

# A dúvida é o travesseiro do médico

## *Doubt is the doctor's pillow*

Henrique Oswaldo da Gama Torres<sup>1</sup>

DOI: 10.5935/2238-3182.20140026

### RESUMO

Com base em uma frase atribuída ao Professor João Galizzi, buscou-se discutir o papel da dúvida na atividade do médico. Iniciou-se por abordar aspectos semânticos das palavras dúvida e incerteza e a partir das dificuldades advindas da relação sujeito-objeto na Medicina. Foram recuperadas indicações hipocráticas, passando pela filosofia de Descartes e aforismos de William Osler, chegando à medicina baseada em evidências. Ao se indicar a existência de alteridade do paciente como uma das fontes da dúvida que surge no seio da atividade médica, discute-se que um projeto de eliminação da dúvida não é possível nem desejável, pois implicaria a eliminação dessa alteridade. Sugere-se a dúvida como elemento intrínseco ao raciocínio clínico e que coloca o paciente no centro do mesmo, permitindo ao médico que se utiliza dela o cultivo do método clínico. Buscou-se, assim, colocar em evidência e discutir a importância da frase atribuída ao eminente professor: “a dúvida é o travesseiro do médico”.

**Palavras-chave:** Incerteza; Relações Médico-Paciente; Diagnóstico Clínico; História da Medicina.

### ABSTRACT

*Based on a quote attributed to Professor John Galizzi, we attempted to discuss the role of doubt in medical activity. We start by addressing the semantic aspects of the words “doubt” and “uncertainty” and difficulties arising from the subject-object relationship in medicine. Hippocratic indications were revisited, as well as the philosophy of Descartes and the aphorisms of William Osler, to present-day evidence-based medicine. By indicating the existence of the otherness that is the patient as a source of doubt within the medical activity, we argue that a project of eliminating doubt is neither possible nor desirable because it would imply the elimination of this otherness. We suggest doubt as an element intrinsic to clinical reasoning that puts the patient in the center of things, allowing physicians who uses doubt to cultivate the clinical method. We sought therefore to call attention to and discuss the importance of sentence attributed to the eminent professor: “doubt is the doctor's pillow.”*

*Key words:* Uncertainty; Physician-Patient Relations; Clinical Diagnosis.

### INTRODUÇÃO

Ao receber a incumbência de discutir o tema “dúvida” em mesa sobre raciocínio clínico no Congresso da ABEM em Belo Horizonte (2011), lembrei-me da frase frequentemente proferida pelo Prof. Luiz Otávio Savassi Rocha, referência de Medicina interna em nossa faculdade: “a dúvida é o travesseiro do clínico”.

<sup>1</sup> Médico. Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG. Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia/Comissão de Suporte Nutricional do Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Recebido em: 11/06/2013  
Aprovado em: 25/10/2013

Instituição:  
Faculdade de Medicina da UFMG  
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:  
Henrique Oswaldo da Gama Torres  
E-mail: torresh@medicina.ufmg.br

O convite fez-me recordar também da estranheza – talvez certo mal-estar – que a frase me causava. Acreditei tratar-se então de oportunidade para, ao tentar elaborar algo sobre o assunto “dúvida”, tentar entender melhor essa estranheza e, ao mesmo tempo, trazer a contribuição da tradição da nossa faculdade no ano de seu centenário para a discussão de tema tão importante.

Em e-mail ao Prof. Savassi, solicitei-lhe que me desse alguma indicação sobre a origem da frase e esclarecimento para a minha estranheza, fazendo-lhe a seguinte pergunta: a dúvida é uma assombração para o clínico, sempre condenado a perguntar “e se?” nas suas noites insones ou é uma companheira mais benigna, mais benfazeja, compatível com boa noite de sono e que está ali a lembrar que não somos nem podemos tudo? O que me incomodava na frase, acredito, era certa condenação à dúvida que a mesma continha.

Em sua resposta, o Prof. Savassi corrigiu-me, ampliando o escopo da frase que, na verdade, dizia “a dúvida é o travesseiro do médico”, e não do clínico. Além disso, revelou que ouvira a frase repetidas vezes durante as aulas do saudoso Prof. João Galizzi, não podendo afirmar se era de sua lavra. Sugeri que buscasse esclarecimentos adicionais, o que fiz sem sucesso. Gentilmente, foi ainda capaz de oferecer algumas indicações para as questões expostas na correspondência eletrônica, que me ajudaram a seguir em minhas reflexões sobre a dúvida na Medicina e que reproduzo aqui:

*A interpretação da frase a que você se refere ensejaria longa digressão. Em resumo, eu diria, mineiramente, a respeito da “dúvida”, que não se trata de mera “assombração”, nem, tão somente, de “companheira mais benigna, mais benfazeja”, mas de “assombração benfazeja”, desde que vista como instrumento imprescindível na busca obstinada, penosa e, não raro, frustrante da Verdade.*

Prosseguindo na busca assim iniciada para discutir o tema que me fora proposto, encontrei alguns aforismos do grande clínico William Osler, em que estão presentes os temas da incerteza, da variabilidade e da ignorância, a indicar possível proximidade entre a frase do Prof. Galizzi e as ideias do médico ilustre, e que podem também ajudar a discutir o assunto “dúvida”:

*Medicine is a science of uncertainty and an art of probability.<sup>1</sup>*

*Variability is the law of life, and as no two faces are the same, so no two bodies are alike, and no two individuals react alike and behave alike under the abnormal conditions which we know as disease.<sup>1</sup>*

*The greater the ignorance the greater the dogmatism.<sup>1</sup>*

Tentaremos aprofundar um pouco mais no tema para tentar dar conta do papel da dúvida no trabalho médico, tentando recuperar algo do raciocínio e da atividade clínica, a partir da frase do Prof. Galizzi e das indicações oslerianas.

A incerteza (*uncertainty*) é a palavra mais encontrada na literatura anglo-saxônica para definir a falta de certeza diante de uma decisão médica. Praticamente não encontramos “*doubt*” (dúvida) como palavra-chave nas buscas sobre o tema.

Na língua inglesa é possível ainda falar “*I’m uncertain*”. Em português, não se fala comumente “eu estou incerto”. Pode-se dizer “eu tenho dúvida” ou “não estou certo”, mas não é comum na língua portuguesa falar-se “eu tenho incerteza”. Houaiss define a incerteza como “estado ou caráter do que é incerto”.<sup>2</sup> Heisenberg usou a expressão “princípio da incerteza” (ou indeterminação) e não “princípio da dúvida” para nomear a impossibilidade de definir, ao mesmo tempo, a velocidade e a posição de uma partícula, objeto de observação do físico. Aliás, o mesmo Heisenberg discutiu o papel do observador como capaz de afetar o resultado da observação, problematizando a relação sujeito-objeto na Física.<sup>3</sup>

Se tentássemos representar graficamente a questão numa linha que une sujeito e objeto da observação, essas questões linguísticas e semânticas parecem indicar que, entre o sujeito que observa (e que decide sobre a verdade ou a certeza de sua observação) e o objeto observado, a impossibilidade de decisão pode depender de aspectos que se encontram ora mais para o lado do sujeito, ora mais para o lado do objeto.

Sem querer concluir, pode-se especular que “dúvida” estaria ligada a uma condição do sujeito da observação ou da decisão, enquanto que incerteza estaria relacionada ao objeto. A dúvida, substantivo abstrato em seu próprio direito, enquanto a incerteza, embora também substantivo abstrato, é o negativo da certeza, falta de certeza.

Embora não nos caiba chegar aqui a uma decisão definitiva sobre o verdadeiro significado das palavras dúvida e incerteza, a discussão serve para salientar

uma questão importante. As dúvidas ou incertezas que entram em jogo no exercício da atividade médica provavelmente não decorrem somente de uma impossibilidade atual de se conhecer o objeto, por insuficiência momentânea do nosso conhecimento ou de nossos meios de observação, ou seja, algo a ser sanado com o desenvolvimento da ciência e da técnica. É possível que ela decorra não só da complexidade do objeto humano, mas da também complexa relação entre o observador e observado, médico e paciente.

Descartes, criador da dúvida metódica como meio de obtenção de certeza, operou uma separação entre a *res extensa*, a coisa extensa, o mundo corpóreo e a *res cogitans*, pensante. O objeto corpo, parte desse mundo corpóreo, foi, aliás, comparado a uma máquina pelo mesmo Descartes.<sup>4</sup> O projeto do filósofo contava também, como aspecto de seu método, o ato de inteligência que, decompondo e recompondo uma máquina, compreende a composição de um objeto. Atualmente, fruto do pensamento científico inaugurado por Descartes, após dividir o corpo em órgãos, sistemas e compartimentos diversos, podemos esquadrihá-lo com exames variados, conhecer seu DNA, seus fluidos e tecidos diversos e, dessa forma, explicar os fenômenos que se apresentam à Medicina para serem decifrados e tratados. A operação de separação entre a *res cogitans* e a *res extensa*, ao mesmo tempo em que pôs em dúvida a existência do mundo sensível por meio da dúvida sistemática, de forma paradoxal criou as condições para o conhecimento científico dos objetos desse mesmo mundo. O corpo-máquina, dividido para ser conhecido e tornado objeto cognoscível, terá suas entranhas e seus desvãos iluminados e eliminadas progressivamente as incertezas sobre seu funcionamento pelo progresso da ciência.

O avanço científico, a partir do procedimento cartesiano, traz a um ponto em que indagamos: por que então dúvida ou incerteza, se estamos imersos em uma evolução científica e tecnológica de proporção nunca antes observada? Entretanto, diversos autores destacam a incerteza e a ambiguidade como aspectos intrínsecos da Medicina contemporânea. Observam, apesar disso, que a cultura da Medicina tem pouca tolerância à incerteza e ambiguidade e que pacientes e médicos lhes são igualmente intolerantes.<sup>5,6</sup> Dessa forma, atualizam questões hipocráticas, que continuam presentes em meio a toda essa evolução. Tradução livre do inglês a partir de Lloyd<sup>7</sup> e do *site* Wikipedia <[http://en.wikipedia.org/wiki/Ars\\_longa,\\_vita\\_brevis](http://en.wikipedia.org/wiki/Ars_longa,_vita_brevis)>, acesso em 07/11/2011, onde o aforisma

aparece em grego, latim e inglês, com comentários sobre sua tradução e interpretação:

- a vida é curta
- a arte (*techne*) longa (a tarefa é grande)
- a oportunidade fugaz,
- o experimento (a experiência) falível
- o julgamento (fazer distinção entre coisas similares) difícil.<sup>7</sup>

Destaque-se que essa manifestação de dúvida hipocrática quanto à experiência não parece representar uma recusa da experiência, mas uma constatação de sua falibilidade, um alerta no sentido de não se confiar demais nela. A frase mantém sua atualidade no tocante às relações entre a atividade médica e a dúvida ou incerteza, aplicando-se também ao entendimento e discussão de um dos produtos contemporâneos para resolvê-la – a medicina baseada em evidências (MBE).

Nesse sentido, cabe notar que o surgimento da MBE identificava, entre outras coisas, a necessidade de se rever o papel da experiência clínica “não sistemática” como instrumento válido para construir e manter o conhecimento a respeito de prognóstico, o valor dos testes diagnósticos e a eficácia da terapêutica.<sup>8</sup> Os jovens médicos eram instados a questionar o valor da autoridade e a buscar habilidades que permitissem avaliação independente da credibilidade da opinião de *experts*. Em artigo de princípios, Gwyatt *et al.* observam que “os clínicos devem estar prontos para aceitar e viver com a incerteza e reconhecer que as decisões sobre o manejo clínico são frequentemente tomadas no desconhecimento de seu impacto verdadeiro”.<sup>8</sup>

Embora uma crítica da MBE se encontre além do objetivo dessa comunicação e da capacidade do autor, ao contrário da profissão de fé inicial, não se pode afirmar que a MBE contribuiu para o convívio com a incerteza. Ao que parece, a proliferação de *guidelines* e de processos de decisão estatisticamente fundamentados pode estar contribuindo para a terceirização da decisão médica, no intuito de que o médico não incorra na dúvida e na angústia que esta necessariamente acarreta, servindo para aplacar a intolerância à incerteza mencionada anteriormente. De certa forma, a crítica que a MBE faz sobre a experiência não sistemática e sua ênfase na evidência a aproxima de um cartesianismo renovado, em que a evidência, aquilo que resta na operação cartesiana de fustigamento do objeto de conhecimento por meio da dúvida sistemática, corresponde à verdade clara e distinta, verdadeiro objeto do procedimento cartesiano.

O processo de decisão médica se organiza a partir de três momentos não estanques: primeiro, a coleta de dados clínicos – história, exame físico e exames subsidiários; depois a análise dos dados obtidos e sua integração com a experiência e o conhecimento do médico (o chamado raciocínio clínico, que já se encontra em ação quando o paciente entra na sala e quando o médico colhe sua história); e, por fim, a tomada de uma conduta – uma comunicação, uma terapêutica, uma recomendação. A evidência da MBE corre o risco de servir como um saber pronto que conduz a uma desvalorização ou até mesmo uma eliminação do momento do raciocínio. Aquilo que não serve como evidência torna-se um saber de segunda, inútil para fins de decisão médica, e o raciocínio corre o risco de transformar-se em categorização e em preenchimento de algoritmos.

Retomando o eixo que motiva este texto, ao sublinhar a importância do momento do raciocínio clínico e o risco de seu empobrecimento, supomos que esse é o momento em que o médico pode se tornar o sujeito da dúvida e, não necessariamente, uma vítima da incerteza.

A dúvida, pelas razões enumeradas a seguir, não parece poder ser tratada apenas por procedimentos que visem à produção de evidência, versão clara e distinta da verdade no pensamento cartesiano.

Começando por uma razão mais óbvia – a de que, para sermos rigorosamente científicos, temos de reconhecer que, por mais que progredimos na direção do conhecimento do corpo organismo, a tarefa de conhecê-lo, assim como ao universo físico é incomensurável –, problemas nesse campo são diversos, inclusive a tentativa de reduzir o objeto biológico a um objeto qualquer do mundo físico. Pensadores de grande influência ressaltam a distinção das características das Ciências Físicas daquelas das Ciências Biológicas.<sup>9,10</sup> Há, seguindo essa linha de raciocínio, uma especificidade das ciências da vida, baseada exatamente na ideia de vida, em que os organismos vivos detêm características não aplicáveis aos objetos físicos comuns, tais como a autorregulação, reprodução e seleção. Essa especificidade biológica deve ser destacada na medida em que define uma impossibilidade de que uma certeza matemática aplicada às Ciências Físicas seja automaticamente aplicável, da mesma forma, às Ciências Biológicas, mesmo se considerarmos que a quantificação e a medida são aspectos fundamentais da moderna Ciência Biológica e que a aplicação das Ciências Físicas no campo diagnóstico tenha sido responsável por grandes

avanços. A Matemática na Biologia serve, principalmente, como medida da variabilidade, e não, necessariamente, como um índice de certeza. Lembrando Osler<sup>1</sup> novamente: “[...] *no two faces are the same, so no two bodies are alike, and no two individuals react alike and behave alike under the abnormal conditions which we know as disease*”.

Uma outra razão: será que tudo o que sabemos sobre o corpo organismo se aplica aos sofrimentos que o paciente nos apresenta? Será que todo sofrimento que se expressa como sintoma que é apresentado ao médico tem sua sede na *res extensa* ou, mesmo tendo aí sua sede, não teria origem em seu estar no mundo, seus modos de viver a vida e de se relacionar?

A clínica e a epidemiologia fornecem algumas indicações instigantes. Se observarmos uma listagem de queixas e diagnósticos comuns em atenção primária, encontraremos diversas condições que, embora constituam sintomas de doenças orgânicas, podem também apresentar etiologia, curso clínico e terapêutica indefinidos: fadiga, tonteira, dispepsia, dor abdominal, dor torácica não anginosa, constipação, cefaleia, dor lombar, insônia, impotência sexual, sofrimentos mentais diversos e vários outros, a fustigar explicações fisiopatológicas precisas que localizam de maneira inequívoca lesões em órgãos ou sistemas. Além disso, a extensa lista das doenças da modernidade, algumas de características epidêmicas, como obesidade, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, AIDS e transtornos alimentares, encontra-se claramente relacionada aos modos modernos de viver.

Por fim, a razão, que diz respeito à questão da dúvida como condição do médico em oposição a um estado do objeto paciente (ou de um órgão ou de um sistema) e, dessa forma, insolúvel a partir do conhecimento do objeto. Ou seja, duvidaríamos não necessariamente por não conhecermos suficientemente nosso objeto, mas porque nosso julgamento hesita diante do que nosso paciente nos apresenta como queixa, sua interpretação do sofrimento e diante do que ele nos pede. Será que para todas as queixas temos condições de diagnosticar o mal ou prover o objeto que restitui o bem – um medicamento, uma prótese? Ou, ainda, será que aquilo que temos se adequa ao que é bom para nosso paciente? Ou mais, será que a ciência sabe o que é bom ou o que é o bem do nosso paciente? À guisa de conclusão provisória, pode-se dizer então que o médico hesita (ou duvida) quando há uma alteridade envolvida, pois as queixas do outro, o paciente, quando pensadas como o que é bom

para ele, ou o que é seu bem, não podem ser respondidas apenas do ponto de vista do conhecimento do mundo corpóreo, da *res extensa*, mas devem levar em conta uma subjetividade, que é a daquele paciente. É evidente que, em determinadas situações, essa alteridade é colocada entre parênteses, como durante uma cirurgia ou durante um atendimento de urgência, por exemplo, quando o médico deve se concentrar o mais possível no ato técnico. Por outro lado, a indicação de uma cirurgia deve levar em conta mais que anormalidades clínicas e alterações de variáveis biológicas. O conceito de capacidade funcional, por exemplo, que pode levar um cirurgião a indicar uma prótese de joelho ou quadril, embora possa envolver variáveis objetivas e quantificáveis, é matizado pela dúvida, que pergunta: capacidade funcional de quem e para quê? Ao conceito de qualidade de vida, tão em uso e tão importante como desfecho em determinados tipos de ensaio clínico, quando aplicado ao cuidado a um paciente específico, a dúvida acrescenta a indagação: qualidade de vida de quem, para quê?

Dessa forma, a eliminação da dúvida (ou da incerteza) não é possível nem desejável. Não é possível, pois não há, como mencionado, possibilidade de esgotar o conhecimento sobre a vida e sobre o corpo biológico.

Não é desejável, pois o projeto de eliminação da dúvida tem, como pressuposto metodológico fundamental, a eliminação da alteridade. A ausência da dúvida significa que a Medicina pode definir o bem assim como designar os objetos que promovem ou restauram o bem de seus pacientes de forma inequívoca. Sem embargo da acentuada capacidade que temos hoje para diagnosticar e tratar problemas tão diversos, no contexto da nosologia contemporânea, em que grande número de pessoas sofre ou adocece por escolhas, estilos e modos de vida que adotam, não é possível a resposta padronizada ou uniforme para todos os casos, aplicação do ideal científico universalizante: para o obeso, o balanço energético negativo, mesmo com uso de medicação e cirurgia; para o disléptico, endoscopia e inibidor de bomba de próton; para o deprimido, inibidores de receptação da serotonina; para o impotente, inibidores da fosfodiesterase.

Tais recursos podem e devem ser usados quando necessários. Entretanto, quando a dúvida apa-

recer, quem sabe, dar ouvido a ela. A dúvida, que aparece no momento do raciocínio clínico, nos faz querer saber mais. A fonte desse saber é, antes de tudo, o paciente. Retornando ao que tem a dizer sobre sua enfermidade, podemos encontrar algumas respostas que levem em conta as especificidades de seu caso e permitam uma condução clínica mais cuidadosa e precisa. Cultivaríamos assim a escuta e raciocínio clínico, categorias basilares do método clínico, que um projeto de eliminação da dúvida acabaria por igualmente eliminar.

Sigamos, pois, com os professores Galizzi e Savassi. A dúvida é o travesseiro do médico. Mineiramente, pensemos que não se trata de mera “assombração”, nem, tão somente, de “companheira mais benigna, mais benfazeja”, mas de “assombração benfazeja”, desde que vista como instrumento imprescindível na busca obstinada, penosa e, não raro, frustrante da Verdade”.

Agradecimento especial: Prof. Luiz Otávio Savassi Rocha.

## REFERÊNCIAS

1. Stone MJ. The wisdom of Sir William Osler. *Am J Cardiol.* 1995; 75:269-76.
2. Houaiss A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa.* Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.
3. Heisenberg W. *Física e Filosofia.* 4. ed. Brasília: Universidade de Brasília; 1999.
4. Descartes R. *Discurso do método: meditações; objeções e respostas; paixões da alma; cartas.* 3. ed. São Paulo: Abril Cultural; 1983. (Os Pensadores).
5. Luther VP, Crandall SJ. Ambiguity and uncertainty: neglected elements of medical education curricula? *Acad Med.* 2011; 86:877-82.
6. Welbery C. The art of Medicine: the value of medical uncertainty. *Lancet.* 2010; 375:1686-7.
7. Lloyd GER. *Hippocratic writings.* London: Penguin Books; 1983.
8. Evidence-Based Medicine Working Group. The evidence based medicine working group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA.* 1992; 268:2420-5.
9. Canguillhem G. *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida.* Lisboa: Edições 70; 1977.
10. Mayr E. *Isto é Biologia: a ciência do mundo vivo.* São Paulo: Companhia das Letras; 2008.