

# As Exposições Clínicas

Além das teorias e dos protocolos,  
a diferença clínica é dada por quem trata.

All the clinics  
that are  
fit to print. **2**

**Seminário de  
Jorge Forbes 2004**

**28 de abril de 2004**  
sinopse por Andréa Naccache

## **2ª sessão**

Conversa com

**Carol Sonenreich**

### **Psiquiatria Baseada em "Evidências"**

Debates sobre a possibilidade e a validade de elaborar uma  
medicina baseada em provas.

#### **Abertura: Jorge Forbes**

Carol Sonenreich falará sobre um movimento crescente em nossos dias: a proposta de uma Medicina Baseada em Evidências (MBE). Só em sites de língua portuguesa, através do sistema de pesquisas Google, da internet, Jorge Forbes localizou 1.680 referências à expressão – não em centros de literatura especializada, mas entre textos disponíveis ao grande público.

A Medicina Baseada em Evidências ganhou *status* de critério de cientificidade das pesquisas, como índice de seriedade que assinala tudo o que é digno de verbas estatais nos campos do ensino e da saúde, na área médica.

Mas Sonenreich recomenda cuidado, ao questionar um aspecto primário desta proposta, a própria noção de "evidência". Para ele, o diagnóstico não fala de fatos em si, é uma leitura do médico; então, como poderia haver evidências precisas para um diagnóstico?

Um artigo de Sonenreich compreende essa sua exposição: "Sobre a MBE". É um entre três trabalhos seus que serão publicados em breve, em um novo tratado de psiquiatria co-organizado por Zacaria Ramadan.

A consequência dessa posição de Sonenreich é que um diagnóstico não pode ser utilizado fora do campo de atuação clínica. Algo compatível com o que Forbes tem defendido na psicanálise: conceitos estão submetidos à lógica da intervenção analítica, e não descrevem uma realidade. Por isso, diz ele, não há sentido em apontar "obsessivos" ou "histéricas" nas ruas...

## **Carol Sonenreich**

A idéia de partida dessas suas exposições no seminário de Forbes, diz Sonenreich, foi sua ocupação atual em ampliar e revisar os capítulos que publicará sob a organização de dois colegas, um deles da direção da cadeira de psiquiatria da USP – como disse Forbes: Zacaria Ramadan.

Os colegas pediram-lhe, para o livro, artigos que não reproduzissem os manuais mas, ao contrário, que trouxessem posições. Por isso, Sonenreich decidiu manifestar-se sobre três publicações que lhe surpreenderam no ano antecedente, 2002, uma delas sobre a MBE.

Há vários anos, conta ele, há uma recomendação mundial de se fazer medicina “baseada em provas”, como se as provas livrassem os médicos do conhecimento transmitido apenas pela “palavra do mestre”, nem sempre demonstrável.

## **Medicina com mais ou menos provas**

Essa recomendação não é nova. As faculdades de prestígio, até o século XVII, curiosamente ensinavam Hipócrates com a mesma intenção, a de atentar às evidências. Oxford, por exemplo, reuniu notáveis – muitos deles introdutores de leis ainda aplicadas na química, na física e em outras ciências – que transmitiam, antes de tudo, o pensamento clássico dessa linha, com 2.500 anos. Este ensino, fundado em textos recuperados do grego por versões latinas e árabes, ao buscar evidências, como se acontecer, conquistou o peso da maestria. Estudar medicina era estudar Aristóteles, aplicar Galeno, gerando uma prática que não distinguia bem alquimia e ciência.

No tempo das guerras religiosas inglesas, conta Sonenreich, médicos investigavam as partículas ao mesmo tempo em que procuravam a “pedra filosofal”. Enquanto pesquisavam, com pressupostos do pensamento grego, como “converter alguma matéria em ouro”, identificaram muitos dos produtos da química atual, inclusive remédios.

Nesse limiar entre alquimia e ciência, portanto, em meados do século XVII, descobertas médicas importantes foram feitas. Por exemplo, Thomas Willis localizou um complexo vascular na base do cérebro, o ainda hoje chamado “círculo de Willis”.

Desse período foram-nos legadas idéias especialmente bonitas, embora, algumas delas, precárias. Sob a influência do dualismo corpo e mente, ainda vingava, por exemplo, a proposta de que houvesse partículas de espírito no sangue, responsáveis por todo o movimento da matéria do corpo.

Descartes, ele mesmo, indicava uma glândula cerebral que liberaria os espíritos da parte material do sangue (nesse tempo, não se pensava o cérebro como sede dos sentimentos, mas como órgão secundário, de uma função curiosa: resfriar o sangue, ao extrair os espíritos para seus ventrículos).

Mas se a existência do sangue era há tempos reconhecida, a medicina tardou a pensar sua circulação. Em primeiro lugar, porque o sangue era tido como alimento do corpo, elemento constitutivo dos ossos, da pele... até que um pesquisador inglês entendesse que a quantidade de sangue bombeada nos animais é muito inferior ao seu peso corporal. Como o sangue poderia fornecer a matéria do organismo? Ele transporta, não fornece. William Harvey foi quem sugeriu pela primeira vez a circulação sanguínea.

Dois apontamentos detêm Sonenreich nesse exemplo. Primeiro, ele indica nos cálculos de peso de Harvey uma das virtudes da medição. Assim, em referência à sessão de abertura do Seminário, por Forbes, responde que, quando tem esse tipo de préstimo, a medição não deve ser dispensada.

Em segundo lugar, Sonenreich se mostra sensível ao fato de que Harvey, logo que apresentou suas descobertas, não teve crédito. O reconhecimento tardou e, se chegou para ele ainda em vida, é preciso lembrar que ele contava com a notoriedade de ser o

médico do Rei: alusão ao fato de que a justificativa da ciência não é científica. Onde ontem os reis justificavam, hoje o capital dos laboratórios o faz, como será dito adiante.

É daquele tempo a crença franco-inglesa do rei como curandeiro. A escrofulose, na Inglaterra, só podia ser tratada pelo rei, que colocaria as mãos sobre a cabeça do súdito para curá-lo. Por isso, foi chamada a "doença do Rei".

### **Autores de doenças**

Há um acerto precioso nessa forma de pensar, realça Sonenreich: é correto que a doença tenha o nome de seu autor, como a doença é "do Rei", o mal é "de Parkinson", a síndrome é "de Korsakoff".

A doença é uma maneira do autor conhecer e formular uma situação da realidade. Não é a própria realidade, mas sim "uma descrição dessa realidade nos termos do médico" – diz ele. Com mais ênfase: "o sofrimento é do paciente, mas a doença é do médico". Quem vai ao centro espírita, ou a um xamã, recebe outras interpretações de seu sofrimento que não a "doença".

Melhor que a "medicina baseada em evidências", ou a transmissão da palavra do mestre, Sonenreich sugere uma "medicina de autores".

### **Dos usos da MBE**

A medicina baseada em evidências, e não em opiniões e afirmações de mestres, seria uma proposta animadora, em princípio, se oferecesse um código de leitura, a partir de critérios de observação, que permitisse uma base de referências mais uniforme à comunidade médica internacional. Porém, não há, na medicina, "provas" bastantes ao consenso.

Sonenreich critica o sistema por ter se tornado, através de seus crivos, uma forma de censura: uma vez postas as regras da "prova", autores precisam se enquadrar para terem trabalhos publicados. O pensamento que exceder o estrito regulamento da "evidência" não será levado à comunidade.

Mais que isso, importa pensar que essas regras têm, elas mesmas, seus autores. Atendem, portanto, a uma ordem mais política que científica. Quem domina uma revista, por exemplo, diz Sonenreich, pode vetar publicações sob o pretexto de falta de cientificidade. Há sempre alguém que decide quais as provas válidas, o que está ou não suficientemente provado.

Esse sistema submete os profissionais e dirige as pesquisas de maneira radical, porque a publicação é um quesito fundamental na carreira médica, faz parte do currículo necessário à admissão como professor.

Em suma, diz Sonenreich, fazer ciência com provas foi uma aspiração que não levou a soluções significativas de progresso e, ao contrário, permitiu a uma certa categoria dominar os rumos da medicina.

Não é tão difícil assim fazer parte dessa categoria – basta apoio de laboratórios e acesso a editores de revistas. São os valores desse médico.

Sonenreich conta que nunca se animou a escrever às revistas estrangeiras consideradas de grande impacto, ainda que, nas vezes em que ocorreu remeter artigos a elas, sempre tenha sido acolhido. Ele as considera empobrecidas pelos critérios da MBE. Embora seja ávido por novidades e procure a melhor leitura, diz que raramente mais de um artigo o interessa nessas publicações. *Archives* não lhe traz satisfação, *British* costuma ser um pouco melhor. Ele valoriza mais as revistas francesas e, eventualmente, também trabalhos do Canadá francófono.

## Reação

Teorizada e sacralizada a MBE, na atualidade – como Forbes comentou – Sonenreich está satisfeito, porém, por encontrar os primeiros textos na contra-corrente dos provadores.

Começou-se a escrever que as tais “provas” não são assim tão “provadoras”, que as normas que ordenam a MBE são sempre formulações de alguém, a partir de suas perspectivas pessoais. Relata que, em 1996, foi proposta uma hierarquia, assinada por Sackett, dos tipos de estudos dignos de serem considerados fornecedores de evidências:

- 1) as metanálises das pesquisas randomizadas-comparadas;
- 2) pelo menos um estudo randomizado-comparado;
- 3) pelo menos um estudo controlado sem randomização;
- 4) pelo menos um estudo quase experimental;
- 5) estudos não experimentais, descritivos, comparativos;
- 6) relatórios de peritos, opinião de autoridades.

Desde então, essa hierarquia adquiriu caráter solene, a ponto de certas revistas considerarem apenas os estudos randomizados-controlados como científicos (opiniões e relatos de casos passaram a ser publicados restritivamente na seção *cartas*, esclarece Sonenreich em seu artigo).

Já em 2000, porém, o mesmo Jornal da Associação Médica Americana que afirmara esses critérios foi capaz de publicar um artigo dizendo “não é bem assim”, “o critério não é tão fixo”. Um abalo às normas da medicina experimental.

Sonenreich escrevera, então, a crítica a uma pesquisa que apresentava metanálises contraditórias. Depois, no Brasil, Dantas e Lopes, da Escola Paulista de Medicina, tomaram posição em um jornal oficial, do Conselho Federal de Medicina, criticando não apenas o sistema de critérios mas, inclusive, os abusos políticos. Diziam, com certo exagero, que “não há MBE”, e expunham situações de fraude e falsificação de dados. Além disso, notavam que os artigos publicados são preferencialmente os financiados por laboratórios.

Surpreendente, diz Sonenreich, é que essas opiniões sejam ouvidas hoje, e encontrem caminhos oficiais de apresentação, no combate a uma estrutura autoritária já tão bem instalada.

## Entre o dado e o caso

Diante da pesquisa bem feita, no entanto, como proceder? Sonenreich relata a questão, exemplar, do uso medicamentoso do lítio. Como clínico, entendia que o remédio é bom em algumas situações e ineficaz noutras, quando mal ministrado.

Recentemente, entretanto, uma pesquisa laboratorial conduzida na Inglaterra concluiu que o lítio não produz melhora. A pesquisadora responsável calculou o percentual de casos com resultados positivos e percebeu que o índice de sucesso poderia ser atribuído em parte ao efeito placebo, e, ademais, à cura espontânea.

Houve grande resistência dos médicos a essa conclusão. Sonenreich preferiria que ela estivesse enganada, diz. Não foi possível, pois lendo os artigos de contestação, percebeu a fraqueza dos argumentos que refutam a pesquisa.

E agora, diante de um cálculo como esse, que dizer sobre a experiência do clínico? Sonenreich, por não ser um fanático das estatísticas, reconhece que se deve levar em consideração a convicção de um colega, se ele diz “eu tenho meus casos” e indica que o remédio teve resultado. Até porque há um valor fundamental, para a medicina, no estudo do caso particular, do caso único, que a ordem da MBE ignora. Na história das descobertas médicas, muito foi obtido desse tipo de estudo. Um trabalho destituído das “provas”, tal como foram consagradas, não é de uma medicina inferior, absolutamente.

## Debate

Forbes nota o otimismo de Sonenreich, pela campanha daqueles que falam contra a MBE. Porém, há um forte movimento atual na França para avançar na classificação da clínica. O Brasil caminha no mesmo sentido: as principais escolas de medicina nacionais têm como orientação clínica a "evidência" – exceto pelo Hospital do Servidor, dirigido por Sonenreich. A Associação Brasileira de Psiquiatria, lembra Forbes, promoveu recentemente todo um congresso sobre a MBE.

Sonenreich responde que, ainda assim, é chamado a falar, é ouvido – e também Forbes, que tem participado dos congressos de psiquiatria. Nenhum dos dois jamais seria calado, e isso é bastante significativo.

A despeito de sua posição, Sonenreich não deixa de estar nos quadros da psiquiatria oficial e, embora não leccione na USP, na Escola Paulista ou na Santa Casa, tem sido recebido em conferências de honra.

Há sim, um quê de homenagem nos convites que lhe são feitos – Forbes reforça: enquanto Sonenreich é chamado à mesa dos notáveis, com outros grandes nomes da geração que formou muitos dos professores de hoje, nas outras salas dos congressos fala-se irrefletidamente em estatísticas, a corrente dominante tem seu curso inabalável.

Sonenreich concorda e, mais, deixa claro que não espera mudança nessa linha prevalecente. Acredita, no entanto, que a abertura a ouvi-lo, como os convites feitos a Forbes, a psicanalistas, ou àqueles que pensam a psiquiatria a partir do existencialismo – de Heidegger, por exemplo – não deve cessar, porque as autoridades institucionais se dão conta hoje, cada vez mais, que o trabalho que realizam desde os anos 80 já não se sustenta mais.

Não há chance de reforma, como gostaria Forbes, mas resta algo que Sonenreich preza, em seu otimismo: não é impedido de falar.

"E não lhe preocupa, como professor, que o jovem, na faculdade de medicina, tenha um forte atrativo para a MBE?" – Forbes insiste.

"Sim", ele responde: por isso, no Servidor, tem mantido, na medida do possível, sua revista TEMAS. Agora promove também um simpósio sobre a "nova geração" da psiquiatria. Nesse evento, será bastante discutida a carreira médica – especialmente a residência e a pós-graduação – porque é no momento de lançá-la que o jovem tende a procurar a garantia financeira oferecida mais facilmente na linha da MBE.

No mais, reconhece que há muitos psiquiatras capazes de dizer "Carol é o meu guru" sem seguirem sua clínica. Muitos jamais deixariam de dizer que foram seus alunos, mas talvez nem gostem de sua maneira de clinicar, imagina ele. Ou então, conclui: "se não consigo convencer mais, talvez seja porque meus argumentos não são suficientes".

Por isso, questiona o fechamento intelectual. Sonenreich considera uma falha "ser incapaz de ver alternativa", mas percebe que estará sempre limitado no alcance de seus argumentos, por haver fórmulas que não pode aceitar. Há sempre algo em seu pensamento que ele precisa resguardar, um ponto essencial sobre o qual não há concessão possível: "sem isso, não sou mais eu".

O olhar de Carol Sonenreich não é, afinal, sempre otimista. Porém, o que o sensibiliza não é tanto a dificuldade política, ele diz, mas especialmente a tristeza de constatar que "todos esses 25 anos de pesquisas sob a ordem da MBE não trouxeram absolutamente nada significativo para a psiquiatria".

## Das novidades

O primeiro antidepressivo é de 1953. Em 1955, os neurolépticos foram introduzidos na França. Um pouco antes, tinham aparecido os ansiolíticos. Desde então, reeditam-se os mesmos remédios, um pouco melhorados ou um pouco piorados. Houve um esforço de

avanço através das drogas, mas nada efetivamente novo foi obtido, nada que abra perspectivas.

Nosso esforço, diz Sonenreich, deve ser pela elaboração de novidades, ainda que, num primeiro momento, elas necessariamente sejam rejeitadas – como foi a circulação sanguínea quando Harvey a propôs. O novo é sempre estranho.

Sonenreich recomenda cuidado, no entanto na identificação do novo, por exemplo, em “doenças da atualidade”. Isso pressupõe um “realismo” da doença incompatível com a historicidade dos conceitos.

Indagado, responde, por exemplo, que nunca usou a noção de “síndrome do pânico”. Entende que é um conceito mal pensado.

Outro exemplo: há literatura que identifica casos de ‘esquizofrenia’ entre os gregos. É preciso estranhar: se o conceito de esquizofrenia foi formulado em 1913, como aplicar seu diagnóstico em um tempo anterior? Não se pode tomar o conceito por realidade, ou entender que ele é capaz de nomear definitivamente uma realidade.

As nosografias atuais começaram a ser elaboradas no século XIX. Nessa ocasião, o termo ‘esquizofrenia’ era inexistente, falava-se em ‘demência precoce’. Bleuler inventou o conceito, em resposta a propostas de Kraepelin.

As fórmulas que definem uma doença sempre podem mudar, por uma reorientação na clínica e nas pesquisas. Por isso, é preciso dissociar a história das classificações da história da situação designada pelo termo “doença”.

No limite, por isso, sequer podemos dizer que conhecemos a “causa” de uma doença, do ponto de vista psíquico.

Sonenreich declara-se um clínico que não procura “causas”. Procura, isto sim, maneiras eficientes de intervir.

## Encerramento

Sonenreich comentara as disputas políticas do mundo psi francês – essa querela atual sobre a classificação e a avaliação das diversas clínicas – e vira, no esforço do trabalho de uma analista parisiense, um certo despropósito. Para Sonenreich, a única vitória que se pode obter nessa polêmica não é nuclear à clínica: trata-se de uma posição pública que definirá quem ganha ou perde reembolsos estatais ou securitários. Então, para quê?

Ao concluir a sessão, Forbes realça justamente essa pergunta de Sonenreich, como fundamental a todo trabalho: “para quê?”

São, aliás, três questões fortes que Sonenreich faz a seus alunos, e que Forbes guarda como formação. Uma primeira: “para sustentar sua posição, são necessárias tantas referências?” Uma segunda: “se seu trabalho não puder ser entendido por mais ninguém, fora você, para quem você o fez?”. E essa terceira, fundamental, o “para quê?” que atenta à direção de um trabalho, ao que se espera como seu efeito.

Forbes comenta, com Lacan, alguns dos principais pontos desenvolvidos na conferência, em especial o fato dele, Lacan, ter, ao final de seu ensino, desvinculado a noção de verdade da de certeza: a “evidência”, diz Forbes, está presa à noção de verdade, e Sonenreich mostra o quanto ela é incerta... A clínica e sua transmissão não estão fundadas na “verdade” da “evidência”, mas sim na certeza que sustenta a intervenção.