

Análise Semiótica da Diagnose Médica

Semiotic Analysis of Medical Diagnosis

Lauro Frederico Barbosa da Silveira

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP-Marília
Centro Universitário “Eurípides” de Marília
lfbsilv@terra.com.br

Sumário: A diagnose médica, considerada de um ponto de vista semiótico, consiste num complexo processo dialógico entre médico e paciente. Ambos desempenham papéis essenciais no estabelecimento de hipóteses diagnósticas sugestivas. E isso por meio de um diagrama em que as categorias fenomenológicas, propostas por Peirce, funcionam como vetores caracterizando as diversas atividades e experiências que compõem o processo. O processo em sua inteireza é bastante longo, embora possa ser abreviado em razão ou da urgência de se determinar a conduta terapêutica ou da precipitação de ao menos um dos participantes. A seqüência das atividades também pode mudar de direção dependendo do curso do diálogo, como acontece em todo processo dinâmico e não determinístico.

Palavras-chaves: Diagnose. Semiose. Moléstia. Doença. Sintomas. Sinais. Razões. Causas.

Abstract: *Medical diagnosis considered under a semiotic standpoint consists in complex dialogic process between physician and the patient. Both play essential roles in order to be settled the suggestive diagnostic hypotheses. By mean of a diagram where in the phenomenological categories proposed by Peirce play the role of as vectors characterizing the several activities and experiences composing the process. The full process is a very long one, although it can be abbreviated due to the urgency in determining the therapeutic conduct or by the precipitation, at least, of one of the participant. The sequence of the activities can also change in their direction depending of the course of the dialogue, as in all dynamic and non deterministic process.*

Keywords: *Diagnosis. Semiosis. Illness. Disease. Symptoms. Signals. Reasons. Causes.*

As profundas mudanças que vêm ocorrendo nas relações entre médicos, pacientes e as demais pessoas comprometidas com o desenvolvimento do processo clínico e terapêutico tendem a intensificar a participação do paciente e de seus acompanhantes no fornecimento e na interpretação dos dados relevantes para aquele processo. O médico passa a exercer um papel entre outros, numa situação complexa de caráter essencialmente dialogante. Caberá ao profissional trazer sua experiência e coordenar a participação de todas as pessoas envolvidas, tendo em vista os objetivos a serem alcançados.

Com essas mudanças, modifica-se a significação atribuída a vários, senão a todos, componentes da elaboração do diagnóstico e do desenvolvimento da conduta terapêutica.

tica. Percorrendo a literatura internacional a respeito desse tema, cabe ressaltar três pares de noções que vêm sofrendo profundas transformações em seu significado. Em primeiro lugar, deve-se considerar a clara distinção entre sinais e sintomas¹; em segundo lugar, a diferença existente entre moléstia, se por ela entender-se o *illness* da língua inglesa, e a doença, correspondendo a *disease*, e, por último², a diferenciação entre razões e causas implicadas num quadro clínico³.

Ao profissional da medicina são acessíveis os sinais indicativos e sugestivos de doenças, sinais esses freqüentemente agrupados na tradição e na literatura que a sustenta de modo a caracterizá-las. Os sintomas, por seu lado, dependem da interpretação oferecida pelo paciente, e, somente por meio da informação que este último trouxer, poderá o médico a eles ter acesso. Não se confundem, pois, sinais e sintomas, quando consideradas suas características semióticas: os primeiros compõem um quadro observável de manifestações de uma patologia, devidamente descrita; os últimos, por sua vez, são o resultado de uma experiência vivida, de um juízo perceptivo, por parte daquele que sofre algum mal. Há lesões orgânicas cujos sinais são observáveis, que, contudo, não apresentam sintomas ao seu portador. Manifestam-se sintomas a um paciente, sem que qualquer sinal a eles correspondente seja detectável mediante exame clínico ou laboratorial.

A distinção estabelecida pelos conceitos de moléstia (*illness*) e doença (*disease*) contribui, ainda mais, para que se compreendam as transformações que vêm ocorrendo nas relações entre médico e paciente.

A medicina concebida predominantemente como ciência natural centraliza sua atenção na identificação e no devido tratamento da doença (*disease*), detectável num determinado quadro clínico. Predominando tal concepção, o paciente tende a ser considerado como a ocasião em que uma determinada doença pode ser detectada, identificada e combatida. O paciente é um *caso clinico*, por ser portador provável ou efetivo de uma doença e merece o interesse que a doença trazer consigo. Seu sofrimento não é tratado substantivamente, mas é interpretado como pertinente às sensações que a doença acarreta. Ao sofrimento, o médico dedica compaixão e tenta suprimi-lo ou aliviá-lo enquanto combate a doença. O sofrimento assume importância na procura da elaboração do diagnóstico quando provoca a lesão, no caso, por exemplo, do sofrimento fetal, ou quando dela é um sinal, como no caso da *angina pectoris*.

Com as transformações que vêm ocorrendo no desempenho da atividade médica, assumindo o paciente um papel ativo e decisivo ao longo do processo de diagnose e do tratamento terapêutico, aquilo que é por ele sentido e a interpretação daquilo que o molesta – sua moléstia (*illness*) – passam a ocupar o foco principal da atenção durante a consulta, os exames e o tratamento terapêutico. Em todo esse processo, a doença (*disease*), como representação teórica e abstrata, colaborará para o encaminhamento da definição da natureza mais provável do fenômeno que molesta o paciente. Dada sua natureza de representação geral, cientificamente fundada, de uma classe de fenômenos, servirá como orientação segura na determinação da conduta terapêutica. Mesmo, porém, que não se feche o diagnóstico em torno de uma doença, a moléstia e seus sinto-

¹ Cf. BLACKLOW.

² Cf. STAIANO (1979).

³ Cf. BAER.

mas serão objeto de atenção do médico, já que o sofrimento do paciente deve ser devidamente investigado e tratado. A saúde como bem estar integral é que no momento está sendo procurada.

Os conceitos de causa e de razões, como objetivo da investigação diagnóstica, constituem igualmente um par de conceitos cujo significado tem sido reavaliado com as transformações sofridas pelas relações entre médico e paciente.

O modelo de ciência que vinha sendo adotado pela medicina se pautava pela eficiência na obtenção de resultados. Estes resultados decorriam fundamentalmente da capacidade de intervir-se nos processos naturais de caráter orgânico e biológico. O que se buscava no diagnóstico era a determinação da doença como causa dos sintomas, sendo estes freqüentemente confundidos com os sinais. E, se possível, pela etiologia, a determinação dos processos físicos e bioquímicos causadores da doença.

Atualmente, a busca das razões e dos motivos que levaram o paciente à consulta se sobrepõe à das causas de uma possível doença, embora de modo algum a exclua. Não basta investigar o domínio das interações orgânicas para detectar a doença e, por meio da conduta terapêutica adequada, restituir a saúde ao paciente. A unidade sócio-psicossomática está em jogo no momento em que a moléstia se instaura e em que se toma a decisão de que um profissional da saúde deve ser procurado⁴. A própria moléstia ou mesmo um acidente envolvem freqüentemente razões e motivos de que a estrita fisiologia não é capaz de dar conta.

Estando em jogo razões e motivos, não há como desconhecer os interesses do paciente e sua formação cultural. Conflitos poderão resultar do fato de os profissionais da saúde não compartilharem dos mesmos valores ou da mesma linguagem dos pacientes e de seus familiares. Num processo dialogante e num clima de máximo respeito, deve-se procurar encontrar sempre que possível um consenso. Trata-se de uma conduta humana, que, como tal, insere-se no quadro da vida social e exige o respeito mútuo e o compartilhar de responsabilidades, das quais, nesse momento, tanto os profissionais da saúde quanto os pacientes e seus familiares não podem eximir-se.

Valorizando-se o diálogo, confere-se uma dimensão ética extremamente exigente a todas as partes implicadas nas relações clínico-terapêuticas. Embora as modificações que estão ocorrendo reflitam e interpretem mudanças mais amplas na sociedade e, conseqüentemente, já encontrem meios para serem levadas a cabo por todos, um longo e constante processo de aprendizagem precisa estar em curso, envolvendo os médicos e os demais profissionais da saúde, para que saibam compartilhar as decisões e a responsabilidade com quem os procura, assim como com os próprios pacientes e seus familiares. A estes últimos, cabe ajudá-los a assumir um papel, do qual, antes, na passividade em que se encontravam, estavam aliviados⁵.

Essa interação do paciente e do médico num processo de levantamento de hipóteses de diagnóstico pode ser descrita, recorrendo-se à teoria semiótica proposta por Charles S. Peirce (1839-1914). Construiu-se, para tanto, um diagrama⁶ gerado por três vetores: o da potencialidade, o da existência e o da generalidade, respectivamente correspondendo às três categorias fenomenológicas propostas por aquele autor e com

⁴ Cf. MELLO Filho; MELLO.

⁵ Cf. STAIANO (1982); SILVEIRA (1998).

⁶ Cf. figura no fim do texto.

as quais pretendia organizar, numa primeira abordagem, todo o universo da experiência⁷. Os três vetores correlacionam-se mutuamente, cada um deles variando e fazendo variar em intensidade os outros dois, sempre representando o elemento predominante em cada operação representada.

Um cursor percorre os arcos entre os vetores em ambas as direções, fazendo com que sua aproximação aumente o valor daquele vetor relativamente aos outros, diminuindo na mesma proporção o valor do vetor do qual o cursor se afasta e mantendo o valor mínimo do vetor oposto ao arco percorrido.

Para a análise da diagnose médica, escolheu-se como nível de aplicação do diagrama aquele que contém as três espécies de raciocínio propostas por Peirce, a saber: a abdução, a indução e a dedução. Formalmente, com efeito, o levantamento de hipóteses diagnósticas pertence a este nível, tratando-se da construção de argumentos e de inferências. Pode-se antecipar que, ao longo da exploração do diagrama, uma quarta forma lógica (ou pré-lógica) se fará presente, à qual, devido às suas características, denominar-se-á *potesis*, ou função poética⁸.

Partindo do grau máximo do vetor *potencialidade* e aproximando-se progressivamente do pólo vetor *existência*, com a conseqüente diminuição do primeiro e o aumento do segundo, ocorre o *vir-à-existência* como formação da consciência do *eu* em reação à presença do *não-eu*. Trata-se da passagem de um estado inicial em que não havia moléstia a um estado de estranheza em que a moléstia se manifesta. Na ausência da moléstia, o eu não tem consciência de si, não *existe* para si, pois não experimenta nenhuma resistência. A primeira manifestação da moléstia – como mal-estar – consiste precisamente nessa resistência ao estado anterior do eu. Trata-se do elemento estranheza, insistente mas ainda não identificado⁹ (trajetória I do diagrama).

Seguindo-se a trajetória inversa, da *existência* à *potencialidade* (trajetória II do diagrama) e em simultaneidade, ao menos parcial, com a primeira etapa, teria lugar o processo de aquisição de marcas, ou qualidades reativas. O confronto com o não-eu corresponde a um processo de interação do eu com o outro. Desse confronto, seguem-se modificações naqueles que se confrontaram. Tais modificações estão aqui sendo denominadas marcas ou qualidades reativas. A consciência do eu será a consciência de um eu que sofre um mal-estar, de um eu cuja integridade sócio-psicossomática foi de algum modo agredida. O estado potencial do sujeito não será mais o mesmo – por essa razão, o cursor voltou ao pólo do *vetor potencialidade*.

Atingido novamente aquele pólo, caso o processo não se tenha interrompido pela cessação total dos efeitos, considerem-se dois circuitos possíveis: um mais curto, que desloca o cursor diretamente em direção ao vetor generalidade (trajetória VI do diagrama), levando o *eu* a uma rápida conclusão do que lhe aconteceu, expressa, por exemplo, em considerações do tipo “deve ter sido efeito do sol” ou “não deve ter sido nada”; e um circuito mais longo que será considerado a seguir.

Volta-se o cursor em direção ao pólo do vetor *existência* num processo, agora consciente, de re-experimentação do não-eu. Inicia-se um processo de atenção em que

⁷ Às três categorias, Peirce denominou, respectivamente, Primeiridade (*Firstness*), Secundidade (*Secondness*) e Terceiridade (*Thirdness*).

⁸ Cf. SILVEIRA (1992).

⁹ Cf. SEBEOK.

o não-eu aprofundará sua consciência, já tendo em vista assumir o controle de seu novo estado. Caso o mal-estar, por exemplo, correspondesse a uma dor súbita em alguma parte de seu corpo, procurará ele repeti-la para melhor experimentá-lo; caso o mal-estar seja difuso, procurará delimitá-lo.

Em movimento contínuo, o vetor, caso não cesse seu percurso e volte, com mais marcas reativas, ao pólo do vetor *potencialidade*, encaminhar-se-á para o pólo do vetor *generalidade* (percurso IV do diagrama), procurando correlacionar variáveis e deduzir uma razão subjacente a elas e que lhes confira alguma regularidade. As variáveis de estranheza, que atenciosamente foram detectadas como integrantes do mal-estar, serão correlacionadas. O próprio paciente, ou quem o acompanhe, procurará verificar em que momento do dia, em que época do ano, se antes, durante ou depois das refeições, assim como se concomitante ou em seguida a um esforço grande, médio ou pequeno, as perturbações ocorrem ou cessam, permanecem iguais ou diminuem e assim por diante. O trabalho da memória se fará, para recordar o passado e lembrar de se manifestações semelhantes ocorreram com o próprio paciente, com parentes seus, com vizinhos ou companheiros de trabalho. Todos os cruzamentos de variáveis podem, com efeito, ocorrer aqui.

Atingido o pólo do vetor *generalidade*, chegará o paciente ou quem o acompanhe a alguma conclusão correspondente a seus conhecimentos. Definirá sintomas que identificará com o quadro de alguma doença ou, na dúvida, deixará o diagnóstico em aberto. Neste momento, determinará sua conduta procedendo a alguma terapia, nada fazendo ou procurando um médico.

Diante deste último, o paciente ou o informante procurará expor, em busca de solução, os resultados das etapas anteriores. O médico incentivará esse relato, auxiliando o paciente ou o informante a explicitar as correlações estabelecidas. Somente o fato de um profissional da saúde ter sido procurado para consulta já demonstra ter sido emitida, pelo consulente, a percepção de uma moléstia e um juízo sugestivo de alguma doença, não necessariamente determinada. Essa avaliação e esse juízo remetem a um determinado universo cultural do qual colherá valores e utilizará a linguagem¹⁰.

As informações fornecidas estarão integradas ao conjunto das razões que levaram o paciente ao médico e são responsáveis pela efetivação de um hábito de conduta que prescreve que, na presença de certas moléstias ou de sua persistência e intensidade, deva submeter-se a uma consulta.

Confrontam-se, no pólo do vetor *generalidade*, dois hábitos gerais de conduta: aquele que determinou as decisões do paciente ou de seus acompanhantes e aquele do profissional consultado. Dada a não necessária coincidência dos mesmos, um esforço de compreensão mútua deve ser feito, e a relativa rigidez que a generalização estabelece de ambas as partes deve ser desfeita para que uma conduta comum seja procurada.

Da parte do médico, ao menos, e se possível também da parte do consulente, a crença que leva a mais provável identificação da moléstia descrita no quadro geral das doenças e a conseqüente conduta a ser adotada deve ser suspensa, ao menos por um momento. Caso tal processo não ocorra, um diagnóstico impor-se-á precipitadamente, determinando assim de modo abrupto uma conduta.

¹⁰ Cf. TEMAS; STAIANO (1982).

Suspensa a crença decorrente dos hábitos adquiridos, as informações fornecidas pelo paciente ou pelo informante, num processo *poético*, pois constituído pela desconstrução de hábitos e de revivescência dos signos apresentados, formará o médico constelações de dados sugestivos de hipóteses mas de modo algum impositivo de conclusões. Na formação de tais constelações, algumas mutuamente excludentes, outras não, mas todas possíveis, embora se possa avaliar que nem todas sejam igualmente prováveis, o cursor desloca-se do pólo do vetor *generalidade* em direção ao pólo do vetor *potencialidade* (percurso V do diagrama).

Dispõe-se, então, o médico a experimentar em seu próprio *eu*, por meio do exame físico, ou, conforme a moléstia, de um seu equivalente, as possíveis modificações ocorridas no paciente. Retoma-se, da parte do profissional, o processo de atenção, antes levado a cabo pelo paciente (percurso III' do diagrama). A experiência realizada pelo médico novamente se bifurca. O médico, tendo interagido com as expressões psicossomáticas do paciente, toma consciência de seu eu e carrega consigo marcas desse procedimento. O cursor percorreria, desse modo, a distância que separa o pólo do vetor *existência* em direção ao vetor *potencialidade*. Concomitantemente a esse percurso, encaminha-se o cursor para o pólo do vetor *generalidade*, quando o médico procede à correlação das marcas encontradas (percurso IV' do diagrama). Obtidas as informações com base no exame clínico e estabelecidas suas correlações, constrói-se então um quadro geral do estado do paciente, que deverá ser confrontado com os dados observados pelo paciente¹¹.

Enriquecerão as constelações de dados que vinham sendo construídas, por mais um deslocamento do cursor que se afasta do pólo do vetor *generalidade* para o pólo do vetor *potencialidade* (percurso V' do diagrama). Diante das constelações obtidas, retornará o cursor ao pólo do vetor *generalidade*. Serão elas comparadas aos quadros nosológicos conhecidos, devidamente deduzidos em suas síndromes, permitindo a inferência das mais sugestivas hipóteses diagnósticas.

Pretende-se, nessa etapa do raciocínio, alcançar, devidamente deduzidas suas conseqüências observáveis, um conjunto de hipóteses mais ou menos prováveis. A verificação da consistência das conclusões obtidas deve ser buscada indutiva e independentemente de seu processo de obtenção.

Buscam-se dados que venham a corresponder a classes de fenômenos que, complementarmente aos dados já obtidos, pertençam a um determinado quadro nosológico contemplado entre as hipóteses diagnósticas e que, ao menos tomados em conjunto com os outros dados, sugiram mais uma hipótese do que as outras, ou, mais freqüentemente, dada sua incompatibilidade com o quadro nosológico, descarte o maior número de hipóteses levantadas.

Noutros termos, procura-se experimentalmente e de modo independente, o grau de probabilidade que se possa conferir a uma hipótese diagnóstica em comparação com as outras. Essa operação corresponde no diagrama estudado, ao deslocamento do cursor, afastando-o do pólo do vetor *generalidade* e aproximando-o do pólo do vetor *existência* (percurso VIII do diagrama).

¹¹ ENGELHARDT Jr.; BAER.

Do resultado dos testes realizados, conclui-se, quando bem sucedido, por uma determinada hipótese. Volta-se, então, do pólo do vetor *existência* ao do vetor *generatividade*. Quando não se alcança tal sucesso, refaz-se, se possível, ao menos parte desse encaminhamento.

Bibliografia Consultada

BAER, Eugen [1981]. Medical Semiotics: a new paradigm. *Semiotica*, v. 37, n. 1/2, p. 165-91, 1981.

BLACKLOW, Robert (ed.) (1983). *Mc Bride, sinais e sintomas*. Trad.: Rui Toledo de Barros. 6^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

ENGELHARDT Jr., Tristram et al. (1979). *Clinical judgment: a critical appraisal*. Dordrecht: D. Reidel.

KLEINMAN, Arthur [1987]. Symptoms of relevance, signs of suffering: a search for a theory of illness meaning. *Semiotica*, v. 65, n. 1/2, p. 163-71, 1987.

MELLO Filho, Julio (1988). *Concepção psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

MELLO, Adolpho Menezes (1993). *Psicossomática e pediatria: novas possibilidades de relacionamentos pediatria-paciente-família*. Marília: Unimar.

SEBEOK, Thomas A. [1984/1985]. Sintoma. *Cruzeiro Semiótico*, v. 1, p. 39-46, 1984; v. 2, p. 24-33, 1985.

SILVEIRA, Lauro Frederico Barbosa da [1992]. Semiótica e aprendizagem. In: SERBINO, Raquel V.; BENARDO, Maristela V. C. *Educadores para o séc. XXI: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: EDUNESP, 1992. p. 93-103.

_____ [1998]. Obrigação social. *Medicina: Ética em debate*, ano XII, n. 89, p. 6, jan. 1998.

STAIANO, Kathryn V. [1979]. A semiotic definition of illness. *Semiotica*, v. 28, n. 1/2, p. 107-25, 1979.

_____ [1982]. Medical semiotics: redefining an ancient craft. *Semiotica*, v. 38, n. 3/4, p. 319-46, 1982.

TEMAS de medicina psicossomática. São Paulo: Roche, s/d, p. 1-111.

