

COVID-19 e a crise da (bio)Medicina: entre a incerteza e os protocolos clínicos

COVID-19 and the (bio) Medicine crisis: between uncertainty and clinical protocols

COVID-19 y la (bio) crisis de la medicina: entre la incertidumbre y los protocolos clínicos

Carolina Lopes de Lima Reigada¹, Bruno Pereira Stelet¹

¹ UERJ, Maracanã, Rio de Janeiro - RJ, Brasil

² Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal, Brasília - DF, Brasil

Resumo

A pandemia do COVID-19 tem permitido analisar crises sistêmicas em diferentes aspectos da vida social. A crise da Racionalidade Biomédica parece ser reiterada, de um lado pela narrativa estatística dominante por meio da contabilidade de casos e mortes a cada dia. Por outro lado, pela escassez, até o momento, de evidências científicas acerca de exames diagnósticos e tratamentos medicamentosos para a nova doença. A profusão de protocolos clínicos e a necessidade de lidar com tamanha incerteza no encontro com pacientes em sofrimento são elementos que exigem retomar uma pergunta fundamental, em especial para a Medicina de Família e Comunidade: como exercitar o Cuidado em Saúde em um contexto de rupturas dos vínculos de confiança?

Palavras-chave: Infecções por Coronavirus; Medicina Baseada em Evidências; Avaliação da Tecnologia Biomédica; Relações Médico-Paciente

Abstract

The COVID-19 pandemic has made it possible to analyze systemic crises in different aspects of social life. The crisis of Biomedical Rationality seems to be reiterated, on one hand, by the dominant statistical narrative through the accounting of cases and everyday deaths. On the other hand, due to the scarcity, so far, of scientific evidence about diagnostic tests and drug treatments for the new disease. The profusion of clinical protocols and the need to deal with such uncertainty when meeting with suffering patients are elements that demand a return to a fundamental question, especially for Family Medicine: how to exercise Health Care in a context of ruptures of bonds of trust between patients and physicians?

Keywords: Coronavirus Infections; Evidence-Based Medicine; Technology Assessment, Biomedical; Physician-Patient Relations

Resumen

La pandemia de COVID-19 ha permitido analizar crisis sistémicas en diferentes aspectos de la vida social. La crisis de la racionalidad biomédica parece ser reiterada, por un lado, por la narrativa estadística dominante a través de la contabilización de casos y muertes todos los días. Por otro lado, debido a la escasez, hasta ahora, de evidencia científica sobre pruebas de diagnóstico y tratamientos farmacológicos para la nueva enfermedad. La profusión de protocolos clínicos y la necesidad de lidiar con tanta incertidumbre al encontrarse con pacientes que sufren son elementos que exigen volver a una pregunta fundamental, especialmente para la medicina familiar y comunitaria: ¿cómo ejercer la atención médica en un contexto de rupturas de vínculos de confianza?

Palabras clave: Infecciones por Coronavirus; Medicina Basada en la Evidencia; Evaluación de la Tecnología Biomédica; Relaciones Médico-Paciente

Como citar: Reigada CLL, Stelet BP. COVID-19 e a crise da (bio)Medicina: entre a incerteza e os protocolos clínicos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2601. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2601](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2601)

Autor correspondente:

Carolina Lopes de Lima Reigada.

E-mail: carol_reigada@yahoo.com.br

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

Não se aplica

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 30/06/2020.

Aprovado em: 21/11/2020.



A pandemia pelo novo coronavírus evidenciou crises sistêmicas antigas em novos contextos de instabilidade. As crises sociais, econômicas e de saúde são óbvias e constantemente reforçadas na mídia de massa. A necessidade de distanciamento social desencadeou ainda outras crises: o afastamento familiar, o esgarçamento das redes de apoio e proteção sociais e de saúde mental, que ganharam visibilidade não só na realidade concreta, mas também repercutiram nas mídias sociais. Porém, a pandemia do COVID-19 desvela - ou, poderíamos dizer, reitera - ainda outra crise, essa pouco discutida: a crise da Medicina.

Lilia Schraiber¹ caracterizou a tal “crise da medicina” identificando como progressivas rupturas (entre médico e paciente, entre médico e outros profissionais e entre o médico e seu saber tácito) levaram à quebra desses vínculos de confiança e à perda da reflexividade e crítica do médico sobre sua práxis. Como efeito, buscando reduzir incertezas, médicos passaram a buscar segurança apenas nas ciências, reificando os meios tecnológicos que, de meios, transformaram-se em fins em si mesmos.

Como exemplo simbólico desta crise, podemos citar o enfoque quase exclusivo dos meios de comunicação no número crescente de mortes, contrapondo essa informação diretamente à busca por um tratamento e intervenções como intubação orotraqueal; relegando as características contextuais - que influenciam enormemente no adoecimento - a segundo plano.

A voz que dita nossa atual desesperança parece ser exclusivamente biomédica. São os epidemiologistas que explicam o que é o vírus, o contágio e as novas normas de comportamento. A gestão da pandemia tem se baseado em modelos estatísticos: os números dizem quem adocece e por eles se projeta quem morre. Toda essa contabilidade – uma espécie de economia do processo de saúde-doença – tem sido precária, na medida em que reduz a números um processo complexo de adoecimento social.

A invasão da estatística na prática médica intensificou-se pelo que se nomeou Medicina Baseada em Evidências (MBE). A MBE surgiu do movimento da Epidemiologia Clínica anglo-saxônica, iniciado no Canadá. Já no início dos anos 2000, havia uma ampla aceitação de seu modelo tanto em hospitais como nos espaços de formação em medicina. Fundamento da medicina contemporânea, o conceito de MBE foi introduzido pela primeira vez pelo epidemiologista David Sackett com sua abordagem pioneira para introduzir a padronização na metodologia das pesquisas clínicas².

Numa espécie de vitória cientificista da biomedicina, a MBE logrou estabelecer uma transferência da “opinião subjetiva” do médico para uma maneira mais “confiável” e “organizada” de clinicar, tendo por base resultados de pesquisas e revisões da literatura médica. Nesse sentido, alcançou crescente aceitação e se tornou, em apenas algumas décadas, o paradigma dominante da prática clínica – e a base principal do sistema de ensino não apenas da medicina, mas também da enfermagem e outras profissões biomédicas.

A busca por “evidências” trouxe grandes avanços à prática clínica de algumas especialidades médicas, diminuindo vieses relacionados à prática individual, permitindo uma assistência menos suscetível a impressões e subjetividades do médico. No entanto, está claro que nem todas as intervenções são passíveis de testagem científica. Por isso, permanecem perguntas sobre como outros tipos de conhecimento podem ser úteis à prática clínica sem expor desnecessariamente os pacientes a possíveis danos: como se poderia proceder à padronização do conhecimento “não-baseado em evidências” para que sua incorporação à prática clínica não fosse tão variável ou arbitrária? Qual o papel da longitudinalidade e do vínculo com o sistema complexo que é cada paciente na tomada de decisão individual?

Mesmo entre Médicos de Família e Comunidade (MFCs), a discussão sobre o tratamento da COVID-19 causa grande engajamento, porém, parece trazer um borramento das fronteiras entre Ciência e Política, e

mesmo uma negligência dos principais atributos da especialidade. A ponto de termos ouvido ironicamente de um MFC, nos espaços de debate sobre a pandemia, que o atendimento a pacientes com COVID-19 é muito “fácil”, já que precisa-se apenas de “caneta e carimbo”, para assinar atestados de óbito, pois, sem evidências científicas de tratamento medicamentoso, não teria “nada mais a fazer” pelo paciente.

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade médica que aborda o indivíduo integralmente, em seu contexto familiar e comunitário, acompanhando-o ao longo do tempo, responsabilizando-se por ele e coordenando seu cuidado dentro da rede de atenção à saúde, atuando de forma preventiva, curativa e na reabilitação. Usa tecnologias de baixa densidade, mas alta complexidade, para cuidar não somente de agravos ou morbidades comuns e prevalentes, mas da pessoa como um todo.

De fato, o papel do médico por muito tempo foi o de cuidar. Cuidado como atitude ou como senso ético. Em seu sentido mais amplo, o Cuidado em Saúde vai além da cura, como apontado por Boff³: *“abrange mais que um momento de atenção, zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo do outro”*.

O Cuidado em Saúde remete, portanto, a um comprometimento que vai além da produção de evidências científicas acerca da solicitação de exames, da prescrição de medicamentos e extrapola a discussão exclusivamente biomédica. A visão sistêmica do indivíduo complexo precisa levar em conta, inclusive, situações em que cuidar está além da cura. Está no comprometimento, na afetação, na responsabilização. De certa forma, como sugerido por Balint⁴, além da caneta e do carimbo, o médico necessita *estar presente* para se envolver em uma atitude de cuidado: *“o remédio mais usado em medicina é o próprio médico”*.

Com o desenvolvimento das tecnobiociências, a formação em medicina teve seu foco deslocado da observação dos “doentes” para a escrutinação da doença, como um ente quase apartado do ser humano que a sofre. Exames de imagem e laboratoriais cada vez mais detalhados, estudos moleculares e genéticos, rastreamentos, medicações mais “modernas”. Todo este aparato, ao invés de ampliar as propostas de Cuidado em Saúde, parece ter contribuído para a crise dos vínculos de confiança entre médico e paciente. A crença científica de que o estudo das ínfimas partes levaria ao entendimento do todo fomentou a hiper-especialização e, em algum momento, a abordagem do indivíduo se perdeu nas molecularidades de seus genes, seus níveis séricos de colesterol ou seu funcionamento neuro, imuno e/ou metabólico.

A aposta no progresso tecnobiológico e a centralidade na doença produziu um importante efeito adverso: temos mais formas de diagnosticar nossas doenças, e medicações para tratar de nossos sintomas. No entanto, nunca nos sentimos tão doentes - mesmo quando saudáveis! O foco na prevenção se transformou, no ideário coletivo, na evitação de qualquer tipo de doença - a qualquer custo. Pessoas saudáveis passam a considerar que PODEM estar doentes, a consumir exames e medicações que, ironicamente, podem causar morbidade e mortalidade às custas da própria intervenção médica. Como nos lembra Gêrvas⁵, *“a expressão ‘é melhor prevenir’ é verdadeira apenas quando o remédio não é pior que a doença”*.

Esse efeito tem sido visto na nossa prática clínica com pacientes demandando solicitações de exames para COVID-19, mesmo assintomáticos, mas com grande medo de terem sido contaminados pelo vizinho ou familiar “que testou positivo”. Padrões exigindo “PCR negativo” para aceitar o trabalhador de volta à precária rotina de trabalho, em um contexto de reabertura de atividades econômicas de forma insegura, durante grande avanço do número de casos na população. Farmácias fazendo propagandas sobre a possibilidade de vender testes sem necessidade de pedido médico ou critério clínico para sua

realização - apenas a necessidade de pagamento, esse essencial. Demandas por medicações, provas e contra-provas, como se cada nova tecnologia trouxesse uma gota de certeza em meio à enxurrada de inseguranças clínicas - não apenas pelas dificuldades do próprio raciocínio clínico, mas também pelas discutíveis acurácias dos atuais testes disponíveis. Cada vez mais atendemos pacientes com desespero e desconfiança produzidos tanto pelo excesso de informações como pela proliferação de *fake news*, tentando amarrar sua fé em qualquer suposição que os libere de tamanha incerteza.

Essa crise da Racionalidade Biomedica é pouco debatida nas mídias de massa, nas mídias sociais, ou mesmo nos debates médicos sobre protocolos clínicos. Os interesses mercadológicos da indústria da doença são potentes, e se retroalimentam com o estilo de vida doentio que nos é colocado: pouca atividade física, pouca comida de qualidade, pouco lazer, pouca vida em comunidade - e a pressão pela produção e pelo lucro ocupam a maior parte do nosso tempo, restando pouco para a própria vida.

O SARS-CoV-2 causa uma doença nova. Por muitos meses, passamos por ela sem nenhum tratamento medicamentoso, sem exame específico para diagnosticá-la. Voltamos para a necessidade de observar e cuidar. E isso nos apavorou - médicos e sociedade em geral. Focados excessivamente na profusão de protocolos clínicos, esquecemos como resgatar o senso do Cuidado em Saúde.

Daí vêm as confusões entre “opinião” e “evidência científica” na construção de protocolos e políticas públicas. Vem também a confusão dos pacientes, que nos procuram pedindo um exame “mais específico”, ou de políticos perversos criando falsos “tratamentos”. Todos querem uma tábua de salvação. E quando respondemos “ainda não tem remédio”, as reações variam da raiva ao desamparo, da incredulidade ao desespero. Parece que a única resposta possível da medicina ao sofrimento são artefatos como exames ou medicamentos.

Em um cenário pandêmico de tantas incertezas clínicas para os médicos e de incontáveis *fake news* que viralizam nas redes virtuais, é fundamental atentarmos para a centralidade da construção de vínculos de confiança entre médicos e pacientes.

Ou será que não sabemos mais cuidar?

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

Contribuição dos autores

Concepção do estudo: CLLR, BPS. Aquisição e interpretação dos dados: CLLR, BPS. Redação Preliminar: CLLR, BPS. Revisão crítica da versão preliminar: CLLR, BPS. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram em prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.

Referências:

1. Schraiber, L.B. O médico e suas Interações: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec, 2008.
2. Castiel, LD; Póvoa, EC. Medicina Baseada em Evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico? Interface - Comunic, Saúde, Educ, v6, n11, p.117-32, ago 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v6n11/08.pdf> DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000200009>
3. Boff, L. Saber Cuidar. Ética do humano-compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 1999.
4. Balint, M. O médico: seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
5. Gérvas, J.; Fernández, MP. São e salvo e livre de intervenções médicas desnecessárias. Porto Alegre: Artmed, 2016.