



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

de Sousa Campos, Gastão Wagner; Onocko-Campos, Rosana Teresa; Rodriguez Del Barrio, Lourdes
Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 10, outubro, 2013, pp. 2797-2805
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028210003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão

Policies and practices in mental health: the evidence in question

Gastão Wagner de Sousa Campos ¹

Rosana Teresa Onocko-Campos ¹

Lourdes Rodriguez Del Barrio ²

Abstract *The paper analyzes some current questions related to the choice of evidence in order to provide guidelines for public policy and practices in mental health care. It starts with a critical reflection on the categories of evidence proposed by Evidence-Based Medicine, and also the concept of qualitative evidence. The issue is analyzed specifically in relation to mental health care users and their demands to have services organized in a way that incorporates their perceptions and values, and to the Psychiatric Reform field proper firmly grounded in ethical and political precepts.*

Key words *Evidence, Public policy, Mental health*

Resumo *O artigo analisa algumas questões atuais em relação à escolha de evidências para orientar as políticas públicas e as práticas em saúde mental. Parte-se de uma reflexão crítica sobre as categorias de evidências propostas pela Medicina Baseada em Evidências, e também sobre a concepção de evidências qualitativas. O assunto é particularmente analisado em relação aos usuários de saúde mental e suas reivindicações de ter serviços organizados de maneira a incorporar suas percepções e valores, e ao próprio campo da Reforma Psiquiátrica assentado fortemente em posicionamentos ético-políticos.*

Palavras-chave *Evidencia, Políticas públicas, Saúde mental*

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, R. Tessália Vieira de Camargo 126, Unicamp. 13.083-887 Campinas SP.
gastaowagner@mpc.com.br

² École de Service Social, Université de Montréal.

a raiva e a fome são coisas dos homens

Introdução

O paradigma dominante na ciência médica contemporânea reza que seria imprescindível tomar decisões baseando-nos em conhecimentos solidamente assentados, os quais só seriam acessíveis por meio de ensaios clínicos controlados e aleatorizados, quanto mais “randomizados e cegos” melhor. Esse seria o desenho “padrão ouro” e daí em diante todos os outros tipos de estudos produziriam níveis de evidência menos confiáveis¹.

Contudo, é interessante perceber que vivemos na atualidade um tempo de mudança social acelerada e de diversificação das esferas da vida que não podem ser estudadas apenas pela via dedutiva clássicas, pelo teste empírico de hipóteses prévias. Até porque – em muitos casos – carecemos de teorias que fundamentem as hipóteses a serem testadas. Em realidade, há uma forte associação entre saber-poder, e que, quando o discurso científico assume o caráter de uma verdade única, óbvia e indiscutível, termina por favorecer abordagens restritas de problemas complexos².

Para compreender e para agir com segurança e prudência – quer com políticas, programas, estratégias de gestão ou práticas profissionais – faz-se necessário a análise articulada de várias evidências, em geral, produzidas mediante distintas metodologias e enfocando distintos objetos. A postura restrita, que restringe a complexidade do processo saúde/doença/intervenção, negligencia o caráter inevitavelmente ideológico de toda e qualquer prática social, incluída aí a científica. No caso em discussão, o da saúde mental, ainda, interessa-nos ressaltar que se trata de um campo fortemente marcado por disputas de valores (isto é: ideológicas) e por conflitos de interesse.

A Reforma Psiquiátrica brasileira (e outras no mundo) está fortemente assentada em valores, como o direito do usuário ser tratado em liberdade, como a aposta na reinserção social, na humanização dos cuidados e no resgate da condição de cidadania dos usuários³. Inspiradas nesses valores, nos últimos 30 anos, vem se implementando políticas públicas sob a forma de leis, portarias e outras regulações que repercutiram na criação de novos serviços públicos, trouxeram mudanças na legislação e produziram inovação de práticas clínicas com importante apoio na interdisciplinaridade das ações e participação cidadã. Como acumular evidências neste campo?

No presente artigo a discussão será orientada em torno das seguintes perguntas:

Pensando-se em modelos de atenção e em práticas no campo da saúde mental, como seria possível acumular conhecimento tendo em vista a extrema variação de fatores envolvidos? Ou, em oposição, teríamos que reinventar o conhecimento a cada fato, a cada momento, frente a cada situação e às singularidades do fenômeno?

Como segunda questão, interessa-nos examinar as maneiras pelas quais o conhecimento, o saber e a ciência ajudam a orientar a política, tanto quando organiza práticas profissionais, como quando recomenda atitudes cotidianas para os usuários alterarem seus hábitos de vida. Resumindo a segunda pergunta: o conhecimento poderia orientar ou, por vezes, determinar a construção de políticas e de práticas em serviços de saúde?

O problema não são as evidências e sim o uso que se faz delas

Perguntamos: o que fazer com as evidências? Evidências remeteriam sempre à realidade concreta em sua totalidade? Quando observamos com distanciamento crítico o discurso predominante nas ciências da saúde contemporânea ficamos com a nítida impressão de que, a depender da metodologia empregada em uma investigação, estaríamos diante da verdade revelada. Fora disso somente haveria obscurantismo e charlatanismo.

Entretanto, a própria Medicina Baseada em Evidência nos ajuda a responder a essa questão de forma mais matizada. Para essa corrente epistemológica haveria uma “hierarquia de evidências”. Algumas esclareceriam a realidade mais que outras, e isto sempre a depender principalmente do “delineamento da pesquisa”⁴. O grau de concretude da evidência estaria, portanto, dado a priori e não dependeria, necessariamente, de sua capacidade de explicar a realidade. Segundo o *Centre for Evidence Based Medicine* de Oxford haveria cinco níveis de evidência científica com distintas capacidades para orientar “diagnósticos, etiologia, prevenção, terapia e risco” na prática clínica⁵. O padrão ouro seriam os estudos de Ensaio Clínico Randomizado (ECR), bem como aquelas revisões sistemáticas dos mesmos ECR. Estudos observacionais não comparados, experiência clínica, etc., constituiriam evidências fracas, de quarto nível.

A depender dessa filosofia, haveria evidências absolutamente confiáveis e outras das quais

deveríamos desconfiar. Voltando a nossa pergunta insistente: sendo assim, como lidar com dados concretos observados, recolhidos e produzidos por investigadores mediante o uso de variadas metodologias? Seria possível algum tipo de ciência sem a materialidade concreta observada, recolhida e produzida por cientistas e por seus desenhos investigativos? Mesmo respondendo a essa questão de modo afirmativo, resta-nos o desafio de como analisar fenômenos complexos produzidos por variados fatores e que demandam a construção de evidências de distintas ordens e recolhidas com variadas metodologias?

Quando lidamos com políticas e práticas (sejam de apoio ou clínicas) em saúde mental, é exatamente isto que acontece. A gênese de grande número de transtornos mentais depende da combinação de variados fatores. Em geral, características da estrutura genética e especificidades do metabolismo de cada indivíduo predispõem a dificuldades de viver (dificuldades denominadas pela ciência de doenças ou transtornos mentais) mais pronunciados do que a maioria dos seres humanos. Há casos limites que o funcionamento do corpo é causa central de comprometimento do desempenho do sujeito – trauma cerebral ou enfermidades degenerativas em estágio avançado –, entretanto, são mais frequentes situações em que esta disposição orgânica somente emerge como doença quando articulada a determinadas condições existenciais, familiares, sociais ou culturais. Viver com essas dificuldades pode ser compensado, em alguma medida, pela capacidade de “cogoverno” de si mesmo; ou seja, mediante processos de aprendizado ou terapêuticos as pessoas podem valer-se da razão e da vontade própria e de apoio profissional e/ou institucional para conseguirem lidar com sua condição singular. A psiquiatria contemporânea tem desvalorizado – talvez não seria incorreto afirmar que, em realidade, tem desconsiderado – a possibilidade de que mudanças pessoais e institucionais possam ter uma função terapêutica. A prática psiquiátrica contemporânea centrou-se na prescrição de medicamentos, em geral sintomáticos, descuidando-se, inclusive na formação profissional, de alternativas de reabilitação psíquicas, cognitivas e sociais. Analisando congressos e revistas de psiquiatria encontra-se uma dominância absoluta de estudos e publicações referentes à gênese orgânica dos transtornos e à busca de drogas que mitiguem os sintomas destes transtornos.

Evidência é um vocábulo de origem latina, e é usado em várias línguas: português, espanhol,

francês, e até em algumas línguas anglo-saxãs como o inglês. Seu significado original é “Certeza manifesta; qualidade do que não necessita de demonstração para ser compreendido”⁶. Evidência é o que é evidente e fala por si mesmo. Observem que a escolha de termos com que designamos nossos conceitos nunca é uma ação inocente de preconceitos ou de valores prévios. Por que a moderna ciência médica, clínica, da saúde, vem substituindo o termo “dados concretos” (que nos parece mais apropriado) por “evidências”? Seria algum acaso histórico o responsável por essa inversão, haveria um mistério, algo desconhecido, ou alguns agentes da instituição ciência haveriam trabalhado para indicar que algumas metodologias, quando corretamente utilizadas, produziriam, sempre, independentes do objeto investigado, do contexto, dos objetivos, dos valores e dos conflitos de interesses daquela sociedade, sempre, gerariam uma certeza que se manifestaria por si mesma? Evidente!

Quando a Medicina Baseada em Evidências adotou e estimulou crescimento desse conceito, no fundo, ocorreu um velamento da complexidade de grande parte dos fenômenos humanos. Complexidade no sentido epistemológico, isto é, indicando fatos, situações, práticas, que são resultado de miríade de fatores, determinantes, condicionantes. O grau de complexidade e, portanto, a estratégia metodológica para se compreender a estrutura do vírus da AIDS, ou a eficácia de uma eventual vacina, ou as possibilidades de controle da epidemia são distintos, exigindo estratégias de compreensão diferentes. O império da evidência, do positivismo em saúde, consistiu, principalmente, em generalizar e consagrar procedimentos eficazes para os dois primeiros casos do exemplo anterior para o esclarecimento e a intervenção sobre práticas sociais.

Houve também um velamento da necessidade e das possibilidades de se operar diversos graus de integração entre ciência e experiência. A evidência, ideologicamente, resolveria essa contradição, esse dilema, esse paradoxo entre a ciência e a experiência: segundo a doutrina da evidência, no limite, não seria possível construir evidência científica a partir da experiência. A construção de conhecimento de forma indutiva, mediante estudo sistemático de casos não teria validade epistemológica, seria evidência de quinto nível, quase nada. Da análise da sensibilidade e especificidade de meios diagnósticos, vacinas e drogas, deu-se um salto para projetos terapêuticos globais, abordagem da subjetividade e, até mesmo, tem se aplicado a mesma estreiteza epistemológica para

se avaliar arranjos organizacionais, modelos de trabalho, programas e políticas de saúde.

A concordar com esse raciocínio epistemológico, é mister reconhecer que estamos diante de uma dificuldade para analisar a clínica ampliada e a política. No concreto, há dificuldade em orientarem-se práticas profissionais cotidianas por evidências produzidas em relação a apenas alguns elementos do processo saúde e doença. Assim, por exemplo, mesmo quando se evidencia que determinado psicotrópico alivia e limita os sintomas de determinado transtorno, seria necessário também trazer evidências dessa mesma droga sobre a capacidade do paciente para lidar com sua própria vida. E mais, como funcionaria o uso desta droga em teste quando associada com modalidades de terapia voltadas para ampliar a capacidade de autocuidado, de relacionamento, de lidar-se com frustrações, etc.

Qualquer epistemologia materialista não pode fugir ao mundo concreto dos fenômenos. Temos que lidar com as evidências, entretanto, deveríamos nos autorizar a assumir uma postura crítica diante de cada evidência encontrada ou produzida. E ainda nos valermos do recurso da prudência; isto é, conceder-se o direito e o dever de examinar a suposta evidência em cada caso singular e não somente aplicá-la de forma mecânica ou automática.

O uso da crítica e da prudência, tanto quando fazemos política, gestão ou clínica exige uma mudança de postura frente aos dados concretos (contemporaneamente, rebatizados com o nome de evidência). Os “fanáticos da objetividade”, os “positivistas mecânicos”, os “cientistas duros” – aqueles que imaginam a possibilidade de algum método de pesquisa esclarecer completamente o objeto investigado e ainda creem na existência de um método ideal que os autorizaria a narrar a realidade sem interferência subjetiva – “encontram” evidências que seriam a verdade da natureza. Elas estariam no mundo à espera de alguém que as descobrisse. Já os “céticos”, os “prudentes”, os “dialéticos”, os “cientistas críticos” – aqueles que sabem que nenhuma teoria ou metodologia daria conta de todos os aspectos da realidade e que toda evidência, em alguma medida, é tanto um dado concreto da realidade, quanto, em outra, sempre resultado de certa produção subjetiva do pesquisador, da cultura, do enfoque – falam em “produção” de dados⁷.

Para essa tradição crítica haveria que se interpretar a evidência, e, em muitos casos, tratar de reconstruí-las com base em outras. Para esses pensadores, os valores são também evidência, às

vezes, tão ou mais importantes do que uma série histórica numérica.

Por outro lado, a Medicina Baseada em Evidências, as ciências positivas, pensam as evidências como se fossem um monumento, algo sagrado, aquilo no qual temos fé. E um monumento uma vez construído é um símbolo de glória. Algo que diria tudo sobre o fato com independência de qualquer releitura ou interpretação. Em grande medida, essa postura tímida e submissa frente às evidências é o pilar da ciência dura, da biomedicina, pois esta consideram as evidências do “Tipo I” como um monumento, um achado sagrado, que não estaria sujeito à reflexão e reconstrução.

Assim, em nome da verdade tem se cometido violência contra sua busca, não é a primeira vez que isto acontece na história do ser humano, a doutrina da evidência, em grande medida, vem produzindo uma camisa de força para o pensamento criativo e comprometido com o bem-estar humano.

Descobrir um método, uma fórmula para explorar o desconhecido e encontrar evidência é o *pathos*, uma espécie de utopia de quase todo cientista. Inventar um método seguro, que simplifique a variabilidade, através do qual fosse possível extrair a verdade da vida e dos fatos! Ao estendermos metodologias potentes para investigar alguns fatos da natureza, como a especificidade de um meio diagnóstico, ou a eficácia de um fármaco, para fatos mais complexos, como a clínica, a política, a existência, pode-se constatar que o velho hábito de normalizar a ciência se reproduz, a ascensão “sagrada” do termo evidência indica uma retomada de certa arrogância típica de vários fundamentalismos.

Métodos qualitativos e quantitativos e a produção de evidências

Poderíamos pensar que para testar um antibiótico é melhor utilizar métodos quantitativos cujo fundamento principal seja a estatística, e os desenhos do tipo caso-controle; mas, por exemplo, para saber como se sente uma pessoa obrigada a tomar uma dada medicação, diariamente, que além do seu efeito principal tem repercussões sobre a vitalidade, seria também conveniente valer-se de abordagens qualitativas. O mesmo se pode afirmar em relação a investigações que buscam compreender como e por que as pessoas pensam segundo determinadas lógicas, por que fazem determinadas escolhas (como fumar, usar drogas, engordar); enfim, toda “construção de

dados” intersubjetiva ou sobre o modo de lidar consigo mesmo, com os outros e com as instituições, temas que interessam bastante à clínica e à política, poderiam se beneficiar com a utilização de métodos antropológicos, históricos, sociais e mesmo de estudo de casos.

Vale a pena demarcar que a maioria dos protocolos e diretrizes clínicas adotadas por sociedades de especialistas e na formação de alunos são fundamentadas apenas em evidências oriundas de pesquisas quantitativas conforme valorizados pela medicina baseada em evidências⁷.

Como na área da saúde estão sempre em jogo tanto valores quanto questões técnicas, não caberia, portanto, exclusividade a qualquer destas racionalidades de investigação. Decidir se um sistema de saúde deve ser universal ou residual envolve principalmente valores. Saber sobre procedimentos adequados em uma cirurgia envolve predominantemente questões técnicas. Mas, ambos os aspectos longe de estarem separados somente se distinguem quanto à sua capacidade de esclarecimento sobre o fenômeno. Ou seja, não há técnicas isoladas, fora de um sistema de valores, como não há sistema de valores que não se apoie em aspectos técnicos. Afirmamos que as tentativas de apresentar as soluções “técnicas” como aquelas que não incluem valores, ainda que não de forma explícita, são tentativas políticas e ideológicas de contornar o debate sobre os valores em jogo.

Nos últimos anos aconteceu uma série de movimentos para dar legitimidade, até dentro da medicina, às evidências de ordem qualitativa: uma entrevista bem feita, uma história de vida bem elaborada, uma coorte qualitativa acompanhando o itinerário terapêutico de várias pessoas durante vários anos. Houve, então, um reconhecimento da pesquisa qualitativa, ainda que haja diferenças de aplicabilidade, de potência e de capacidade explicativa nas várias modalidades de investigação. Entendida como resultado da aplicação de metodologia qualitativa à investigação em saúde, o conceito de “evidência qualitativa”⁸ surge no contexto do desenvolvimento e do debate com a Medicina Baseada em Evidências. Entretanto, ao se adotar o novo conceito de evidência qualitativa é importante cuidar para não transformá-lo também – ao igual que seu parente quantitativo e experimental – em um monumento à evidência; isto é, uma evidência qualitativa também deverá ser interpretada, questionada e comparada com outros dados de modo a construir-se uma compreensão ampliada sobre um fenômeno.

Anthony et al.⁸ apontaram a importância de se levar em consideração a experiência e os projetos de vida concretos dos pacientes, no campo específico da saúde mental, além de incorporar e valorizar também a “evidência dura”. Eles chamaram a atenção para a necessidade de se incorporar aspectos relacionados ao *recovery* nos desenhos dos estudos. Assim, destacam que alguns aspectos muito valorizados pelos usuários da saúde mental são frequentemente excluídos como variáveis dos estudos, por exemplo, citam o fato da distinção entre uma internação curta ou longa, ou voluntária e involuntária ser raramente inserida nos estudos sobre eficácia do procedimento.

When evidence-based practices are promulgated for replication without taking subjective experiences or qualitative measures into account, important philosophical underpinnings of a practice may be omitted because they are not directly linked to the quantitative objective outcomes. Furthermore, while randomized clinical trials allow for a causative interpretation of what studied factors bring about change, it is through qualitative, ethnographic, and process analyses that one can focus specifically on what the participant perceives and experiences as the change process⁸.

Assim, chamam a atenção para a difícil definição da eficácia das práticas no campo da saúde mental e reclamam o direito dos usuários de participar dessas definições.

In the hierarchy of research approaches, experimental research may have the highest degree of perceived rigor, but until now other methods have been the greatest source of knowledge, and in fact, have contributed to the principles used in some evidence-based practices⁸.

Por isso, mesmo quando recolhemos a representação de usuários ou de outros sujeitos por meio de grupos focais interativos, democráticos, de narrativas interativas, dialógicas, tudo isto tampouco poderia ser tomado como um monumento, como uma verdade definitiva. É fato que, nesses casos, estamos diante da evidência do consenso, do discurso, da representação social, dos valores, das dúvidas daquele conjunto de pessoas, daqueles atores sociais que foram investigados. Mas, interpretar e compreender implica em buscar como estes discursos se relacionam com tudo o mais, com conhecimentos técnicos, com o contexto sociocultural, etc.

Segundo esse procedimento interpretativo para se lidar com evidências, cada uma destas poderá funcionar como uma categoria analítica, como um recurso filosófico crítico, como mais

um modo para compreender um fenômeno sobre o qual se recolheu uma série de evidências. O desafio está em se conseguir interpretar as evidências, em como analisar uma série destas, quando construídas por meio de metodologias diferentes, sejam qualitativas ou não, para contrapô-las, para colocá-las em diálogo, para uma resignificar as outras.

A construção de dados, de provas, seja por meio de estratégias qualitativas ou quantitativas, é necessária, mas não é suficiente para explicar cabalmente certo fenômeno, para construir uma verdade absoluta. Várias correntes epistemológicas já apontaram que não há nenhum conhecimento capaz de exaurir totalmente um fenômeno ou um problema⁹.

Mas nem por isso devemos trabalhar com a ideia de relativismo. Alguns conjuntos de evidências tem um potencial de explicação e de compreensão maior do que outros e, portanto, uma potência para orientar a prática e a política maior que outros, e levar em consideração esses coeficientes de compreensão é muito importante. Ainda que não desvelem uma dada questão em forma absoluta, nem tudo é relativo.

O conto dos “Cegos e do Elefante” é uma alegoria dessa situação. Vários homens cegos vão conhecer um elefante, principalmente através do tato, mas há um limite do método que somente permite a investigação de um objeto muito bem definido, cada um só poderá conhecer o elefante pelo pedaço que toca. Ao exame concreto, para um, o elefante seria um animal que parece uma parede, um muro. E para outro, que só teve acesso às patas, o elefante seria um animal que inspirou as colunas dóricas da Grécia Clássica. Outro que só apalpou a orelha, diria que o elefante já deve ter voado, mas atrofiou a asa. Concluímos que nada é mentira, mas tudo é meia verdade. Uma meta-análise que reunisse os trabalhos de todos os cegos resolveria o problema da descrição verossímil do elefante?

A interpretação de evidências deveria sempre relacionar um método com outro, um dado contra outro e ainda a comparação destas análises com descrições anteriores. A interpretação não é uma meta-análise sobre estudos de cegos sobre o elefante, é mais. É qualitativamente algo de uma ordem diferente epistemologicamente. Na verdade, conhecer o elefante exige muito mais do que essas quatro evidências construídas.

De qualquer modo, enfim, as boas práticas são necessariamente orientadas por evidências.

Práticas em Saúde Mental

As boas práticas em saúde mental dependem tanto de uma dimensão profissional, quanto de uma pessoal, em que portadores de transtorno buscam formas de levar a vida com o máximo de liberdade possível, apesar da sua dificuldade. Por isto, várias correntes têm apontado como objetivo das práticas de saúde mental, não somente a remissão de sintomas, mas, principalmente, ampliar a capacidade de cada um de lidar consigo mesmo e com outros. O termo cunhado pelos movimentos de usuários anglo-saxões para sintetizar esse objetivo é o *recovery*¹⁰, no contexto brasileiro temos falado de modo psicossocial¹¹, de reabilitação psicossocial¹², ou de clínica ampliada e compartilhada¹³, entre outros.

As metodologias para investigar práticas em saúde mental a partir dessa perspectiva dependem de considerar-se a complexidade desse cuidado, o qual envolve desde estratégias medicamentosas até outras voltadas para o desenvolvimento humano dos usuários. O sucesso depende, portanto, tanto de apoio institucional quando do modo de vida das pessoas. Em decorrência, a boa prática clínica em saúde mental, e em saúde em geral, depende de formas compartilhadas de cuidado, de diálogo entre o saber científico dos profissionais e o saber existencial de cada usuário. Clínica compartilhada, em que se tenta compatibilizar a necessidade de apoio profissional a pessoas com transtornos com a obtenção do máximo de autonomia para cuidarem de sua vida pessoal¹⁴. A medicina e a psiquiatria tradicionais, durante décadas, não operaram com esse valor. Para a biomedicina o paciente é um objeto que deverá se entregar ao discernimento baseado em evidências do médico. A coprodução de autonomia, a ampliação da capacidade de lidar consigo mesmo e com o contexto não são objetivos explícitos da medicina tradicional.

Então, como articular o conhecimento disponível com a prática, tendo em vista que as condições concretas de aplicação do conhecimento padronizado e das evidências acumuladas nunca são semelhantes? Como conseguir sistematizar algum conhecimento tendo em vista a variabilidade dos casos? Acumulam-se conhecimentos através da tradição, da investigação sistemática, da pedagogia, do ensino, do aprendizado e da prática profissional; como não precisar reinventar tudo a cada momento singular do exercício profissional? Este é um dos dilemas que aparece quando trabalhamos na prática clínica.

Existem algumas áreas do conhecimento humano nas quais a padronização de condutas é possível, isto é, são aquelas que podemos chamar de técnicas. Construir-se um conjunto de procedimentos previamente testados e, depois de escrito o método, reproduzir aquilo quase de forma mecânica, automática. Aristóteles¹⁵, Kant¹⁶, Heidegger¹⁷, e outros pensadores, denominam a esse modo de pensar e de agir de racionalidade tecnológica. Quando o objeto do trabalho são coisas, não seres humanos, essa racionalidade costuma alcançar grande eficácia. O produto atende aos requisitos objetivados desde que a padronização elaborada com base em evidências seja seguida.

Em compensação, há práticas humanas mais complexas, exatamente quando o “objeto” de trabalho são seres humanos, tendo, portanto, a capacidade reagir à interveniência do outro agente trabalhador, diminuindo, em consequência, a potência dos padrões e das evidências acumuladas em outro contexto. Aristóteles sugeria a adoção de outra racionalidade nesses casos, por ele denominada de *Práxis*. O agente, o profissional, deveria usar a prudência e a capacidade de reflexão para alterar os padrões, as normas e os protocolos pré-definidos, sempre quando as atividades envolvessem seres humanos em contextos nos quais a variabilidade fosse bastante grande em função da complexidade dos fatores que intervissem na composição daquele fenômeno. Aristóteles deu vários exemplos dessas situações em que a racionalidade técnica não seria suficiente para alcance dos objetivos almejados por uma prática, ele citou a política, a justiça e a clínica.

A *Práxis* não dispensa a construção de conhecimentos prévios com base em dados concretos ou em evidências; ao contrário, ela somente seria possível quando apoiada em um conjunto de conhecimento acumulado. O profissional de saúde precisa de uma formação baseada em ciência, saber sobre a regularidade existente nos fenômenos de saúde doença, etc. A *Práxis* estaria em que, ao aplicar-se o saber técnico, tendo em vista que cada caso é um caso, ainda que seja a mesma patologia, dever-se-ia considerar a variabilidade concreta de cada um desses diagnósticos encarnados em sujeitos específicos. Para que tal racionalidade seja possível, depende-se de uma mediação realizada por um ou mais seres humanos. Mediação entre os conhecimentos acumulados, expressos em protocolos, em diretrizes clínicas e sanitárias e, por outro lado, a vida con-

creta do usuário. Essa modalidade de intervenção precisa de seres humanos que estejam autorizados a pensar e a decidir, que tenham um grau importante de autonomia. Trabalhador de saúde e usuário como agentes interativos, nem passivos, nem ativos um sobre o outro. O exercício de autonomia, sempre relativa, depende de poder para modificar o institucionalizado, o normatizado, o definido fora da relação terapêutica, e para o usuário depende da possibilidade de ele participar ativamente e interferir naquilo definido na relação terapêutica.

O termo grego para clinicar também significa inclinar-se. Valendo-nos de outra alegoria poderíamos afirmar que quando o profissional de saúde fica apenas com as evidências, seria como se ele ficasse em pé, distante do paciente, com a comunicação difícil. Por outro lado, se o profissional se deitasse na cama, se sentasse junto com o paciente, fingindo ser um familiar, ele seria competente para realizar cuidado amoroso, o que é superimportante, mas não esgota o papel de profissional de saúde. O profissional precisa encontrar uma posição de transversalidade, entre a frieza do saber acumulado e o calor da relação humana em curso. E, permanecendo inclinado, poderá construir em cada momento uma relação tensa, conflituosa, mas também empática e verdadeira, talvez até paradoxal que busque a complementaridade entre o conhecimento acumulado, entre o passado, entre a norma e o paciente concreto que está em sua frente com sua cultura, seu sofrimento, suas possibilidades subjetivas, suas escolhas e a fase da doença que enfrenta.

É um desafio investigar a eficácia dos projetos terapêuticos¹⁸ tendo em vista a aporia e a complexidade da relação entre ciência e experiência, do ficar inclinado enquanto profissionais. Um elemento teórico importante para que esse tipo de prática seja possível é a reconstrução do paradigma da saúde no processo saúde doença e de nossas práticas, e que articule evidências de várias ordens.

A formação dos profissionais de saúde necessita contemplar esse duplo aprendizado, o técnico e o cognitivo e, ao mesmo tempo, o da *práxis*. Por isto a formação em saúde depende da supervisão do aluno, de que seja formado com base na prática. No Brasil, é apenas em tempos recentes¹⁹⁻²¹ que a inserção de usuários nas práticas de formação e científicas busca radicalizar essa estratégia cogestiva na clínica, no ensino e na pesquisa.

Política em saúde mental e evidências

Vários autores têm definido política como modo ou proposta de distribuição do poder. O governo da *Pólis*: lugar onde homens deliberam e tomam decisões, lugar do *inter-esse*, do entre-dois, num modelo político idealmente fundamentado na ação e na palavra, no conflito e na construção de contratos e consensos (nunca um sem o outro), como nos ensinou Hanna Arendt²².

Poderemos perceber que as configurações dos sistemas de saúde nos diferentes países dependem das concepções, das acumulações históricas e das escolhas políticas feitas por esses países. Divergem em relação ao entendimento do direito de acesso a bens e serviços segundo *mérito* ou segundo *necessidade e riscos*; e também na valorização da saúde e da educação como direito social.

Política então, indubitavelmente tem a ver com *valores* e com conformações sociais e culturais que fazem com que certos valores sejam aceitos em determinado contexto (lugar-tempo) e não em outros. Castoriadis²³ chamava isso de significações imaginárias, que para ele tinham como função estruturar as representações do mundo (a mais importante é a que a sociedade tem dela mesma); designar as finalidades da ação (o que deve e o que não deve ser feito); e estabelecer os tipos de afetos característicos de uma sociedade.

Então, como defender que a formulação de políticas públicas deveria ser realizada exclusivamente, ou mesmo principalmente, com base na ciência dura? Existem dilemas e dificuldades nessa relação entre políticas de saúde e evidências de ordem técnica. Há, no contemporâneo, um relevante e oportuno debate sobre a incorporação tecnológica. No quesito da incorporação tecnológica argui-se como uma importante questão a avaliação da eficácia das práticas impondo o rumo à tomada de decisões: quais testes diagnósticos e novidades terapêuticas incorporar, avaliação do custo-benefício de tecnologias, etc. É inegável que é bom para o sistema só incorporar tecnologia já testada e com um custo-benefício adequado. Entretanto, há interesse e pressão dos produtores para que seus produtos sejam incorporados ao mercado e ao Sistema de Saúde. Considerando todos esses aspectos, programas de incorporação de novas tecnologias poderiam prescindir do debate sobre valores e interesses? Vamos ao exemplo: o Ministério da Saúde do Brasil colocou em consulta pública algumas propostas de incorporação de novos medi-

camentos à lista oficial de medicamentos do Sistema Único de Saúde (Rename). A consulta pública recomendava somente manifestarem-se pessoas com propostas e considerações que pudessem ser referendadas em artigos baseados em pesquisas randomizadas duplo cego, somente seriam considerados argumentos apoiados em evidências de tipo I.

Entretanto, sabemos que empresas do complexo médico-industrial promovem pesquisas sobre medicamentos e dificultam a divulgação de resultados indesejáveis de vários remédios produzidos²⁴ (alguns laboratórios estabelecem como cláusula nos contratos de financiamento seu controle sobre a divulgação dos resultados, isto é, bancam as pesquisas de maneira a deter o controle sobre a divulgação de resultados, cientistas renunciam à autonomia e ao compromisso básico da ciência com a verdade). Sabemos também que a adesão dos pacientes ao tratamento é influenciada por efeitos colaterais e outras características da posologia; e a adesão é um componente habitualmente desconsiderado nos estudos de eficácia²⁵.

Quando há valores em conflito, o mecanismo para decidir deveria ser o democrático. Quando o Ministério da Saúde constrói a lista remédios a se incorporar ao Rename sem consultar os vários atores sociais interessados no problema, e admite opiniões somente por meio de consulta pública sobre um aspecto técnico, o governo esquiva-se, por exemplo, de debater se a sociedade brasileira preferiria incorporar antipsicóticos atípicos ao RENAME ou zerar a demanda de ultrassom para grávidas, ou diminuir as filas para mamografia, ou construir novos serviços para reabilitação psicossocial, etc.

Na experiência internacional, já há sistemas de saúde assentando a sua tomada de decisões em um mix de estudos qualitativos e quantitativos, em formação de comitês com atores sociais que representem os vários grupos de interesse. Já há estudos e bibliografia sugerindo que essa estratégia participativa seria a melhor combinação para as políticas baseadas em evidências¹. Estudos randomizados e duplo cego, sim, mas também estudos qualitativos com a voz de usuários e comunidades^{26,27}. Também publicidade e consulta sobre as despesas e composição de gastos... Assim, seria possível compor delicadamente os valores que a sociedade democraticamente escolhe defender e valorizar a racionalidade técnica quando necessário.

Colaboradores

GWS Campos, RT Onocko-Campos e LR Del Barrio participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what is and what is not. *BMJ* 1996; 312:71-72.
2. Morin E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand; 2000.
3. Amarante P, coordenador. *Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1998.
4. Duncan BB, Schmidt MI. A prática da Medicina Ambulatorial Baseada em Evidências. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. Porto Alegre: Art Médica; 2004.
5. Centre for Evidence Based Medicine. Oxford Centre for evidence-based Medicine - Levels of Evidence (march/2009). [página na Internet]. [acessado 2013 jul 23]. Disponível em: www.cebm.net/o=1025
6. Bueno FS. *Grande Dicionário Etimológico-Prosódico da Língua Portuguesa*. São Paulo: Editora Brasília Limitada; 1974.
7. Associação Médica Brasileira. *Projeto de Diretrizes da AMB e CFM*. [página na Internet]. [acessado 2013 jul 2013]. Projeto Diretrizes AMB.ANS.CFM. Disponível em: www.projetodiretrizes.org.br/amb.php
8. Anthony W, Rogers ES, Farkas M. Research on Evidence-Based Practices: Future Direction in an Era of Recovery. *Community Ment Health J* 2003; 39(2):101-114.
9. Habermas J. *Teoría y Praxis: estudos de filosofia social*. Madrid: Editorial Tecnos; 1990.
10. Deegam P. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation Journal* 1988; 11(4):11-19.
11. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. *Saúde em Debate* 2001; 25(58):12-25.
12. Pitta A. *Reabilitação Psicossocial*. São Paulo: editora Hucitec; 1998.
13. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde com autonomia e responsabilidade. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2337-2344.
14. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Hucitec, Fiocruz; 2006.
15. Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. Bauru, São Paulo: Editora Edipro; 2007.
16. Kant E. *Crítica da razão prática*. São Paulo: Brasil Editora; 1959.
17. Heidegger M. La question de la technique. In: Heidegger M. *Essais et conférences*. Paris: Gallimard; 1958. p. 9-49.
18. Campos GW. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Hucitec: Fiocruz; 2006.
19. Surjus LT de L e S, Campos RO. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* 14(1):122-133.
20. Vasconcelos EM. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus; 2003.
21. Presotto RF. *Participação de Usuários de Serviços de Saúde Mental em Pesquisas: Um olhar a partir dos conceitos de Empowerment e Recovery* [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2013.
22. Arendt H. *A promessa da política*. Rio de Janeiro: Difel; 2008.
23. Castoriadis C. *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.
24. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. *N Engl J Med* 2008; 358(3):252-260.
25. Lecomte Y. Développer de meilleures pratiques. *Santé mentale au Québec* 2003; 28(1):9-36.
26. Gómez CC. ¿Se puede integrar la evidencia procedente de la investigación cualitativa y la cuantitativa? *FMC* 2004; 11(3):157-178.
27. Ross C, Brownson, Jamie F, Chiqui, and Katherine A. Stamatakis. Understanding Evidence-Based Public Health Policy. *Am J Public Health* 2009; 99(9): 1576-1583.