitação. O intuito não é descobrir ou discutir “remédios ou curas milagrosas”. Nem muito menos descobrir se os procedimentos da cultura popular têm bases científicas positivistas. A idéia é resgatar os conhecimentos e os valores da sabedoria popular e discuti-los à luz de uma “nova concepção de ciência” embasada no estudo da filosofia. O que se pretende é avaliar, refletir, apresentar, ensinar e difundir estes conhecimentos. Resgatando desta forma as práticas de autocuidado. O psiquiatra austríaco Viktor Frankl (2013) relata que o ser humano sofreu duas importantes perdas. Perdeu o instinto animal, que regulam o comportamento dos animais e asseguram as suas existências. A segunda perda se deu quando abandonou as tradições, que serviam de apoio para o seu comportamento.

Por sabedoria popular compreende-se as diversas manifestações da ciência do povo. Seus conhecimentos sobre o Universo, o homem e os fenômenos da Natureza. Estão intimamente ligados à vida cotidiana. É um saber prático que envolve intuição e a experimentação no contexto do dia-a-dia. Um processo de aprendizado contínuo e dinâmico. Transmitido de indivíduo para indivíduo de geração para geração, como herança cultural.

Sabedoria popular apesar de se tratar de um conjunto de pequenas e simples regras práticas voltadas para a vida cotidiana dos indivíduos (por exemplo: como cuidar das mãos, como cuidar dos pés, como cuidar das “coisas da vida”) possui profunda raiz filosófica.

A palavra sabedoria tem origem no termo grego “*sofia*”, que tem muitas definições e conceitos. Mas, de maneira geral, indica a capacidade que auxilia o homem a identificar seus erros e corrigi-los. Mas, “sabedoria popular” está associada a outro termo grego que é “*phrónesis*”⁷ (muitas vezes traduzido como: prudência, ética ou sensatez). Descreve a sabedoria prática, a

⁷ *Phrónesis*: De acordo com Brandão (2008) o verbo phronéo significa: ter a faculdade para pensar e sentir, isto é, para viver; estar no bom senso; estar no pleno uso da razão (em oposição à insensatez ou à loucura); ser sábio e prudente, ser sensato; ter bons sentimentos, ter sentimentos nobres e elevados. É a mais alta qualidade moral e se opõe a *hýbris* (que quer dizer: tudo o que ultrapassa a medida, excesso, desmedida, indica algo impetuoso, desenfreado, violento, com ardor excessivo, a insolência, o orgulho, a soberba, a presunção).

habilidade para agir de maneira acertada. O filósofo Aristóteles (2000) explica que não se trata da deliberação sobre uma ou outra circunstância. Mas é a disposição prática para bem deliberar em qualquer circunstância, porque delibera sobre a totalidade do bem-viver. Justamente por isto, é a capacidade de dar regras, normas e preceitos de conduta. É a capacidade de fazer a deliberação correta em qualquer situação, para a qual não há arte nem regra. Pois é a capacidade de determinar e reconhecer em cada ação o justo meio ou a medida, ou a norma do bem agir a ser seguido. É a capacidade de discernir o bom e o mal nas coisas e as relações convenientes entre os meios e os fins.

Aristóteles (2004) afirma ainda que toda racionalidade prática está orientada para uma determinada finalidade (é teleológica). E a finalidade suprema que justifica todas as demais seria a *eudaimonía*⁸ (muitas vezes traduzida como felicidade). Esta felicidade não se encontra na satisfação dos prazeres, no acúmulo de riquezas, nem na obtenção de honrarias, mas sim em uma vida virtuosa. Para o filósofo grego virtude tem o sentido de excelência de cada ação, de fazer bem feito, realizar cada pequeno ato na justa medida. E a vida virtuosa, por sua vez, seria encontrada no justo meio entre dois extremos, por aquele indivíduo dotado de prudência (*phrónesis*) e habituado a agir desta forma. A *Sophrosýne* é o ideal ético do sábio, pois significa a integridade física e psíquica daquele que sabe moderar seus apetites e desejos e pratica a *phrónesis*. Este é o conceito básico que norteia a sabedoria popular.

M - Despertar para a “Busca do Significado da Existência”.

A palavra “destino” neste texto é utilizada não no sentido de fatalidade, como: “... obra do destino”. Mas sim no sentido de motivo da existência. A nossa civilização moderna quer fazer crer que o destino de todas as pessoas é o mesmo. E este destino comum a todos seria: buscar a beleza, a riqueza, a fama e o poder. Ledo engano, olhando para dentro de si cada pessoa perceberá a necessidade de cumprir o seu próprio “destino”. Mesmo que não saiba qual é este “destino” (pois muitas vezes isto é tarefa para uma vida toda),

⁸ *Eudaimonía*: Se refere à felicidade, à prosperidade e à abundância de bens. É a felicidade como resultado de uma vida virtuosa. Relaciona-se com *eupraxía* : a ação virtuosa, boa, bela e justa (Brandão 2008).

mas percebe que seu “destino” não é o mesmo dos outros e que o destino comum (que a sociedade determina) não o satisfaz.

O ser humano é capaz de viver e morrer por seus ideais e valores. Deseja uma vida tanto quanto possível dotado de um sentido e significado. Frankl (2013) diz: “*A busca de sentido na vida é a principal força motivadora no ser humano*”. Explica que a busca do indivíduo por um sentido é a motivação primária em sua vida. Segue dizendo que esse sentido é exclusivo e específico, uma vez que precisa e pode ser cumprido por aquela determinada pessoa. “Quem tem por que viver suporta quase qualquer como” é um aforismo atribuído ao filósofo alemão Friedrich Nietzsche (Young, 2014).

O médico deve auxiliar o seu paciente na busca por sua vocação, por sua missão de vida. Ajudá-lo a desenvolvê-la de forma concreta para alcançar a sua realização. Na maioria das vezes, o indivíduo desconhece a existência de um caminho, a necessidade da busca e a obtenção de sua meta. Mas este é um processo natural, espontâneo, autônomo e inconsciente. É um processo de integração da personalidade, chamado por Jung (2011a) processo de Individuação.

Frankl (2013) fala do vazio existencial. Relata que é muito prevalente e pode ser atribuído a duas perdas sofridas pelo ser humano. A primeira foi a perda dos instintos animais, que regulam o comportamento do animal e asseguram sua existência. E a segunda foi o abandono das tradições, que serviam de apoio para o seu comportamento. Nenhum instinto lhe diz o que deve fazer e não há tradição que lhe diga o que ele deveria fazer; às vezes ele não sabe sequer o que deseja fazer. Em vez disso, ele deseja fazer o que os outros fazem (conformismo), ou ele faz o que as outras pessoas querem que ele faça (totalitarismo).

1.4 – Dispepsia Funcional

A – Conceito

A palavra “dispepsia” tem origem nas palavras gregas *dys* (mal) e *peptien* (digestão), denominando a ausência de digestão adequada (Houaiss, 2001). É um dos distúrbios gastrointestinais mais comuns encontrados na prática clínica diária (Parkman, 2010). Refere-se a um conjunto de sintomas gastrintestinais (saciedade precoce, plenitude pós-prandial e dor epigástrica em queimação) localizados no andar superior do abdome (Silva, 2008).

As dispepsias são classificadas em orgânicas ou funcionais. São orgânicas quando os sintomas apresentados se justificam pela presença de uma doença orgânica. Existem muitas enfermidades que podem apresentar os sintomas da dispepsia, como por exemplo: ulcera pépticas, gastrites, neoplasias gástricas, refluxo gastroesofágico entre outras (Passos, 1993). São classificadas como dispepsias funcionais quando não existe a presença de qualquer doença orgânica, sistêmica ou metabólica que possa explicar a sintomatologia e os achados de endoscopia são normais ou menores (gastrite) (Tack, 2006). Dispepsia é um sintoma comum a muitas patologias, mas aproximadamente dois terços dos indivíduos que apresentam dispepsia são diagnosticados com dispepsia funcional (Talley, 2005)

B – Critérios de Roma

Dispepsia funcional faz parte de um grupo de doenças chamadas Distúrbios Funcionais do Trato Gastrointestinal, que tiveram seus critérios diagnósticos padronizados pela primeira vez em 1988, por um grupo de trabalho multinacional que formulou as recomendações denominadas Critérios ou Consenso de Roma. Essas recomendações são revisadas e atualizadas periodicamente, em 1999 foram publicados os Critérios de Roma II (Costa, 2005) e em 2006, os Critérios de Roma III (Tack, 2006).

Quadro 1 - Critérios diagnósticos de dispepsia funcional

Consenso de Roma II	Consenso de Roma III
Apresentação dos sintomas por pelo menos 12 semanas, contínuos ou intermitentes, nos 12 meses anteriores:	Apresentação dos sintomas por pelo menos 3 meses, contínuos ou intermitentes, com um mínimo de 6 meses de duração:
1. Sintomas recorrentes ou persistentes (dor ou desconforto que ocorre no abdômen superior); 2. Nenhuma evidência de doença orgânica (incluindo à endoscopia digestiva alta) que justifica os sintomas; 3. Nenhuma evidência de que os sintomas melhoram ou estão associados a alterações da frequência ou do padrão do hábito intestinal.	1. Um ou mais dos seguintes sintomas: a. Empachamento pós-prandial; b. Saciedade precoce; c. Dor epigástrica; d. Queimação epigástrica; e 2. Nenhuma evidência de doença orgânica (incluindo à endoscopia digestiva alta) que justifica os sintomas.

Fontes: Costa CD. Distúrbios Funcionais do Trato Gastrointestinal. Rev. Fac. Ciênc. Méd.; v.7. n.3. 2005; p.III. e Tack J, Talley NJ, Camilleri M et al. Functional gastroduodenal disorders. Gastroenterology 2006; 130:1466–1479.

C – Epidemiologia

Aproximadamente 15% da população em geral nos países ocidentais sofre com dispepsia funcional (Shaib, 2004) e (El-Serag, 2004). Em um estudo de bases populacionais na Itália, 1533 habitantes de duas aldeias foram convidados a submeter-se a endoscopia digestiva alta e a preencher um questionário de sintomas de dispepsia funcional. Um total de 1.033 pacientes aceitaram o convite, 11% desses apresentaram dispepsia funcional (Zagari, 2010).

É uma patologia de grande impacto social. Tem alta morbidade, com grande influência na qualidade de vida dos pacientes e importantes repercussões em suas atividades profissionais. Os custos envolvidos no diagnóstico, tratamento e absenteísmo são elevados (Brook, 2010). O

aprimoramento no manuseio destes pacientes pode vir a representar apreciáveis ganhos econômicos e sociais (Aro, 2011).

Dispepsia funcional tende a ser uma patologia crônica, pois mais de 80% dos pacientes permanecem com os sintomas após 6 e 7 anos de acompanhamento (Heikkinen, 2003) e (Agreus, 2001).

A sobreposição de dispepsia funcional, com doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), gastroparesia idiopática e síndrome do intestino irritável são áreas contínuas de controvérsia, tanto em termos de definições de doença e em termos de gestão clínica (Tack, 2011).

C – Classificação

A classificação das dispepsias funcionais é muito controversa. Em 1987 em Chicago, durante o Congresso Americano de Gastroenterologia foi definida uma classificação em grupos sindrômicos, baseando-se no sintoma clínico predominante. Porém, era frequente a associação entre os diferentes grupos de sintomas, que não eram mutuamente exclusivos, o que dificultava em muito a classificação. O Consenso Roma III propôs subdividir dispepsia funcional em duas categorias (Tack, 2006):

- 1) Sintomas dispépticos induzidos por refeição (síndrome de angústia pós-prandial, caracterizados pela plenitude pós-prandial e saciedade precoce).
- 2) Síndrome de dor epigástrica (caracterizada por dor epigástrica e queimação).

D – Fisiopatologia

Apesar do reconhecimento dos múltiplos fatores envolvidos é grande a dificuldade para definir a gênese dos sintomas dispépticos. As principais hipóteses incluem: alteração da motilidade gastrointestinal, alteração da percepção visceral, pequenos processos inflamatórios e predisposição genética

- 1) Alteração da motilidade gastrintestinal

O esvaziamento gástrico retardado é considerado o principal mecanismo fisiopatológico na gênese da dispepsia funcional. O alívio de sintomas com o

uso de pró-cinéticos demonstram o papel da motilidade digestiva na gênese da dispepsia funcional. Mas o mecanismo subjacente à esta alteração da motilidade é mal compreendido (Tack, 2004).

2) Alteração da percepção visceral

Estudos constataram que os portadores de dispepsia funcional podem apresentar sintomas importantes desencadeados pela distensão do estômago com volumes bem menores do que os que seriam necessários para causar qualquer tipo de sensação desagradável em pessoas sem esta patologia. A hipersensibilidade visceral é considerado um fenômeno fundamental na gênese dos sintomas dispépticos, mas os mecanismos subjacentes não são completamente elucidada. Acredita-se que tanto a sensibilização periférica (aumento da permeabilidade, o reforço da excitabilidade dos nervos aferentes) como central (processamento cerebral alterada) estejam implicados (Van Oudenhove, 2010).

Os fatores psicossociais (como ansiedade e história de abusos entre outros) podem estar envolvidos como fatores desencadeadores dos mecanismos centrais de hipersensibilidade (Ameloot, 2010).

3) Hipersensibilidade duodenal e pequenos processos inflamatórios

O duodeno é cada vez mais identificado como um local envolvido na geração dos sintomas da dispepsia funcional. Em geral, isto está associado ao aumento da sensibilidade à ácidos e lipídios, pequenos processos inflamatórios duodenais também tem sido implicados (Lee, 2010).

4) Predisposição Genética

Uma série de estudos tem associado dispepsia funcional a polimorfismos de inúmeros genes (Holtmann, 2004). A maioria desses estudos utilizam pequenas amostras o que impossibilita uma afirmação definitiva, aguardam confirmação em amostras independentes e maiores (Tack, 2011).

E – Diagnóstico

O diagnóstico da dispepsia funcional é por exclusão. Os dois fatores que estabelecem o diagnóstico de dispepsia funcional são:

1) A presença de um quadro clínico sugestivo.

2) A normalidade dos exames que permitem identificar patologias orgânicas.

De acordo com as Diretrizes de Roma III o exame de escolha para distinguir dispepsia funcional é a endoscopia digestiva alta. Mas, em decorrência da elevada prevalência de sintomas dispépticos na população a realização deste exame em todos os pacientes não é viável. É necessária uma estratégia clínica racional, para facilitar a diferenciação daqueles pacientes portadores de patologias subjacentes (como: ulcera péptica, neoplasia gástrica, pancreatite, calculose vesicular etc) que se encontram entre a grande população dispéptica. No entanto, as tentativas de identificar os pacientes dispépticos em maior risco de doença orgânica com base nos sintomas de alarme ou perda de peso não foram bem sucedidos (Hammer, 2004).

A abordagem inicia-se por uma cuidadosa anamnese e um detalhado exame físico. A seguir, procura-se alocar estes pacientes nas duas diferentes categorias de dispepsias. Associado a estes primeiros passos, deve-se solicitar a avaliação laboratorial (quadro 2). A presença de sintomas de alarme (disfagia, perda de peso inesplicada, sangramento gastrointestinal, anemia, icterícia, ascite ou uma massa palpável) identifica os pacientes que podem exigir investigação mais detalhada e urgente.

Quadro 2 - Avaliação Laboratorial da dispepsia funcional.

Exames	Pesquisa e exclusão de:
Hemograma	anemia e infecções sistêmicas
hemossedimentação (VHS)	processos inflamatórios e
Glicemia	Diabetes
parasitológico de fezes	parasitoses (estrongiloidíase)
urina tipo 1	infecção e calculose renal
sangue oculto nas fezes*	Patologias colônicas
* pacientes com idade superior a 40 anos ou história familiar de patologias de cólon.	

Fonte: modificado de Moraes Filho, JPP, Chinzon D, Dispepsia Funcional in Mincis M, Gastroenterologia & Hepatologia: Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: Lemos, 1997.

Esses exames têm a finalidade de identificar sinais de alerta como anemias e infecções sistêmicas avaliados pelo hemograma. A diabetes é avaliada por meio da glicemia (pois é a alteração endócrina que mais se relaciona com os distúrbios motores do aparelho digestivo).

Processos inflamatórios e doenças crônicas em atividade são geralmente pesquisados através do exame de velocidade de hemossedimentação.

A pesquisa de sangue oculto nas fezes, principalmente em pacientes com mais de 40 anos ou com história familiar de patologias de cólon, visa à pesquisa destas patologias colônicas.

Para excluir as parasitoses (especialmente a *estrongiloidíase*) são indicados um ou mais exames parasitológicos de fezes.

A solicitação de outros exames complementares na investigação diagnóstica da dispepsia também tem a finalidade de excluir a presença patologias orgânicas como mostra no quadro 3.

Quadro 3 - Exames complementares na investigação diagnóstica da dispepsia funcional.

Exames complementares	Pesquisa e exclusão de:
endoscopia digestiva alta	esofagites, úlceras, neoplasias etc
Rx simples de tórax e abdome	hérnia de hiato, patologias cardíacas e pulmonares etc
Rx contrastado de esôfago e estomago	contrações anormais, espasmos, dilatações e obstruções
ultrasonografia de abdome	patologias biliares e pancreáticas etc
PH-metria esofágica	doenças do refluxo

Fonte: modificado de Moraes Filho, JPP, Chinzon D, Dispepsia Funcional in Mincis M, Gastroenterologia & Hepatologia: Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: Lemos, 1997.

F – Tratamento

Didaticamente pode-se dividir a terapêutica em medidas gerais e medicamentosas, ambas devem ser instituídas conjuntamente.

1) Medidas Gerais

Poucos são os estudos que avaliam o papel da dieta na terapêutica da dispepsia funcional. As recomendações dietéticas derivam da observação da prática clínica. Com relação ao campo comportamental é importante frisar a qualidade de vida dos pacientes. Existe uma importante associação com o estresse. O aspecto emocional é o ponto fundamental do tratamento destes pacientes. Existe uma ação transcendente, desempenhada pelo ato médico e pela relação médico-paciente, que exerce importante ação terapêutica (Moraes Filho, 1997).

2) Medicamentosas

Em decorrência da subjetividade dos sintomas e pelo escasso conhecimento da fisiopatologia, a terapêutica da dispepsia funcional é limitada e constitui-se em um verdadeiro desafio. Não existe uma medicação específica para ser prescrita indistintamente para todos os pacientes portadores de dispepsia funcional. Há uma alta prevalência do efeito placebo o que dificulta a avaliação criteriosa das diferentes terapêuticas (Ang, 2011).

Medicamentos para corrigir a sensibilidade e as alterações da motilidade gástrica são considerados abordagens terapêuticas válidas em distúrbios motores gastrointestinais superiores. Os prócinéticos gastrointestinais (medicamentos que estimulam o músculo liso gástrico) são consideradas as drogas de escolha para o tratamento de dispepsia funcional e gastroparesias (Tack, 2008).

As subdivisões clínicas dos pacientes (vista anteriormente) auxiliam na decisão terapêutica. O Consenso de Roma III sugeriu que os pacientes classificados na subdivisão “Síndrome da dor epigástrica” podem responder melhor a terapia supressiva-ácida ou antiácidos. Enquanto aqueles classificados na subdivisão “Sintomas dispépticos induzidos por refeição” podem responder melhor a procinéticos ou terapia modificadora da motilidade (Tack, 2006).

G – Concluindo este tópico

A dispepsia funcional é caracterizada apenas pela sua sintomatologia, não há critérios objetivos de avaliação e diagnóstico. Uma melhor compreensão dos fenômenos psicossociais envolvidos e os avanços na terapêutica poderão otimizar o manuseio desta heterogênea entidade. O aprimoramento no manuseio destes pacientes pode vir a representar apreciáveis ganhos econômicos e sociais (Aro, 2011).

2.0 – OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo avaliar, em pacientes portadores de dispepsia funcional, um tipo de atendimento médico que tem a sustentação de uma base epistemológica mais ampla (encontro terapêutico) comparada com o atendimento médico tradicional embasado no modelo biomédico (consulta médica).

3.0 – METODOLOGIA

3.1 – Tipo de Estudo

Trata-se de um ensaio clínico randomizado e controlado por placebo, registrado no ClinicalTrials.gov sob o número: NCT01456273 (apêndice C). A metodologia empregada não sofreu modificações no transcorrer desse estudo.

3.2 – Local de Estudo

Esta pesquisa foi realizada no ambulatório de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina do ABC.

3.3 – Sujeitos da Pesquisa

COs sujeitos da pesquisa foram pacientes portadores de dispepsia funcional, segundo os critérios do Consenso de Roma II. Eles foram pré-diagnosticados e os selecionados receberam informações sobre os objetivos e métodos do estudo. Foi garantido a eles, o sigilo das informações individuais. Leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo B)

3.4 – Critérios do Consenso de Roma II

Durante todo o transcorrer desse estudo foram utilizados os critérios do Consenso de Roma II. Pois, ele foi elaborado em 2006, antes da publicação do Consenso de Roma III.

3.5 – Tamanho da Amostra

Admitindo-se uma proporção de "sucesso" de 25% com a terapia convencional e de 50% com o encontro terapêutico, recorrendo-se à

aproximação da distribuição binomial para a distribuição normal, para um erro tipo I de 5% e um erro tipo II de 20% e 40% de perdas, foi estabelecido um número mínimo de 185 indivíduos em cada "braço" de intervenção.

3.6 – Critérios de Inclusão

Incluíram-se pacientes de ambos os sexos, de qualquer etnia, da faixa etária de 18 a 65 anos, com peso entre 45 a 100 quilos, portadores de dispepsia funcional (de acordo com os critérios do Consenso de Roma II, apresentados anteriormente). Somente indivíduos alfabetizados foram selecionados para que pudessem ler e preencher o questionário sobre sintomas e o diário sem o auxílio de terceiros.

3.7 – Critérios de Exclusão

Não foram incluídos pacientes que por quaisquer motivos: não aceitarem participar da pesquisa, não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou não responderem o questionário, no período de coleta, por quaisquer razões.

Outros critérios de exclusão foram: dependência de álcool, tabaco, medicamentos ou outras drogas (lícitas ou ilícitas) diabetes (de qualquer tipo), gravidez ou amamentação (em qualquer etapa do estudo), portadores de doenças orgânicas ou metabólicas graves ou em evolução (cardiopatias, hipertensão arterial sistêmica severa e doenças infectocontagiosas).

3.8 – Instrumentos de Coleta de Dados

Os dados foram colhidos por meio de dois instrumentos:

- Questionário de Sintomas de Dispepsia Funcional e
- Diário de Sintomas e de Uso de Medicação de Resgate.

A - Questionário de Sintomas de Dispepsia Funcional (anexo A)

Utilizou-se o PADYQ (Porto Alegre Dyspeptic Symptoms Questionnaire) que é um questionário de mensuração da dispepsia funcional utilizado internacionalmente, foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Sander (2004). Os pacientes que tiveram completada a sua participação neste estudo responderam duas vezes este questionário, no início e no final de suas participações.

B - Diário de Sintomas e de Uso de Medicação de Resgate (anexo C)

Este instrumento foi desenvolvido por mim. Nele o paciente quantifica diariamente os seus sintomas e o uso de medicação de resgate. Junto com as medicações (após cada atendimento) os pacientes recebiam também um Diário de Sintomas e de Uso de Medicação de Resgate, que era entregue preenchido (para o terceiro pesquisador) antes do próximo atendimento. Caso o uso da medicação de resgate ultrapassasse uma determinada quantia ou frequência previamente determinada, o paciente seria retirado do estudo pelo terceiro pesquisador. Este fato não aconteceu, nenhum paciente ultrapassou este limite pré-determinado. Portanto não houve exclusões de pacientes por este motivo.

3.9 – Variável Desfecho

Revisões sistemáticas têm enfatizado que a melhora completa dos sintomas é um objetivo irreal em dispepsia funcional (Veldhuyzen, 2002). Não existe na literatura um consenso de qual seria o melhor desfecho a ser utilizado em ensaios clínicos de dispepsia funcional (Veldhuyzen, 1996). De maneira geral é definida como a melhora sintomática igual ou maior que cinquenta por cento (Axon, 2002). Levando-se em conta esses dados da literatura, definimos a variável desfecho para este estudo como sendo a redução de cinquenta por cento ou mais no escore obtido entre a primeira e a segunda aplicação do Questionário de Sintomas de Dispepsia Funcional.

3.10 – Alocações dos Pacientes

Após a admissão no estudo, os pacientes foram alocados aleatoriamente em dois grupos denominados “A” e “B”. Os pacientes do grupo A receberam o atendimento “Consulta Médica Tradicional”. Os do grupo B receberam o atendimento “Encontro Terapêutico”.

Ao mesmo tempo, houve uma segunda alocação aleatória destes grupos (“A e B”), Cada um dos grupos foi dividido em dois subgrupos. Os pacientes do grupo A (que receberam o atendimento “Consulta Tradicional”) foram divididos em dois subgrupos: A1 que recebeu a terapêutica medicamentosa clássica e A2 que recebeu placebo. Os pacientes do grupo B (que receberam o atendimento “Encontro Terapêutico”) também foram divididos em dois subgrupos: B1 que recebeu a terapêutica medicamentosa clássica e B2 que recebeu placebo.

3.11 – Aleatorização

O método utilizado para a alocação dos pacientes nos grupos (A ou B) e nos subgrupos (A1, A2, B1 ou B2) foi elaborada no sentido de:

- a) Permitir a cada participante do estudo ter a mesma chance de: -
receber cada intervenção (consulta ou encontro) no caso dos grupos e -
receber medicamento ou placebo no caso dos subgrupos.
- b) Impedir que o terceiro pesquisador (responsável pela randomização) pudesse prever qual seria o resultado do próximo sorteio.

Para tanto, foi utilizada a seguinte estratégia:

- a) Em dois cartões de cartolina idênticos foi anotado uma letra, “A” em um deles e “B” em outro. Cada um foi colocado dentro de um envelope opaco. Esses envelopes idênticos foram colocados em uma caixa de madeira que foi fechada por uma tampa. Esta caixa era agitada vigorosamente pelo terceiro pesquisador que em seguida a entregava para o paciente. Esse a destampava

e retirava de seu interior um dos envelopes, que era aberto. De dentro desse o paciente sacava o cartão com a definição do grupo A ou B.

b) A definição do subgrupo utilizava a mesma estratégia, com a diferença de que, nesse caso, os dois cartões de cartolina eram identificados com um número “1” ou “2”.

3.12 – Medicamentos

A medicação utilizada foi Omeprazol 20mg, em uma tomada diária pela manhã em jejum. O placebo (pellets inertes de amido e sacarose) era dispensado em cápsulas (exatamente iguais às cápsulas utilizadas para dispensar a medicação) e prescrito da mesma maneira. Omeprazol e placebo foram manipulados na mesma farmácia (Farmácia Escola da Universidade Municipal de São Caetano do Sul) e envasados em frascos iguais. O que os diferenciava era o rótulo. Nesses rótulos estavam anotados além do nome do produto (omeprazol 20mg ou placebo), o lote, a data de fabricação, a data de validade e o nome do profissional responsável. Estes dados eram transcritos pelo terceiro pesquisador no prontuário de cada paciente. Em seguida o rótulo era retirado do frasco antes de ser entregue ao paciente pelo terceiro pesquisador após cada atendimento. Não houve mudança de medicamentos.

A medicação de resgate utilizada foi o antiácido Hidróxido de Alumínio, em frasco de 150 ml de suspensão oral com 60 mg/ml. Produzidos pela FURP (Fundação para o Remédio Popular) e doados para este estudo pela Secretaria Municipal de Saúde de São Caetano do Sul.

Estes medicamentos foram distribuídos gratuitamente para os pacientes. Após cada atendimento cada paciente recebia 3 frascos deste produto. Esses 3 frascos permaneciam com o paciente no intervalo entre um atendimento e o outro, para serem utilizados caso necessário (de acordo com os critérios do próprio paciente). Eram devolvidos pelo paciente ao terceiro pesquisador (antes atendimento seguinte). Esse mensurava a quantia utilizada

e transcrevia esse valor para no prontuário do paciente. Também não houve mudança desse medicamento no transcorrer do estudo.

Quadro 4- Subgrupos, Atendimentos e Medicações.

Subgrupo	Atendimento	Medicação	Medicação de Resgate
A1	} Consulta Tradicional	Omeprazol	} Antiácido
A2		Placebo	
B1	} Encontro Terapêutico	Omeprazol	
B2		Placebo	

3.13 – Pesquisadores

O estudo contou com a participação de três pesquisadores, o papel de cada pesquisador foi:

A - Primeiro Pesquisador

Foi o responsável por todos os atendimentos realizados neste estudo, sejam eles seleção inicial, consulta médica tradicional ou encontro terapêutico.

Tinha conhecimento da alocação dos pacientes nos grupos A e B, mas desconhecia a alocação dos pacientes nos subgrupos A1, A2, B1 ou B2. Ou seja, não sabia se o paciente fazia uso de Omeprazol ou placebo, mas tinha conhecimento se o paciente recebia o atendimento “Consulta Tradicional” ou “Encontro Terapêutico”.

Não sabia se o paciente usou “muito ou pouco” a medicação de resgate. Também desconhecia as respostas dadas para o Questionário de Sintomas.

B - Segundo Pesquisador

Foi o responsável pela aplicação dos Questionários de Sintomas, duas vezes em cada paciente (no início e no final da participação de cada paciente).

Desconhecia a alocação dos pacientes nos grupos ou subgrupos. Ou seja, não sabia qual tipo de atendimento o paciente recebia, nem qual tipo de medicação recebia, nem se usava “muito ou pouco” a medicação de resgate.

C - Terceiro Pesquisador

Foi o responsável pela randomização e alocação aleatória dos pacientes nos grupos e subgrupos. Manteve a lista que continha a alocação dos pacientes nos grupos e subgrupos. Ou seja, sabia se o paciente seria submetido ao atendimento “Consulta Médica” ou “Encontro Terapêutico”, mas tinha conhecimento sobre o uso de Omeprazol ou de placebo.

Também foi responsável pela entrega das medicações para todos os pacientes. Entregava para os pacientes o Diário de Sintomas e de Uso de Medicação de Resgate após cada atendimento, e recebia o mesmo Diário preenchido antes do próximo atendimento.

Foi de sua responsabilidade detectar e retirar do estudo o paciente que utilizasse a Medicação de Resgate numa quantidade ou frequência além de um limite pré-determinado (estabelecido antes do início do estudo).

Quadro 5 – Responsabilidade de cada Pesquisador no Estudo.

Primeiro Pesquisador:
- Atendimento aos pacientes, quer seja Consulta Tradicional ou Encontro Terapêutico.
Segundo Pesquisador:
- Aplicação do Questionário de Sintomas de Dispepsia Funcional, antes do primeiro atendimento e após o quarto atendimento.
Terceiro Pesquisador:
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a Randomização e alocação dos pacientes nos grupos e subgrupos. - Entrega das medicações após cada atendimento. - Entrega do Diário de Sintomas e Uso das Medicações de Resgate, após cada atendimento. - Recebimento dos Diários de Sintomas e de Uso das Medicações de Resgate, antes de cada atendimento. - Retirar o paciente do estudo caso a utilização da Medicação de Resgate ultrapasse uma determinada quantidade ou frequência.

Quadro 6 - Pacientes / Pesquisadores e aspectos conhecidos e desconhecidos do Estudo.

	Pacientes	1º Pesquisador	2º Pesquisador	3º Pesquisador
Alocação Aleatória nos Grupos	N	C	N	C
Atendimento Tipo Consulta ou Encontro Terapêutico	N	C	N	C
Alocação Aleatória nos Subgrupos	N	N	N	C
Uso de Omeprazol ou Placebo	N	N	N	C
Frequência e uso de Medicação Resgate	C	N	N	C
Questionário de Sintomas	C	N	N	C
Diário de Sintomas e Uso de Medicação Resgate	C	N	N	C

Obs.: **C** → Aspecto do estudo que conhece.

N → Aspecto do estudo que desconhece.

Desenho do Estudo

3.14 – Descrição do Método e Intercorrências na Coleta

Colhi os dados no Ambulatório de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina do ABC no período de 23 de novembro de 2.007 a 24 de fevereiro de 2012. Nesses mais de quatro anos foram quase 960 horas de atendimento distribuídas em 176 dias. Os 1.742 atendimentos (incluindo-se a seleção inicial) foram realizados por mim. Pois, como o objeto a ser testado era o modelo de atendimento, considereei que seria de fundamental importância manter a uniformidade desse processo.

A - Divulgação

Para divulgar o estudo visitei muitas Unidades Básicas de Saúde dos municípios de Santo André, São Bernardo e São Caetano onde conversei com inúmeros gestores e profissionais de saúde. Afixei cartazes nestes locais, duas ou três vezes por ano eu os trocava por novos. Realizei o mesmo trabalho de divulgação nos Ambulatórios e Campus da Faculdade de Medicina do ABC. Com este mesmo sentido dei entrevistas regulares (quase anuais) para três jornais locais e dois programas de televisão regionais. Acreditei que com essa ampla divulgação e com a alta prevalência da dispepsia funcional na população, não teria problemas para captar o número de pacientes necessários. Mas como veremos adiante, este foi um dos entraves para o desenvolvimento da pesquisa empírica.

B - Primeira Seleção:

Setecentos e cinquenta e três (753) pacientes passaram pela primeira seleção. Deste total, 546 (72,51%) apresentaram quadro clínico e exame físico compatíveis com dispepsia funcional. Para estes solicitei os exames que foram previamente estabelecidos para a confirmação diagnóstica: endoscopia digestiva alta, ultra-sonografia de abdome total e três amostras de proctoparazitológico de fezes. Solicitei 1.522 exames, sendo: 486 endoscopias, 504 ultrasonografias e 532 exames de fezes. Alguns pacientes já haviam

realizado esses exames nos últimos seis meses (prazo de validade estabelecido).

Os demais pacientes (que não apresentavam quadro compatível com dispepsia funcional) foram encaminhados para outros profissionais do próprio ambulatório de gastroenterologia ou mesmo de outras especialidades, conforme a necessidade de cada um.

Quadro 07 - Número de pacientes em cada fase do estudo.

		%	%	%	%
Primeira Seleção	753	100,00	-	-	-
Pacientes para os quais solicitei exames	546	72,51	100,00	-	-
Pacientes que retornaram com exames realizados	189	25,10	34,62	100,00	-
Pacientes que iniciaram o tratamento	131	17,40	23,99	69,31	100,00
Pacientes que terminaram o tratamento	74	9,83	13,55	39,15	56,49

C - Segunda Seleção:

Dos 546 pacientes, apenas 189 (34,62%) retornaram com os exames realizados. Os pacientes tiveram muitas dificuldades para realizar os exames na rede pública de saúde. Nos primeiros dezoito meses do estudo esta percentagem era ainda menor (perto de 10%). Conseguimos diminuir essas dificuldades quando acertamos parcerias com alguns serviços. Mesmo assim, este foi um dos grandes entraves da pesquisa.

Dos 189 pacientes que realizaram os exames 131 (69,31%) tiveram o diagnóstico de dispepsia funcional confirmado por esses e foram convidados para participarem do estudo. Foram informados sobre os objetivos e métodos que seriam utilizados e tiveram suas dúvidas esclarecidas. Liam e assinavam o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida respondiam pela primeira vez o Questionário de Sintomas de dispepsia funcional.

Por outro lado, os pacientes que não tiveram o diagnóstico confirmado ou que apresentavam outras patologias eram encaminhados para dar prosseguimento ao seu tratamento com outros profissionais.

D - Alocações

Os 131 pacientes que tiveram o diagnóstico confirmado (e que assinaram o TCLE e responderam pela primeira vez o Questionário de Sintomas) foram alocados aleatoriamente nos grupos: A ou B. E nos sub-grupos: A1, A2, B1 ou B2.

E - Atendimentos

Durante o transcorrer do estudo, tentei dividir os períodos de atendimento em: dias de consultas e dias de encontros terapêuticos, na maior parte das vezes isto foi possível. Os pacientes eram atendidos em média a cada 45 dias. Os que terminaram o seu tratamento, foram atendidos 4 vezes nos seis meses de tratamento.

F - Término

Para encerrar era agendado um quinto atendimento para que os pacientes entregassem os relatórios do quarto atendimento e respondessem pela segunda vez o Questionário de Sintomas. Nesse momento encerrava-se a sua participação no estudo. Dos 131 pacientes que deram entrada no estudo, 74 (56,49%) terminaram seu tratamento.

Este valor representa 9,83% do total de pacientes que participaram da primeira seleção. Levando-se em conta essa percentagem, seria necessário captar 7.528 pacientes na primeira seleção para que fosse atingido um mínimo de 185 indivíduos em cada "braço" de intervenção (valor calculado para o tamanho da amostra).

G - Intercorrências

Além dos dois entraves já descritos anteriormente, esse estudo apresentou algumas outras intercorrências, descritas abaixo:

a) Uma delas foi a decepção que vários pacientes demonstravam quando “descobriam” que o que seria testado não era um “novo medicamento” que iria resolver definitivamente o seu problema de saúde.

b) Alguns pacientes entraram no estudo com intuito de realizar os exames de endoscopia e ultrasonografia.

c) O tempo de tratamento (seis meses) e a locomoção até o local de atendimento foi uma barreira para a permanência de alguns pacientes no estudo.

d) O fato de dispepsia funcional ser uma “doença benigna” e a habilidade que os pacientes já haviam desenvolvido para conviver com ela também foi uma barreira.

Diante dessa situação, optou-se por encerrar o ensaio, contando com apenas um total de 131 sujeitos de pesquisa. Isso certamente implicará no poder dos testes estatísticos a serem realizados.

Todavia, consideramos que essa restrição não comprometerá o conjunto do trabalho.

3.15 – Análise Estatística

Os testes de aderência e de homogeneidade foram feitos por meio da estatística-teste de qui-quadrado. Para avaliar as magnitudes de diferenças entre frequências observadas e esperadas, usou-se os resíduos padronizados. Comparações entre médias foram conduzidas por intermédio das estatísticas de Mann-Whitney e Kruskal Wallis. Adotou-se um nível de significância de 5%. As análises foram realizadas com o aplicativo SPSS for Windows 13 e Epi Info 6.

3.16 – Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Esta pesquisa foi aprovada em 25 de abril de 2007 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC, acreditado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). (Apêndice A)

Após análise dos documentos apresentados o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo julgou que não havia necessidade de nova aprovação, apenas a tomada de ciência da pesquisa, o que foi realizado em 12 de novembro de 2012 (Apêndice B).

4.0 – ORÇAMENTO

Todos os custos com medicamentos, exames laboratoriais, impressos, fotocópias e transporte foram subsidiados pelo primeiro pesquisador, não incorrendo em qualquer comprometimento financeiro por parte das instituições envolvidas: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Faculdade de Medicina do ABC.

5.0 – RESULTADOS

Entre novembro de 2007 e fevereiro de 2012, participaram deste estudo 131 pacientes com diagnóstico de dispepsia funcional estabelecido clinicamente e por meio de exames laboratoriais. Esses pacientes, como dito, foram alocados aleatoriamente em quatro subgrupos: A1, A2, B1 e B2. Os dados da Tabela 1 mostram uma distribuição uniforme dos pacientes segundo subgrupo.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes segundo subgrupos.

Subgrupo	N	%
A1	31	23,7
A2	32	24,4
B1	34	26,0
B2	34	26,0
Total	131	100,0

$$\chi^2 = 0,206 \quad \text{gl} = 3 \quad p = 0,9492$$

Quanto ao sexo, dos 131 pacientes, 107 (81,7%) eram do sexo feminino e 24 (18,3%) do sexo masculino, estabelecendo uma proporção de 4,46 mulheres para cada homem. Essa maior proporção de mulheres se mantém após as alocações dos pacientes nos grupos / subgrupos. A Tabela 2 mostra que há uma proporção semelhante de homens e mulheres em cada grupo, ou seja, os grupos não diferem quanto a essa característica.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes segundo grupo e sexo

Grupo	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N	%	n	%
A	53	84,1	10	15,9
B	54	79,4	14	20,6
Total	107	81,7	24	18,3

$$x^2 = 0,49 \quad gl = 1 \quad p = 0,4858$$

A proporção de mulheres nos subgrupos A1, A2, B1 e B2 é de cerca 80%, e de homens em torno de 15 a 20%, as diferenças não são estatisticamente significantes, como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes segundo subgrupo e sexo

Grupo	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
A1	25	80,6	6	19,4
A2	28	87,5	4	12,5
B1	28	82,4	6	17,6
B2	26	76,5	8	23,5
Total	107	81,7	24	18,3

$$x^2 = 1,37 \quad gl = 3 \quad p = 0,7118$$

Quanto à idade, a Tabela 4 mostra que esses 131 pacientes têm em média 45,7 anos. Comparando-se os grupos A e B, o teste de Mann-Whitney implicou um valor de $p = 0,202$, ou seja, a diferença entre eles, quanto a variável idade, não é significativa. Para comparar a idade dos pacientes dos subgrupos A1, A2, B1 e B2 utilizou-se o teste de Kruskal Wallis que apresentou um nível de significância *a posteriori* = 0,064, ou seja, as diferenças entre as médias de idade não são estatisticamente significantes.

Tabela 4 – Medidas de tendência central e de dispersão das idades dos pacientes segundo subgrupo / grupo

Subgrupo/ Grupo	Estatísticas descritivas			
	Média	Mediana	Desvio-padrão	Amplitude de variação
A1	47,35	49	9,15	42 (60 – 18)
A2	41,19	42	10,15	38 (57 – 19)
B1	47,26	47	11,09	43 (66 – 23)
B2	46,79	46	9,57	34 (63 – 29)
A	44,22	45	10,09	42 (60 – 18)
B	47,03	49	10,28	43 (66 – 23)
Total	45,70	46	10,24	48 (66 – 18)

Estatística-teste de Mann-Whitney para comparação das médias de idade dos grupos A e B. $z = 1,275$ $p = 0,202$

Resultado do teste de Kruskal Wallis para comparação das médias de idade dos pacientes dos subgrupos A1, A2, B1 e B2. $\chi^2 = 7,269$ $gl = 3$ $p = 0,064$

Quanto ao uso da medicação de resgate, nenhum paciente ultrapassou o limite máximo estabelecido. Este tópico seria analisado em relação a dois critérios: o primeiro seria a “quantidade total de medicamento ingerido por paciente” e o segundo, o “número de vezes que cada paciente lançou mão desse medicamento”.

O critério “quantidade total de medicação ingerida” não foi analisado, pois as anotações dos pacientes não se mostraram confiáveis. No sentido de uniformizar a quantidade ingerida em cada “tomada da medicação”, inicialmente pensamos em estabelecer a “colher de sopa” como medida padrão, mas essa ideia foi abandonada, pois verificamos uma ampla variação de tamanho desse instrumento. Ficou estabelecido que cada “tomada” da medicação de resgate corresponderia a “três tampinhas cheias” do frasco desta medicação, aproximadamente 15 mililitros. O que inicialmente parecia ser um critério lógico e objetivo se transformou em um fator de difícil compreensão.

Alguns pacientes anotaram o “número de mililitros” ingeridos, outros, o “número de tampinhas” e outros ainda, o número de “tomadas”. Durante o transcorrer do estudo, foi feita uma tentativa de correção dessas anotações que não logrou sucesso, de tal forma que a variável “quantidade total de medicamento ingerido por paciente” não foi considerada na análise dos resultados.

Em relação ao atributo “número de vezes que o paciente utilizou a medicação de resgate”, a unidade foi o número de dias que o paciente lançou mão dessa medicação. Como pode-se observar na Tabela 5, em média, cada um dos 131 pacientes utilizou essa medicação durante 15,53 dias. Para comparar os grupos A e B quanto a esse critério utilizou-se o teste de Mann-Whitney, que mostrou um $p = 0,9002$, mostrando que as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significantes. Para comparar os subgrupos utilizou-se o teste de Mann-Whitney, onde $p = 0,9002$, ou seja, as diferenças entre os subgrupos não são significantes.

Tabela 5 – Medidas de tendência central e de dispersão da frequência de uso de medicação de resgate (dias) segundo subgrupo / grupo

Subgrupo/ Grupo	Estatísticas descritivas			
	Média	Mediana	Desvio-padrão	Amplitude de variação
A1	21,13	10,5	25,42	88 (0 – 88)
A2	10,19	0	18,68	65 (0 – 65)
B1	16,51	1	25,96	84 (0 – 84)
B2	14,62	3,5	21,29	78 (0 – 78)
A	15,48	2	22,69	88 (0 – 88)
B	15,58	3	23,62	84 (0 – 84)
Total	15,53	2	23,09	88 (0 – 88)

Resultado da estatística-teste de Mann-Whitney da comparação entre as médias dos grupos A e B. $z = 0,12$ $p = 0,9002$

Resultado do teste de Kruskal Wallis da comparação entre as médias dos subgrupos A1, A2, B1 e B2. $\chi^2 = 5,891$ gl = 3 p = 0,117

Diante, desses resultados, consideramos que os grupos/subgrupos são homogêneos.

Quanto ao tempo de duração de tratamento, observamos na Tabela 6 que, em média, cada um dos 131 pacientes permaneceu aproximadamente 120 dias no estudo. Com uma variação de 190 dias até 0 dias. “Zero” dias representa aqueles pacientes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam o Questionário de Sintomas de Dispepsia Funcional (primeira aplicação), mas não retornaram para o primeiro atendimento. Por sua vez, cento e noventa dias é o tempo de permanência no estudo daqueles pacientes que completaram o seu tratamento. Para comparar os grupos A e B, quanto a esse critério, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, com valor de p = 0,056, ou seja, a diferença está bem próxima do nível de significância estabelecido, no entanto, superior a ele. Quando distribuídos nos subgrupos observa-se que as médias de duração do tratamento dos pacientes dos subgrupos A1 (138,67), B1 (142,43) e B2 (122,35) são próximas, porém, a média dos pacientes do grupo A2 (78,34) é muito menor. Para comparar esses subgrupos utilizou-se o teste de Kruskal Wallis onde p = 0,004. Segundo a análise dos resíduos padronizados, o subgrupo A2 (z = 2,5) teve uma duração do tratamento menor que os demais. Não temos uma explicação ou interpretação plausível para esse fato.

Tabela 6 – Medidas de tendência central e de dispersão do tempo de duração do tratamento (dias) segundo subgrupo / grupo

Subgrupo/ Grupo	Estatísticas descritivas			
	Média	Mediana	Desvio-padrão	Amplitude de variação
A1	138,67	190	70,31	190 (0 – 190)
A2	78,34	10	89,90	190 (0 – 190)
B1	142,43	190	74,00	190 (0 – 190)
B2	122,35	190	86,63	190 (0 – 190)
A	107,53	122,5	85,91	190 (0 – 190)
B	132,54	190	80,50	190 (0 – 190)
Total	120,70	190	83,73	190 (0 – 190)

Resultado do teste de Mann-Whitney da comparação entre as médias da duração do tratamento. $z = 1,91$ $p = 0,056$

Resultado do teste de Kruskal Wallis da comparação entre as médias da duração do tratamento. $\chi^2 = 13,462$ $gl = 3$ $p = 0,004$

Quanto a haver terminado ou não o tratamento, dos 131 pacientes do estudo 74 (56,5%) completaram o tratamento e 57 (43,5%) abandonaram o tratamento antes do término. A Tabela 7 mostra que não há diferença significativa entre os grupos A e B quanto à proporção de pacientes que terminaram / não terminaram o tratamento ($p = 0,076$ no teste de qui-quadrado).

Tabela 7 – Distribuição dos pacientes segundo grupo e término do tratamento

Grupo	Término do tratamento			
	Sim		Não	
	n	%	N	%
A	30	48,4	32	51,6
B	44	63,8	25	36,2
Total	74	56,5	57	43,5

$$\chi^2 = 3,143 \quad gl = 1 \quad p = 0,076$$

Como podemos observar na Tabela 8, o subgrupo B1 apresenta numericamente uma proporção maior de pacientes que terminaram o tratamento (70,6) e A2 tem uma proporção menor (37,5), quando comparados os subgrupos A1 e B2 (respectivamente 58,1 e 58,8). O teste de qui-quadrado leva a concluir que não há diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos.

Tabela 8 – Distribuição dos pacientes segundo subgrupo e término do tratamento

Subgrupo	Término do tratamento			
	Sim		Não	
	n	%	N	%
A1	18	58,1	13	41,9
A2	12	37,5	20	62,5
B1	24	70,6	10	29,4
B2	10	58,8	14	41,2
Total	74	56,5	57	43,5

* Questionário de sintomas de dispepsia funcional

$$\chi^2 = 6,999 \quad \text{gl} = 3 \quad p = 0,072$$

Os 74 pacientes que terminaram o tratamento, foram analisados quanto ao fato de terem tido sucesso em seu tratamento. Sendo que o critério de sucesso foi definido como a “redução de 50% e mais” entre os scores obtidos nas duas aplicações do Questionário de Sintomas de Dispepsia Funcional (QSDF). A Tabela 9 mostra que 79,5% dos pacientes do grupo B reduziram 50% e mais do escore inicial ao término do tratamento, contra apenas 30% dos pacientes do grupo A. O teste de qui-quadrado apresenta um valor de $p < 0,001$. Assim, a diferença entre os grupos em relação a esse critério é

significante. A análise dos resíduos padronizados mostra que há mais redução no grupo B e menos redução no A.

Tabela 9 – Distribuição dos pacientes que terminaram o tratamento segundo grupo e redução de 50% e mais no score do QSDF*

Grupo	Redução de 50% e mais no QSDF			
	Sim		Não	
	n	%	N	%
A	9	30,0	21	70,0
B	35	79,5	9	20,5
Total	44	59,5	30	40,5

* Questionário de sintomas de dispepsia funcional

$$\chi^2 = 18,165 \quad gl = 1 \quad p = 0,00002$$

Resíduos padronizados (Tabela 9)

Grupo	resíduos padronizados	
A	-4,3	4,3
B	4,3	-4,3

A Tabela 10 mostra que nos subgrupos B1 e B2, 79,5% e 80% dos pacientes, respectivamente, alcançaram essa redução, contra apenas 22,2% e 41,7% dos pacientes dos subgrupos A1 e A2, respectivamente. O teste de homogeneidade teve um valor de $p < 0,001$, levando a concluir que a diferença entre os subgrupos é estatisticamente significativa. A análise dos resíduos padronizados nos leva a concluir que há mais redução nos subgrupos B1 e B2, menos redução em A2 e menos ainda em A1.

Tabela 10 – Distribuição dos pacientes que terminaram o tratamento segundo subgrupo e redução de 50% e mais no score do QSDF*

Subgrupo	Redução de 50% e mais no QSDF			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
A1	4	22,2	14	77,8
A2	5	41,7	7	58,3
B1	19	79,2	5	20,8
B2	16	80,0	4	20,0
Total	44	59,5	30	40,5

* Questionário de sintomas de dispepsia funcional

$$\chi^2 = 19,298 \quad \text{gl} = 3 \quad p = 0,0002$$

Resíduos padronizados (Tabela 10)

Subgrupo	resíduos padronizados	
A1	-3,7	3,7
A2	-1,4	1,4
B1	2,4	-2,4
B2	2,2	-2,2

6.0 – DISCUSSÃO

Como vimos a dispepsia funcional é uma patologia de alta prevalência, de alta morbidade e de grande impacto pessoal e social. É caracterizada apenas pela sua sintomatologia. Os critérios diagnósticos e os parâmetros de melhora ou piora baseiam-se em sintomas referidos pelos pacientes, a falta de critérios objetivos de avaliação provoca certo ceticismo diante da visão médica mais tradicional. Os conhecimentos de sua fisiopatologia são escassos. Em vista de tudo isso, a sua terapêutica constitui-se em um verdadeiro desafio.

Com o intuito de aprimorar o manuseio dos pacientes com dispepsia funcional muitas pesquisas buscam descobrir os mecanismos fisiopatológicos que possam definir a gênese dos sintomas, outras buscam uma causa orgânica na tentativa de por fim à essas limitações subjetivas. Em todas essas importantes linhas de investigação o foco da atenção é a patologia. Este estudo aponta para outra direção, onde o foco é o sujeito e o atendimento prestado pelo médico. E os bons resultados obtidos abrem caminho não só para uma nova abordagem, como também para uma nova linha de investigação.

Creditar os resultados obtidos neste estudo a uma boa relação médico / paciente é superficializar uma discussão que tem raízes muito mais profundas, o modelo integral passa por isso, mas vai muito além. A transformação de consultas em encontros terapêuticos modifica e melhora a relação médico / paciente, pois estabelece uma repactuação dessa relação em outras bases, de mais respeito, compreensão e simetria. Como observamos, os passos dessa transformação partem de uma reestruturação na base conceitual filosófica e ideológica. Os alicerces estão estabelecidos no pluralismo epistemológico, na ontologia, na hermenêutica e na teleologia. Sobre essa sólida fundação ergue-se uma estrutura que direciona o foco de atenção para o sujeito e não para a

doença. Passa pelo resgate da autonomia, do autocuidado e do autoconhecimento. E segue com o despertar das potencialidades inatas e da sabedoria popular e com o desenvolvimento das habilidades para a vida. Consegue integrar conhecimentos provenientes de fontes e metodologias distintas, pois reconhece que a unidade do ser humano é constituída por múltiplas dimensões subjetivas e objetivas. Observa que cada uma dessas fontes de conhecimento tem sua importância e fornece informações de ordens diferentes. As subjetivas falam sobre qualidade e profundidade (valor), as objetivas sobre quantidade e extensão. Mas, reconhece as limitações. Cada uma dessas dimensões limita-se à sua parcela de legitimidade, nenhuma tem a primazia sobre as demais. Em determinados contextos dá mais peso a uma dimensão em detrimento das outras, mas isso é analisado de maneira artesanal (caso a caso) e não como regra geral. E essa análise é realizada de forma conjunta entre médico e paciente.

Essas modificações descritas restabelecem o caráter de arte da medicina, sem comprometer a questão técnica. Elas resgatam o caráter humano da medicina, pois modificam a sua essência e a recolocam sobre os dois pilares que devem dar-lhe sustentação, o conhecimento científico e o conhecimento humanístico. A excelência técnica é uma condição necessária para a boa prática da medicina. Mas como observamos neste estudo, a excelência técnica é mais eficaz quando associada à arte, quando a intuição e a interpretação são tão importantes quanto os dados científicos objetivos.

Como o modelo tradicional tende a seriações e generalizações, ele rotula como iguais procedimentos que têm naturezas, enfoques e prioridades distintas. Um atendimento médico ambulatorial realizado em um consultório de clínica médica é diferente de um atendimento médico emergencial realizado por um traumatologista em um pronto socorro. Esses atendimentos médicos distintos são igualmente rotulados de “consulta médica”, deste equivoco ocorrem uma série de

incompreensões e distorções. Muitos pacientes ficam frustrados quando percebem a existência de envolvimento e abordagens diferentes nesses atendimentos médicos rotulados como iguais. Por outro lado, alguns médicos equivocadamente utilizam a abordagem indicada para atendimentos emergenciais em ambulatorios ou vice-versa. Outra distorção frequente é de ordem econômica, como esses procedimentos diferentes recebem o mesmo rótulo, tem o mesmo valor de reembolso.

Estudos clínicos geralmente são utilizados para testar medicamentos. Quando eram convidados para participar deste estudo alguns pacientes ficavam decepcionados quando “descobriam” que não participariam do teste de um “novo medicamento”. Esse fato demonstra claramente a crença na “pílula salvadora”. Uma supervalorização das funções que os medicamentos podem vir a desempenhar, criando dependências e expectativas. Acredita-se que existirá um medicamento para todo e qualquer problema de saúde, independente de sua gravidade ou nexos causal. Isto explica, em grande parte, a necessidade de transformar os fatos normais da vida cotidiana (dores, sofrimentos, angústias, crescimento, envelhecimento e morte) em doenças, pois desta forma pode-se tentar controlá-los com algum medicamento. Como se fosse possível viver sem estas dificuldades naturais da própria existência. Para tentar buscar uma solução rápida e eficaz para estas dificuldades, todos os dias são “criadas novas doenças” para as quais se busca uma solução medicamentosa. Isto vem se traduzindo numa contínua medicalização da vida cotidiana. Soma-se a isto o fato de que o “marketing científico” repete a exaustão que está prestes a descobrir o remédio ou a terapêutica para curar esta ou aquela doença.

É importante restabelecer a responsabilidade do paciente em cuidar de si. Ele deve buscar compreender as suas necessidades, melhorar o seu estilo de vida, evitar hábitos nocivos e procurar desenvolver uma alimentação sadia. Além de conhecer a sua doença crônica e controlar os fatores de risco que lhe são peculiares. Tornar o indivíduo um agente

ativo na condução da sua vida e na sua saúde. Esta perda de autonomia criou uma enorme dependência, não só em relação aos fármacos, mas também em relação aos profissionais de saúde. Grande parte deste processo deve-se à mercantilização da saúde. Essas ações não devem ser computadas como tentativas de despolitização do problema ou como ações de culpabilização do indivíduo. O indivíduo tem sim o seu grau de responsabilidade, mas a sociedade e os governos também devem assumir a parte que lhes cabe neste processo.

Neste ensaio clínico, como foi dito, a intervenção é um “novo modelo” de atendimento médico. Os resultados obtidos mostram que esse “novo modelo” de atendimento foi quase três vezes mais eficaz do que o modelo regularmente utilizado. Em um exercício de imaginação, supondo-se que a intervenção fosse um “novo medicamento”, os excelentes resultados obtidos nessa etapa (fase III), recomendariam a sua aprovação para comercialização imediata e início da última etapa (fase IV) para aprovação definitiva. Esse “medicamento” teria grande chance de ser um sucesso de mercado.

Nesse estudo testei o encontro terapêutico em pacientes portadores de dispepsia funcional, mas obviamente esta é uma abordagem que não se limita a essa patologia. Essa é a maneira como eu abordo meus pacientes em minha prática clínica cotidiana. Muitos médicos, depois de algum tempo de exercício profissional, sentem-se limitados, percebem as restrições e as amarras do modelo tradicional de consulta médica. E em face disso, vão paulatinamente modificando a “forma de consultar” seus pacientes e terminam por desenvolver abordagens peculiares, que tem muitos aspectos em comum com o modelo integral. Em alguns percebo certo constrangimento por estarem distanciando-se do “padrão científico” estabelecido por uma “medicina de evidências” míope que desqualifica e desvaloriza a vivência e a experiência profissional. Proponho que esses profissionais coloquem à

prova o modelo tradicional de consulta médica, demonstrando a sua fragilidade e ineficácia. Evidenciando a necessidade de suplantá-lo.

6.1 – Limitações do estudo

Inicialmente, foi estabelecido um número mínimo de 740 pacientes, distribuídos pelos quatro “braços” de intervenções, pelos motivos já descritos, no período de novembro de 2007 à fevereiro de 2012 conseguimos captar apenas 131 participantes. Este número menor de observações em relação ao estipulado não afetou o objetivo primário deste estudo, que era a comparação dos modelos de atendimento médico. Mas pode ter comprometido a observação de algumas tendências. Por exemplo, na Tabela 8, o subgrupo B1 apresenta uma possível tendência de ter uma proporção maior de pacientes que terminaram o tratamento em relação aos outros três subgrupos. Embora o teste de qui-quadrado tenha mostrado que não há diferença significativa entre esses subgrupos, o $p = 0,0072$ é muito próximo do nível de significância.

Desses 131 pacientes participantes do estudo 74 (56,49%) terminaram o seu tratamento. Nas análises que realizei me ative a esses pacientes, utilizei a “análise por protocolo”. Os pacientes que deixaram o estudo não foram considerados.

7.0 – CONCLUSÃO

Neste estudo o atendimento médico que tem a sustentação de uma base epistemológica ampliada (encontro terapêutico) foi 2,65 vezes mais eficaz do que o atendimento médico tradicional embasado no modelo biomédico (consulta médica) no tratamento de pacientes portadores de dispepsia funcional. Disto depreende-se que cuidar das pessoas é mais complexo, requer habilidade, disposição, boa vontade, envolvimento, técnica e treino, mas também é muito mais eficaz do que simplesmente tratar as suas doenças.

A excelência técnica é fundamental para a boa prática da medicina, mas ela é mais eficaz quando associada à arte.

ANEXOS

ANEXO A**QUESTIONÁRIO DE SINTOMAS DE DISPEPSIA FUNCIONAL**

Com relação aos últimos 30 dias

I - DOR

Qual a intensidade da dor abdominal (superior) na maioria dos dias neste período? ()

- 0. Ausente
- 1. Muito leve
- 2. Leve
- 3. Moderada
- 4. Forte
- 5. Muito forte

Qual a duração da dor na maioria dos dias neste período? ()

- 0. Não se aplica
- 1. Alguns minutos (menos que 30 minutos)
- 2. Menor que 2 horas
- 3. Maior que 2 horas

Com que frequência os Sr./Sra. apresentou dor abdominal nos últimos 30 dias? ()

- 0. Não se aplica
- 1. Raramente
- 2. 1 a 2 dias/semana
- 3. Quase diariamente
- 4. Diariamente

ESCORE TOTAL DOR _____ (máximo 12 pontos)

II - NÁUSEAS/VÔMITOS

Qual a intensidade das náuseas na maioria dos dias deste período? ()

- 0. Ausente
- 1. Muito leve
- 2. Leve
- 3. Moderada
- 4. Forte
- 5. Muito forte

Qual a duração aproximada da maioria dos episódios de náuseas? ()

- 0. Não se aplica
- 1. Alguns minutos (menos que 30 minutos)
- 2. Menor que 2 horas
- 3. Maior que 2 horas

Com que frequência o Sr./Sra. apresentou náuseas nos últimos 30 dias? ()

- 0. Não se aplica
- 1. Raramente
- 2. 1 a 2 dias/semana
- 3. Quase diariamente
- 4. Diariamente

Com que frequência o Sr.(a). apresentou vômitos nos últimos 30 dias?()

- 0. Não se aplica
- 1. Raramente
- 2. 1 a 2 dias/semana
- 3. Quase diariamente
- 4. Diariamente

ESCORE TOTAL NÁUSEAS/VÔMITOS: _____ (máximo 16 pontos)

III - DISTENSÃO/SACIEDADE

Qual a intensidade da sensação de distensão (“estufamento” /inchaço) nos últimos 30 dias? ()

- 0. Ausente
- 1. Muito leve
- 2. Leve
- 3. Moderada
- 4. Forte
- 5. Muito forte

Qual a duração destes episódios nestes períodos? ()

- 0. Não se aplica
- 1. Alguns minutos (menos que 30 minutos)
- 2. Menor que 2 horas
- 3. Maior que 2 horas

Com que frequência os Sr.(a). apresentou esses episódios dedistensão/inchaço no abdômen superior nos últimos 30 dias? ()

- 0. Não se aplica
- 1. Raramente
- 2. 1 a 2 dias/semana
- 3. Quase diariamente
- 4. Diariamente

Com que frequência o Sr.(a). apresentou sensação de estar com o estômago cheio logo após começar a comer, nos últimos 30 dias? ()

- 0. Sem saciedade precoce
- 1. Raramente
- 2. 1 a 2 dias/semana
- 3. Quase diariamente
- 4. Diariamente

ESCORE TOTAL DISTENSÃO/SACIEDADE _____ (máximo 16 pontos)

PONTUAÇÃO TOTAL DOS SINTOMAS DISPÉPTICOS

_____ (máximo 44 pontos)

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do projeto:

Do modelo biomédico ao biopsicossocial, da teoria à prática.

Prezado (a) Sr. (a):

O Sr.(a) está sendo convidado para participar de um estudo sobre a influência do atendimento médico no tratamento da Dispepsia Funcional.

Dispepsia Funcional é a doença da má digestão, pode causar dor ou desconforto na parte superior do abdome, prejudicando a vida das pessoas. Apesar disto, os exames não mostram nenhuma alteração, ou seja, são normais. Nesta doença só existe o mau funcionamento (a má digestão) do estômago, porém não existem lesões, úlceras ou alterações dos órgãos.

O uso de remédios nem sempre ajuda as pessoas que têm esta doença, entretanto, algumas melhoram até sem remédio. Esta doença tem muita influência do perfil psicológico e emocional e da forma de viver da pessoa e é exatamente isto que queremos pesquisar.

O objetivo deste trabalho é saber se a melhora do paciente é influenciada ou não pelo fato do médico levar em conta o emocional e a forma de vida do paciente durante o tratamento. Isto poderá ajudar os médicos entender um pouco mais sobre a sua doença e como tratá-la.

O estudo vai cuidar dos pacientes participantes através de tipos diferentes de consulta médica e de medicamentos utilizados. Caso o Sr.(a) aceite participar desta pesquisa, será sorteado para receber um dos tipos de tratamento e também diferentes tipos de medicação.

O Sr.(a) poderá ser sorteado para receber um medicamento –placebo, ou seja, um medicamento sem atividade no seu tratamento, isto é necessário para que a conclusão do estudo seja válida. De qualquer forma, caso o Sr(a) não obtenha melhora ao final do estudo, está assegurado seu tratamento pelo método que se mostrar mais eficaz.

Para participar, o Sr.(a) deverá realizar uma endoscopia e exames de fezes. A endoscopia é necessária para confirmar o seu diagnóstico de dispepsia funcional. Para isto, o Sr.(a) será submetido ao exame por um profissional altamente qualificado e especializado, sendo este um procedimento com um risco muito pequeno. O exame consiste em uma sedação e a introdução de um tubo flexível até o estômago, onde o médico vai verificar se existe a presença de alguma lesão.

O Sr.(a) deverá também responder um questionário com algumas perguntas, antes de começar o tratamento e depois de terminar, para que possamos saber se houve melhora. Fará também um Raio X simples do abdome , antes de iniciar o tratamento e depois que este acabar . Para fazer este Raio X, o Sr.(a) deverá tomar um comprimido com uma substância que pode ser vista na radiografia, esta substância não fará qualquer mal a você.

Após responder o questionário e fazer o Raio X, o Sr.(a) será atendido 4 (quatro) vezes pelo médico, Dr. Fernando Soares Guedes, que por aproximadamente 6 (seis) meses será responsável pelo seu tratamento.

Caso a Sra. esteja grávida não poderá participar deste estudo, se ficar grávida durante o estudo não poderá mais participar, mas isto não prejudicará o seu atendimento no Ambulatório.

Caso o Sr.(a) concorde em participar desta pesquisa deverá receber os remédios para tomar diariamente e também um antiácido (um liquido branco) que só vai usar se tiver dor ou o desconforto muito grande. Nestes dias deverá anotar, em um diário, como era a dor ou o desconforto que teve e quanto foi preciso tomar de antiácido (o liquido branco) para que melhorasse. Sua participação neste estudo é voluntária e não envolverá risco ou despesas para você. Caso se recuse a participar, isto em nada afetará ou prejudicará o seu atendimento.

Caso o Sr.(a) queira participar desta pesquisa, terá a liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento, bem como para abandonar a pesquisa, sem qualquer prejuízo para o seu atendimento ou tratamento nos Ambulatórios da Faculdade de Medicina do ABC.

Todas as informações sobre o Sr.(a) incluindo seu nome, serão confidenciais. Os dados que aparecerão na pesquisa não indicarão seu nome, endereço ou qualquer outra informação pessoal.

Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para as finalidades deste projeto. Os resultados da pesquisa serão divulgados em congressos e revistas médicas, mas sempre será preservada a identidade dos pacientes.

Não há remuneração por sua participação. Se no decorrer desta pesquisa, sua saúde sofrer algum agravo, comprovadamente decorrente dos procedimentos realizados, o Sr.(a) terá o direito de tratamento completo nesta instituição. Este estudo não traz nenhum risco para a sua saúde, os atendimentos serão realizados no Ambulatório de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina do ABC, sempre pelos mesmos médicos: o Dr. Fernando Soares Guedes (telefone: 4226-1807) e o Prof. Dr. Wilson Roberto Catapani (telefone: 4993-5416).

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida pessoalmente ou através dos telefones acima.

Eu, _____
declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que foi explicado, consinto voluntariamente em participar do presente protocolo de pesquisa.

Santo André, _____ de _____ de 20____ .

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador
(nome legível ou carimbo)

REFERÊNCIAS

Agreus L, Svardsudd K, Talley NJ, Jones MP, Tibblin G. Natural history of gastroesophageal reflux disease and functional abdominal disorders: a population-based study. *Am J Gastroenterol*. 2001; 96: 2905-2914.

Ameloot K, Janssen P, Scarpellini E et al. Endocannabinoid control of gastric sensorimotor function in man. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010; 31: 1123-1131.

Anaut M. *A Resiliência - Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores; 2005.

Anéas, TV, Ayres, JRCM. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface*. 2011; 15: 651-662.

Ang D, Talley NJ, Simren M et al. Review article: endpoints used in functional dyspepsia drug therapy trials. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011; 33: 634-649.

Antoniuzzi, AS; Dell'aglio, DD; Bandeira, DR. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estud. Psicol*. 1998; 3(2): 135-148.

Araujo SF. O lugar de Christian Wolff na história da psicologia. *Universitas Psychologica*. 2012; 11(3): 1013-1024.

Aristóteles. *Da alma de anima*. Bauru: Edipro; 2011.

Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. São Paulo: Martin Claret; 2000.

Aristóteles. *Os Pensadores*. São Paulo: Nova Cultura; 2004.

Aro P, Talley NJ, Agréus L et al. Functional dyspepsia impairs quality of life in the adult population. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011; 33:1215–1224.

Axon A. Management of uninvestigated dyspepsia: review and commentary. *Gut*. 2002; 50(4): 2002; 51-55.

Ayres JCRM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface*. 2004a; 8(14): 73-92.

Ayres JCRM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e sociedade*. 2004b; 13(3): 16-29.

Ayres JCRM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2001; 6(1): 63-72.

Ayres JCRM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*. 2007; 17(1): 43-62.

Barlach L. O que é resiliência humana? Uma contribuição para a construção do conceito (dissertação). São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2005.

Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: A que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*. 2002; 11(1): 67-84.

Bibeau G. O Humano entre a medida e a desmedida: o que são "evidências"? *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(10): 2808-2812.

Boaventura S. A árvore da vida. In: *Obras Escolhidas*. Caxias do Sul: Sulina; 1985.

Brandão JS. *Dicionário Mitico-etimológico*. Petrópolis: Vozes; 2008.

Brandão JS. *Mitologia Grega*. Petrópolis: Vozes; 2009.

Brook RA, Kleinman NL, Choung RS et al. Functional dyspepsia impacts absenteeism and direct and indirect costs. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010; 8: 498–503.

Campos GWS, Onocko-Campos RT, Del Barrio LR. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(10): 2797-2805.

Capra F. *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Cultrix; 1982.

Coelho Junior AG, Mahfoud M. As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e inter-relações na obra de Viktor Frankl. *Psicol. USP*. 2001; 12(2): 95-103.

Costa CD. Distúrbios Funcionais do Trato Gastrointestinal. *Fac. Ciênc. Méd.* 2005; 7(3): III.

Cusa N. *A Doute Ignorância*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2003.

Cyrulnik B. *Autobiografia de um espantelho. Histórias de Resiliência - O retorno a vida*. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2009.

Dante A. *A Divina Comédia*. São Paulo: Martin Claret; 2007.

Descartes R. *Discurso do método*. Porto Alegre: L&PM; 2013.

Dilthey W. *Introdução ao estudo das ciências humanas*. São Paulo: Forense universitária; 2010.

El-Serag HB, Talley NJ. Systemic review: The prevalence and clinical course of functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004; 19: 643-54.

Engel GL: From biomedical to biopsychosocial. *PsychotherPsychosom* 1997; 66: 57-62.

Engel GL: The biopsychosocial model and medical education: who are to be teachers? *N Engl J Med*. 1982; 306: 802–805.

Engel GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196: 129–136.

Feyerabend P. *Contra o método*. São Paulo: Unesp; 2011.

Frank A. *The wounded storyteller. body, illness and ethics*. Chicago: The University of Chicago Press; 1995.

Frankl V. *A vontade de sentido*. São Paulo: Paulus; 2013.

Frankl V. *Psicoterapia e sentido da vida*. São Paulo: Quadrante; 2010.

Gallian DMC. O papel das humanidades na medicina. *Psiquiatria na prática médica*. 2002; 34(4): 5-8.

Gallian, DMC. A (re)humanização da medicina. *Psiquiatria na prática médica*. 2000; 33(2): 5-8.

Gorayeb, R. O ensino de habilidades de vida em escolas no Brasil. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2002; 3(2): 213-217.

Habermas J. Teoria do agir comunicativo. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2011.

Hammer J, Eslick GD, Howell SC et al. Diagnostic yield of alarm features in irritable bowel syndrome and function dyspepsia. 2004; 53: 666-672.

Heidegger M. A questão da técnica. Porto Alegre: Sulina; 2006a.

Heidegger M. Ser e tempo. Petrópolis: Vozes; 2006b.

Heikkinen M, Farkkila M. What is the long-term outcome of the different subgroups of functional dyspepsia? *Aliment Pharmacol Ther*. 2003; 18: 223-229.

Hillman J. The thought of the heart. Putnam: Spring Publications; 1981.

Holtmann G, Siffert W, Haag S et al. G-protein beta 3 subunit 825 CC genotype is associated with unexplained (functional) dyspepsia. *Gastroenterology*. 2004; 126: 971-979.

Houaiss. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

Japiassú H, Marcondes D. Dicionário Básico de Filosofia. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

Jung CG. A Energia Psíquica. Petrópolis: Vozes; 2012.

Jung CG. A prática da psicoterapia. Petrópolis: Vozes; 2011a.

Jung CG. Tipos psicológicos. Petrópolis: Vozes; 2011b.

Kant I. Crítica da razão pura. São Paulo: Wmf Martin Fontes; 2011.

Kellert SH, Longino HE, Waters CK. Scientific pluralism. Minnesota: The University of Minnesota Press; 2006.

Kent JT. Lições de Filosofia Homeopática. São Paulo: Organon; 2009.

Koenig HG. Spirituality in patient care: why, how, when, and what. Pennsylvania: Templeton Press Foundation; 2002.

Lee KJ, Tack J. Duodenal implications in the pathophysiology of functional dyspepsia. J Neurogastroenterol Motil. 2010; 16: 251-257.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública. 2004; 20(5): 1411-1416.

Mello T. Faz escuro mas eu canto. São Paulo: Bertrand Brasil; 2007.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2005.

Minayo MCS. A busca da verdade no campo científico da saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2013; 18(10): 2806-2808.

Minayo MCS. Da inteligência parcial ao pensamento complexo: desafios da ciência e da sociedade contemporânea. Política & Sociedade. 2011; 10(19): 41-56.

Minayo MCS. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. Emancipação. 2010; 10(2): 435-442.

Moraes Filho, JPP, Chinzon D. Dispepsia Funcional in Mincis M, Gastroenterologia & Hepatologia: Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: Lemos; 1997.

Noronha MGRCS, Cardoso PS, Moraes TNP, Centa ML. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? Ciênc. saúde coletiva. 2009; 14(2): 497-506.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Life skills education for children and adolescents in schools. Geneve: OMS; 1997.

Parkman HP, Camilleri M, Farrugia G et al. Gastroparesis and functional dyspepsia: excerpts from the AGA/ANMS meeting. *Neurogastroenterol Motil*. 2010; 22: 113-133.

Passos MCF, Coelho LGV, Castro LP. Dispepsia Funcional. In Dani R, Castro LP. *Gastroenterologia Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993.

Pessoa F. O Guardador de rebanhos. São Paulo: Globus Editora; 2009.

Pierucci AF. O desencantamento do mundo. Todos os passos do conceito de Max Weber. São Paulo: Editora 34, 2013.

Platão. Diálogos. Bauru: Edipro, 2.000.

Plotino. Tratados das Enéadas. São Paulo: Polar; 2.000.

Rosa JG. Sagarana. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2005.

Sander GB, Mazzoleni LE, Francesconi CFM, Ott EA, Wortmann A, Al T, Da Cruz VP, Da Silva AC, Matioti S, Somm GJ, Goldim JR. Development and validation of a cross-cultural questionnaire to evaluate nonulcer dyspepsia: the Porto Alegre Dyspeptic Symptoms Questionnaire (PADYQ). *Digestive Diseases and Sciences*. 2004; 49: 1822-1829.

Scheler MF. A posição do homem no Cosmos. São Paulo: Forense universitária; 2003.

Schraiber LB. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios e outros dilemas. (tese livre-docência). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1997.

Shaib Y, El-Serag HB. The prevalence and risk factors of functional dyspepsia in a multiethnic population in the United States. *Am J Gastroenterol*. 2004; 99: 2210-2216.

Silva FM. Dispepsia: caracterização e abordagem. Rev Med. 2008; 87(4): 213-223.

Tack J, Bisschops R, Sarnelli G. Pathophysiology and treatment of functional dyspepsia. Gastroenterology. 2004; 127: 1239-1255.

Tack J, Masaoka T, Janssen P. Functional Dyspepsia. Curr Opin Gastroenterol. 2011; 27(6): 549-557.

Tack J, Talley NJ, Camilleri M et al. Functional gastroduodenal disorders. Gastroenterology. 2006; 130: 1466-1479.

Tack J. Prokinetics and fundic relaxants in upper functional GI disorders. Curr Opin Pharmacol. 2008; 8: 690–696.

Talley NJ, Vakil NB, Moayyedi P. American gastroenterological association technical review on the evaluation of dyspepsia. Gastroenterology. 2005; 129: 1756-1780.

Tomas de Aquino. Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultura; 2004.

Van Oudenhove L, Vandenberghe J, Dupont P et al. Regional brain activity in functional dyspepsia: a H(2)(15)O-PET study on the role of gastric sensitivity and abuse history. Gastroenterology. 2010; 139: 36-47.

Vanistendael S, Lecomte J. Le bonheur est toujours possible: construire la résilience. Paris: Bayard Éditions; 2000.

Vasconcelos EM (organizado). A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.

Veldhuyzen Van Zanten SJ, Cleary C, Talley NJ, Peterson TC, Nyren O, Bradley LA et al. Drug treatment of functional dyspepsia: a systematic analysis of trial methodology with recommendations for design of future trials. Am J Gastroenterol. 1996; 91(4): 660-673.

Veldhuyzen Van Zanten SJ. Assessment of outcome in dyspepsia: Has progress been made? Gut. 2002; 50(4): 23-25.

Weisberger L. O Diabo veste Prada. Rio de Janeiro: Record; 2009.

Wilber K. A União da Alma e dos Sentidos. São Paulo: Cultrix; 2001.

Young J. Friedrich Nietzsche – Uma biografia filosófica. Rio de Janeiro: Forense; 2014.

Zagari RM, Law GR, Fuccio L et al. Epidemiology of functional dyspepsia and subgroups in the Italian general population: an endoscopic study. *Gastroenterology*. 2010; 138: 1302-1311.

Zenevich, L; Moriguchi, Y; Madureira, VSF. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. *Rev. Esc Enferm USP*. 2013; 47(2): 425-447.

APENDICES