

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria**

**Ambigüidade e incerteza:
sua importância na formação médica**

Cláudio Maria da Silva Osório

Orientador

Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik

Co-Orientador

Prof. Dr. José Roberto Goldim

Dissertação apresentada à UFRGS, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, para a obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, março de 2004

Catálogo-na-Publicação

083 Osório, Cláudio Maria da Silva

Ambigüidade e incerteza : sua importância na formação médica / Cláudio Maria da Silva Osório ; orientador: Cláudio Laks Eizirik, co-orientador: José Roberto Goldim. – 2004.

257 f.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

1. Educação médica 2. Estudantes de medicina : Psicologia 3. Incerteza 4. Percepção 5. Probabilidade 6. Semântica 7. Tomada de decisões I. Eizirik, Cláudio Laks II. Goldim, José Roberto
III. Título

CDD 610.7

NLM W 18

(Bibliotecária responsável: Viviane Castanho - CRB-10/1130)

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, à Faculdade de Medicina da UFRGS, ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em particular ao Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal e Centro de Estudos Luís Guedes, pelo acolhimento e estímulo, constantes desde o meu ingresso como aluno em 1962 e como professor em 1979. O que eu tenho realizado de bom deve-se aos meus professores, alunos, colegas, amigos, funcionários e pacientes.

Um muito obrigado muito especial aos meus Professores Orientadores, Cláudio Laks Eizirik e José Roberto Goldim que apoiaram, desde o primeiro momento, minha proposta de investigação, e se mantiveram crescentemente seguros e afetuosos, garantindo o desenvolvimento dos trabalhos.

À consultora de Estatística, Vânia Hirkata, pela tranquilidade e paciência com as minhas incursões em uma área pouco familiar para mim.

Aos excelentes auxiliares de pesquisa, acadêmicos Richelle B. Albrecht e Alexandre M. Machado pelo alto nível das suas participações, em todas as atividades. À médica Renata R. de Oliveira, aluna do Curso de Psiquiatria e colaboradora nos trabalhos, um agradecimento muito especial.

Aos meus professores das disciplinas do Programa de Pós-Graduação da FAMED, em particular ao Professor Mário B. Wagner, pelo exemplo.

À bibliotecária Viviane Castagno, uma muito verdadeira colega de trabalho.

Ao Marcelo Damasceno Ferreira, pela facilitação na trilha de Daniel Kahneman & Amos Tversky, com os “guias” Pierre de Fermat e Ernst Shackleton.

Aos pesquisadores Jochanan Benbassat, de Israel, e Martha Gerrity, dos Estados Unidos, que tão gentilmente responderam às minhas solicitações, o meu muito obrigado.

Ao Serviço de Genética do HCPA: não faltaram estímulos de Roberto Giugliani, Laura B. Jardim, do Júlio César L. Leite, Ricardo F. Pires, Têmis M. Félix, Maria Tereza V. Sanseverino, Patrícia Ashton-Prolla e tantos outros, decisivos para a iniciativa deste mestrado, em um clima de “*acaso, necessidade e determinação.*”

À Maria Elisa Zanella Schestatsky, pela competência, prontidão e bom humor, muito obrigado pela revisão técnica da Língua Inglesa.

Aos sujeitos da pesquisa, que em meio aos seus compromissos e necessidades de alunos concluindo o curso de medicina, mostraram disposição e disponibilidade. Incluo os anônimos respondentes dos primeiros ensaios dos questionários, que toleraram meus erros.

À minha analista, Ana Rosa Chait Trachtenberg, presença viva.

Aos meus cada vez mais queridos e respeitados pais, Carlos e Zelina, por terem sabido lidar com as ambigüidades e incertezas naturais da vida, proporcionando-me uma família da qual muito me orgulho em fazer parte. Aos meus filhos, sempre renovando minha satisfação de ser pai do Ticiano e da Marília.

À Marli, por tudo. Sem ela, não teria havido este mestrado e muito mais.

Sumário

Resumo.....	5
Abstract	6
Apresentação	7
Artigo 1 Incertezas, ambigüidades e formação médica: uma revisão da literatura	14
Artigo 2 Tolerância à ambigüidade e à incerteza em estudantes de medicina	83
<i>Ambiguity and uncertainty tolerance among medical students</i>	111
Artigo 3 Traduções e tradições na semiologia psiquiátrica do curso do pensamento	138
Artigo 4 Afetividade e humor: um exame de estado mental com mais clareza e menos ambigüidades.....	156
Conclusões.....	174
Complemento 1 Frankenstein, Ciência, Literatura e Bioética.....	193
Complemento 2 Lidando na prática clínica com incertezas e ambigüidades: como dar más notícias em aconselhamento genético	204
Complemento 3 Psicoterapia e psicofarmacoterapia: ambivalências, ambigüidades, alcances e limites na pesquisa.....	223

Resumo

Medicina e ciência convivem com incertezas e ambigüidades. Ciência é movimento e incerteza; percepção é ambigüidade. Estratégias para diminuir o movimento e as ambigüidades da ciência podem aumentar a confusão conceitual e ambigüidade construída. Conceituam-se erro, ambigüidade, incerteza, desconhecimento, risco, chance e probabilidade a partir da Economia, Epidemiologia e outras áreas do conhecimento, encontrando-se a unidade do conceito de ambigüidade: é uma ferramenta indispensável para qualquer avanço científico. O tema da intolerância à ambigüidade e/ou à incerteza começa com Frenkel-Bruswick, passa por Budner e Norton, chegando aos trabalhos de Gerrity e de Schor, Pilpel e Benbassat. Comparam-se os tipos de ambigüidade descritos por Empson e por Norton, atualizando-os a partir de Tversky & Kahneman e outros. Percepção é examinada a partir de Merleau-Ponty, Day, Frayze-Pereira e Gardner. Percepção é ambigüidade. Percepção é probabilidade (Artigo 1).

Foram identificadas ambigüidades intrínsecas, estimulantes da aprendizagem e da pesquisa, e ambigüidades extrínsecas, construídas ou “fabricadas”, desestimulantes no processo ensino-aprendizagem. Entre elas os conceitos confusos e/ou problemas na tradução de termos em psicopatologia. Desagregação e incoerência vêm sendo considerados sinônimos, a partir da distorção no entendimento de “*Inkohärenz*”, Bleuler. Avanços na pesquisa, ensino e prática clínica dependem de clareza conceitual e definições de sintomas em psicopatologia descritiva. Revisam-se os conceitos e definições de alterações do curso ou forma do pensamento nas edições do Kaplan & Sadock's e outros textos didáticos. Cotejam-se os pontos de vista de Andreasen e Weinberger neste tema de semiologia psiquiátrica (Artigo 3).

Afeto, emoção e humor também são conceitos usados intercambiavelmente, com ambigüidades ou confusão no campo da semiologia psiquiátrica inclusive com outros conceitos como o de temperamento. O exame do humor vem sendo feito *dentro* do exame da afetividade, inclusive com proposta de abandonar o conceito de afetividade, substituindo-o pelo de humor. É proposta uma nova mudança conceitual no Exame do Estado Mental, separando humor da afetividade, para reduzir as ambigüidades e confusões conceituais na diferenciação entre afetividade e humor, tornando o exame do estado mental mais didático e mais prático, especialmente nas situações de risco de suicídio em transtornos do humor uni ou bipolares ou de depressão secundárias a transtornos esquizofrênicos (Artigo 4).

Na pesquisa quantitativa, com estudantes do 11º semestre do curso de medicina da UFRGS, 76% deles preferiram especialidades mais estruturadas (cirurgia e radiologia). Mulheres mostraram maiores escores de tolerância à ambigüidade do que homens ($P=0,04$). Estudantes preferindo psiquiatria mostraram também maior tolerância à ambigüidade ($P=0,0004$). Não se registraram diferenças significativas na tolerância à incerteza em homens e mulheres ($P=0,22$) ou de acordo com a especialidade preferida. Não foram verificadas diferenças significativas entre os quatro subgrupos estudados, combinando-se sexo e escolha da especialidade ($P=0,9999$). Pela hipótese da aditividade, comumente aceita, mulheres preferindo psiquiatria teriam necessariamente maiores escores de tolerância à ambigüidade. Nossos resultados não sustentam esta hipótese, que parece resultar de uma “falácia da conjunção”, um dos exemplos das heurísticas e vieses de Kahneman e Tversky, “atalhos lógicos”, que violam princípios da lógica e da probabilidade (Artigo 2).

Abstract

Medicine and science coexist with uncertainties and ambiguities. Science is movement and uncertainty; perception is ambiguity. Strategies to diminish the movement and the ambiguities of science can increase the conceptual confusion and the “fabricated ambiguity”. One appraises error, ambiguity, uncertainty, unknown, risk, chance, and probability from the Economy, Epidemiology and other areas of knowledge. The unit of the ambiguity concept was found: it is an essential tool for any scientific knowledge advance.

The subject of aversion towards ambiguity and/or the uncertainty starts with Frenkel-Bruswick, continuous with Budner and Norton, arriving at the works by Gerrity and by Schor, Pilpel and Benbassat. Empson and Norton’s types of ambiguity are compared and updated with Tversky & Kahneman and others. Perception is examined mainly from Merleau-Ponty and Day, Frayze-Pereira and Gardner. Perception is ambiguity. Perception is probability (Paper 1).

Certain types of ambiguities have been identified: intrinsic, learning and research stimulating, and extrinsic, fabricated, and non-stimulating in learning-teaching process. Among them there are confusing concepts and/or problems with mistranslated psychopathology terms. Loosening of associations and incoherence have been defined and coined as much as synonyms, due to a possible distortion in the understanding of Bleuler’s “Inkohärenz”. The advances in psychopathology research, teaching and clinical practice depend on the conceptual clarity and on the descriptive psychopathology definitions of symptoms. Concepts and definitions of the course and form of thought in all editions of Kaplan & Sadock’s and in other textbooks. Andreasen and Weinberger’s points of view in this issue on psychiatric semiology (Paper 3).

Affect, emotion and mood area also used interchangeably, with ambiguities and conceptual confusion in the field of psychiatric semeiology including other areas, as the temperament. Commonly the assessment of mood mental states is performed in the same context of the examination of the affects. There are proposals to suppress the concept of affectivity in benefit of the mood concept. We offered a new conceptual arrangement of the mental status examination, making a sharp distinction between mood and affectivity, with a main objective: to reduce ambiguities and conceptual confusion in the distinction between affects and mood, rendering the mental status examination easier both in learning and medical practices, particularly in cases of suicide risks associated with unipolar and bipolar disorders, as well as secondary depressive conditions associated with schizophrenic disorders (Paper 4).

In the quantitative research, students of the eleventh semester of the Federal University of Rio Grande do Sul, School of Medicine, seventy-six per cent of the students preferred more structured specialties (surgery, radiology). Women showed higher tolerance ambiguity scores than men ($p= 0.04$). The students whose choice was psychiatry showed higher tolerance ambiguity scores ($p=0.0004$). No significant differences were registered in uncertainty tolerance between men and women, ($p=0.22$) or according to specialty preference. No significant differences were observed between the 4 studied subgroups, combining sex and specialty choice ($p= 0.999$). The results don't support the hypothesis that female students choosing psychiatry would certainly show higher tolerance to ambiguity scores: it seems to result from a conjunction fallacy, or an example of the heuristics and biases studied by Kahneman and Tversky, “logical shortcuts” which violate logic and probability principles (Paper 2).

Apresentação

Partindo de minha experiência clínica e de ensino, pensei, em oportunidades anteriores, primeiro em uma investigação no campo da esquizofrenia, sob a orientação do Professor Roberto Pinto Ribeiro. Um pouco mais adiante, em 1991, dentro do Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, sob a orientação do Professor Ellis Busnello, o tema de investigação passou a ser “Escolas de Psiquiatria e o Diagnóstico”: pretendia examinar a influência dos paradigmas ou escolas de psiquiatria nos hábitos, procedimentos e conclusões diagnósticas em hospitais psiquiátricos de Porto Alegre, de diferentes orientações teóricas. Foi nítida, nesta proposta, a influência do contato com o tema dos “novos paradigmas” na ciência e na cultura, em Buenos Aires, onde, em 1991, realizou-se o “Encuentro Interdisciplinario Internacional *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjectividad*”, com as enriquecedoras presenças de Ilya Prigogine (Premio Nobel, Química, 1977), Heinz Von Foerster (pioneiro da cibernética) e Edgar Morin, entre outros. O interesse por este campo do conhecimento desenvolveu-se com a organização e participação no Curso de Extensão em Filosofia e História das Ciências, abril a junho de 1994, promovido, conjuntamente, pelo Grupo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Extensão em Filosofia e História das Ciências da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS, Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, Centro de Estudos Luís Guedes e Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.

Chegando a dezembro de 2001, minha proposta inicial era examinar “O impacto da disciplina de relação médico-paciente na vida profissional dos graduados em medicina da UFRGS no período de 1978-1998; um estudo descritivo das possíveis questões de gênero/sexo no processo ensino-aprendizagem de psicologia médica”. Estava pensando em *contribuir para a caracterização, entendimento e resolução dos problemas das disciplinas de psicologia médica do curso de medicina da UFRGS, em particular daquela que trata da relação médico-paciente*. Dois estímulos foram decisivos. Um foi trabalhar, simultaneamente, na Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e na Genética do mesmo hospital, onde sou consultor. O outro foi o contato, singularmente inesperado, com os trabalhos sobre narrativa, identidade e clínica, publicados por Branca Telles Ribeiro e

colaboradoras, 2001, em particular as pesquisas do grupo de Clark & Mishler, que utilizaram a análise do discurso na abordagem do sociolinguísta William Labov¹.

O tema, objetivo e metodologia da minha proposta de investigação foram sendo progressivamente reformulados entre janeiro e março do mesmo ano de 2002, para passar a estudar “*O impacto das disciplinas de Psicologia Médica (Desenvolvimento da Criança e do Adolescente, do Adulto e do Idoso, e Relação Médico-Paciente), na FAMED, UFRGS; um estudo descritivo das questões de gênero / sexo no processo ensino-aprendizagem*”. Estavam, até então, relativamente em aberto as hipóteses de pesquisa qualitativa (por meio da análise do discurso) ou quantitativa (mensuração das variáveis tolerância à ambigüidade e à incerteza). Na discussão do meu projeto, a metáfora aproveitada por Paulo Abreu, “*conhecer a outra face do Everest*”, para vir a ter experiência com a pesquisa quantitativa, consolidou a decisão por esta abordagem, que se revelou muito valiosa.

Não seria justo omitir a importância da leitura de “*O último teorema de Fermat*”, que convida para o prazer da pesquisa sem esquecer a diferença entre o mundo real e o mundo das abstrações matemáticas. Galileu estava muito consciente disso: “*Nas demonstrações naturais, não se deve procurar a exatidão matemática*”².

O tema da ambigüidade e incerteza e da tolerância e intolerância em relação às mesmas em estudantes de medicina e médicos veio a partir de uma busca bibliográfica por um determinado autor, por sugestão da bibliotecária Viviane Castagno. Eu conhecia um trabalho de Jochanan Benbassat sobre *currículo oculto e desenvolvimento cognitivo dos estudantes de medicina*. O estudo da metodologia qualitativa paralelamente ao tema da tese de Patrícia F. Vilas Boas (*a erosão moral do estudante de medicina*) levou-me para o tema do desenvolvimento cognitivo. A partir do trabalho mais recente de Benbassat, cheguei aos trabalhos de Gerrity e colaboradores. E aí se abriu um caminho realmente muito interessante.

Pode ter sido na década de 1970, o meu primeiro contato com o tema da ambigüidade, no livro de Bleger *Simbiose e ambigüidade*, tema de grupo de estudos, em

¹ O Professor José Roberto Goldim, poucos meses antes de ser escolhido como co-orientador, “devolveu-me” “*Narrativa, Identidade e Clínica*”, na suposição de que este livro me pertencia. O “misterioso” dono permanece anônimo.

² Galileu. Diálogo, p 38, apud Koyré, *Estudos Galilaicos*, 1939, (p.349).

Porto Alegre, com o psicanalista Santiago Korin, de Buenos Aires. Isso eu só vim a lembrar depois de definido o tema de investigação, durante a revisão da literatura. O curioso é que nesta mesma época, eu me havia interessado no estudo das ambivalências ou contradições da medicina e saúde pública, sem relacionar este tema com a da ambigüidade. Estava, por assim dizer, na situação do *sherpa* relatada por Bronowski: o guia, Angtarcai, conhecia bem a face sul do Everest, mas não sabia que a para ele “outra montanha” era, na verdade, o lado norte, “*a outra face do Everest*”.³

O tema relaciona-se com a minha prática clínica, com os meus interesses de estudo, documentados por trabalhos publicados ou apresentados, e com a experiência em todas as disciplinas do curso de medicina, entre elas as do elenco da assim chamada psicologia médica, em particular a de relação médico-paciente, acrescentando-se a semiologia psiquiátrica. Tornou-se evidente, a partir da primeira revisão da literatura, a necessidade de uma melhor compreensão destes dois conceitos inter-relacionados – ambigüidade e incerteza, por vezes erradamente considerados sinônimos. O tema foi escolhido, também, por ser importante e sempre atual, nos campos da ciência e da filosofia, pelas suas relações com os critérios de verdade, crença e certeza no conhecimento científico. Como ficará claro no conjunto dos trabalhos, quando se está procurando por novas idéias a ambigüidade é essencial para a germinação das mesmas, por ser poderoso estímulo à imaginação criadora⁴.

O tema se articula também com trabalhos de linha de pesquisa em desenvolvimento no campo da bioética - risco, incerteza e ambigüidade *versus* decisões na atenção médica a pacientes da geriatria, de UTIs e da pediatria, entre outros. Alguns dos seus achados concordam, independentemente, com os encontrados por Sérgio C.E.P.Machado e colaboradores em sua investigação sobre a capacidade das escalas na identificação de depressão em Hospital Geral.

Consultando o banco de dados PubMed, Medline, utilizando os termos *incerteza e ambigüidade*, encontraram-se 1.661 publicações no período de 1975 a 2002 (consulta em setembro 2002). Ampliando os contextos da busca o número sobe para 7606 artigos (1971-

³ Bronowski, O hábito da verdade, 1958.

⁴ Von Oech, 1988.

2002). No mesmo banco, usando apenas a expressão *Budner Scale*, uma das primeiras escalas de mensuração no campo, encontramos 4 artigos entre 1989 e 2001.

No tema específico da *tolerância à ambigüidade*, no banco de dados PsycInfo, dentro do período de 1948 a 2003, havia 133 publicações, sendo 35 do período 1999 a 2001. Colocando os termos tolerância e incerteza, havia 95 publicações entre 1975 e 2001. Pelo PubMed, entre 1973 e 2001, apenas 9 artigos, colocando “ambiguity tolerance”.

Na busca específica pelo autor da primeira escala de mensuração de tolerância à ambigüidade, Stanley Budner, encontraram-se 4 publicações, entre 1967 e 1983, no PsycInfo.

Tentando localizar o autor da outra escala de tolerância à ambigüidade, Robert Norton, encontraram-se apenas 17 referências, de 1974 a 1996. Nos últimos 6 anos o autor não vem publicando e não foi localizado para contato a partir das tentativas feitas.

Benbassat: publicou 106 trabalhos entre 1966 e 1990.

Na questão mais específica do tema *percepção*, intrinsecamente relacionado com a da ambigüidade, procuraram-se trabalhos de Turvey, autor mais recente, para examinar a controvérsia entre Gibson & Turvey *versus* Fodor & Pylyshyn. Em outra busca, em agosto de 2003, foram encontrados 124 artigos, de 1967 a 2000, pelo banco PsycInfo. Pelo PubMed, 15 artigos, de 1973 a 2000. Isto evidencia a diferença das fontes de busca.

Procurando por *medical education e cognitive development*, 1994-2001, apenas um artigo na base de dados Eric e mais um pelo PsycInfo. Pelo PubMed, 72 artigos, entre 1970 e 2001. Outras buscas, todavia, revelaram 211 artigos entre 1967 e 2002, mais 14 entre 1975 e 1996.

Buscando publicações sobre o tema do *hidden curriculum and medical schools and graduate medical education*, no banco Eric Database, apenas 3 artigos, entre 1982 e 1999.

Foram selecionados artigos capazes de fornecer subsídios para a base teórica do tema, buscando-se também e predominantemente, as referências primárias dos trabalhos considerados principais (Norton, 1975, Gerrity e cols, 1990-1995, Benbassat, 2000 e Geller, Faden & Levine, 1990).

A questão da pesquisa mostrou-se capaz de preencher os *critérios FINER* de Hulley e colaboradores: **Factível** quanto ao número de sujeitos, tempo e custos; **interessante** pelos

vínculos com temas já estudados pelo investigador principal, servindo como ponte ou campo para compartilhar idéias; **inovadora** por oferecer novos dados sobre o processo ensino-aprendizagem e também por cruzar duas mensurações de tolerância na maioria das vezes feitas independentemente; **ética** por garantir plenamente a voluntariedade dos sujeitos, além da privacidade e confidencialidade, e por não estar avaliando nenhuma patologia dos alunos, sendo ainda, possivelmente, **relevante** para o conhecimento científico, para possíveis diretrizes no ensino médico e para direcionamentos futuros de pesquisa.

A presente dissertação está sendo apresentada no formato de conjunto de textos produzidos ao longo do curso de mestrado, com vistas à publicação. No primeiro deles, *Incertezas Ambigüidades e Formação Médica. Uma Revisão da Literatura* examinam-se as relações do tema com a ciência, destacando as estratégias que vem sendo usadas para lidar com as intrínsecas, mais do que inevitáveis ambigüidades e incertezas da ciência. São apresentados e discutidos os conceitos principais de ambigüidade, incerteza, risco, probabilidade e desconhecimento, este diferenciado de ignorância, todos eles, entendidos principalmente a partir de contribuições da Economia. A percepção, intimamente relacionada com a ambigüidade, como já assinalado, mereceu uma seção especial. As ambigüidades são examinadas do ponto de vista da psicanálise e da lingüística, bem como o desenvolvimento e a importância do tema na medicina e na psiquiatria. O artigo encerra-se com um breve histórico das principais contribuições ao tema.

O segundo artigo, *Tolerância à Ambigüidade e à Incerteza em Estudantes de Medicina*, é uma pesquisa quantitativa, realizada mediante a aplicação de duas escalas de mensuração (Norton, 1975 e Gerrity et al., 1995) a uma amostra de 100 estudantes do 11º semestre do curso de medicina da Faculdade de Medicina da UFRGS. A intenção principal da pesquisa foi estudar o comportamento das duas variáveis, tolerância à ambigüidade e à incerteza, para verificar se e quanto uma dependeria da outra, ou seja, avaliar a sua relativa independência, apesar das relações entre as mesmas. Pensou-se também em verificar se o sexo ou a escolha de uma especialidade mais estruturada (cirurgia/radiologia) ou menos estruturada (psiquiatria) influíam ou não nas variáveis em estudo⁵.

Um terceiro trabalho, *Tradições e Traduções na Semiologia Psiquiátrica: Incoerência e Desagregação* é uma aplicação muito interessante do conceito de

⁵ Os critérios de estruturação utilizados foram os de Budner.

ambigüidade, diferenciado de confusão conceitual. Consiste de um rastreamento do significado de desagregação (*loosening of associations*), importante sintoma do curso do pensamento na esquizofrenia, correspondente ao conceito clássico de “*Inkohärenz*”, de Eugen Bleuler, 1911, diferenciando-o de incoerência no sentido mais amplo do termo. Ficou esclarecida a importância dessa distinção no ensino médico, em especial de psiquiatria, na assistência e na pesquisa da esquizofrenia.

Afetividade e Humor. Uma Proposta de Mudança Conceitual no Exame do Estado Mental, tema escolhido para o EGQ, Exame Geral de Qualificação, 2003, corresponde, também, a uma aplicação dos conceitos de confusão conceitual e ambigüidade, ainda no terreno da semiologia psiquiátrica, desta vez distinguindo as alterações afetivas das do humor e do temperamento, pelas suas repercussões práticas no diagnóstico diferencial de transtornos de humor psicóticos e esquizofrenias, na utilização ou não de psicofármacos e na prevenção de depressão e suicídio, especialmente em pacientes bipolares. Quatro vinhetas de pessoas famosas com estes transtornos mentais ilustram as idéias e a proposta de modificação na semiologia psiquiátrica.

Além destes textos principais, outros três foram incluídos, como complementos, pois se vinculam diretamente com o tema proposto. O primeiro deles, Complemento 1 – *Frankenstein, Ciência, Literatura e Bioética*, é uma análise da obra de Mary Shelley, com a identificação das ambigüidades e ambivalências do papel do cientista na sociedade.

O Complemento 2 – *Lidando com Ambigüidades na Prática Médica: Dando Más Notícias*, consiste em uma aplicação dos conceitos examinados na dissertação, desta vez no campo da relação médico-paciente em geral e no aconselhamento genético em particular, utilizando os casos de Hamlet e de Erikson para ilustrar o tipo de atenção necessária na comunicação entre profissional e paciente, especialmente nas situações difíceis de transmitir resultados de exames e diagnósticos na Genética Clínica.

O Complemento 3 – *Psicoterapia e Psicofarmacoterapia. Ambigüidades e Ambivalências, Alcances e Limites na Pesquisa* – tenta alertar os profissionais para as simplificações das complexas questões envolvidas na associação de abordagens psicofarmacológicas e psicoterápicas, especialmente quando o referencial teórico é psicanalítico. Simplificar contribui para aumentar a confusão, os mal-entendidos, as

ambigüidades e as incertezas, adicionando riscos para profissionais e pacientes, especialmente no caso de pacientes suicidas.

A questão norteadora desta pesquisa foi: - *As dificuldades dos estudantes de medicina no processo ensino-aprendizagem das disciplinas de psiquiatria teriam relação com a tolerância à ambigüidade e à incerteza?*

O objetivo geral foi avaliar a tolerância à incerteza e à ambigüidade em estudantes de medicina, com suas supostas relações com sexo e escolha de especialidade mais ou menos estruturada, e suas possíveis repercussões na relação médico-paciente. Sendo esta o núcleo da atividade profissional, a qualidade desta relação vai influir também na obtenção de histórias clínicas e pessoais do paciente e no exame do estado mental ou semiologia psiquiátrica. O processo ensino-aprendizagem destas competências está concentrado no elenco das disciplinas de psicologia médica, que incluem, ainda, o estudo do desenvolvimento humano, em especial o da identidade do ego, nos termos e conceitos de Erik Erikson. Por isso os trabalhos principais e complementares desta dissertação examinam todas estas questões e os seus inter-relacionamentos, inclusive com os meus interesses e objetivos anteriores, que, em alguma medida, facilitaram a realização do meu mestrado.

Artigo 1

Incertezas, ambigüidades e formação médica: uma revisão da literatura

Incertezas, ambigüidades e formação médica: uma revisão da literatura

Cláudio Maria da Silva Osório⁶, José Roberto Goldim⁷, Cláudio Laks Eizirik⁸

*A vida é breve,
A Ciência é duradoura,
A oportunidade é artilosa,
A experimentação é perigosa e
O julgamento é difícil*
Hipócrates, entre 430 e 330 AC
(1,2)

Eppur si muove
atribuída a Galileu Galilei, 1633

as palavras estão predestinadas à ambigüidade
Sigmund Freud, 1900
(3,4)

*a ambigüidade é essencial à existência humana, e tudo
aquilo que vivemos e pensamos tem sempre vários sentidos*
Maurice Merleau-Ponty, 1945
(5,6)

se quiseres ver, aprende a agir
Heinz Von Foerster, 1981
(7)

Resumo

Desde Hipócrates e Aristóteles, a medicina e a ciência convivem com incertezas e ambigüidades. Galileu, Freud, Merleau-Ponty e Von Foerster convergem: ciência é movimento e incerteza, percepção é ambigüidade. Esta e as incertezas são estímulos ou ferramentas para a ciência. Esclarecem-se as estratégias para diminuir o movimento e as ambigüidades da ciência. Examina-se o minimalismo na arte e na psiquiatria. Destaque para a filosofia e epistemologia na ciência. Conceitua-se também erro, risco e risco construído,

⁶ Médico e psiquiatra. Professor na Medicina e na Psiquiatria, UFRGS-HCPA Mestrando. PPG Psiquiatria, UFRGS, 2002-2004.

⁷ Co-Orientador. Doutor em Clínica Médica. Biólogo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Professor de Bioética na UFRGS.

⁸ Orientador. Doutor em Clínica Médica. Professor Adjunto do Depto.de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. Membro Efetivo e Analista Didata da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.

a partir da Teoria da Decisão, Economia e Epidemiologia. Distingue-se perigo de risco e conhecimento perigoso de conhecimento proibido e suas conseqüências na Ciência e Bioética contemporâneas.

Visitaram-se também outras áreas do conhecimento, encontrando-se a unidade do conceito de ambigüidade, inicialmente visto como obstáculo e depois como ferramenta, indispensável.

Na diferenciação de risco, ambigüidade, incerteza e desconhecimento, parte-se de Ellsberg, chegando a Tversky & Kahneman. Distingue-se probabilidade e chance, a partir de Keynes e Popper. O tema da intolerância à ambigüidade e/ou à incerteza começa com Frenkel-Bruswick, passa por Budner e Norton chegando aos trabalhos de Gerrity e de Schor, Pilpel e Benbassat. Alguns dos trabalhos revisados mostraram falta de clareza na teoria e diferenciação dos construtos ambigüidade e incerteza. Comparam-se os tipos de ambigüidade descritos por Empson e por Norton, atualizando-os.

Percepção é examinada a partir de Merleau-Ponty e Day. A controvérsia Gibson *versus* Fodor é esclarecida com Frayze-Pereira e Gardner. Freud contribuiu com o entendimento de que “*as palavras estão predestinadas a serem ambíguas*” e com o entendimento da ambigüidade como “*Wechsel*”, ferramenta, permitindo a passagem de um trilho de pensamento para outro. Na Lingüística, Chomsky, com seus exemplos de frases ambíguas. Na Sociologia Médica, Parsons, Merton, Renée Fox e Gerrity. Na Medicina Baseada em Evidências examina-se a confusão entre o sentido laico ou popular de *evidência* e o sentido técnico. O caso da psiquiatria contemporânea é visto no contexto dos DSMs e das confusões entre critérios diagnósticos e sintomas e das ambigüidades próprias da interface mente-cérebro. O artigo termina com um breve histórico das contribuições ao tema, desde Necker até Schor, Pilpel e Benbassat, na mensuração da tolerância à incerteza em estudantes de medicina.

Abstract

Since Hippocrates and Aristotle, medicine and science coexist with uncertainties and ambiguities. Galileu, Freud, Merleau-Ponty and Von Foerster converge: science is movement and uncertainty; perception is ambiguity. Ambiguities and uncertainties are stimulous or tools for the science. Students of medicine and doctors deal with uncertainty and ambiguity, risk and the unknown and are forced to make decisions. The strategies to try to diminish the movement and the ambiguities of science are clarified. Minimalisms in the art and psychiatry are examined, where, when eliminating details, they increase the conceptual confusion and the “fabricated ambiguity”. Prominence for the philosophy and epistemology in science. One also appraises risk and “fabricated risk” (Giddens), from the Decision Theory, Economy and Epidemiology. One distinguishes danger from risk and dangerous knowledge from forbidden knowledge and its consequences in contemporary Science and Bioethics, using the distinction between art, pornography and perversion to introduce the subject of the perversion in science.

Other areas of knowledge had also been visited. The unit of the ambiguity concept was found initially as an obstacle and later as an essential tool (Wechsel) for any scientific knowledge advance. Uncertainty, starting from the Principle of Heisenberg, 1927 is conceptualized.

To clarify risk, ambiguity, uncertainty and ignorance, the starting point was Ellsberg 1961 up to Tversky & Kahneman, 1981 and 1982. In the distinction between

probability and chance, the starting points were Keynes and Popper. The subject of aversion towards ambiguity and/or the uncertainty starts with Frenkel-Bruswick, continuous with Budner and Norton, arriving at the works by Gerrity and by Schor, Pilpel and Benbassat. Some of the revised works have shown a lack of clarity as far as theory and differentiation of the concept of ambiguity and uncertainty is concerned. The described types of ambiguity by Empson and Norton are compared and updated with Tversky & Kahneman and others.

Perception is examined mainly from Merleau-Ponty and Day. The Gibson controversy versus Fodor is clarified by Frayze-Pereira and Gardner.

Introdução

Imaginemos o seguinte cenário: Tempos primitivos, um remoto parente nosso está na floresta e escuta um ruído, de um galho quebrado. Passos? De um predador ou de uma presa? Ou apenas um galho que se quebrou sozinho? A capacidade de discernir este estímulo auditivo vai ser decisiva para a sobrevivência física deste nosso ancestral. Precisa decidir entre correr e fugir do seu caçador, esperar a sua caça ou seguir sua caminhada. Uma escolha que determinará morrer ou garantir alimento por algumas horas. As informações são bem escassas: horário e local do acontecimento, alguma informação memorizada sobre os hábitos de predadores e presas, intensidade do ruído e muito pouco além disso. Imaginando-o acompanhado, não havia ainda os recursos de linguagem hoje disponíveis para as perguntas que talvez ajudassem a discernir o significado da informação.

Incerteza, ambigüidade e formação médica foi o tema escolhido para estudo por razões diferentes e convergentes. A revisão da literatura indica a relação da tolerância à ambigüidade e/ou reações afetivas à incerteza com o desenvolvimento cognitivo dos estudantes de medicina, identidade e formação médica e com o dogmatismo na medicina

(8,9). As conquistas cognitivas do adulto jovem – pensamento relativista, pós-formal, construído – poderiam, portanto, capacitar o estudante e depois médico para lidar com as incertezas, inconsistências, ambigüidades, paradoxos e imperfeições do conhecimento (10,11).

O tema corresponde aos interesses do autor principal e com a sua própria experiência clínica e docente, em todas as disciplinas do curso de medicina, principalmente as do elenco da assim chamada psicologia médica. Estas são às vezes consideradas, erradamente, humanísticas. Tornou-se evidente, a partir das primeiras leituras, a necessidade de uma melhor compreensão destes dois conceitos inter-relacionados, ambigüidade e incerteza, por vezes tidos como sinônimos.

Ambigüidade é um conceito muito antigo, já discutido por Aristóteles como engano lingüístico ou falácia (12). O tema foi escolhido por ser importante e sempre atual, nos campos da ciência e da filosofia, pelas suas relações com os critérios de verdade, crença e certeza no conhecimento científico. Embora seja comum o conselho “*evite as ambigüidades*”, estas, juntamente com as incertezas, além de inerentes à ciência, são poderosos estimulantes para a imaginação criadora, todos eles essenciais para o avanço científico.

Estudantes de medicina e médicos tomam decisões baseadas em dados e informações do paciente (história clínica, exame físico, exames complementares) e da literatura (textos, artigos, pesquisas etc.). Amparam-se, também, na formação graduada, pós-graduada e na própria experiência profissional. As decisões são *diagnósticas* (patologia A, B e/ou C?), *relativas à investigação complementar* (exame X, Y e/ou Z?) e *terapêuticas* (intervenção 1, 2 e/ou 3?). Como ocorre em outras áreas da ciência, eventualmente alguns destes dados e informações são vagos (como algumas queixas), incompletos ou fragmentados nas histórias clínicas, por mais bem que estas sejam obtidas. Às vezes os dados são confusos, ou pouco claros, como são alguns conhecimentos médicos. Outras vezes a mesma informação pode ser ambígua, no sentido de com mais de um significado, cabendo ao estudante e ao profissional interpretar e decidir qual o melhor significado para uma dada tomada de decisão.

Assim sendo todos os estudantes e profissionais lidam com certezas e incertezas, clareza e falta de clareza, maior ou menor ambigüidade e desconhecimento, o que não

impede que as decisões sejam tomadas. Como entender de que forma os estudantes e os profissionais da medicina lidam com estas situações? Existem características prévias dos alunos e desenvolvimentos pessoais e profissionais que efetivamente os capacitam para os desempenhos e competências necessários na Medicina, independentemente da especialidade escolhida? As disciplinas de cunho humanístico têm algum papel favorável? Qual é o papel das disciplinas de psicologia médica?

É comum concebermos a relação ciências humanas e ciências naturais como se elas tivessem uma zona de fusão, de intersecção. Uma outra maneira de pensá-las é por meio do modelo da interface ou da complementaridade. O pensamento de Max Weber na questão das competências humanística e científica pode ter tido influência na separação verificada, a partir do *Relatório Flexner* de 1910, na formação médica entre objetividade/razão e valores/sensibilidade. Segundo Reale & Antiseri, para Weber não há lugar na ciência para perguntas do tipo “*o que devemos fazer?*”, “*como devemos viver?*”. Nesta linha, “*o médico pode curar-nos, mas não é ele, enquanto médico, quem determina se vale à pena viver ou não*” (13). Talvez tenha sido esta disjuntiva a responsável nas modificações do ensino médico, com sua ênfase no modelo biomédico e dificuldades para inserção da abordagem psicossocial e humanística. Flexner, entretanto, reconhecia a importância e as dificuldades deste enfoque na medicina, conforme se lê à página 26: “*The practitioner deals with facts of two categories. Chemistry, physics, biology enable him to apprehend one set; he needs a different apperceptive and appreciative apparatus to deal with other, more subtle elements. Specific preparation is in this direction much more difficult; one must rely for the requisite insight and sympathy on a varied and enlarging cultural experiences. Such enlargement of the physician’s horizon is otherwise important, for scientific progress has greatly modified his ethical responsibility. His relation was formerly to his patient – at most to his patient’s family; and it was almost altogether remedial (...). But the physician’s function is fast becoming social and preventive, rather than individual and curative. Upon him society relies to ascertain, and through measures essentially educational to enforce, the conditions that prevent disease and make positively for physical and moral well-being. It goes without saying that this type of doctor is first of all an educated man*” (14). A leitura deste texto questiona a imagem de um Flexner “tecnicista”.

Não são poucas as ambigüidades na ciência, na universidade e na medicina. Nas duas primeiras temos a clássica polaridade conservação *versus* renovação. Se de fato tivesse pronunciado as célebres palavras - *e no entanto se move* - o fundador da ciência moderna não somente estaria dizendo que a Terra se movia, mas também que a ciência se movia⁹. Uma das principais fontes de ambigüidade na ciência são os movimentos do objeto observado e do próprio sistema conceitual dentro do qual são feitas as observações científicas. Merleau-Ponty, 1945, desenvolve esta questão, como veremos no estudo específico da percepção (5,6).

Que soluções vêm sendo empregadas pela ciência para diminuir a ambigüidade a níveis toleráveis?

A primeira delas Galileu conheceu bem de perto, a estratégia levada às últimas conseqüências pela Igreja Católica durante a Inquisição. Consiste em fixar ou frear o desenvolvimento da ciência. Durante seiscentos anos, do século IX ao XV, a medicina esteve literalmente *mumificada* (16,17). Só valiam os ensinamentos de Aristóteles e Galeno, adotados e impostos pela Igreja. A medicina, seguindo ainda Hamburger, foi a primeira a se engajar na Escolástica, a “filosofia de escola” da busca e conservação das “verdades reveladas”, criticadas em *O Nome da Rosa*, de Umberto Eco, valiosa fonte de reflexão para sistemas diagnósticos na psiquiatria (18,19). Questionadores como Roger Bacon, Vesálio e Servet foram presos, perseguidos ou mortos pela Inquisição (16).

A segunda estratégia Galileu também conheceu. Consiste em não usar os instrumentos de observação capazes de aumentar os detalhes do observado: o aristotélico Cesare Cremonini, paduano contemporâneo e seu amigo, não quis olhar através da luneta. Dizia que “...*mirar con esos lentes me deja la cabeza atontada; basta, no quiero saber más del asunto*” (20). Mais recentemente, os anos 1960 conheceram, especialmente nos Estados Unidos, um movimento artístico que veio a ser denominado, por R. Wolheim, como “*minimal art*”, ou “arte minimalista”. As exigências essenciais do minimalismo na arte seriam, seguindo Huberman produzir objetos visuais *menos carnis e menos humanos; eliminar todo detalhe, eliminar toda temporalidade nos objetos*, para vê-los imediatamente, exatamente como são, estáveis e precisos; e esvaziar a arte de toda a conotação, talvez até

⁹ É muito pouco verossímil que Galileu tenha dito tais palavras. Talvez tenha pensado. A primeira alusão a esta frase é de fins do século XVIII, segundo Pierre de Vregille (15).

mesmo da emoção, ou nos termos de Glaser, 1964 “*an art without feeling*” (21). Pode ser, em parte, uma reação contra o barroco, que, no sentido metafórico, caracteriza qualquer idéia enrolada ou um processo intrincado de pensamento, de acordo com Kitson (22). Na arte, o barroco inclui o que é representado de acordo com o capricho do artista. O artista recorre ao apelo emocional como um meio de atingir a mente de um modo todo especial, sendo mais orientada para o espectador do que qualquer outro estilo na arte. Na psiquiatria, o *barroquismo* corresponderia ao excesso de detalhes, com pouco contato com a realidade clínica do paciente e na tentativa de iludir e impressionar o ouvinte ou leitor.

O minimalismo na arte parece ter, como contraponto, um movimento similar na psiquiatria norte-americana dos últimos trinta anos, com uma forte tendência ao apagamento das fronteiras entre humor e afetividade (23,24) e entre incoerência em sentido amplo e desagregação, uma “incoerência” específica (25), com a eliminação ou diminuição de detalhes, em uma espécie de *psiquiatria minimalista*. Este movimento da especialidade, sem diminuir as ambigüidades, introduz aquelas que denominamos “ambigüidades construídas” e as confusões conceituais, mais adiante caracterizadas. Uma vez que tanto o sujeito quanto o objeto podem ser fontes de ambigüidade, pois ambos se movem, parece estar havendo uma supervalorização dos instrumentos de observação, com a conseqüente proliferação das escalas de medida de sintomas em psiquiatria.

A terceira estratégia consiste na fixação do objeto científico. No caso da Medicina, observar o corpo humano sem movimento na anatomia ou nas lâminas da histologia e da patologia. Uma alternativa é a *purificação* dirigida à fixação dos instrumentos de observação, almejando chegar aos perfeitos instrumentos de observação, supostamente livres das ambigüidades intrínsecas à percepção. Em resumo, “*o instrumento pelo instrumento*”. Na psiquiatria, a ênfase no estado, na categoria diagnóstica estática, na doença que o paciente tem ou está com, ao invés da ênfase no *processo do adoecer* da abordagem antropológica, existencial e fenomenológica (26,27).

A quarta estratégia, mais tipicamente contemporânea, é uma modificação da segunda estratégia. Consiste em *não usar as lentes da epistemologia, para não ficarmos tontos*. Desde Popper, 1934/1959, Kuhn, 1962, Feyerabend, 1975 e Lakatos, 1978, reconhece-se que não basta observar o objeto científico. É preciso também o olhar dirigido à própria ciência (28-32). É preciso examinar *como sabemos o que sabemos*, através das

lentes da epistemologia ou da teoria do conhecimento (33, 34-38). Este duplo olhar – para o observado e para a teoria do observador – também é fonte de ambigüidade e de incerteza. As revisões nas concepções filosóficas sobre como o conhecimento é adquirido e como é verificado trouxeram novos desafios para as ciências em geral e para as humanas em particular. Acompanhando Bruner, “*se como conhecemos a natureza [física] é matéria de dúvida radical, mais o são as questões do tipo como conhecemos as mentes dos outros...*”. O que é esse processo de “conhecer”, em que medida ele é interpretativo, indireto, incerto? (39). Neste campo, da história e filosofia da ciência, cabe ainda destacar a questão dos modelos da ciência, incluindo-se o tema dos métodos e critérios relacionados com as verdades científicas, subjacentes na literatura médica sobre incerteza e ambigüidade, onde estes dois conceitos estão confusos. Existem outros problemas, por exemplo, a confusão dos relativistas entre *certeza e verdade*, como assinalada por Popper (11) e as relações entre clareza conceitual e verdade. Nesta última questão conta-se que Niels Bohr, certa vez, confrontado com a falta de clareza conceitual e a ambigüidade da física quântica, teria feito uma observação bem humorada. Para ele, famoso pela sua concepção das relações entre corpúsculo e onda na luz, a “clareza [conceitual]” e a “verdade” também são conceitos complementares, aos quais jamais podemos ter acesso simultaneamente, segundo citação de Ben-Dov (40). Parafrazeando Niels Bohr poderíamos dizer que *ambigüidade e incerteza são conceitos também complementares*¹⁰. Coerência também não é sinônimo de verdade, mas, por vezes, como apontou Adorno, em citação de Buck-Morss, a coerência interna torna-se um substituto para a verdade, como pode acontecer no mito, na magia e no delírio (41). O que é verossímil não é necessariamente verdadeiro. Repetir mentiras e falsidades não as tornam verdadeiras, mas sim verossímeis.

Concluindo esta breve introdução, voltemos a Galileu. Segundo Merleau-Ponty, o pensamento científico galileano inclui duas características. Uma delas é “*reconstruir os dados dos sentidos através de um meio intelectual*”. Isto é, *pensar e observar*, e não simplesmente *observar e pensar* (42). Koyré tem ponto de vista semelhante: a redescoberta da linguagem da natureza ensina o cientista a formular as perguntas, antes da observação

¹⁰ Diz-se que Niels Bohr teria tido a idéia da complementaridade nas seguintes circunstâncias: seu filho, de 5 anos, teria chegado muito faceiro, contando ao pai que roubara uma pandorga/pipa de outro menino. O pai teve duas idéias e sentimentos opostos: alegria e orgulho pela arte do filho x tristeza e contrariedade pelo ato “desonesto” do mesmo.

(43). A versão ou imagem do Galileu empirista, bastante criticável, foi reforçada pelo domínio do positivismo lógico na ciência (44). Para Koyré, os adeptos da epistemologia empirista¹¹ não podiam imaginar que se pudesse demonstrar ou descobrir alguma coisa de outra forma que não *pela experiência* (45). Merleau-Ponty, sublinhando que ciência não é somente observação, cita Poincaré, para quem “*não se faz uma casa lançando pedras ao acaso*” (42). É duvidoso o valor de uma escala ou de qualquer outro instrumento de mensuração quando não se tem uma boa teoria (46). Popper afirma que “*no hay medición sin teoría y ninguna operación puede ser descripta satisfactoriamente em términos no teóricos*” (11). Ao discutirem o tema das escalas de mensuração e da sua consistência interna, Streiner & Norman sugerem que a tendência contemporânea dirige-se a escalas mais enraizadas na teoria e mais consistentes internamente (47), afastando-se do empirismo que levou, por exemplo, à construção do MMPI, Minesotta Multiphasic Personality Inventory, com os seus 566 itens! Esta é uma questão bem importante na psiquiatria contemporânea, com sua excessiva ênfase no empirismo e na utilização de escalas. A outra característica do método de Galileu é a assim chamada “homogeneização”¹² do campo de pesquisas. Segundo Merleau-Ponty, o mundo físico para Galileu é homogêneo, isto é, “*o que se passa nas estrelas, na superfície do mar quando uma pedra cai, tudo isto em lugar de serem fenômenos separados (...) são aspectos de uma mesma série*” (42). É notável a semelhança desta frase com a também poética citação de Van Gogh: “*A única unidade da vida é a unidade do ritmo. Tudo dança dentro deste ritmo universal: homens, maçãs, encostas, campos lavrados, campos de trigo, casas, cavalos, e o próprio sol. A substância que hoje pulsa dentro de você e a maçã são uma mesma coisa*” (48,49,50). E também com a declaração do próprio Merleau-Ponty: “*Não tenho apenas um mundo físico, não vivo somente no ambiente da terra, do ar e da água, tenho em torno de mim estradas, plantações, povoados, ruas, igrejas, utensílios, uma sineta, uma colher, um cachimbo*” (5,6).

Em nossa revisão sobre os conceitos de ambigüidade e incerteza, percorremos conhecimentos muito diferentes, como a matemática, estatística e economia, física, psicologia, psiquiatria e psicanálise, sociologia e educação médicas, filosofia, neurociências

¹¹ Como os tradutores do italiano e latim dos Discorsi de Galileu para a língua inglesa, Crew & Sálvio, 1914.

¹² Homogeneização não é “pasteurização”, no sentido de “tudo é igual”.

e percepção, lingüística e literatura. Aplicando esta abordagem galileana a campos tão diversos, pensamos ter encontrado uma unidade, em especial no conceito mais controverso de ambigüidade. Em todos eles, longe de ser um obstáculo para o desenvolvimento da ciência, a ambigüidade mostrou seu papel de ferramenta, de “chave de linha” (*Wechsel*)¹³ para o pensamento avançar e encontrar melhores caminhos de entendimento.

Feitas estas considerações, esclareceremos os conceitos principais no tema, dando destaque às contribuições das áreas da Estatística e da Economia.

Conceitos principais

Ambigüidade corresponde, segundo Houaiss & Villar, à obscuridade de sentido de palavras, frases etc. Tem também o sentido de hesitação, dúvida, indecisão entre duas ou mais possibilidades ou multiplicidade de significados (51). O Novo Aurélio esclarece que a palavra viria do latim *ambiguitate*, qualidade de ambíguo (52). Na língua espanhola entende-se ambíguo como o “*que puede ser entendido de varios modos o admitir distintas interpretaciones y dar, por consiguiente, motivos a dudas, incertidumbre o confusión. Dícese especialmente del lenguaje*” (53). Neste idioma, ambigüidade é *causa* de incerteza. No Webster’s, ambigüidade corresponde a “*intellectual uncertainty, the condition of admitting two or more meanings of being understood in more than one way, or referring to two or more thing at the same time (...) the maintaining of two or more logically incompatible beliefs or attitudes at the same time or alternately*”. O dicionário Webster’s acrescenta: “*inconsistency resulting from vacillation between to opposing views.*” Em inglês, portanto, no primeiro sentido ambigüidade e incerteza se equivalem. No ultimo sentido ambigüidade se aproxima bastante do conceito de ambivalência, examinado por Merton e Merton & Barber (55,56).

Popularmente é comum considerar ambíguo como sinônimo de confuso. Por isso convém discernir: em uma informação confusa há convergência, ou seja, várias informações tendo o mesmo significado; na informação ambígua, existe divergência, isto é, vários significados para a mesma informação.

Na gramática ambigüidade corresponde à anfibologia (de *amphibolos*): é a duplicidade de sentido em uma construção sintática (*Ama o pai o filho*). Seria sinônimo de

¹³ *Wechsel* é um termo utilizado por Freud, em rodapé do “caso Dora”, mais adiante examinado.

anfibia, com o sentido de “equivoco”: locução ou proposição de duplo sentido. Embora no uso corrente, equivoco signifique engano e até mesmo erro, na linguagem científica, equivoco significa ambíguo, referindo-se a algo que tem mais de um sentido ou interpretação. É o oposto de unívoco. Na lingüística, MC Ferreira entende a ambigüidade como um caso-limite da dimensão do equivoco, distinguindo-os, da vagueidade, ou melhor, vagueza, algo próximo da confusão, bem como do duplo sentido e de ambivalência (57). Ainda neste campo, quando se usa um termo mais abrangente – “*enganos lingüísticos*” – estes incluem *ambigüidades e ironias* lado a lado, pois ambas possuem a multiplicidade semântica. As duas são separadas das mentiras. Quando uma ironia mina as certezas, ela se aproxima da ambigüidade, mas há diferenças entre elas. Vico, citado por Hutcheon, dizia que “*a ironia era feita de falsidade por meio de uma reflexão que usa a máscara da verdade*”. Para ser irônico o sujeito precisa distinguir o verdadeiro do falso e o sentido literal do figurado, conforme esta mesma autora. Não é este o caso da ambigüidade. Esta, diferentemente da ironia, não depende de jogar simultânea e ansiosamente um significado *contra* o outro (12). Um discurso irônico, mas evasivo, cheio de rodeios, com excesso de palavras, pode tornar-se, também, ambíguo, seguindo Hutcheon (p.277). Ironias podem ser complexas e ricas, com ambigüidades positivas, mas também enganadoras e imprecisas, com ambigüidades negativas (p.76). Quando as ambigüidades geram incompreensão, confusão, imprecisão e falta de clareza na comunicação, elas provocam irritação no ouvinte ou leitor (p.78).¹⁴.

Na filosofia fala-se de anfibia quando uma frase torna-se ambígua pela construção gramatical defeituosa, considerada uma falácia desde Aristóteles¹⁵. O termo se generalizou, segundo Abbagnano, para designar uma palavra que significa duas ou mais coisas (58). Kant usava anfibia para indicar a confusão entre o uso *empírico-intelectual* e o uso *transcendental* de conceitos¹⁶. Barthes, citado por Hutcheon (12), recicla o termo anfibia, que passa a descrever termos que mantêm, simultaneamente, ambos os significados, permitindo ouvir ou ler algo mais *ao mesmo tempo*. O tradicional, sem esta proposta de Barthes, é ler ora um significado, ora outro, o que é diferente de dois significados

¹⁴ Destacamos este entendimento para o ensino de psicologia médica e psiquiatria

¹⁵ Segundo Galileu, Aristóteles nos ensina a fugir das falácias do discurso, conforme Geymonat, 1997, esclarece à página 327 (59)

¹⁶ Curiosamente a própria expressão transcendência pode ser considerada ambígua. Não é – como se costuma pensar – “*o que está além da experiência*” – e sim “*o que antecede a experiência*”, segundo Kant (60)

simultâneos. Se pensarmos no clássico desenho dos perfis e/ou vaso de Rubin, significaria poder ver as duas imagens *ao mesmo tempo*, como algumas pessoas o fazem.

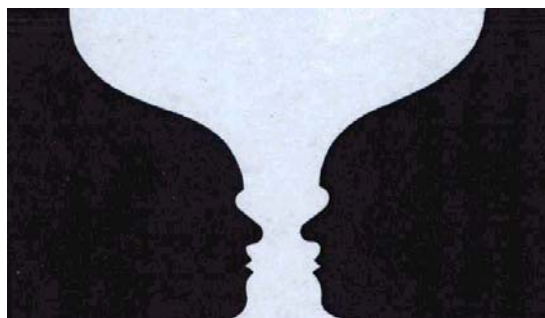


Figura 1. Efeito da percepção reversível. Edgar Rubin, 1915

Na Economia, Ellsberg, 1961, entende ambigüidade no caso de informações escassas [quantidade], de baixa confiabilidade [qualidade] ou muito conflitantes [falta de “unanimidade”, no sentido de acordo ou consistência das informações] (61). Quando a incerteza é não mensurável, não sendo possível determinar as probabilidades, ou quando estas são avaliadas com imprecisão estamos no terreno da ambigüidade (62). Na “falta de acordo” ou da inconsistência das informações, convém lembrar que a atitude na Medicina é a de tentar chegar a um consenso, buscando mais informações, diminuindo confusões e identificando as ambigüidades, diminuindo-as quando possível ou, pelo menos, lidando com as mesmas¹⁷. Podemos acrescentar que informações excessivas também geram ambigüidade. Por isso a linguagem simbólica na matemática e na estatística. Daí a necessidade da concisão e clareza no discurso científico.

Para Cusinato, ambigüidade é um conceito que só poderia ser corretamente aplicado no campo da linguagem, e não no campo da economia, por entender estar associado, baseando-se em Empson, com *cunning and deceit* [manha/astúcia e artifício/aparência enganosa] – características que, para Cusinato, obviamente não poderiam ser atribuídas a uma realidade fora do sujeito (63). A leitura de Empson, como veremos, entretanto, não sustenta esta discordância (64). Além disso, a característica essencial da ambigüidade não é a aparência enganosa, conforme as distinções já feitas entre mentira, ironia e ambigüidade

¹⁷ O que para nós é importante tanto na clínica quanto na bioética.

por Linda Hutcheon. A força deste conceito está justamente em poder ser observável em áreas tão diferentes como Física e Literatura, para exemplificar. Ainda mais, a ambigüidade é um conceito unificador, uma verdadeira ferramenta para facilitar a passagem de fronteiras, um competente “guia bilíngüe” ou até mesmo multilingüista.

Budner, 1962, entende a intolerância à ambigüidade como a tendência a perceber ou interpretar situações ambíguas como ameaça. A tolerância à ambigüidade é a tendência a perceber ou interpretar situações ambíguas como desejáveis. Ainda para Budner, situações ambíguas são aquelas que não podem ser adequadamente estruturadas ou categorizadas por uma pessoa por falta de pistas suficientes: situações completamente novas, sem sugestões ou pistas familiares (novidade); situações complexas, com um grande número de pistas a serem consideradas (complexidade); situações contraditórias, onde diferentes elementos sugerem diferentes estruturas (insolubilidade) (65). A falta de pistas correlaciona-se com o conceito já examinado de Ellsberg .

Embora Frenkel-Brunswick tenha equiparado intolerância à ambigüidade com a rigidez ou o dogmatismo, estes não são sinônimos, embora estreitamente relacionados (66,67).

Rigidez [psicológica] é termo de uso corrente na psiquiatria e psicanálise, mas não foi encontrado em dicionários de termos psicanalíticos, nem mesmo no índice remissivo do Kaplan & Sadock's, 1995 (68). Em psicopatologia, todavia, é costume entender rigidez ora como o bloqueio ou congelamento dos afetos, isto é, a incapacidade de modificar o estado de ânimo, sem responder a estímulos externos, ora como uma característica do caráter ou personalidade compulsiva, associada à inflexibilidade no trabalho: incapacidade para aceitar mudanças. Não é, portanto, sinônimo de intolerância à ambigüidade.

Dogmatismo tem vários sentidos, o mais comum deles sendo o de *doutrina filosófica que afirma a existência de verdades certas e que se podem provar indiscutíveis*, exatamente o oposto da concepção popperiana de ciência. Corresponde, ainda segundo o Novo Aurélio à *adesão irrestrita a princípios aceitos como indiscutíveis* (52). Enquanto o ceticismo seria o exame livre de pressuposições ou preconceitos [tanto a favor como contra], o dogmatismo se dirige à afirmação [ou negação] sem observação ou exame. Abbagnano alerta para o [mau] costume de chamar de dogmáticos aos outros: Hegel, por exemplo, considerava dogmático o ponto de vista oposto à dialética (58). Popper entende

pensamento ou conduta dogmática como sendo a propensão humana a “*buscar regularidades y imponer leyes a la naturaleza (...): esperamos regularidades em todas as partes y tratamos de encontrarlas aun allí donde no hay ninguna*”.(11). Para ele, a experiência e a maturidade crescentes podem criar uma atitude de cautela e de crítica, em lugar do dogmatismo.

Revisando a literatura indexada no *Psychological Abstracts* de 1933 a 1970, Norton, 1975, agrupou a expressão *ambiguous* ou *ambiguity* em oito categorias ou acepções diferentes (69):

1. *Multiple meanings: the stimulus was considered ambiguous by the researcher when it entailed at least two meanings, whether the person was aware or unaware of the multiple meanings, or clear or unclear about them*¹⁸.

Um exemplo da língua portuguesa: formidável, aterrador ou horripilante *versus* admirável. Um exemplo da língua inglesa – *knight* significa tanto o cavalo quanto o cavaleiro. Pensando nas duas línguas, *peculiar* em inglês geralmente ou quase sempre tem o sentido de excêntrico ou estranho, tendo um sentido crítico, como se vê em uma passagem do romance de Daniel Mason, *O afinador de piano*. Em português *peculiar* é usado no sentido de singular, neutro, portanto, sem a conotação crítica da mesma palavra inglesa.

2. *Vagueness, incompleteness, fragmented: if parts or the whole were missing, the stimulus was designated as ambiguous. Incomplete line tracings or fragmented figure*¹⁹.

3. *As a probability: a stimulus was treated as though it were ambiguous if it could be analyzed as a function of a probability: ambiguity in terms of various combinations of interpretation response probabilities*²⁰.

¹⁸ Múltiplos significados: o estímulo foi considerado ambíguo pelo pesquisador quando ele incluía pelo menos dois significados, quer a pessoa estivesse consciente ou não dos múltiplos significados, quer tivesse *clareza* ou não quanto a eles.

¹⁹ Vagueza, incompletude, fragmentação: partes do todo faltando. Linhas incompletas, figuras fragmentadas.

²⁰ Estímulo considerado ambíguo se analisado em função de probabilidade: ambigüidade em termos de várias combinações de probabilidades

4. *Unstructured: a stimulus which has no apparent organization or only partial organization was considered ambiguous*²¹.

5. *Lack of information: a situation in which there was no information or very little information was treated as an ambiguous situation*²².

6. *Uncertainty: ambiguous was equated to the state of mind it created - namely, uncertainty. In this sense, ambiguity was considered a consequence of a situation, event, interaction etc*²³. Aqui os conceitos de incerteza e ambigüidade se confundem ou se inter-relacionam.

7. *Inconsistencies, contradictions, contraries: Any stimulus or stimulus set which entailed discrepant information was considered ambiguous. For example, if a set of information suggested that something could be X and not-X at the same time that set of information would be labeled ambiguous*²⁴.

8. *Unclear: Sometimes ambiguous was used synonymously with the word unclear. For ex., McBride & Moran, 1967, defined something that is unambiguous as a dimension which may be summarized as the clarity of the statement*²⁵.

Sintetizando, ambíguo e ambigüidade foram termos usados de várias maneiras na literatura psicológica, com o sentido de múltiplos significados, vagueza, incompletude, fragmentação, como probabilidade, informação ou estímulo não-estruturado, falta de informação, incerteza e falta de clareza.

²¹ Estímulos não estruturados, sem organização aparente ou somente com organização parcial.

²² Uma situação onde não havia informação ou esta era escassa.

²³ Ambigüidade=ao estado mental de incerteza por ela criada; conseqüência de situação, evento, interação etc.

²⁴ Inconsistências, contradições, oposições ou antagonismos [*contraries*]: informações discrepantes (um conjunto de informações que sugerisse que algo pudesse ser X e não X, ao mesmo tempo).

²⁵ Falta de clareza: sinônimo de não claro ou confuso. Para McBride & Moran, 1967, citados por Norton, 1975, não ambíguo é algo que pode ser claramente resumido [é muito difícil obter um resumo claro de um trabalho científico ambíguo *no sentido de confuso*].

Risco é definido por Houaiss como probabilidade de perigo, de insucesso, de malogro ou fracasso, de prejuízo (51). Acompanhando Giddens, convém discernir risco de perigo: para ele todos nós vivemos no que Ulrich Beck chama de *Sociedade de Risco*, “onde cada vez mais se vive numa fronteira tecnológica que ninguém compreende inteiramente e que gera uma diversidade de futuros possíveis” (70). Este tipo de sociedade não é intrinsecamente mais perigoso do que organizações sociais anteriores. Os perigos nos são dados: “a idéia de risco está ligada ao desejo de controlar e, em especial, à idéia de controlar o futuro” (p.142). Por isso, embora risco costume ter conotação negativa – possibilidade de evitar algo indesejável, ele pode também assumir feição positiva, como “tomar iniciativas ousadas diante de um futuro problemático. Os que assumem riscos com sucesso, nas explorações pioneiras, nos negócios ou no alpinismo, são alvos de admiração” (70). Daí serem comuns metáforas e comparações das aventuras e descobertas científicas com a escalada do Everest ou a conquista da Lua, como o fez Popper em *Conhecimento Objetivo* ou Mary Shelley em *Frankenstein* (71,72). É importante também o conceito de *risco construído*, análogo ao nosso conceito de *ambigüidade construída*. Riscos construídos são extrínsecos, tecidos, resultados do entrelaçamento com a ciência e a tecnologia. Para Giddens, “a ciência e a tecnologia criam incertezas na mesma medida em que as eliminam – e tais incertezas não se ‘resolvem’ simplesmente com mais progresso científico” (70). Sendo assim, incertezas e riscos parecem andar juntos. Algo similar se passa com as ambigüidades e o progresso científico: umas diminuem, outras crescem. Em síntese, riscos, incertezas e ambigüidades não só não são eliminados pela ciência, mas são por ela produzidos. Popper, 1963, concebe a ciência e o desenvolvimento do conhecimento como partindo de problemas e terminando sempre com novos problemas propostos pelas novas teorias. Estes novos problemas mostram crescente profundidade e crescente fertilidade na sugestão de novos problema, como se lê à página 258: “la contribución más perdurable al desarrollo del conocimiento científico que pude hacer una nueva teoría consiste en los nuevos problemas que plantea, lo que nos lleva nuevamente a la concepción de la ciencia y del desarrollo del conocimiento como partiendo de problemas y terminando siempre con ellos, problemas de creciente profundidad y de creciente fertilidad sempre crescente em la sugestión de nuevos problemas (11).

A noção de que o conhecimento pode ser perigoso não é nova. Goldim cita Van Rensselaer Potter, que definiu conhecimento perigoso como sendo “*aquele conhecimento que se acumulou muito mais rapidamente que a sabedoria necessária para gerenciá-lo*” (73,74). O mesmo Potter, em 1956, entende que “*a melhor maneira de se lidar com o conhecimento perigoso é buscando mais conhecimento*”.

A questão que envolve a manutenção ou não das amostras de vírus de varíola tem um forte componente de conhecimento perigoso. As discussões que vem sendo mantidas desde 1978 sobre a destruição ou não das amostras preservadas se baseiam, fundamentalmente, em duas diferentes posições. Os cientistas são atraídos pelas possibilidades de realizar pesquisas com este vírus que tem muitas semelhanças com outras substâncias do sistema imunológico humano. Por outro lado, existe o risco de que este vírus sendo liberado, acidental ou deliberadamente, possa causar uma mortalidade muito significativa entre as pessoas contaminadas, estimada em 20%.

Outro exemplo é o atual debate sobre as questões éticas, legais e sociais do Projeto Genoma Humano, onde estão sempre presentes os componentes de risco e oportunidades, ou as facetas negativas e positivas dos riscos, do indesejável e do admirável, lembrando Giddens. Os riscos assustam e geram temores, as oportunidades atraem pelas possibilidades de prevenção, cura e ganhos financeiros. Reconhecer um conhecimento como sendo perigoso não significa impedir, a priori, o seu avanço, o que o caracterizaria como conhecimento proibido e não perigoso, nos termos de Shattuck (75,76). Impedir o avanço da ciência, por confusão entre perigoso e proibido, seria uma medida obscurantista. Aqui os detalhes são, como outras vezes, importantes para esclarecer ambigüidades e diminuir confusões. Shattuck relata que em 1909 fez-se a apologia de um bem conhecido “*defensor da liberdade absoluta*”, Sade, a quem, “sem ambigüidades” e sem ironia, Apollinaire denominou “*O divino Marquês*”, considerando-o “*o espírito mais livre que jamais viveu... um dos homens mais surpreendentes em todas as áreas... [que] poderá tornar-se figura dominante do século XX*”. Como Shattuck documenta em seu importante ensaio, Sade não estava na cadeia por preconceitos e injustiças de uma sociedade hipócrita (75). É importante não confundir arte com perversão sexual e pornografia, liberdade com ausência de limites e punição com censura, distinguindo a criação artística da criação perversa, para, quem sabe, entender melhor o que é a liberdade de criação científica. Talvez assim se

possa contribuir para diminuir a disjuntiva razão/objetividade/eficiência *versus* sensibilidade/subjetividade/valores, introduzida há muito tempo na Medicina.

Lucienne Frappier-Mazur, citando a psicanalista Joyce McDougall, entende que tanto na pornografia quanto na perversão “*o prazer encontrado no ato criativo é mais intenso que o prazer de contemplar o objeto criado*”: a produção é mais importante que o produto. A grande diferença é que, nas palavras de McDougall, “*o artista, por meio da sua própria criação [aceita e] submete-se ao julgamento [ou escrutínio] do Outro, enquanto o perverso procura ocultar-se*”, evitando o que para ele é a intrusão de um terceiro (77,78).

O que tem a pornografia e a perversão a ver com ética na ciência e na psiquiatria e com o tema das incertezas e ambigüidades?

É fácil observar a dificuldade, maior ou menor, de aceitar limites, ou interdições, *nos outros*. Difícil e observar isto em nós mesmos. Não é raro ouvirmos críticas aos conselhos, comitês e órgãos reguladores da conduta ética na política, na economia, nos meios de comunicação, nas artes e nas ciências. Um tanto paradoxalmente, já que se sentem “*policidados*”, tais críticos acusam os proponentes de limites éticos na pesquisa científica ou nas condutas profissionais de “*censuradores, superegos religiosos e moralistas*”. Estamos em uma zona de muitas incertezas e ambigüidades, estimuladas tanto pelas más notícias (126) quanto pelas boas notícias dos avanços científicos, em especial novos recursos terapêuticos.

No campo da Economia e da Teoria da Decisão, além de ambigüidade já definida por Ellsberg, fala-se de risco, incerteza e ignorância ou desconhecimento. Risco é utilizado quando as probabilidades associadas com os possíveis desfechos são conhecidas, isto é, risco seria uma incerteza mensurável, nos termos de Knight, 1921, probabilidades definidas com precisão, usando citação de CR Fox²⁶, 1994 (79). Incerteza, quando as probabilidades podem ser estimadas com algum grau de vagueza/vagueza ou falta de clareza. A ignorância ou desconhecimento ocorre quando as probabilidades são completamente desconhecidas, seguindo ainda CR Fox, 1994.

Na epidemiologia fala-se de risco para nos referirmos à probabilidade de um indivíduo ou grupo de indivíduos apresentarem um problema de saúde ou dano. O conceito

²⁶ Acrescentadas as iniciais de Craig R. Fox, com tese de doutorado orientada por Amos Tversky, para diferenciá-lo de Renée Fox, da Sociologia da Medicina, muitas vezes citada neste trabalho.

de dano inclui qualquer resultado não desejável: doença, morte, alteração do processo de crescimento e desenvolvimento, além de problemas de saúde (80). Fator de risco toda característica ou circunstância determinável de uma pessoa ou de um grupo de pessoas que se sabe estar associada a um risco de aparecimento ou evolução/agravamento de processo patológico (80). Fatores de risco incluem comportamentos, condições, traços herdados, estilos de vida escolhidos (consciente e/ou inconscientemente).

Risco absoluto corresponde à *incidência*, que traduz a idéia da intensidade com que acontece/incide a morbidade em uma população. Apesar dos pontos de contato, incidência difere de *prevalência*, termo descritivo da força com que subsistem/acontecem as doenças nas coletividades (80).

Risco relativo ou razão de riscos [RR] serve para expressar a força de associação entre exposição [a fatores de risco] e a doença. RR é a razão entre a incidência do desfecho em pessoas expostas e a incidência do desfecho em pessoas não expostas [ao fator de risco]. Nada diz sobre a magnitude do risco absoluto (incidência). Associações com grandes riscos relativos podem apresentar risco absoluto pequeno, se a doença for incomum. RR aplica-se em estudos de coorte (82).

Apesar de no léxico comum a palavra chances seja considerada como equivalente a probabilidades e riscos, em epidemiologia chances [*odds*] tem um sentido diferente de probabilidade. Probabilidade expressa sensibilidade, especificidade e valores preditivos: proporção de pessoas nas quais uma determinada característica – um teste positivo, por exemplo – está presente. Chance expressa a razão de duas probabilidades (81). No léxico comum chance tem também o sentido de oportunidade, de evento não planejado, *casual*, portanto. No dicionário, alguns dos sentidos de *odds* são justamente casual, ocasional, indefinido ou incalculável. Na epidemiologia, razão de chances ou produtos cruzados [*odds ratio*], OR, corresponde às chances de que um caso seja exposto [ao fator de risco] dividida pelas chances de que um controle seja exposto. Aplica-se, portanto, em estudos de caso-controle, onde o risco [absoluto] ou incidência da doença não podem ser medidos diretamente (81). Por exemplo, não se pode obter o risco relativo de ter câncer de endométrio (CE) dividindo-se a incidência (do desfecho CE) entre os casos de mulheres que usam estrógenos pela incidência entre os que não usam. O que é possível é comparar as freqüências relativas de mulheres expostas aos estrógenos [o fator de risco em estudo] nos

casos e nos controles. Isto é *odds ratio*, OR (82). É comum considerar chances como igual a probabilidade do evento X dividido pelo complemento da probabilidade do evento X, enquanto probabilidade seria igual a chances dividido por 1 mais chances. É mais fácil compreender a diferença com a utilização da conhecida tabela 2 x 2:

	Doentes	Não doentes
Expostos	A	B
Não-expostos	C	D

Probabilidade = $A/A+B$, onde A = os expostos que adoeceram, e $A+B$ = todos os sujeitos expostos. Como se vê, o numerador (A) está presente no denominador. A probabilidade também pode ser calculada para não expostos. Probabilidade = $C/C+D$, onde C = não exposto, com doença, C + D, soma de todos os não expostos, doentes ou não.²⁷

Chance = A/C , onde A = expostos que adoeceram e C corresponde aos não expostos que adoeceram. Por exemplo, desenvolver câncer de pulmão sem ter sido exposto ao fumo. O numerador não está presente no denominador. Chances podem, eventualmente, serem maiores do que 1, diferentemente das probabilidades, sempre menores do que 1. As chances também podem ser calculadas para não adoecer: OR (*odds*) = B/D , onde B são os sadios, apesar de expostos, e D corresponde aos sadios não expostos.

Em sua tese de doutorado, CR Fox cita a distinção feita por Keynes, 1921, entre probabilidade (*balance of evidence in favor of a particular proposition*) e peso da evidência/*weight of evidence (the quantity of evidence supporting that balance*, ou, em outras palavras, *the amount of evidence upon which each probability is founded*; no caso da medicina, os ensaios clínicos, os próprios resultados de exames laboratoriais). Para Keynes, as “expectativas matemáticas” ignoram o elemento de “risco” (p.312). Importantes

²⁷ Um exemplo das diferenças entre chances e probabilidades: quando é dito que o Grêmio tem 9 chances contra 10 de ganhar o GreNal, isto não significa 90% de probabilidades, como uma interpretação heurística nos levaria a concluir, por meio de um atalho que conduz a vieses, nos termos de Tversky & Kahneman, 1981, 1982 (145, 146, 147).

diferenças na abordagem da probabilidade devem-se à confusão ou vagueidade [conceitual] quanto ao que significam aleatoriedade [*randomness*] e chance objetiva, distinguindo-as do que pode ser chamado de probabilidade subjetiva (p.281). Portanto, de certa forma, Keynes foi dos primeiros a abordar a questão da ambigüidade e seus correlatos no campo da economia (83).

A teoria “lógico-subjetiva” de probabilidade de Keynes é criticada por Popper, na *Lógica da Pesquisa Científica*, considerando o seu maior erro pretender deduzir enunciados objetivos a partir de pressupostos subjetivos (29). Popper declara sua fé em uma interpretação objetiva das probabilidades, aplicável mesmo na área dos eventos aleatórios ou do acaso (p.164-165). O mesmo critica também a teoria laplaciana das probabilidades, por incluir uma definição por ele considerada ambígua. Para assinalar a diferença entre o uso científico de probabilidades em Física e o uso popular do conceito, Popper declara, citando Von Mises [do Positivismo], que escreveu em 1919: “*seria errôneo exigir que um termo científico, adequadamente definido, tivesse de corresponder, sob todos os aspectos, a uma utilização pré-científica*”, ou popular. Esta é uma fonte comum de ambigüidade: duas linguagens, popular e científica, *nas mesmas pessoas*.

Incerteza, no léxico comum, corresponde à dúvida, hesitação, indecisão, imprecisão (51). Popularmente, portanto, confundem-se incerteza e indecisão. Mas a primeira pode ser medida ou quantificada através da teoria da probabilidade. E decisões podem ser tomadas diante de incerteza, via análise do processo decisório ou Teoria ou Análise da Decisão. Nas palavras de Russel, em citação de Lusted, 1984, o estudo da filosofia pode nos ajudar a todos a lidar com incerteza, “*ensinando como viver sem certezas, sem vir a ficar paralisado pela indecisão...*” (84). Morin desenvolve o tema, afirmando que o pensamento, o conhecimento e a ação são incertos e que, além disso, qualquer mudança implica em riscos e probabilidades inicialmente desconhecidos (85).

Incerteza é diferente de erro. Erro é o resultado de uma medição menos o valor verdadeiro do mensurando ou grandeza. Como o valor verdadeiro é uma quantidade desconhecida, o erro é também uma quantidade *indeterminada* por natureza, podendo, em casos excepcionais, ser determinado com boa aproximação, em relação às incertezas envolvidas (86). *Incerteza* indica quanto pode ser o erro e só pode ser obtida e interpretada em termos de *probabilidade*. A incerteza caracteriza a dispersão dos diferentes valores

atribuídos ao mensurando, na medida em que o valor verdadeiro, único, é desconhecido, como já foi dito. Em sua muito citada carta aos seus irmãos, John Keats, 1817, antecipando-se na arte à ciência, ressaltava a qualidade por ele denominada *negative capability* “... quando se pode viver com incertezas, mistérios e dúvidas, sem esforços impacientes na busca de fatos e verdades, causas e explicações...” (87). A capacidade negativa corresponde ao que hoje chamamos tolerância à incerteza, sendo um conceito central na psicanálise de Bion e na psicoterapia psicanalítica dela derivada. Ressalte-se que Sófocles, na tragédia de Édipo, deixava sugerida uma crítica à *curiosidade excessiva* do filho de Laio e Jocasta. Ao mesmo tempo mostrava que Édipo *não queria saber*, o que aponta para uma ambigüidade do personagem.

Foi no campo da Física que o conceito de incerteza foi bem desenvolvido. No princípio da incerteza, proposto por Heisenberg, em 1927, a constante de Planck, fundamental na teoria quântica, estabelece um limite à *precisão* das medidas realizadas ao nível atômico. De acordo com o princípio da incerteza não é possível medir exatamente [com *precisão absoluta, sem erro*] a posição [espaço] e o momento [tempo] de uma partícula simultaneamente, nem a energia e o tempo associados com a partícula [também] simultaneamente (88). A incerteza do momento e a incerteza da posição são complementares, *mas* o produto dos dois é constante.²⁸

Nas palavras de Sears, Zemansky & Young, incerteza quântica significa que não se pode prever a trajetória de um elétron individual a partir do conhecimento do seu estado inicial. O máximo que se pode dizer é que a *maior parte* dos elétrons chegam a uma região determinada e que *chegam menos* a outras regiões. Pode se falar de *probabilidades*. Não se trata de uma indeterminação propriamente dita, e sim de algo indeterminável, isto é, que não é possível determinar nas condições atuais. Esta situação fundamental não tem paralelo na mecânica clássica, onde o movimento de uma partícula ou de um sistema é sempre totalmente previsível quando conhecemos, com suficiente precisão, a posição inicial e o movimento. Desaba um dos critérios da ciência clássica, onde um dos seus requisitos fundamentais é que sempre que se estabelecem as mesmas condições deveria ocorrer a

²⁸ Aqui estamos diante da situação inversa da falácia da conjunção: se o fator A está associado ao fenômeno X e se o fator B também está associado ao mesmo X, “seria lógico” pensar que A+B aumentaria a intensidade da associação. Isto também se chama “não-aditividade”. Ver pesquisa quantitativa, Artigo 2, nesta dissertação.

mesma coisa: isto deixa de ser verdade a partir da física quântica e do princípio da incerteza (89). Apesar disto, há quem ainda espere que Medicina em geral, e a Psiquiatria em particular, eliminem-se as incertezas e as indeterminações.

Tudo isto pode ser difícil de ser aceito para leitores imersos na tradição de quase três séculos de mecânica newtoniana, mas a evidência experimental esmagadora não deixa alternativa. Nas palavras de Feynman (p.74) “*as coisas em uma escala pequena não se comportam como as coisas em uma escala grande: elas se comportam de um modo antinatural*” (90).

Uma análise mais detalhada de experiências hipotéticas para detectar ou medir com maior precisão o fenômeno mostra que a incerteza é fundamental e intrínseca: um exemplo do que consideramos como ambigüidade intrínseca ou de uma situação de *incerteza e de ambigüidade*, onde a incerteza não pode ser evitada por uma técnica experimental, independentemente do seu grau de sofisticação.

Desconhecimento é falta de conhecimento, *ignorância*, segundo Houaiss & Villar (51). É comum que a expressão ignorância tenha uma conotação depreciativa. Não são exatamente sinônimos: pode-se hoje *ignorar* os conceitos da física quântica, ativamente, por falta de interesse ou de necessidade, ou passivamente, porque os professores não os ensinam. Mas, no século XIX eles eram *desconhecidos*.

Percepção na Filosofia e Neurociências

Estamos agora no terreno da Psicologia da Percepção. Contrastando com outras áreas correlacionadas, ciências cognitivas, chama a atenção o número de perguntas na área da psicologia da percepção, ainda insuficientemente respondidas.

Necker, 1832, um naturalista suíço, descreveu, como um fenômeno sensorial óptico, as reversões de perspectiva²⁹ ou de orientação do diagrama de um cristal rombóide: o cubo de Necker, conforme a Figura 2 (91). Este fenômeno vai ser investigado mais tarde no campo da percepção, sob o nome de instabilidade, flutuação e reversão perceptual, todos eles relacionados com a ambigüidade ou equivocação das representações sensoriais.

²⁹ W.Bion, 1963, vai usar, na psicanálise, a expressão “reversão de perspectiva”, mas em um outro sentido.

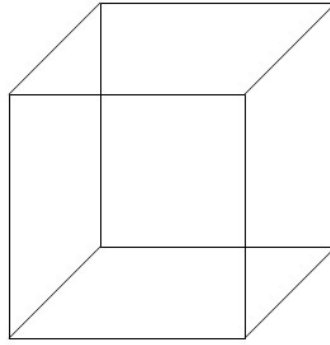


Figura 2. Cubo de Necker

Quase 100 anos depois, William MacDougall (92,93) teria feito as primeiras tentativas, no campo da Psicologia da personalidade, ao relacionar a *ambigüidade* - a flutuação do cubo ou romboide de Necker - com *traços de personalidade*, a saber, introversão-extroversão. Pouco depois, na década de 1940, ainda na Psicologia, Else Frenkel-Brunswik, estudou a *ambigüidade também como uma variável da personalidade*, mas no campo emocional e da percepção, associando-a ao dogmatismo (66,67). O contexto da época, a Segunda Guerra Mundial, com o nazismo e o anti-semitismo, talvez tenham influenciado a associação do dogmatismo com a intolerância à ambigüidade. Esta relação foi questionada, por exemplo, por Wright & Phillips, 1979, que examinaram a hipótese de relação entre autoritarismo, conservadorismo, dogmatismo e intolerância à ambigüidade e pensamento probabilístico (94). Embora com falhas metodológicas, o trabalho sugere que o raciocínio probabilístico não parece depender de maior ou menor tolerância à ambigüidade.

Percepção é ambigüidade. Nunca temos 100% de informação. Nossos órgãos sensoriais são insuficientes. Muitas vezes os estímulos e as informações são excessivos. A memória é inventada (reconstruída), como veremos a partir das pesquisas de Bartlett e Bransford. Além disso, como obter percepções suficientemente constantes na vida cotidiana com base em sensações que estão mudando continuamente? Esta é a pergunta crítica de Gibson, citada por Gardner (95).

A pesquisa está apenas começando a lidar com as questões desafiadoras da percepção visual, segundo atualizados textos das Neurociências, como Kandel, 1995 e

Bear, Connors & Paradiso, 2001/2002)³⁰. Por isso, e para entender melhor as relações da percepção com o tema da ambigüidade, pode ser útil, com Abbagnano, esclarecer os diferentes significados de *percepção*, caracterizando as diversas teorias para explicá-la.³¹ A percepção poderia ser considerada como qualquer atividade cognitiva, não se distinguindo, portanto, do pensamento, em um significado muito amplo. Um segundo significado, mais restrito, refere-se ao conhecimento empírico, imediato e exaustivo de um determinado objeto real, físico ou mental (58). A percepção foi separada da sensação a partir de Descartes. No entendimento de Merleau-Ponty, isto criou problemas, pois, neste entendimento, os distúrbios da percepção se resumiriam a sensoriais ou gnósicos. Por isso este pensador critica a análise clássica da percepção (5,6). Esta distingue os dados sensíveis e a significação ou interpretação que eles recebem de um ato de entendimento. Este segundo conceito de percepção, conhecimento empírico, pressupõe: 1) a consciência como atividade introspectiva e auto-reflexiva; 2) a noção de objeto percebido isolado e isolável, e 3) a noção de unidades elementares, separadas da totalidade. O mais importante significado de percepção no tema da ambigüidade, é o terceiro listado por Abbagnano, mais específico e mais técnico, a saber, uma determinada operação humana nas suas relações com o ambiente, qual seja a interpretação dos estímulos, o reencontro ou a construção do *significado* dos mesmos.

Abbagnano distingue dois grandes grupos de teorias da percepção: as *teorias que insistem na importância dos fatores e condições objetivas*, e as *teorias que insistem na importância dos fatores e das condições subjetivas*. Estas últimas enfatizam o estado de preparação ou de predisposição do sujeito, considerando a existência de uma “disposição perceptual”, um processo seletivo que determina preferências, prioridades, diferenças qualitativas ou quantitativas naquilo que se percebe.

No primeiro subgrupo, entre as teorias que poderiam ser, inapropriadamente, consideradas “objetivas”, estão:

a) a psicologia da forma, o gestaltismo, de Wertheimer, Köhler e Kofka, que considera os fenômenos como conjuntos constitutivos de unidades autônomas, dotadas de solidariedade

³⁰ No *Essentials* de Kandel a palavra *perception* não aparece no índice remissivo, embora *cognition* mereça umas 65 páginas (96). Em Bears et al., a palavra percepção aparece apenas em duas páginas! (97).

³¹ Considerar que Abbagnano editou seu dicionário em 1960, utilizando fontes da década de 1950, e o verbete não foi revisado na segunda edição do mesmo.

interna e leis próprias. As totalidades são encaradas como indivisíveis, isto é, para o gestaltismo, que é, substancialmente, uma teoria da percepção, não existe *um* objeto de percepção como entidade isolada ou isolável. Também não existem, salvo como abstração artificial, sensações elementares que façam parte de um objeto. Para Gardner, na visão da *Gestalt* o que se percebe primeiro é a forma global (p.312). Os gestaltistas criticam a análise atomística, ascendente, molecular. Nesta a forma pela qual as partes são vistas é determinada pela configuração do todo e não o contrário (94). É uma abordagem molar e descendente. Esta diferença proposta por Gardner, aproveita uma metáfora tomada da Química: na abordagem molar, em grande escala, descendente: com implicações racionalistas, o sujeito traz para a tarefa seus próprios esquemas, estratégias ou estruturas que modificam fortemente o seu desempenho; na molecular, em pequena escala, abordagem ascendente: mais ligada ao campo empirista, entende-se que os detalhes existentes em uma tarefa ou situação focal exercem uma influência primordial sobre o desempenho de um sujeito.

b) a fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty, que aborda a relação entre a consciência e o corpo *e* entre o homem e o mundo, situando-se, filosoficamente, entre o existencialismo e a fenomenologia (98). Para ele, “... *o homem está no mundo e se conhece no mundo...*” ou “*para que percebamos as coisas é preciso que as vivamos*” .

Para este autor, o mundo fenomenológico é inseparável da subjetividade e da intersubjetividade, com sua unidade feita mediante uma integração das experiências passadas, nas presentes ou atuais, segundo esclarecem Reale & Antiseri (p.544-546). Nas palavras do próprio Merleau-Ponty, “*por meu campo perceptivo... estou presente ao meu presente, a todo o passado que o precedeu e a um futuro*” (p.443). Aí está a ambigüidade e sua força como ferramenta facilitadora do trânsito entre fronteiras, no caso, entre os tempos, assegurando a identidade do sujeito, permitindo que ele saiba ser ele mesmo ontem, hoje e amanhã. O pensador francês critica as abordagens empirista e intelectualista no campo da percepção, prevendo o fracasso do esforço da ciência em buscar a ciência objetiva da subjetividade. “*O mundo natural (...) não é como um cubo de cristal do qual todas as apresentações possíveis se deixam conceber por sua lei de construção, e que até mesmo permite ver seus lados escondidos em sua transparência atual*” (p.438, em

português; p.378, no original). “*O mundo natural é o horizonte de todos os horizontes. [...], sempre abertos*” (p.442).

Para ele percepção e ambigüidade andam juntas. Nas suas palavras, à página 18, *le propre du perçu est d'admettre l'ambigüité*³². Os fatos são ambíguos... nenhuma experiência é crucial... nenhuma explicação [é] definitiva. No dogma temos o contrário desta concepção.

Concordamos, portanto com Reale & Antiseri, que dizem ser a percepção o tema fundamental para Merleau-Ponty, para a ciência e para a filosofia, na citação da página 545: “*Todas las ciencias se plantean dentro de un mundo completo y real, sin darse cuenta de que la experiencia perceptiva posee un valor constitutivo con respecto a este mundo. Nos hallamos, pues, frente a un campo de percepciones vividas, que son anteriores al número, la medida, el espacio, la causalidad, y que sin embargo no se ofrece como una visión en perspectiva de objetos de propiedades estables, de un mundo y de un espacio objetivos. El problema de la percepción consiste en constatar cómo a través de este campo se llega al mundo intersubjetivo del cual la ciencia va concretando poco a poco sus determinaciones*” (98).

Para Merleau-Ponty, portanto, a percepção é a inserção do corpo no mundo. Ela tem duas faces, segundo Reale & Antiseri (98). De um lado a faceta da totalidade, como na visão gestáltica; de outro a faceta da abertura permanente, dirigindo-se sempre a um “mais além” da sua manifestação individual, prometendo sempre outros ângulos de enfoque, “alguma outra coisa para ver”. Portanto, o significado das coisas no mundo – e do próprio mundo – permanece aberto ou ambíguo, como diz Merleau Ponty. E esta ambigüidade ou abertura é algo constitutivo da existência, segundo Reale & Antiseri (98). Concluiríamos dizendo que a ambigüidade confere à percepção a sua vitalidade, sendo causa e conseqüência do livre movimento do sujeito em um mundo em movimento, para lembrar Galileu Galilei. Ou, nas palavras do próprio Merleau-Ponty, *l'équivoque est essentielle à l'existence humaine, et tout ce que nous vivons ou pensons a toujours plusieurs sens*³³.

³² É próprio da percepção admitir a ambigüidade. Nos nossos termos, *percepção é ambigüidade*.

³³ O equívoco [o ambíguo, a ambigüidade] é essencial à existência humana, e tudo que vivemos ou pensamos sempre tem vários sentidos (p.233 em português, p.197 no original) (5,6).

Perceber é envolver de um só golpe todo um futuro de experiências em um presente que a rigor nunca o garante, é crer em um mundo. É essa abertura a um mundo que torna possível a verdade perceptiva, torna possível a realização efetiva de uma *Wahrnehmung*, isto é uma percepção”. Para Merleau-Ponty, portanto, ambigüidade não é uma imperfeição da consciência ou da sua existência, é a definição das mesmas (p.445).

Em síntese, a partir de Merleau-Ponty, pode-se ver a ambigüidade como chave para compreender relação finito-infinito (p.454), sanidade-loucura (p.458), real-irreal, sonho-realidade (p.457), provável-casual/aleatório (p.456-7), verdadeiro-falso (p.461), percepção-cognição (p.469).

c) uma variante da anterior, da fenomenologia da percepção, é a teoria do campo topológico de Kurt Lewin, onde o indivíduo, reduzido a um ponto sem dimensões, estaria submetido a forças que agem no campo e que ele sente como alheias ao seu corpo. Inclui a noção de “espaço de vida”, topológico, isto é, sem propriedades métricas ou direções determinadas. Lembrar que a topologia na matemática já foi descrita como *geometria sem medida*.³⁴

d) completando as teorias “objetivas”, temos a teoria de Hebb, 1949, onde o campo perceptivo corresponde a um campo fisiológico, isto é, cada percepto/percepção se localizaria em um ponto no SNC; uma outra seria a então chamada “teoria do campo tônico sensorial”, onde as propriedades perceptivas de um dado objeto são função da maneira como os estímulos provenientes daquele modificam o SNC (Werner & Wapner, 1952). Ao que tudo indica estas duas posições vão estar, em parte e modificadas, na base da controvérsia Gibson/Turvey *versus* Fodor/Pylyshyn.

Chegando agora às teorias “subjetivas”, isto é, que insistem na importância dos fatores e das condições *subjetivas*, embora dispensando a noção da consciência e da introspecção, mas ressaltando o papel do estado de preparação ou disposição do sujeito (o *set* perceptual). Quando examinarmos as contribuições de Gardner, voltar-se-á a este ponto, que permanece, juntamente com parte das teorias “objetivas”, no cerne da controvérsia logo acima referida. Entre as teorias ditas “subjetivas” estão:

a) a teoria transacional, onde a percepção é entendida a partir da transação entre organismo e ambiente, sem redução nem ao sujeito perceptivo, nem ao objeto percebido, e nem mesmo à ação recíproca do sujeito e objeto. A percepção deriva sim da situação total

³⁴ Ver Topologia na Matemática (Poincaré), em Boyer (99).

em que ela está inserida, com raízes na experiência passada e fontes nas expectativas para o futuro. A percepção vale-se, ativa e seletivamente, de *indícios* ou “pistas”, a partir dos quais reconstrói o significado do objeto.³⁵ Uma característica fundamental desta teoria subjetiva é ver a percepção constituída de probabilidades e não de certezas. Desta teoria subjetiva derivaram uma *teoria da motivação* (que postula a influência, no objeto percebido e na rapidez e intensidade da percepção, das necessidades físicas, das expectativas/prêmio ou castigo, e ainda da personalidade do sujeito percebedor) e uma *teoria das hipóteses*, onde as percepções, bem como as lembranças e os pensamentos, são hipóteses que o organismo/sujeito avança em determinadas situações e que são confirmadas, abandonadas ou modificadas de acordo com esta situação. Esta teoria não é muito diferente do *teste das hipóteses*, aplicado na bioestatística (101). A “disposição/expectativa perceptual”, baseada na experiência precedente, seria justamente uma preparação para uma hipótese deste gênero. *Quanto mais forte é a hipótese, tanto maior é a probabilidade da sua evocação e tanto menor a soma de indícios necessária para confirmá-la (...) [e] quando a hipótese é fraca, para a sua confirmação é necessária uma enorme quantidade de informações apropriadas.* Popper: fala da corroboração de hipóteses e modelos das hipóteses. A soma dos indícios equivale ao “n” do sujeito pesquisador. *Quanto mais forte é a hipótese, tanto maior é a soma de indícios necessária para invalidá-la; quanto mais fraca a hipótese, tanto menor é a quantidade de indícios contrários necessários para invalidá-la.* Invalidar uma hipótese corresponde a refutá-la, nos termos de Popper.

Em síntese, para Abbagnano:

- a percepção não é o conhecimento exaustivo e total do objeto [ou estímulo]; é interpretação provisória e incompleta, fundamentada em indícios ou sinalizações. Em outras palavras, repetindo, *nunca temos 100% de informações.*
- a percepção não indica nenhuma garantia de validade, nenhuma certeza; mantém-se na esfera do provável. *Percepção é probabilidade.*
- como qualquer conhecimento provável, para ser validada, a percepção precisa ser submetida à prova, sendo então confirmada ou rejeitada, pelo teste de hipóteses. A

³⁵ Seria a assim denominada percepção sincrética, ou do inconsciente, examinada por Anton Ehrenzweig, em *A ordem oculta da arte* e a *Psicanálise da percepção artística* (100).

percepção não é nenhum conhecimento perfeito e imutável, mas possui o caráter de corrigibilidade.

Não se encontrou, de uma forma clara, o que se poderia chamar de uma teoria da percepção baseada nas idéias do físico austríaco Heinz Von Foerster (102). Ele migrou para os Estados Unidos, com uma monografia já redigida sobre a memória, onde recorria aos conceitos de mecânica quântica para modelar o caráter “tudo ou nada” do influxo nervoso. Von Foerster propôs que a cibernética deveria se tornar uma cibernética dos sistemas observantes/observadores e não mais dos sistemas observados, segundo Dupuy (103). O conceito principal de Von Foerster é o de *ruído*, aproveitado e desenvolvido por Edgar Morin: qualquer fator que dificulta a transmissão de uma mensagem, perturbando sua recepção ou compreensão. O cérebro, órgão de competência estratégico-heurística, teria uma particular aptidão para a mudança e adaptação, isto é, por mais que se injete neste sistema o *ruído e a desordem*, o cérebro, através daquela competência, é capaz de organizar a ordem a partir do ruído e das mensagens ambíguas enviadas pelos órgãos dos sentidos (104).

Pode ser que a percepção venha sendo considerada dentro da ciência cognitiva. Nesta, acompanhando Siegel, estas seriam as suas questões: 1) como o mundo externo é sentido e percebido? 2) como as representações mentais do mundo externo são interpretadas para permitir o processamento cognitivo superior, através de generalizações, deduções e planejamento? 3) o que é o pensamento? 4) o que é imagem mental, um conceito básico para entender ilusões e alucinações? 5) o que são modelos mentais ou da mente? (105). Podem ser acrescentadas mais duas perguntas: 6) o que é consciência? 7) como as emoções interagem com a cognição?

Modelos mentais são processos estruturais inconscientes altamente organizados, derivados de experiências passadas e que auxiliam [ou dificultam] a interpretação de estímulos presentes/atuais e que influenciam a direção do comportamento futuro. Existem modelos mentais para várias situações: uma destas é apropriada para determinado modelo mental – este é ativado ou “*instantiated*” ou seja, solicitado imediatamente. Há um processo regulador – qual o modelo mental a ser ativado em dado momento? – que ajuda a conduzir o processamento de informações apropriado e o comportamento subsequente. O

processo de regulação depende da leitura acurada³⁶ da situação e da seleção do modelo mental apropriado. Os modelos mentais são, portanto estruturas organizacionais que influenciam a interpretação dos dados/estímulos sensoriais, moldam a codificação de informações na memória de longa duração, influenciam a recuperação de itens armazenados na memória e ajudam a determinar a resposta comportamental (105).

Esquemas, *schemata*, é um nível de análise criado por Kant, interposto entre a informação sensorial bruta, do mundo concreto (*das Ding an sich/ a coisa em si*) e as categorias abstratas *a priori*³⁷. É uma representação mediadora, intelectual em um sentido [cognição], sensível em outro [percepção?]. Um esquema é diretamente ativado em termos da experiência sensorial e [simultaneamente, talvez] fornece uma interpretação dessa experiência (94). Aqui uma arma de dois gumes da mente, dando margem à ambigüidade e à incerteza. No ato de fotografar, primeiro o registro, depois a revelação. Na mente, “primeiro revela e depois fotografa, depois revela, depois fotografa”, em um processo circular, como já escreveu Merleau-Ponty em 1942, em uma citação feita por Frayze-Pereira (107). Parece haver uma relação entre os dois conceitos, modelos mentais e esquemas, mas é questão para ser aprofundada em outra oportunidade.

Para Gardner, a demonstração clara da validade do conceito de representação mental, foi o maior êxito da ciência cognitiva, servindo para explicar fenômenos cognitivos, da percepção visual à compreensão de histórias/contos, sem ser estritamente em termos da análise neurológica [neurociência] e cultural, o que seria *intragável* (sic) nos dias de hoje (95). Como se vê, Gardner *inclui a percepção* dentro dos fenômenos cognitivos.

Não estariam fazendo falta as “ciências perceptivas”, em uma analogia com as “ciências cognitivas”. Será que o projeto científico tem se dedicado mais a algo relativamente mais fácil de estudar isoladamente, como parecem ser as cognições?

Bartlett, 1958, a partir de uma sugestão de Norbert Wiener, deu um importante passo na história da psicologia cognitiva, criando o *método da reprodução serial*, tendo como modelo o bem conhecido “telefone sem fio”, que na época e lugar era denominado *russian scandal* (95). Os sujeitos da pesquisa ouviam histórias exóticas para eles, norteamericanos, como contos indianos, e eram solicitados a reproduzi-los, em intervalos

³⁶ Ver “óculos de Kant” e seu conceito de “*schemata*”.

³⁷ Conforme Ferrater Mora, em Kant *a priori* é independente da experiência *versus* a posteriori, originado em fatos da experiência (106).

subseqüentes. Os sujeitos introduziam elos causais, desprezavam as informações difíceis de assimilar, quem sabe para reduzir a ambigüidade e a incerteza a níveis toleráveis, modificando o enredo até que o conto ou história se tornasse mais próximo de uma história ocidental prototípica. Bartlett usou o termo de Kant e depois de Henry Head, tentando interpretar seus resultados em termos de esquemas/*schemata*: estruturas cognitivas abstratas, originados de encontros anteriores com o ambiente. Nas palavras de Bartlett, 1932: *a recordação... é uma reconstrução ou construção imaginativa... Nunca é realmente exata... e não é nada importante que ela o seja...* (p.213; reproduzido a partir de Gardner, p.130).

Os resultados das pesquisas de Bransford indicam que os sujeitos processam informação ativa e construtivamente e inferem significados, ao invés de simplesmente recordarem séries de palavras. O gravador reproduz, a pessoa reconstrói. O paradigma Bransford realça as abordagens inferencial [Bruner] e integrativa [Piaget] que os sujeitos costumam exibir quando lidam com a linguagem [e a memória].

Fica uma pergunta: qual é o melhor modelo conceitual de representação mental? Os esquemas? As operações mentais? As transformações e imagens? Ou estes termos não podem ser comparados por pertencerem a referenciais conceituais diferentes?

Esquemas [Bartlett, Bransford Bruner], operações [Piaget] e estratégias são conceitos molares, que ajudaram a manter vivas as preocupações dos psicólogos da Gestalt. Bransford e cols, de 1971 a 1979, segundo Gardner, trabalharam com o que chamaram de “esquemas organizadores”. Na sua pesquisa eram ditas sentenças com intervalos: 1) as formigas comeram a geléia; 2) as formigas estavam na cozinha. A “recordação” dos sujeitos, quando questionados, era algo do tipo: “*as formigas comeram a geléia que estava na mesa da cozinha*”.

Rumelhart e cols.(1975, 1982) criaram a noção de uma gramática da história (*story grammar*), a partir das pesquisas de Bartlett e do conceito de gramática gerativa de Chomsky, que seria um conjunto subjacente de hipóteses sobre como o enredo de uma história comum se desenrola: a história tem um agente que persegue vários objetivos, toma

medidas para alcançá-los, experimenta várias reações, finalmente realiza-os ou não consegue realizá-los³⁸.

Gardner examina o que chamou de os enigmas perenes da percepção do mundo. Será que toda a informação necessária para a percepção correta existe no mundo externo? A resposta é sim para Gibson (1950-1979) e Turvey e colaboradores (1981), para quem os organismos são constituídos e vivem em um mundo, ambos constituídos de tal forma que os primeiros rapidamente adquirem a informação de que necessitam para sobreviver e se desenvolver (109). Para eles, da “abordagem ecológica”³⁹, nossos órgãos sensoriais são projetados para apanhar informação no mundo externo (95). Para Gibson as condições da percepção não são definidas pelos estímulos tomados como acontecimentos do mundo físico, na tradição behaviorista estímulo-resposta, mas nas relações que não estão nos estímulos, e que tornariam possível pensar os estímulos estruturalmente, seguindo o entendimento de Frayze-Pereira (107).

Ou será que trazemos expectativas e conhecimento para o encontro perceptivo? Qual é a diferença entre perceber o mundo como comparável a uma fotografia do mundo ou a uma imagem do mundo dentro da cabeça de uma pessoa?

Jerry Fodor e Zenon Pylyshyn, conforme Gardner, defenderam a assim chamada visão do Sistema/*Establishment* contra Gibson e sua “abordagem ecológica”. Atacaram a noção central do esquema de Gibson, segundo a qual os objetos teriam propriedades ou possibilidades ressonantes com as necessidades ou os objetivos dos organismos. Estes reagem prontamente a elas: “apanham-nas” (108). Para Fodor & Pylyshyn as propriedades das possibilidades são ilimitadas; qualquer coisa pode ser considerada uma possibilidade, o que se aproxima bastante da proposta de Merleau-Ponty. Todos os conceitos fundamentais que faltam na teoria de Gibson para a percepção têm a ver com o significado, ou seja, a forma pela qual um organismo interpreta, infere ou assume uma “atitude intencional” com relação a um objeto. Somente uma noção deste tipo evitará que o organismo note ou perceba tudo e responda a tudo. Convém lembrar aqui a questão das informações

³⁸ Ver Vladimir Propp – Morfologia do conto folclórico, em *As raízes históricas do conto maravilhoso*. Martins Fontes, 1997.

³⁹ A partir de Frayze Pereira, que cita Morin, e resumindo: a ecologia nos leva a ver a comunidade dos seres vivos em um espaço ou nicho geofísico, constituindo, com esse, uma unidade global ou ecossistema, onde complementaridades se estabelecem a partir de associações, simbioses, parasitismos, relações predador/presa (p.180).

excessivas, complementando o conceito de Ellsberg, e, ainda, a pergunta crítica de Gibson. Para o Sistema/*Establishment*: para que o organismo veja, detecte e registre uma propriedade x do objeto X , aquele organismo tem que “possuir” a propriedade x em algum sentido, neurofisiologicamente ou conceitualmente. Seria uma espécie de “receptor” ou modelo conceitual.

Para os psicólogos ecológicos, Gibson e seguidores, como Turvey et al, não há ilusões de ótica (ambigüidade no observador) ou sentenças ambíguas (ambigüidade nos estímulos) para os organismos. Dispensam leis cognitivas que realizam operações sobre representações mentais, preferindo leis naturais que governam a relação do organismo com o seu ambiente (109). Também dispensam conceitos como intenções, inferências, esquemas, que são os termos do Sistema, preferindo as noções de possibilidades, efetividades, coleta de informação. É muito importante a conexão destas duas abordagens com as pesquisas de Clark & Mishler⁴⁰ sobre as diferenças entre os métodos de obtenção da história clínica pelos médicos (110). O primeiro enfoque, criação de uma narrativa, lembra o de Fodor & Pylyshyn, o segundo, de colheita de dados é o “ecológico” de Gibson & Turvey. Além das críticas de Fodor & Pylyshyn e de Frayze-Pereira, o trabalho recente de Baldo & Haddad, 2003, encara a construção de um percepto como um processo intrinsecamente ambíguo, capaz, portanto, de produzir discrepâncias perceptivas, ilusões e ambigüidades, não sustentando, portanto, os pontos de vista de Gibson e seus seguidores (111).

Turvey, Shaw et al., pensando em termos de filosofia da ciência, perguntam se as uniformidades observadas na natureza são um reflexo de uma subjacente estrutura concreta de leis? Ou as uniformidades são apenas uma invenção da mente humana? (109). Os autores criticam a suposta arrogância de Kant (“*a compreensão não extrai as suas leis da natureza, mas prescreve-as à natureza*”). Preferem extrair restrições da biologia e da física do que do domínio mais elusivo ou impreciso da mente humana. Preferem acreditar que existe uma ordem [lei] natural – a tarefa dos cientistas é descobri-la. A função do organismo é descobrir as propriedades naturais do seu ambiente: elas lhe darão tudo o que ele precisa saber [para sobreviver].

⁴⁰ Foram justamente estas pesquisas que motivaram o autor principal para o mestrado e para o tema da educação médica, conforme se vê na Apresentação.

Frayze-Pereira fez também, como Gardner, uma crítica à abordagem de Gibson para a percepção, considerando-a mecanicista e objetivista, apesar do foco nas relações entre o organismo e ambiente (107).

David Marr (entre 1969-1980) entendeu que a visão é a construção de descrições simbólicas eficientes [úteis para o observador?]. Rompeu com os pesquisadores que acreditavam na “percepção direta” e entrou no campo da ciência cognitiva (95).

Ainda dentro das ciências cognitivas, Dupuy cita Warren McCulloch, psiquiatra, que entre 1943 e 1963, trabalhando sózinho ou com Walter Pitts, matemático, continuou a explorar as possibilidades de uma máquina lógica, a partir de Turing (103). A máquina seria capaz de mostrar todas as faculdades atribuídas à mente: percepção, pensamento, memória, formação de conceitos, conhecimento e reconhecimento dos universais, vontade e até mesmo consciência, esta última no sentido de “idéia das idéias”, nos termos de Baruch Espinosa. Rosenblatt, entre 1957 a 1961, desenvolve o *Perceptron*, com base na rede de McCulloch & Pitts. O *Perceptron* seria capaz de aprendizagem, ao classificar os traços que o sistema “reconhece” ou percebe no objeto apresentado. Andler, 1992, critica a falta do problema da representação no modelo de McCulloch & Pitts. Por outro lado, a escola chilena da autopoiese, fundada por Humberto Maturana e Francisco Varela, chega a negar a própria existência das representações.

Quando pensamos temos uma percepção imediata do fato de que pensamos: a percepção da atividade pensante é simultaneamente percepção do objeto do pensamento.

Mesmo reconhecendo algumas características da percepção como inatas, Day, pesquisador neste campo, entende que grande parte dela é aprendida ou desenvolvida na experiência de interação com o ambiente, em três classes (112):

- aprendizagem da discriminação de cores, formas, odores e sons: bons exemplos são os dos provadores de vinhos, capazes de reconhecer a procedência, marca e ano da safra. Seres humanos seriam capazes de discriminar milhares de cheiros. Com treinamento, dobrariam o número⁴¹. Alguns músicos possuem o que se convencionou chamar de *ouvido absoluto*.
- aprendizagem de novas relações entre as informações de diferentes sistemas, por exemplo, visual, cinestésico e tátil, na percepção de uma mesa plana e horizontal.

⁴¹ No mundo da ficção Patrick Susskind explorou esta capacidade no seu romance *O perfume*.

- aprendizagem da informação resolutória em relação a estímulos ambíguos. Poderíamos falar de capacidades percepto-cognitivas para identificar e discriminar estímulos ambíguos, vitais para a sobrevivência do indivíduo e da espécie. Seres humanos necessitam de e são capazes de proceder a resolução perceptual das propriedades sensoriais equívocas ou ambíguas do objeto, tais como orientação, tamanho, forma e refletância (luminosidade, reflexo na superfície e fluxo luminoso incidente). Nos termos de Day (p.176): *“A projeção destas propriedades [sensoriais] nos receptores é tão ambígua que sua percepção [mais próxima da verdadeira] depende de informação adicional provinda dos sistemas propioceptivos ou exteroceptivos. De acordo com a natureza desta informação, a projeção equívoca [ambígua] é resolvida de uma forma bastante próxima... (constância perceptual) ou com pouca aproximação (ilusão perceptual). Se não houver alguma fonte [adicional] de informação resolutória, haverá instabilidade perceptual, flutuação das propriedades dos objetos ou estímulos, ou seja, a equivocação das suas representações sensoriais.* O fato dos problemas desta área terem sido considerados individual e independentemente contribuiu para uma abordagem fragmentada do problema da instabilidade perceptual, obscurecendo os problemas e gerando confusão, dificultando o entendimento (p.120). Day assim resume o problema da instabilidade da percepção: *“há inúmeras condições de estímulo, estáticas e moventes, nas quais a projeção sensorial ambígua de propriedades do objeto ocorre na ausência de informação resolutória”.* A experiência passada e seus efeitos [suposições, expectativas ou predisposições] desempenha um papel significativo na determinação do resultado perceptual, quando a informação resolutiva está reduzida ou ausente. Entretanto, continua Day (p.135-6), *“não se deve pensar que a experiência passada desempenha um papel na resolução da imagem sensorial equívoca [ambígua] somente quando a informação resolutória está ausente ou reduzida. (...) A experiência passada também tem efeito quando a informação é acessível. O efeito da aprendizagem [experiências passadas] é maior quando não há outros meios de abordar perceptualmente uma situação ambígua”* (112).

A percepção instável é devida à redução ou ausência da informação necessária para resolver perceptualmente uma propriedade de objeto, estímulo ou informação. São muito interessantes as semelhanças deste entendimento da percepção e da ambigüidade na psicologia/neurofisiologia com os oferecidos por Ellsberg na Economia.

Psicanálise e Lingüística

Em excelente revisão, Bleger esclarece que Freud, em suas obras, utilizou três palavras para se referir à ambigüidade: *Zweideutigkeit*, abreviada por *Zw*, *Doppelsinn* D, e *Wortzweideutigkeit*, *Wor*. No primeiro caso, Freud refere-se a palavras que devido à sua ambigüidade (*Zw.*) são capazes de expressar mais de um pensamento, dando expressão a mais de uma idéia latente, conforme um dos sentidos de Empson, mais abaixo citados. As palavras, enquanto pontos de convergência de múltiplas representações, estariam, para Freud, *predestinadas à ambigüidade* [*Zw.*]. As neuroses, como os sonhos, utilizam-se desta vantagem oferecidas pelas palavras, para fins de condensação e disfarce (113). Algo similar acontece nos chistes, essa bilateralidade e duplicidade verbal.

No caso de *Doppelsinn*, poderia haver sentidos diferentes no pensamento do sonho e no conteúdo manifesto, isto é, nas duas linguagens relacionadas com os dois pensamentos: inconsciente, processo primário, consciente, processo secundário. Na *Psicopatologia da Vida Quotidiana*, a palavra para ambigüidade é *Wortzweideutigkeit*, traduzida para o espanhol como duplo sentido da palavra (114).

Em uma nota de rodapé do “Caso Dora”, Freud frisa as palavras relacionadas com o primeiro sonho da paciente: “*pode acontecer alguma coisa durante a noite que torne necessário sair*”. Dora referia-se às preocupações do seu pai com o irmão de Dora, que dormia em quarto sem entrada independente. Freud ficou surpreso com estas palavras, que lhe soaram ambíguas, pois podiam referir-se tanto a um incêndio quanto a “*certas necessidades físicas*”. Para ele palavras ambíguas são uma *Wechsel* no curso das associações - uma reviravolta, revolução, um “câmbio” ou “chave de linha” - que permite chegar aos trilhos por onde correm os pensamentos ocultos/latentes atrás do sonho manifesto (115). Na *Gradiva* de Jensen, Freud esclarece seu conceito: “*quando acontece, devido à natureza maleável do material verbal, essa dupla intenção que está por trás da fala poder ser expressa com êxito pelas mesmas palavras, temos o que denominamos de ambigüidade*” (116)⁴². No Esboço da Psicanálise, Freud se refere à “*complicação e à*

⁴² O filme recente, *Revelações*, baseado em *The Human Stain*, de Philip Roth, mostra isso de forma maravilhosa, na expressão de gíria empregada pelo professor para se referir aos alunos “fantasmas”. *Spook* significa também *ghost-writer*, além de fantasma e de ser expressão depreciativa e racista.

ambigüidade das relações existentes entre o sonho manifesto e o conteúdo latente que jaz por trás dele” (117).

Bleger, 1967, estudou dois fenômenos – simbiose e ambigüidade – que considerou suficientemente independentes entre si. Para ele existiria uma estrutura de *indiferenciação primitiva*, da qual remanescentes podem ser observados tanto na normalidade quanto na patologia, dependendo da sua intensidade ou grau. Na psicopatologia: personalidade ambígua, traços de caráter ambíguos, simbiose patológica. A psicopatologia da ambigüidade pode ir desde um núcleo clivado [dissociado] do ego até um ego propriamente ambíguo. Este autor decidiu se manter no terreno da clínica, não entrando nos terrenos filosófico, artístico e estético da ambigüidade. Entende, como autores de outros campos, que, na clínica, ambigüidade é freqüentemente confundida com ambivalência, contradição, divalência e dissociação e, ainda, confusão (113).

Bleger entendeu, pelos dicionários da Real Academia e de filosofia (Lalande e Abagnano), que a definição da ambigüidade seria feita a partir do ponto de vista do observador, daí o autor ter concluído que *um sujeito é ambíguo em sua conduta, seu caráter ou sua personalidade*. O que podemos dizer é que o foco do conceito de ambigüidade ora está no sujeito percebido ora no objeto, estímulo ou informação percebido, mas não é a condição de ambíguo que leva o sujeito a perceber a ambigüidade no ambiente. Pelo contrário, o problema reside na incapacidade de perceber a ambigüidade nos estímulos ou informações do meio ambiente. Perceber a ambigüidade é vital para as duas leituras: dos livros e do *livro* da Natureza .

Entra-se agora no terreno da Lingüística, onde se destacam os trabalhos de Chomsky, entre 1955 e 1984 (118).

Um dos lazeres do passado consistia em decifrar “cartas enigmáticas”, constituídas por palavras, símbolos e códigos improvisados. Gardner refere-se às *sentenças enigmáticas* da Lingüística de Chomsky, do tipo “*idéias verdes incolores dormem furiosamente*”.

Chomsky indicou e sugeriu mecanismos subjacentes à habilidade e à capacidade humana para detectar e resolver as ambigüidades em sentenças do tipo “*flying planes can be dangerous*”, com duas leituras possíveis: “*aviões voando podem ser perigosos*”, diferente de “*pilotar aviões pode ser perigoso*”. Outra das suas sentenças ambíguas é “*the shooting of the hunters disturbed me*”, que pode ser lida ou ouvida como “*os tiros dos*

caçadores me perturbaram” ou, bem diferentemente, “*o assassinato a tiros dos caçadores me perturbou*”.

Chomsky também alertou para frases aparentemente semelhantes, mas distintas, como “*John is easy to please*” (John recebe os agrados), diferente de “*John is eager to please*” (John é quem agrada). Além disso, listou frases em que a mudança dos termos principais não altera o significado, como em “*the cat chased the mouse*”, igual à frase “*the mouse was chased by the cat*”. Mas existem frases em que não se podem inverter os termos da oração: *many men read few books* não pode ser reformulada para *few books are read by many men*.

Medicina, Psicologia Médica e Psiquiatria

Uma primeira ambigüidade da medicina – no sentido de erro ou confusão - está nas duas versões dos conselhos ou recomendações de Hipócrates, *Primum non nocere*. A versão menos conhecida e talvez mais correta é - *Tenha em relação às doenças, duas coisas em vista: seja útil ou, ao menos, não prejudique*. Esta é bem diferente, portanto, da tradicionalmente ensinada frase: *Primeiro não prejudicar*. Houve, possivelmente, uma deturpação do pensamento de Hipócrates, na passagem do grego para o latim. A frase mais provável configura uma relação ativa de ajuda e não a evitação ou proibição da clássica versão. A interpretação ou recomendação corrente de “primeiro não prejudicar” pode ser fruto do niilismo terapêutico do século XIX, segundo Diego Gracia (119).

O mesmo Hipócrates, no seu aforismo em epígrafe, destacou as incertezas, riscos e ambigüidades da medicina: *Life is short / And the art long / The occasion instant, / Experiment perilous, / Decision difficult*.⁴³ Este aforismo foi bem examinado em um dos trabalhos de Renée Fox, antecessora de Martha Gerrity no campo da sociologia da medicina (120). É importante destacar a continuação do aforismo, pelas suas relações com o tema da incerteza e da ambigüidade na formação médica: “*it is not enough for the physician to do what is necessary, but the patient and the attendants must do their part as well, and the circumstances must be favourable*”(2). Fica, portanto, discutível a imagem de um Hipócrates “paternalista”, diante da admissão de que os resultados não dependem somente do médico.

⁴³ A vida é curta / Os conhecimentos, extensos/ A ocasião, fugaz/ A experiência, arriscada/ A decisão, difícil

Outra ambigüidade, próxima da ambivalência, talvez esteja nos papéis atribuídos aos médicos, que devem ser saudáveis, mas dedicados cumpridores (55). Espera-se que eles salvem vidas, evitem a morte, mas uma das primeiras perguntas que se faz ao estudante de medicina é se ele “já está cortando o cadáver” e não se “já salvou uma vida?” ou “já viu uma criança nascer?”. A literatura é rica em ilustrações do tema do médico como agente da vida e da morte. Stevenson, em *O médico e o monstro*, mostra bastante bem esta dissociação ou dupla visão das expectativas dirigidas aos médicos (121). Antes dela, a brilhante narrativa de Mary Shelley, onde o criador e a criatura confundem-se a ponto de Frankenstein ter se transformado no nome do monstro (71,72).

A medicina ocupa uma posição de certa forma ambígua, estando a serviço tanto do indivíduo quanto da sociedade e espécie humanas. Daí os inevitáveis conflitos, como apontou Mário Chaves: *a sociedade humana, o metassistema, resulta de uma agregação de indivíduos de uma mesma espécie, que se organizam em instituições visando o bem comum. O bem comum visto pela sociedade, em termos de metas sociais, nem sempre coincide com o que o indivíduo vê como bom para si e elege como meta individual. Conflitos são inevitáveis em muitos casos (...) Devemos salientar que na solução de conflitos entre os vários sistemas da sociedade ou de [conflitos entre] metas sociais com metas individuais o mecanismo final de decisão está em mãos do metassistema e não dos atores de cada sistema em separado* (122). Osório examinou estas ambivalências em uma primeira intenção de investigação interdisciplinar, em 1973, onde ainda não aparecia a palavra ambigüidade, mas era assinalado o duplo e contraditório papel da medicina (123). O esboço, junto com o ensaio sobre a ambivalência dos médicos de Robert Merton foi aproveitado em trabalho sobre a *crise da psiquiatria* dos fins dos anos 1970 (124).

A relação ou comunicação médico-paciente pode ser considerada por si só uma zona de ambigüidade, onde, simultaneamente, acontece um relacionamento *eu-tu* e outro *eu-coisa*, nos termos de Buber e Docherty et al, citados por Osório (125). Suas marcas são a empatia e a intimidade coexistindo com a neutralidade ou imparcialidade e o distanciamento. Este tema mereceu um trabalho de aplicação na clínica dos conceitos de incerteza e ambigüidade (126). A relação médico-paciente costuma ser ensinada dentro de um elenco de disciplinas chamadas de Psicologia Médica que, em Porto Alegre e em outros lugares do mundo vem enfrentando dificuldades (127). Estas foram antecipadas por um dos

pioneiros no estudo da ambigüidade, Stanley Budner (65). Em sua pesquisa o autor previu que a aceitação da abordagem que sublinha o papel dos fatores sociais e psicológicos na etiologia e no tratamento estaria inversamente correlacionada com a tolerância à ambigüidade. Seus resultados confirmaram a previsão: quanto mais intolerância, menos aceitação. Será que as disciplinas de psicologia médica, inseridas comumente nos primeiros semestres, favorecem o *desenvolvimento cognitivo* dos alunos? (127).

No campo da psiquiatria a marca da década de 1970 foi o florescimento das neurociências⁴⁴. Destacam-se também as pesquisas revelando as imprecisões e inconsistências do *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais*, DSM-II, 1968, e da CID-9. As mais notáveis delas foram as de Cooper e colaboradores, 1972, comparando os diagnósticos de esquizofrenia e transtorno bipolar feitos em New York e Londres (128) e as de Rosenhan demonstrando que sujeitos normais simulando terem alucinações e delírios podiam passar por psicóticos, sendo internados e diagnosticados em diferentes hospitais nos Estados Unidos (129).

Na psiquiatria, os anos 1980, ficaram marcados pelo novo Manual de Diagnósticos, o *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders, DSM III*, 1980, estruturado com critérios diagnósticos com a intenção de facilitar a comunicação entre pesquisadores e estimular os estudos de validação e confiabilidade das entidades ou categorias propostas. Paradoxalmente, contrariando sua proposta, os DSMs têm contribuído para a ambigüidade do campo da psiquiatria ao facilitar a confusão entre critérios diagnósticos e sintomas (19,130,131). Nancy Andreasen, recentemente, considerou as descrições da maior parte dos transtornos mentais dos DSMs intencionalmente escassas ou pobres, simples e incompletas, com critérios diagnósticos *não desenvolvidos para pesquisa, apenas produto de consenso* (25,132)⁴⁵. Ainda nesta década, os já citados McHugh & Slavney caracterizaram as questões epistemológicas e a *complexidade* do campo da psiquiatria, onde “*os problemas variam de um metabolismo intermediário [corpo] a um conflito interpessoal [mente], com os interesses psiquiátricos se estendendo deste a ultraestrutura do corpo até a [inter] relação de grupos de mentes dentro do contexto social*”. Daí, no entender deles, a

⁴⁴ Expressão disto foram os volumes do *American Handbook of Psychiatry*, de Arietti, 1975, dedicados à neurociência e psiquiatria biológica.

⁴⁵ Andreasen dá o título de *Silent Spring* ao seu editorial, homenageando Rachel Carson, com o seu livro “*Primavera Silenciosa*”, onde a autora expressava as suas preocupação com a ecologia.

existência de diferentes “escolas de psiquiatria”, com um pluralismo etiológico e a *ambigüidade* daí decorrente (33). Ainda em 1989, Drob examina criticamente as escolas de psiquiatria e as diferentes soluções filosóficas unificadoras ou pluralista, tentando diminuir as ambigüidades e confusões conceituais do campo (133).

Os anos 1990 marcam o desenvolvimento da *Medicina Baseada em Evidências*, MBE, novo paradigma sob o qual o médico aceita a *incerteza* nas decisões clínicas, os limites do conhecimento científico e a necessidade da busca de evidências oriundas da pesquisa clínico-epidemiológica (134). Gera-se, entretanto, uma confusão conceitual na medicina quando se toma a expressão *evidências* no sentido comum ou mais popular de “*sem margem a dúvidas*” e não no sentido científico de probabilidades, pois o propósito da MBE é justamente ajudar o médico a lidar com as *incertezas e os limites* do conhecimento no raciocínio e decisões clínicas (17).

Finalmente, à medida que aumenta a frequência da associação dos psicofármacos com a psicoterapia psicanalítica podem acentuar-se as ambigüidades próprias da interface cérebro-mente-corpo, de acordo com Osório & Fleck, 2004 (135).

Histórico do conceito de ambigüidade

Necker, 1832 no campo da História Natural, descreveu, como um fenômeno sensorial óptico, as reversões de perspectiva⁴⁶ ou orientação do diagrama de um cristal rombóide. Este fenômeno vai ser investigado mais tarde no campo da percepção, sob o nome de instabilidade, flutuação e reversão da percepção, relacionados com a ambigüidade ou equivocação das representações sensoriais (91).

Keynes, 1921 foi dos primeiros a abordar a questão da ambigüidade no campo da economia, ao estabelecer as relações entre probabilidade e o que ele denominou “*weights of the arguments*”, que vem sendo traduzido por “peso das evidências” (83).

MacDougall, 1926, 1929, teria feito as primeiras tentativas de relacionar a *ambigüidade*, a flutuação do cubo ou rombóide de Necker, com *traços de personalidade*, no caso introversão-extroversão (92, 93).

Empson, 1937, descreveu diversos casos de ambigüidade na Literatura, com exemplos encontrados em Chaucer, Milton, Shakespeare, TS Elliot, Keats, Pope, Donne e

⁴⁶ W.Bion, 1963, vai usar, na psicanálise, a expressão “reversão de perspectiva”, mas em um outro sentido.

outros (64). A seguir, um breve sumário, comparando os sete tipos de ambigüidade de Empson com os de Norton, 1975:

1) Um detalhe é efetivo, ao mesmo tempo, de várias maneiras [*in several ways at once*]. Isto é uma palavra ou frase admite mais de um significado. Corresponde ao primeiro sentido de ambigüidade de Norton, 1975, o de “múltiplos significados”.

2) Caso de duas ou mais alternativas de significado serem sintetizadas em uma só palavra ou frase. Pode corresponder ao sétimo de Norton, “contradições, antagonismos”.

3) Quando dois significados aparentemente não conectados são dados simultaneamente. Pode se enquadrar, também, no sétimo tipo de ambigüidade de Norton.

4) Significados alternativos combinam-se para tornar claro um, até então, complicado estado mental no autor.

5) Confusão feliz ou proveitosa: o autor descobre sua idéia no ato de escrever. Teria sido a situação de John Keats, ao escrever sua carta aos irmãos. A ambigüidade nesta situação parece estar no descompasso entre o pensamento e a linguagem do autor, descompasso que se torna maior quando o leitor toma contato com a frase.

6) O que está escrito é contraditório ou irrelevante: o leitor é forçado a inventar interpretações. Tipos 4 (“não estruturado”), 5 (“falta de informação”) e 8 de Norton (“falta de clareza”).

7) No último tipo há uma nítida contradição, denotando uma divisão ou dissociação, nos termos de Freud, na mente do autor. Os dois significados ou sentidos da palavra são opostos. Um exemplo da língua portuguesa é a palavra sorte, significando tanto desgraça quanto prêmio ou felicidade. Tipo 7 de Norton (“contradições, antagonismos”).

Empson destaca que o termo ambigüidade deveria ser usado da forma mais clara possível e que somente uma boa análise das ambigüidades de um texto permitiriam ver se o efeito total é ambíguo ou não. De acordo com Empson, a recomendação *trying not to be ambiguous*, pode ser valiosa ou não, dependendo da intensidade e do contexto da ambigüidade na literatura.

É desta década, de 1930 a *Lógica da Investigação* onde Popper examina a probabilidade de uma hipótese e a probabilidade dos eventos, fazendo uma crítica, examinada no conceito de risco, à lógica probabilística (29). Desenvolve aí os conceitos de corroborabilidade ou verossimilhança, ou seja, o grau de corroboração da hipótese em

função do número de tentativas, e, também, os conceitos de verificação, falseabilidade e testabilidade. Para Popper as teorias não são propriamente verificáveis [e confirmadas] e sim “corroboradas”, pois há proposições verificáveis, mas pseudo-científicas (28). Para ele todo o problema da probabilidade das hipóteses estava, até então, mal concebido: pela lógica probabilística a indução determinaria o grau de probabilidade de um enunciado. Em outras palavras, diria o quanto ele se tornaria provável. Deve-se averiguar que testes ou que provas a hipótese suportou – em que medida a hipótese foi capaz de provar sua aptidão à sobrevivência, resistindo aos testes. Isto é, até que ponto a hipótese foi “corroborada”⁴⁷. Popper finaliza assim: *A ciência nunca persegue o fim ilusório de que suas respostas sejam definitivas ou mesmo prováveis. Seu avanço dirige-se, ao contrário, para o fim infinito⁴⁸ e ainda assim atingível de sempre descobrir problemas novos, mais profundos e mais gerais, e de sujeitar suas respostas sempre provisórias a testes sempre renovados e cada vez mais rigorosos* (29). A incerteza e ambigüidade são, portanto, inerentes à ciência.

Na Psicologia, na década de 1940, Else Frenkel-Brunswik, como MacDougall anteriormente, estudou a *ambigüidade também como uma variável da personalidade*, associando-a ao dogmatismo ou à “síndrome do autoritarismo” ou “personalidade autoritária” (66,67). Escolhe a abordagem centrada na personalidade ao invés das abordagens centradas na percepção, relacionando a ambigüidade cognitiva com a ambivalência emocional. A autora investiga preconceitos étnicos em crianças: Distingue o *reconhecimento* da coexistência de sentimentos opostos dirigidos à mesma pessoa da *ambivalência emocional ou afetiva* propriamente dita. Aquele seria uma qualidade, esta uma dificuldade. Para ela, a intolerância à ambigüidade seria equiparável à rigidez ou dogmatismo, quando as pessoas, incapazes de lidar com emoções conflitantes ou com juízos de valores conflitantes, seriam também, em geral, incapazes de ver as coisas de duas ou mais maneiras diferentes. Isto é importante no terreno da bioética contemporânea. A pesquisadora examina, ainda, o conceito de ambigüidade perceptual ou perceptiva,

⁴⁷ Aplicação na Bioestatística: Teste de Hipóteses H1, experimental, e H0, hipótese nula: a pesquisa e os testes estatísticos são empregados para avaliar com que margem de erro se aceita ou se rejeita H0. Os intervalos de confiança tornam ainda mais evidente o alto grau de **incerteza** inerente aos resultados obtidos a partir de amostras pequenas, caso de boa parte das pesquisas em medicina e psiquiatria (Doria Filho, p.51). A expressão original de Popper é *Bewährung* significa prova ou comprovação. Corroborar é confirmar ou comprovar, dar ou adquirir força, robustez.

⁴⁸ Fim infinito não seria uma ambigüidade? Ver original de Popper.

Gestaltmehrdedeutigkeit, de Benussi, 1904, mais adiante desenvolvido pelos estudos de Rubin sobre as reversões de figura-fundo e de outros psicólogos da Gestalt, como Kofka, 1935. Egon Brunswick, em 1939, estudou a probabilidade como determinante do comportamento dos ratos. A ambigüidade das respostas cognitivas pode ser vista como reflexo das incertezas existentes no ambiente. Abre-se o campo da “probabilidade” como uma nova área da pesquisa psicológica. Diferencia *Gestalten* de soma dos elementos. Examina a relação da dificuldade de lidar com ambigüidade e caráter compulsivo. Uma das frases dos testes de Frenkel-Brunswick ficou no questionário de Norton: *There is only one right way to do anything* passa a ser “*pessoalmente tendo a pensar que há uma maneira certa e uma maneira errada de fazer as coisas*”.

Dogmatismo corresponde, mais comumente, à doutrina filosófica que afirma a existência de verdades certas e que se podem provar indiscutíveis, o oposto da concepção popperiana da ciência (52).

No campo da Sociologia da medicina e Educação médica, nos anos 50, a talvez primeira contribuição de Renée C. Fox, *Treinando para a incerteza*, de 1957, no qual a autora mostrava a significativa variabilidade da tolerância à incerteza entre os estudantes de medicina, que resultaria do “domínio imperfeito do conhecimento corrente”, das aptidões e talentos, dos conhecimentos, da consciência das próprias limitações e das experiências durante a formação. Ainda neste trabalho a pesquisadora identificou um tema que vai aparecer em trabalhos subseqüentes: o medo da inadequação pessoal e do fracasso (138).

O próprio Merton publica neste mesmo volume, que contém o referido texto de Renée Fox, o seu ensaio sobre a *ambivalência dos médicos* (139), mais adiante reeditado (55). Em 1959, Renée Fox publica seu livro sobre os riscos de *médicos e pacientes lidando com o desconhecido* (140). Talcott Parsons, 1951, refere-se bastante às incertezas da medicina e assinala o papel das situações ambíguas, inexplicadas pelo paradigma biofísico da doença, subjacente à educação médica: elas seriam provocadoras de desconforto nos médicos, levando-os a tentar fugir delas (141). O mesmo sociólogo sugere que o termo “ciência médica” seria uma expressão “equivoca”, ambígua, por não ser a designação de uma única disciplina, teoricamente integrada, mas sim um campo de aplicação da física, da química, da biologia, da psicologia e da sociologia (Parsons, p.422).

A teoria da decisão de Savage foi publicada em 1954 com o título *Foundations of Statistics* (142). Mais adiante Savage vai escrever seus axiomas utilizados por Ellsberg, 1961 (61)

Meresko e cols, 1954, na trilha aberta por Frenkel-Brunswick e por Rokeach, em trabalhos de 1948 a 1951, medem a rigidez de atitudes em relação a hábitos pessoais e sua relação com a ideologia fascista ou antidemocrática, através de uma escala de seis pontos, com 14 questões. As perguntas são sobre tradicionalismo [*tradition for tradition's sake*], submissão às regras [*rules for rule's sake*], oposição a qualquer mudança de julgamento, oposição a qualquer mudança de planos, “intolerância à ambigüidade” em situações específicas e em relação a expectativas ou planos para o futuro. Os sujeitos eram 188 estudantes, de 17 a 51 anos, com 115 mulheres e 73 homens. A rigidez de atitudes em relação a hábitos pessoais estaria significativamente associada com a aceitação da ideologia fascista ou antidemocrática (143).

Broen, 1960 propõe um “*ambiguity probability model*” para esclarecer a relação entre a ambigüidade interpretativa dos questionários e a capacidade discriminante [*discriminating power*] dos mesmos. Propõe dois tipos de ambigüidades: 1) de interpretação ou de variação na interpretação pelo sujeito do que significa cada item, 2) ambigüidade de resposta, ou variação da extensão na qual diferentes tipos de pessoas dão respostas semelhantes a um mesmo item. O autor parte das exigências ou recomendações quanto à ausência de ambigüidade como um requisito para os questionários de personalidade (144).

Stanley Budner, 1962, propõe a sua *escala de mensuração da ambigüidade* (65). O autor, em sua tese de doutorado sobre a intolerância à ambigüidade, revisa Frenkel-Brunswick, considerando inconclusivas a maior parte das suas pesquisas. Budner compara a sua própria escala com três anteriores: *Coultr Scale* (Eysenck, 1954), *Walk [A] Scale* (Walk, sd; O'Connor, 1952) e a *Princeton Scale* (Saunders, 1955). Havia escalas anteriores de avaliação de autoritarismo: *Traditional Family Ideology Scale*, de O'Neil and Levinson (sd), utilizada por Kenny & Ginsberg, 1958. Dessa última escala fazem parte as subescalas E e F. Esta última, F, foi usada por O'Connor em seu trabalho de 1952.

A Escala de Budner é composta de 16 itens. O autor considera a ambigüidade como um construto multidimensional e complexo, entendendo que quanto mais complexo um construto, mais complexa a medida e menor a confiabilidade.

Para Budner, a escolha de uma ocupação atípica para o seu sexo requer, entre outras coisas, um certo grau de não-convencionalismo. Este, pelo menos na época, era o caso da Medicina. Neste campo se espera que sejam relevantes as diferenças individuais na tolerância-intolerância à ambigüidade. Uma das diferenças é a preferência por especialidade. Budner considerou a dimensão estruturada / não estruturada, de acordo com o grau de facilidade para os diagnósticos, grau de facilidade para a prescrição de tratamentos, grau de facilidade para avaliar as melhoras, relações *clear-cut* com os pacientes, isto é relações claras e definidas. Entre as especialidades, a psiquiatria seria a menos estruturada; pediatria, medicina interna, clínica geral seriam intermediárias e ginecologia, obstetrícia e cirurgia, as mais estruturadas. Nos resultados do cruzamento feito pelo autor, os estudantes tolerantes à ambigüidade tendiam a escolher campos pouco estruturados, com os intolerantes escolhendo campos mais estruturados.

Na mesma linha de raciocínio, Budner avaliou o grau de aceitação da abordagem que sublinha o papel dos fatores sociais e psicológicos na etiologia e no tratamento, que estava entrando nos currículos médicos da época. Sua previsão era de que a aceitação desta abordagem estaria inversamente correlacionada com a tolerância à ambigüidade. Seus resultados confirmaram sua previsão: quanto mais intolerância, menor a aceitação das abordagens psicológicas.

Quanto à percepção do grau de estrutura da própria especialidade, Budner verificou que os estudantes com menor tolerância à ambigüidade tendiam a considerar mais estruturada a sua especialidade, independentemente de quanto ela de fato era mesmo estruturada.

Um ano antes do trabalho de Budner tínhamos uma outra obra muito citada sobre a sociologia e cultura de estudantes na escola de medicina, de Becker e cols, 1961 (145).

Também em 1961, o muito citado trabalho seminal nos campos da Teoria da Decisão e da Economia (61). Nele Ellsberg examina as relações, semelhanças e diferenças entre incertezas, ambigüidades e riscos, partindo da distinção feita por Knight em 1921, entre risco (“incerteza mensurável”) e “incerteza não-mensurável” (ambigüidade, com

freqüências estatísticas desconhecidas, cálculos *a priori* impossíveis, eventos relevantes singulares). Outra de suas fontes foi Savage, 1954. Knight, segundo Ellsberg, entendia que predominava o último tipo de incerteza, não-mensurável, com as pessoas decidindo “*como se existissem probabilidades numéricas ou graus de crença*” (61). Ellsberg sugeriu que diante de situações de ambigüidade as pessoas, ao raciocinarem, não decidiriam de acordo com os axiomas ou postulados de Savage ou bayesianos. A análise da decisão na clínica médica parece ter sido “importada” da ciência da administração e dos investimentos financeiros.⁴⁹ Esta linha de pesquisa evoluiu para os recentes trabalhos de Amos Tversky e Daniel Kahneman. Em síntese estes autores examinam a irracionalidade das pessoas nas decisões, incluídos universitários e cientistas. Os raciocínios violam princípios da lógica e da probabilidade, seguindo atalhos heurísticos que conduzem a vieses (146, 147, 148).

No campo da epistemologia, Thomas Kuhn publica em 1962 *The structure of scientific revolutions* que, bem mais adiante, vai repercutir no campo da psiquiatria, com a idéia de revoluções paradigmáticas, em particular na sugestão de que o paradigma das neurociências superaria o da psicanálise (30). No mesmo campo, Karl Popper, com *Conjeturas e refutações*, 1963, cujas idéias principais já foram expostas na seção de riscos e probabilidades e no tema do conhecimento e seus riscos e perigos (11).

Whitehorn, 1963, foi o porta-voz das preocupações com a indispensável tolerância à incerteza na formação e exercício da profissão médica. Na década de 1970 seu trabalho foi reeditado na Johns Hopkins, havendo uma versão em português disponível (149).

Em 1965 Danuta Ehrlich publica sua avaliação crítica da Escala Walk A desenvolvida por RD Walk e utilizada por O’Connor em 1952; segundo este autor haveria uma associação positiva entre intolerância à ambigüidade e autoritarismo. Ehrlich constatou a falta de consistência interna (um KR de 0.08!) e por isso excluiu-a do seu mestrado sobre o tema (150).

Attneave, 1968, ilustra o tema da percepção e da ambigüidade com o caso de figuras geométricas, triângulos, quadrados e losangos, em conjuntos/clusters, que lembram bastante a ambigüidade produzida no observador pelos desenhos de Escher (1898-1972), em especial os produzidos na década de 1950 (151).

⁴⁹ Ver Weinstein & Fineberg, *Clinical Decision Analysis*, 1980, citados por Jekel, Elmore & Katz, 1996/1999.

Mac Donald, 1970, aumentou para 20 os 16 itens da Escala de Tolerância à Ambigüidade de Rydell-Rosen, 1966 (152).

Robert W. Norton, 1975 no campo da Psicologia e Linguagem, constrói sua *escala de medida de tolerância à ambigüidade*, utilizada em nossa investigação. Aplicou um questionário de 61 itens a estudantes da área de artes e comunicação, obtendo um coeficiente de confiabilidade interna de 0.88 (Kuder-Richardson 20, 1937, posteriormente Alfa Cronbach, 1951). Norton alcançou um *r* de teste/re-teste igual a 0,86. Revisou todos os artigos que se referiam à ambigüidade, de 1933 a 1970, daí emergindo as oito categorias já referidas no item conceitos e definições (69).

Renée C. Fox continuou suas publicações no campo da Sociologia da medicina (1975, 1976, 1976, 1979). O clássico de Robert K. Merton, *A ambivalência sociológica*, é de 1976. Nele, em capítulo escrito com Elinor Barber, Merton cita os três tipos de ambivalências, emocional/afetivo, voluntário/conativo e intelectual/cognitivo (153). O mesmo Merton, no seu trabalho já referido de 1957 sobre a educação médica, lista as *ambivalências* ou as exigências contraditórias às quais os médicos estão sujeitos, como, por exemplo: *dedicar tempo à educação continuada x dedicar tempo aos pacientes, autocrítica e disciplina x decisões, mesmo com dados inadequados, conhecimentos específicos x conhecimentos amplos, distanciamento e frieza x aproximação e compaixão, autonomia x humildade* (55, 138).

É de 1977 a contribuição de Lyttleton, sobre a *natureza do conhecimento*, declarando que a mente humana tem o defeito, cientificamente indesejável, de ansiar por uma certeza completa, na crença ou na descrença de algo, obstáculos para o pensamento crítico e a admissão do erro (154). Este é um tema central nas dificuldades na formação médica e desenvolvimento cognitivo dos estudantes de medicina.

No campo da Filosofia e História das Ciências, a obra de Feyerabend, *Contra o método* (1975/1977), foi um marco do relativismo (31). Popper, 1979, publica *Conhecimento objetivo* (155) e Imre Lakatos, falecido em 1974, publica em 1970 *Falsificação e metodologia dos programas de investigação científica* (32).

Os anos 1980 mostraram uma relativa explosão de publicações a respeito da escolha da medicina e de suas especializações, relacionadas com sexo/gênero de estudantes de medicina e médicos, análise e tomada de decisões e no tema da ambigüidade e da incerteza.

É de 1981 a publicação de Tversky & Kahneman, *The framing of decisions and the psychology of choice*, onde os autores examinam os princípios psicológicos que governam a percepção dos problemas que envolvem probabilidades e decisões. Demonstrando, por exemplo, que alterações no modo de apresentação, na estruturação da mesma situação/problema, produzem previsíveis mudanças nas escolhas ou decisões (146). É interessante assinalar que este fenômeno (mudanças do fraseado modificando as respostas) foi registrado, de forma aparentemente independente por Gerrity e cols, 1992, citando as palavras de um médico pesquisado: *Very interesting. Placing the same question in [a] different format draws a different answer* (160).

É de 1982 o primeiro trabalho de Benbassat, com Cohen, sobre *o desenvolvimento cognitivo de estudantes de medicina* (156). Renée C. Fox continua publicando, examinando a evolução da incerteza na medicina.

Já existem revistas especializadas, *Risk Analysis*, *Medical Decision Making*, além de várias publicações, no *JAMA*, no *American Journal of Public Health*, no *Journal of Medical Education* e outras revistas, correlacionando tolerância à incerteza, raciocínio clínico e análise de decisão, nas solicitações de exames complementares, nas indicações de cirurgia etc.

Curley, Yates e Abrams, 1986, de Michigan, partindo de Keynes e Ellsberg, investigaram as fontes psicológicas da evitação ou intolerância à ambigüidade. Para eles, a ambigüidade é prevalente em boa parte das situações de decisão na vida real, onde raramente conhecemos as probabilidades dos desfechos. Existe incerteza quanto a qual desfecho irá acontecer: sucesso ou insucesso no tratamento? Há incerteza quanto à probabilidade de sucesso: ambigüidade. Em testes realizados, nos quais propostas de tratamento iguais eram formuladas em termos diferentes, a maioria das pessoas optava pela formulação que revelava evitação ou intolerância em relação à ambigüidade (157).

Os indivíduos não ignoram a ambigüidade: eles respondem ou reagem a ela. Isto tem sido demonstrado em diversos contextos: sorteios/loterias, investimentos no estrangeiro, escolhas de tratamentos médicos, raciocínios ou avaliações de probabilidade baseados em inferência e decisões na área de seguros.

Os autores tentam responder à pergunta: Por que a ambigüidade é evitada? Investigam as seguintes possibilidades:

- 1) Hipótese da “*hostile nature*”: quando a informação está escondida ou quando não temos nas mãos o controle da situação, as opções ambíguas são vistas como contra nós e por isso são evitadas;
- 2) Hipótese da expectativa de avaliação pelos outros;
- 3) Hipótese da auto-avaliação, semelhante à anterior;
- 4) Hipótese da escolha forçada;
- 5) Hipótese da evitação da incerteza, mais geral, que engloba a evitação da ambigüidade;
- 6) Outras hipóteses.

O grupo de Michigan testou as cinco hipóteses através de cinco experiências. Conclusões: 70% dos sujeitos escolheram as opções de menor ambigüidade. Mas na maior parte dos casos, a hipótese nula não foi rejeitada. Ficou sustentada a hipótese 2 - avaliação pelos outros – as pessoas tomam decisões de evitar ambigüidade na crença de que estas escolhas são mais justificáveis diante dos outros, isto é, mais socialmente aceitáveis do que perder ao escolher a opção de mais ambigüidade (157).

Benbassat, 1988, partindo de Perry, identificou a atmosfera, a filosofia implícita e a cultura dominante no ensino como um *currículo oculto*, capaz de interferir desfavoravelmente no desenvolvimento cognitivo dos alunos. Para Benbassat, alunos de Medicina entram acreditando em verdades absolutas e ridicularizando a incerteza, passam por etapas onde convivem com múltiplas opiniões conflitantes e com o relativismo descomprometido que dificulta a tomada de decisões e chegam, no melhor dos casos, a um relativismo comprometido, que facilita a tomada de decisões (9). Estas idéias de Benbassat foram aproveitadas em trabalho de um dos autores sobre as dificuldades pedagógicas no ensino das disciplinas introdutórias à psiquiatria (35).

De Forge & Sobal, 1989, entenderam que muitos dos resultados contraditórios no estudo da intolerância à incerteza na literatura médica podem ser atribuídos a entender as reações à incerteza como um conceito unitário (158). Esta pode ter sido uma das razões para a abordagem das subescalas realizada por Gerrity e cols, mais adiante examinada.

Gerrity e colaboradores, de 1990 a 1995, desenvolveram escalas para medir as reações dos profissionais médicos diante da incerteza (159,160,161). Escolheram *não* estudar alunos e residentes, onde o clima organizacional poderia influir muito nas suas

reações. Demonstraram a viabilidade da *abordagem quantitativa* associada à qualitativa para investigar um importante problema, altamente abstrato, e de difícil compreensão: as reações afetivas à incerteza. Entre as questões de pesquisa sugeridas por Gerrity e cols, 1992, figurava o tema das barreiras estruturais ou culturais, incluindo o processo educacional, todos capazes de *interferir* na capacidade de lidar com as incertezas, especialmente no caso do médico poder compartilhar *construtivamente* suas incertezas com seus pacientes (Gerrity et al, 1992 p.1044). Esta é, naturalmente, uma importante questão na relação médico-paciente. Gerrity e cols. testaram duas hipóteses: a) *as reações dos médicos à incerteza variam conforme o sexo/gênero e de acordo com a área de atuação do médico (generalistas x especialistas x subespecialistas)*; b) *as reações dos médicos à incerteza variam com o tempo de prática médica (quanto maior, menores as reações deles diante da incerteza)*. O resultado mais notável foi a grande variabilidade nas reações dos médicos diante da incerteza. Os homens demonstraram menos estresse e ansiedade diante da incerteza. Médicos com mais tempo de exercício profissional tiveram menos estresse diante da incerteza. As médias dos escores de subespecialistas em medicina interna e cirurgias não foram diferentes, mas ambos tiveram menos estresse do que os generalistas. As entrevistas feitas pelo grupo de pesquisa também deram subsídios para sustentar o entendimento de que o tipo de problema médico influi no estresse/ansiedade dos médicos diante da incerteza (Gerrity et al, 1992, p.1040). No trabalho de 1995, com *fellows* e médicos do corpo clínico, *full time*, foram comparados os internistas gerais com os subespecialistas. Verificaram que havia semelhanças nas escalas de ansiedade devida à incerteza, preocupação com maus desfechos e de relutância a revelar incerteza para os pacientes, mas os subespecialistas mostraram maior relutância a revelar enganos para colegas (161).

Geller, Faden & Levine, 1990, utilizaram uma modificação da escala de Budner, de 1962, embora tenham considerado a utilização da escala de Norton, 1975. Os autores questionam se *é apropriado ou não tratar ambigüidade e incerteza como equivalentes*, levantando a possibilidade de que seria desejável que os médicos tivessem uma *baixa tolerância à incerteza*, levando-os a investigar e a buscar respostas na medida em que elas existam, e uma *alta tolerância à ambigüidade*, possibilitando que os médicos lidem com questões sem resposta. Foram pesquisados 386 estudantes de medicina. As mulheres e os

alunos que ingressaram no curso de medicina com mais idade tinham maior tolerância à ambigüidade. Esta não foi modificada pelo processo educacional, o que é, pelo menos, curioso em se tratando de uma excelente escola de medicina como é a Johns Hopkins. Os autores entendem que a ambigüidade desempenha um maior papel no processo de decisão em medicina, daí ser cada vez mais necessário que os profissionais saibam lidar com ela (162).

Benbassat, 1993, discutindo o tema do ensino das noções de incerteza durante o curso de medicina assinala o descompasso entre o interesse dos estudantes na teoria da decisão, as características dos mesmos e a atmosfera de ensino de algumas escolas médicas. Propõe, literalmente, um “novo paradigma” para o ensino médico, que: a) se baseie na noção de incerteza irreduzível, b) que possa lidar com a ansiedade dos alunos que tendem a encarar o conhecimento como absoluto e que usam muito as categorias certo/errado ou bom/mau na descrição de pessoas e valores, e c) que inclua, no raciocínio médico, as noções de chance e ambigüidade. Para Benbassat, “*students resist formal decision analysis because they are satisfied with the determinism of the traditional bio-medical model and do not feel they need a new paradigm*” (164). Em artigo publicado mais adiante, em 1996, o mesmo Benbassat examinou as mudanças no pensamento clínico ao longo de várias décadas (164).

Merrill e cols, 1994, tentaram correlacionar medidas de tolerância à ambigüidade e à incerteza em estudantes de medicina e sua relação com as atitudes em relação aos pacientes e com a escolha de especialidade. Identificaram duas dimensões da tolerância à ambigüidade através da análise fatorial: aversão à incerteza na medicina clínica e preferência por ambientes de treinamento altamente estruturados. Estudantes com escores mais baixos de aversão à incerteza escolhiam medicina interna, psiquiatria e medicina de famílias como futuras especialidades. Estudantes com maior aversão à incerteza preferiam radiologia, cirurgia e anesthesiologia. Os estudantes que preferiam ambientes mais estruturados escolhiam radiologia, psiquiatria e anesthesiologia como futuras especialidades, enquanto que cirurgia, obstetrícia e ginecologia e outras especialidades cirúrgicas eram as preferências dos estudantes com maior tolerância para ambientes menos estruturados. Os próprios pesquisadores estranharam, como nós, a preferência dos futuros psiquiatras por ambientes com cadeia hierárquica claramente bem definida. Concluíram que aversão á

incerteza se refletia na escolha da especialidade e era desadaptativa no manejo com os pacientes, justificando, quem sabe ambigüamente, a expressão “*strangers at the bedside*”, cunhada por DJ Rothman em 1991 (165).

Em 2000, Schor, Pilpel & Benbassat publicaram a sua avaliação da *tolerância à incerteza em estudantes de medicina e médicos*. A pesquisa foi realizada em Israel, utilizando uma das escalas de Gerrity et al., com modificações. Estudaram idade, gênero, anos de curso dos estudantes da Universidade de Ben Gurion, anos de atividade dos médicos, origem dos estudantes e dos médicos (Israel ou antiga URSS) e especialidade dos médicos. As estimativas da ansiedade dos médicos diante da incerteza, quando feitas por estudantes do primeiro ano (menores de 22 anos) foram mais altas do que aquelas feitas por estudantes mais adiantados (maiores de 22 anos). A ansiedade diante da incerteza foi mais alta em médicas mulheres e em psiquiatras, diferindo dos resultados encontrados por Gerrity e cols em 1992. É provável que as barreiras lingüísticas e culturais tenham interferido nos resultados: o questionário de Gerrity e colaboradores foi traduzido para o hebraico e respondido tanto por israelenses quanto por imigrantes russos (166).

Conclusões

Diferentes situações de ambigüidade

1. Palavra ou frase com duas (ou mais) interpretações diferentes, por vezes diametralmente opostas. “Cabeça”. “A cozinheira virou uma panqueca”. Segundo Chierchia: ambigüidade *léxica*, lexical ou polissemia, palavras com sentidos diferentes: “*Romário tocou para Rivaldo*”; ambigüidade estrutural, sintática, que tem a ver com o fato de que há várias maneiras de subdividir [através da antiga “análise sintática”] uma mesma sentença em sintagmas (grupos de palavras): “homens ou mulheres em forma”; ambigüidade *semântica*, relacionada com diversos usos do pronome: “*Lia acredita que todo rapaz quer matar seu pai e casar-se com sua mãe*” (167).

2. *Reframing*, reordenamento, com mudança da aparência, sem alteração da essência, induzindo respostas diferentes, portanto, ambigüidade. Tversky & Kahneman pesquisaram este fenômeno, para evidenciar as falhas do raciocínio lógico na tomada de decisões e as questões éticas daí decorrentes (145, 146, 147). Os melhores exemplos são os *framing* e

reframing de propostas de campanhas de vacinação, essencialmente iguais, mas induzindo respostas diferentes dos sujeitos pesquisados, quando formulados em termos de ganhos (vidas salvas) ou de perdas (mortes).

3. Reordenamentos que mudam a aparência, mas alteram também a essência e induzem respostas diferentes. É o conhecido exemplo de S. Shelley, utilizado por Goldim: “*Madre, posso rezar enquanto fumo?*” versus “*Madre, posso fumar enquanto rezo?*” (168, 169)..

Ou a clássica resposta do oráculo ao rei, que escutou: “*Vencerás, nunca perderás*”, quando o vaticínio teria sido “*Vencerás nunca, perderás*”.

4. Reordenamentos com mudança da aparência, sem alterar a essência, sem induzir interpretações diferentes, salvo incapacidade do ouvinte para identificar e discriminar informações ambíguas. *O gato caçou o rato* versus *o rato foi caçado pelo gato* [Chomsky].

5. Traduções erradas, que mudam a aparência e a essência, produzindo confusão e/ou ambigüidades: induzem respostas diferentes e erradas. É o caso de “*Inkohärenz*” de Bleuler, 1911, especificamente significando desagregação ou “frouxidão semântica” (aproveitando expressão recente das pesquisas de Weinberger), mas considerada, nos últimos anos, como incoerência *sensu lato* (25).

6. Falta de clareza conceitual: caso de humor, afetos, emoções e sentimentos (24).

7. Duplicidade das linguagens: consciente, manifesta, e inconsciente, oculta (Freud), popular/leiga e técnica/científica (Von Mises, citado por Popper).

Em síntese, riscos, incertezas e ambigüidades não só não são eliminados pela ciência, são também produzidos por ela.

Referências

- 1.HIPPOCRATE. *Oeuvres completes d'Hippocrate*. vol.II. Épidémies. Premier livre. Paris: Baillière [et fils], 1840. p.635 [org.por Emile Littré] [<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/bioetica.htm>] setembro, 2004.
- 2.LLOYD, GE, ed. *Hippocratic writings*. London: Penguin Books, 1978/1973 [1950, Blackwell] [translated by J.Chadwick, WN Mann, IM Lonie, and ET Withington].
- 3.FREUD, S. A interpretação de sonhos [Parte I]. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969 [1900].v.4.
- 4.FREUD, S. A interpretação de sonhos [Parte II]. Sobre os sonhos. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969 [1900-1901],v. 5. p.361-370 [Parte II, Interpretação] p.671-750[Sobre os sonhos].
- 5.MERLEAU-PONTY, M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard, 1945.
- 6.MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1994
- 7.FOERSTER, H. von. Heinz von Foerster, pioneiro da cibernética [entrevista]. In: PESSIS-PASTERNAK, G. *Do caos à inteligência artificial; quando os cientistas se interrogam* [entrevistas]. São Paulo: UNESP, 1993.p.197-206.
- 8.OSÓRIO, CMS & SOAR Filho, E. O médico, sua identidade e suas transformações. In: CATALDO Neto, A; GAUER, GJG; FURTADO, NR, orgs. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. cap.14, p.109-115.
- 9.BENBASSAT, J. *The hidden curriculum of undergraduate clinical education*. Improving University Training Proceedings. Umea, Sweden: IUT, 1988.p.632-641 [traduzido do inglês para esta dissertação].
- 10.OSÓRIO, CMS. Adultos jovens, seus scripts e cenários. In: EIZIRIK, CL; KAPCZINSKI, F; BASSOLS, AM, orgs. *O ciclo da vida humana; uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed, 2001, cap.10, p.141-158.
- 11.POPPER, KR. *El desarrollo del conocimiento científico; conjeturas y refutaciones*.2.ed. Buenos Aires: Paidós, 1979[*Conjectures and refutations*, 1962].
- 12.HUTCHEON, L. *Teoria e política da ironia*. Belo Horizonte: UFMG, 2000.
- 13.REALE, G; ANTISERI, D. Max Weber; la metodología de las ciencias histórico-sociales y el desencantamiento del mundo. In: _____. *Historia del pensamiento filosófico y científico. III. Del romanticismo hasta hoy*. Barcelona: Herder, 1988 [1983, La Scuola],cap.15, p.417-432 [inclui debate sobre a objetividade],

- 14.FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canadá; a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Bulletin number four, 1910 (reproduced in 1960). New York: [?], 1910. 346p.
- 15.VREGILLE, P.de. Galilée. In: D'ALÈS, A. *Dictionnaire apologétique de la foi catholique*. 4.ed. v.2. Paris, Beauchesne, 1924 v.2, p.101-102.
- 16.HAMBURGER, J. *A razão e a paixão: reflexões sobre os limites do conhecimento*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.
- 17.OSÓRIO, CMS. Por que não ensinamos dinâmica da psicoterapia de grupo aos futuros médicos? O problema da identidade do médico e do dogmatismo na medicina. Apresentado no Curso Tópicos em Medicina. AMRIGS, agosto, 1992 [manuscrito revisado em setembro de 2002].
- 18.ECO, U. *O nome da rosa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.
- 19.OSÓRIO, CMS. O diagnóstico nosográfico e o diagnóstico psicanalítico na psiquiatria: convergentes, divergentes, complementares? Quando, como e por que? Participação em mesa redonda. XX Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica. Gramado, 2000 [manuscrito revisado, junho 2003].
20. REALE, G; ANTISERI, D. El drama de Galileo y la fundación de la ciencia moderna. In: _____. *Historia del pensamiento filosófico y científico. III. Del romanticismo hasta hoy*. Barcelona: Herder, 1988 [1983, La Scuola].cap.5.6, p.223-257.
- 21.DIDI-HUBERMAN, G. *O que vemos, o que nos olha*. São Paulo: Editora 34, 1998 [1992].
- 22.KITSON, M. O barroco. In: Encyclopedi Britannica. *O mundo da arte*. 7.ed. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 1979.
- 23.MANLEY, MRS. Psychiatric interview, history, and mental status examination.In: SADOCK, BJ; SADOCK, VA, eds. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7.ed. Philadelphia: Lippincott, 2000, chap.7.1, p.652-665.
- 24.OSÓRIO, CMS; et al. Afetividade e humor; um exame do estado mental com mais clareza e menos ambigüidades. PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS, 2004 [Trabalho utilizado pelo autor principal como EGQ, Exame Geral de Qualificação, 2003].
- 25.OSÓRIO, CMS. et al. Traduções e tradições na semiologia psiquiátrica do curso do pensamento. PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS 2003 [trabalho a ser publicado em revista de psicopatologia, como um dos artigos da dissertação].

26. BASTOS, CL. *Manual do exame psíquico; uma introdução prática à psicopatologia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
27. OSÓRIO, CMS. Semiologia psiquiátrica. In: BARROS, E. et al. (eds). *M. Exame Clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2004. [no prelo]
28. POPPER, KR. A lógica da investigação científica [1934] [excertos]. In: *Os pensadores: Popper*. São Paulo: Abril Cultural, 1980. p.3-98.
29. POPPER, KR. *A lógica da pesquisa científica*. 2ed. São Paulo: Cultrix: 1974 [1934, edição em alemão;1959, em inglês].
30. KUHN, Thomas. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1978 [1962].
31. FEYERABEND, PK. *Contra o método*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977[1975].
32. LAKATOS, I. *Falsificação e metodologia dos programas de investigação científica*. Lisboa: Edições 70, 1999 [1970].
33. McHUGH, P; SLAVNEY, P. *As perspectivas da psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas,1989 [1983].
34. OSÓRIO, CMS. Escolas de psiquiatria; abordagem epistemológica. Participação no Curso de Filosofia e História da Ciência, UFRGS-SPPA-SPRS-DPML-CELG, abril a junho, 1994 [manuscrito revisado em maio de 2002].
35. OSÓRIO, CMS; et al. A semiologia compreensiva, os modelos psicanalíticos e as vicissitudes dos estudantes de medicina, psicologia e psiquiatria. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v.15, n.2: 104-109, 1993.[1991].
36. OSÓRIO, CMS. Aprenda a (des) aprender e pesquise (s) em pânico. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, CELG, Porto Alegre, v.1.n.2: 61-68,1999 [1990].
37. OSORIO, CMS; SEIXAS, PHG de; WAINSTEIN, M, HIDALGO, MLP; MACHADO, SR; MARTINS, CD.; FERREIRA, LC; NETTO, M; POLI, MC. Unidade e diversidade na psiquiatria: perspectivas de integração do pensamento psiquiátrico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.42, n.3: 133-8, abril, 1993 [1992].
38. OSÓRIO, CMS. O futuro das teorias psicológicas e a ilusão da neutralidade. *Episteme*, v.1 n.1:115-121,1996 [1993].
39. BRUNER, J. Prefácio. In: Spence, DP. *A metáfora freudiana; por uma mudança paradigmática na psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1992 [1987].

40. BEN-DOV, Y. *Convite à física*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996 [1995, du Seuil]. p. 140 [Bohr].
41. BUCK-MORSS, S. Piaget, Adorno, and dialectical operations. In: BROUGHTON, JM. *Critical theories of psychological development*. New York: Plenum Press, 1987. chap.9, p.245-274. [citação de Adorno]
42. MERLEAU-PONTY, M. Método preconizado por [Kurt] Lewin; método [científico] de inspiração galileana. In: _____. *Resumo de cursos [de] psicossociologia e filosofia*. Campinas: Papirus, 1990, p.233-235
43. KOYRÉ, A. Conclusão. In: _____. *Estudos galilaicos*. Lisboa: Dom Quixote, 1986. [1939]. p.345-363.
44. ZYLBERSTAJN, A. Galileu, um cientista e várias versões. *Cadernos Catarinenses de Ensino de Física*, Florianópolis, v,5, número especial: 36-48, junho 1988.
45. KOYRÉ, A. Traduttore-traditore; a propósito de Copérnico e de Galileu. In: _____. *Estudos de história do pensamento científico*. Rio de Janeiro / Brasília: Forense / Editora da UnB, 1982, p.256-258 [originalmente publicado em: *Isis*, v.34, n.95: 209-210, 1943].
46. RECAMI, E; FRACASTORO-DECKER, M; RODRIGUES Jr, WA. Taquions. *Ciência Hoje*, v.428: 48-59, setembro/outubro, 1986.
47. STREINER, DL; NORMAN, GR. Selecting the items. In: _____. *Health measurement scales; a practical guide to their development and use*. 2.ed. Oxford: Oxford, 1995[1989], chap.5, p. 54-68.
48. VAN GOGH [1853-1890]. *Cartas a Théo. Antologia*. Porto Alegre: L&PM, 1997.
49. OSÓRIO, CMS. *Depressão bipolar: Van Gogh*. 1999 [manuscrito não publicado, revisado em 2003].
50. OSÓRIO, CMS. O carteiro e o pintor. *Jornal do Centro de Estudos Luís Guedes*, Porto Alegre, v.10 n.40: 8, 1999.
51. HOUAISS, A; VILLAR, M. de S. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
52. FERREIRA, ABH. *Novo dicionário [Aurélio] da língua portuguesa*. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
53. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española*. 21.ed. Madrid: Espasa-Calpe, 1992 [Edição eletrônica, 1995].

- 54.WEBSTER'S. *Third new international dictionary of the English language unabridged*. Springfield, Massachussets: Merriam Webster, 1986.
- 55.MERTON, RK. A ambivalência dos médicos. In: _____. *A ambivalência sociológica e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.[1976], cap.4, p.93-102.
- 56.MERTON. RK; BARBER, E. A ambivalência sociológica. In: MERTON. RK. *A ambivalência sociológica e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979[1976], cap.1, p.15.
- 57.FERREIRA, MCL. *Da ambigüidade ao equívoco; a resistência da língua nos limites da sintaxe e do discurso*. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2000 [tese de doutorado, UNICAMP, UFRGS].
- 58.ABBAGNANO, N. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1999 [1960, 1971, UTET, Torino, Italia].
- 59.GEYMONAT, L. Problemas epistemológicos e de método. In: _____. *Galileu Galilei*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997. Apêndice, p.322-342.
- 60.KANT, I. *Crítica da razão pura*. 2.ed. Lisboa: Calouste-Gulbenkian, 1989 [1781]. Introdução, p.36-57.
- 61.ELLSBERG, D. Risk, ambiguity and the Savage axioms. *Quarterly Journal of Economics*, v.75: 643-669, 1961.
- 62.CURLEY, SP; YOUNG, MJ; YATES, JF. Characterizing physicians' perceptions of ambiguity. *Medical Decision Making*, v.9: 116-124, 1989.
- 63.CUSINATO, A. At the root of Ellsberg paradox: ambiguity or scepticism?
<http://www.iuav.unite.it/darst/pubblicazioni/wp/wp1.pdf>
- 64.EMPSON, W. *Seven types of ambiguity*. Edinburgh: Penguin, 1961[1930]. 265p
- 65.BUDNER, S. Tolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of Personality*, 30: 29-50, 1962.
- 66.FRENKEL-BRUNSWIK, E; SANFORD, RN. The anti-semitic personality; a research report. In: SIMMEL, E., ed. *Anti-semitism, a social disease*. New York, International Universities Press, 1948. p. 96-124, *apud* BRODY, EB. Psychosocial aspects of prejudice. In: ARIETI, S., ed. *American handbook of psychiatry*. 2.ed. New York: Basic Books 1974. v.2, chap.32, p.492-511.

67. FRENKEL-BRUNSWIK, E. Tolerance toward ambiguity as a personality variable. *American Psychologist*, v.18: 108-143, 1948 [O mesmo trabalho está publicado como: Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *Journal of Personality*, 1949].
68. KAPLAN, HI; SADOCK, BJ, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6.ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995, p.540.
69. NORTON, R. Measurement of ambiguity tolerance. *Journal of Personality Assessment*, v.39: 607-619, 1975.
70. GIDDENS, A. Política da sociedade de risco [1997]. In: GIDDENS, A. & PIERSON, C. *Conversas com Anthony Giddens; o sentido da modernidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000, p.139-148.
71. SHELLEY, M. *Frankenstein*. Porto Alegre, L & PM, 2003 (1985, 1997) [1818/1831].
72. OSÓRIO, CMS; GOLDIM, JR. Frankenstein, ciência, literatura e bioética. Participação no Curso Polemós 2, Temas Polêmicos em Medicina. 23ª. Semana Científica do HCPA, 01 a 05, setembro, 2003 [Complemento 1 desta dissertação].
73. GOLDIM, JR. Conhecimento Perigoso. Internet. Página de Abertura – Bioética. Texto atualizado em 27/07/2000.
74. POTTER, VR. Bioethics. Bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971: p.69-70,183. , apud GOLDIM, JR. Bioética. Página Internet. [Consulta em 01-2004].
75. SHATTUCK, R. *Conhecimento proibido; de Prometeu à pornografia*. São Paulo, Companhia das Letras, 1998.
76. OSÓRIO, CMS. Pornografia, ciência, psiquiatria e ética. *Jornal da Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, p.1011, 3º trimestre, 2003.
77. FRAPPIER-MAZUR, L. Verdade e palavra obscena na pornografia. In: HUNT, L, org. *A invenção da pornografia; obscenidade e as origens da Modernidade. 1500-1800*. São Paulo: Hedra, 1999. 5, pp. 217-238.
78. HUNT, L, org. *A invenção da pornografia; obscenidade e as origens da Modernidade. 1500-1800*. São Paulo: Hedra, 1999.
79. FOX, CR. *Risk, uncertainty, and ignorance in decision-making*. Dissertation. PhD. Dept.of Psychology. Stanford University. August, 1994. 76p. [UMI Diss.Serv.]

- 80.ROUQUAYROL, MZ. *Epidemiologia & saúde*. 3.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988.
- 81.FLETCHER, RH; FLETCHER, SW; WAGNER, EH. *Epidemiologia clínica; bases científicas da conduta médica*. PortoAlegre: Artes Médicas, 1989 [1988].
- 82.FLETCHER, RH; FLETCHER, SW; WAGNER, EWH. *Epidemiologia clínica; elementos essenciais*. 3.ed. Porto Alegre,Artmed, 2002 [1996].
- 83.KEYNES, JM. *A treatise on probability*. London: MacMillan, 1957 [1921,1929,1943,1948,1952].
- 84.RUSSEL, B. *History of Western Philosophy*. 2.ed. London, Allen & Unwin, 1961, p.14, apud LUSTED, LB. *Medical Decision Making*, 4: 397-399, 1984.
- 85.MORIN, E. *As grandes questões do nosso tempo*. Lisboa: Editorial Notícias, (1987?) [1981]. p.207.
- 86.VUOLO, JH. *Fundamentos da teoria de erros*. 2.ed.rev.ampl. São Paulo: Edgard Blücher, 2000[1992].
- 87.KEATS, J. *Keats*. New York: Everymen's, 1994 [Carta aos irmãos George e Thomas, 21 de dezembro, 1817] .
- 88.HEWITT, PG *Física conceitual*. 9.ed. Porto Alegre: Bookman, 2002.
- 89.SEARS, FW; ZEMANSKY, MW; YOUNG, HD. *Física universitária*. 6.ed. Buenos Aires: Addison-Wesley-Ibero Americana, 1988/1986 [Addison-Wesley, Mass., 1949-1982].
90. FEYNMAN, RP. *Física em seis lições*.3.ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999 [1989, 1963, 1995].
91. RAMACHANDRAN, VS; ANSTIS, SM. The perception of apparent motion. In: ROCK, I, ed. *The perceptual world*. Readings from Scientific American Magazine. New York: WH Freeman, 1990. p.145 [Necker cube].
92. McDOUGALL, W. Outline of abnormal psychology. New York, Scribner's, 1926 apud NORTON, R. Measurement of ambiguity tolerance. *Journal of Personality Assessment*, v.39, n.6: 607-619, 1975.
- 93.McDOUGALL, W. The chemical theory of temperament applied to introversion and extroversion. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, v.40: 89-93, 1954, apud NORTON, R. Measurement of ambiguity tolerance. *Journal of Personality Assessment*, v.39, n.6: 607-619, 1975.

94. WRIGHT, GN; PHILLIPS, LD. Personality and probabilistic thinking; an exploratory study. *British Journal of Psychology*, v. 70, n.2: 295-303, 1979.
95. GARDNER, H. *A nova ciência da mente; uma história da revolução cognitiva*. São Paulo: EDUSP, 1995 [1985] p.72, 129-130, 132, 141-2, 145, 179, 333, 403 e outras.
96. KANDEL, ER; SCHWARTZ, JH; JESSEL, TM, eds. *Essentials of neuroscience and behavior*. Connecticut: Appleton & Lange / Simon & Schuster, 1995. 743p.
97. BEAR, MF; CONNORS, BW; PARADISO, MA. *Neurociências; desvendando o sistema nervoso*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002 [2001] 855p.342-3.
98. REALE, G & ANTISERI, D. El existencialismo: Maurice Merleau-Ponty, entre el existencialismo y la fenomenología. In: ____ *Historia del pensamiento filosófico y científico. III. Del romanticismo hasta hoy*. Barcelona, Herder, 1988 [1983, La Scuola], cap.21, seção 4, p.544-546.
99. BOYER, CB. *História da matemática*. 2.ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2002/1996 [Wiley,1991].
100. EHRENZWEIG, A. *A psicanálise da criação artística; uma introdução à teoria da percepção inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977 [1965].
101. DORIA Filho, U. *Introdução à bioestatística para simples mortais*. São Paulo: Negócio, 1999.
102. FOERSTER, H. Von. Visión y conocimiento; disfunciones de segundo orden. In: PRIGOGINE, I, MORIN, E. e outros. *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, 1994 [publicação de temas do Encontro de 1991, sob a supervisão técnica de DF Schnitman e J Schnitman].
103. DUPUY, JP. *Nas origens das ciências cognitivas*. São Paulo: Unesp, 1996 [1994].
104. SANVITO, WI. *O cérebro e suas vertentes*. São Paulo: Panamed, 1982, p.178-180.
105. SIEGEL, DJ. Percepção e cognição. In: KAPLAN, HI; SADOCK, BJ, eds. *Tratado de Psiquiatria*. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 1999 [1995], cap.3.1, p.321-336.
106. FERRATER MORA, J. *Diccionario de filosofia de bolsillo*. Madrid: Alianza, 1983.
107. FRAYZE-PEREIRA, J. *A tentação do ambíguo*. São Paulo: Ática, 1984. 240p.

- 108.FODOR, J; PYLYSHYN, ZW. How direct is visual perception: some reflections on Gibson's ecological approach. *Cognition*, 9: 139-96, apud GARDNER, H. *A nova ciência da mente; uma história da revolução cognitiva*. São Paulo: EDUSP, 1995 [1985].
- 109.TURVEY, MT, SHAW, RE, REED, ES; MACE, WM. Ecological laws of perceiving and acting; in reply to Fodor and Pylyshyn. *Cognition*, v.9: 237-304, 1981, apud GARDNER, H. *A nova ciência da mente; uma história da revolução cognitiva*. São Paulo: EDUSP,1995 [1985], p.72, 129-130, 132, 141-2, 145, 179, 333, 403.
- 110.CLARK, JA & MISHLER, EG. O reenquadre da tarefa clínica. In: RIBEIRO, BT; LIMA, CC; DANTAS, MTL, orgs. *Narrativa, identidade e clínica*. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA, 2001 [cap.1], p.11-53.
- 111.BALDO, MVC; HADDAD, H. Ilusões, o olho mágico da percepção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.25 (Supl): 6-11, 2003.
- 112.DAY, RH. *Percepção humana*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1972 [1969].
- 113.BLEGER, J. *Simbiose e ambigüidade [estudo psicanalítico]*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977 [1967?].
- 114.FREUD, S. Psicopatologia da vida quotidiana. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969 [1901, 1914], v.6, p.13-347.
115. FREUD, S. Fragmento da análise de um caso de histeria ["Dora"]. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v.7, p.5-128. 1972 [1901, 1925].
116. FREUD, S. Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1907 (1906)], v.9, p.17- 95.
- 117.FREUD, S. Esboço de psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969 [1940], v.23, p.165-329.
118. CHOMSKY, N. Estruturas sintáticas. 1957, apud GARDNER, H. *A nova ciência da mente; uma história da revolução cognitiva*. São Paulo: EDUSP, 1995 [1985] p.197-137.
119. GRACIA, D. *Primum non nocere*. Madrid: Academia de Medicina, 1990.
- 120.FOX, RC. The evolution of medical uncertainty. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, v.58, n.1: 2-49, 1980.

121. STEVENSON, RL. *O médico e o monstro*. São Paulo: Martin Claret, 2002.
122. CHAVES, M. *Saúde e sistemas*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1972.
123. OSÓRIO, CMS. Agressão e saúde pública: deve a instituição de saúde pública continuar a serviço das necessidades biológicas de controle demográfico da espécie humana? Porto Alegre, 1973 [manuscrito não publicado: esboço de pesquisa].
124. OSÓRIO, CMS. A colméia descontente e a crise na psiquiatria. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v.1, n.3/4: 17-21, 1979.
125. OSORIO, CMS. Supervisão em clínica psiquiátrica. In: MABILDE, LC. , org. *Supervisão em psiquiatria e em psicoterapia analítica; teoria e técnica*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1991, p.156-165.
126. OSÓRIO, CMS; GOLDIM, JR; EIZIRIK, CL. *Lidando na prática clínica com incertezas e ambigüidades: como dar más notícias em aconselhamento genético*. PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, FAMED, UFRGS, 2004 [Complemento 2 aos trabalhos da dissertação, destinado a capítulo de livro].
127. OSÓRIO, CMS. A psicologia médica é necessária? Apresentado em Mesa Redonda. V Jornada de Psiquiatria da Região Sul, II Jornada Gaúcha de Psiquiatria, V Encontro de Psiquiatria do Mercosul. Gramado, 15 a 17, junho, 1995 [manuscrito revisado em setembro, 2002].
128. COOPER, JE. Et al. *Psychiatric diagnosis in. New York and London; a comparative study of mental hospital admissions*. London: Oxford University Press, 1972.
129. ROSENHAM, D. On being sane in insane places. *Science*, v.179, n.70:250-258, 1973.
130. BERRIOS, G. & PORTER, R, eds. *A history of clinical psychiatry; the origin and history of psychiatric disorders*. London: Athlone, 1995.
131. KRAUS, A. Um encontro em Heidelberg; diagnósticos fenomenológicos e criteriológicos; diferentes ou complementares? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.45, n.5: 251-7, 1994.
132. ANDREASEN, N.C. Understanding schizophrenia: a silent spring? *American Journal of Psychiatry*, v.155, n.12: 1657-1659, December 1998 [Editorial].
133. DROB, S. The dilemma of contemporary psychiatry. *American Journal of Psychotherapy*, v.18, n.1: 54-67, January, 1989.

134. DUNCAN, BB; SCHMIDT, MI. Medicina embasada em evidências. In: DUNCAN, BB; SCHMIDT, MI.; GIUGLIANI, ERJ. *Medicina ambulatorial. Condutas clínicas em atenção primária*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, pp.7-10.
135. OSÓRIO, CMS; FLECK, MPA. Psicoterapia e psicofarmacoterapia; ambigüidades e ambivalências, alcances e limites na pesquisa. In: EIZIRIK, CL. et al., eds. *Psicoterapia de orientação analítica*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004 [no prelo].
136. OSÓRIO, CMS. Problemas relativos à concomitância de psicoterapia com psicofarmacoterapia; questões conceituais no campo da psiquiatria. Participação em painel. I Congresso Gaúcho de Psiquiatria. Gramado, 18 a 21, julho, 1991 [manuscrito revisado, outubro 2003].
137. CRUZ, J. OSÓRIO, CMS; CATALDO Neto, A. Psicoterapia e psicofarmacoterapia. In: EIZIRIK, CL e cols. *Psicoterapia de orientação analítica; teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989, cap.19, p.433-445.
138. FOX, R. Training for uncertainty. In: MERTON, RK. READER, GG.; KENDALL, PL, eds. *The student-physician; introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard, 1957, p.207-244.
139. MERTON, RK. Some preliminaries to a sociology of medical education. In: MERTON, RK.; READER, GG.; KENDALL, PL, eds. *The student-physician; introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard, 1957, p.3-79.
140. FOX, R. Experiment perilous; physicians and patients facing the unknown. Glencoe, Ill, Free Press, 1959, *apud* GERRITY, M. et al. Uncertainty and professional work; perceptions of physicians in clinical practice. *American Journal of Sociology*, v.97, n.4: 1022-1051, 1992.
141. PARSONS, T. Estructura social y proceso dinámico; el caso de la práctica médica moderna. In: _____. *El sistema social*. 2.ed. Madrid: Revista de Occidente, 1976.[1951, 1959], cap.10, p.399-444.
142. SAVAGE, LJ. *The foundations of statistics*. New York: John Wiley, 1954.
143. MERESKO, R; RUBIN, M; SHONTZ, FC; MORROW, WR. Rigidity of attitudes regarding personal habits and its ideological correlates. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, v.40: 89-93, 1954.
144. BROEN Jr, WE. Ambiguity and discriminating power in personality inventories. *Journal of Consulting Psychology*, v.24, n.2: 174-9, 1960.
145. BECKER, HS et al. Boys in white; student culture in medical school. Chicago, University of Chicago Press, 1961, *apud* BENBASSAT, J; COHEN, R. Clinical instruction and cognitive development of medical students. *Lancet*, 1: 95-97, Jan. 9, 1982.

146. TVERSKY, A; KAHNEMAN, D. The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, v.211: 453-458, 1981.
147. TVERSKY, A; KAHNEMAN, D. Judgment under uncertainty; heuristics and biases. In: KAHNEMAN, D; SLOVIC, P; TVERSKY, A. *Judgment under uncertainty; heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982, chap.1, pp.3-20.
148. KAHNEMAN, D; SLOVIC, P; TVERSKY, A. *Judgment under uncertainty; heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.
149. WHITEHORN, J. Educação para a incerteza. *Perspectives in Biology and Medicine*, 7:118-123, 1963. [Conferência. Johns Hopkins University, 1963, traduzido de um original para esta dissertação].
150. EHRLICH, D. "Intolerance of ambiguity": Walk's A scale; historical comment. *Psychological Reports*, v.17: 591-594, 1965.
151. ATTNEAVE, F. Triangles as ambiguous figures. *American Journal of Psychology*, v.181, n.3: 447-453, 1968.
152. MacDONALD, AP. Revised scale for ambiguity tolerance; reliability and validity. *Psychological Reports*, v.26: 791-798, 1970.
153. MERTON, RK. *A ambivalência sociológica e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976 [1979].
154. LYTTLETON, RA. A natureza do conhecimento. In: DUNCAN, R; WESTON-SMITH, M., orgs. *A enciclopédia da ignorância*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981 [1977].
155. POPPER, KR. *Conhecimento objetivo; uma abordagem evolucionária*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1979 [1971, 1973].
156. BENBASSAT, J; COHEN, R. Clinical instruction and cognitive development of medical students. *Lancet*, 1: 95-97, January, 1982.
157. CURLEY, SP; YATES, J; ABRAMS, RA. Psychological sources of ambiguity avoidance *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 38: 230-56, 1986.
158. De FORGE, BR; SOBAL, J. Intolerance of ambiguity in students entering medical school. *Social Science and Medicine*, v.28: 869-74, 1989.
159. GERRITY, M. et al. Physicians' reactions to uncertainty in patient care: a new measure and new insights. *Medical Care*, v.28: 724-736, 1990.

160. GERRITY, M. et al. Uncertainty and professional work: perceptions of physicians in clinical practice. *American Journal of Sociology*, v.97, n.4: 1022-1051, Jan 1992.
161. GERRITY, M. et al. Physicians' reactions to uncertainty: refining the constructs and scales. *Motivation and emotion*, v.19, n.3: 175-191, 1995.
162. GELLER, G; FADEN, RR; LEVINE, DM. Tolerance for ambiguity among medical students; implications for their selection, training, and practice. *Social Sciences and Medicine*, v.31, n.5: 619-624, 1990.
163. BENBASSAT, J. Difficulties in teaching notions of uncertainty to medical students. Presented at the symposium "The Discipline of Medicine" (May 25-26, 1993) at the Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences, Amsterdam.
164. BENBASSAT, J. Mudanças no pensamento clínico ao longo das últimas gerações. *Harefuah / Journal of the Israel Medical Association*, v.130, n.9: 585-9, May 1996 [traduzido do hebraico para esta dissertação, por Paulo André Frydman em junho, 2002].
165. MERRILL, JM; CAMACHO, Z; LAUX, LF; LORIMOR, R; THORNBY, JL; VALBONA, C. Uncertainties and ambiguities; measuring how medical students cope *Medical Education*, v.28: 316—22, 1994.
166. SCHOR, R.; PILPEL, D.; BENBASSAT, J. Tolerance of uncertainty of medical students and practicing physicians. *Medical Care*, v.3.n.3: 272-280, March 2000.
167. CHIERCHIA, G. *Semântica*. Campinas: Unicamp-Eduel, 2003 [original ?].
168. SHELLEY, SI. Questionnaire development. In: _____. *Research methods in nursing and health*. Boston, Little, Brown, 1984. chap.13, 371.
169. GOLDIM, JR. Instrumento de coleta de dados. *Revista [do] HCPA*, Porto Alegre, v.10, n.2: 124, 1990.

Artigo 2

Tolerância à ambigüidade e à incerteza em estudantes de medicina

Tolerância à ambigüidade e à incerteza em estudantes de medicina

Cláudio Maria da Silva Osório⁵⁰; José Roberto Goldim⁵¹; Vânia Hirakata⁵²; Renata Rodrigues de Oliveira⁵³ Richelle B. Albrecht⁵⁴; Alexandre M. Machado⁵⁵; Cláudio Laks Eizirik⁵⁶.

Resumo

Examinou-se a tolerância à ambigüidade (TA) e à incerteza (TI) em 100 estudantes do 11º semestre do curso de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Brasil, sendo 60 homens, 40 mulheres.. Foram aplicados, respectivamente, os questionários de Norton, 1975 e de Gerrity et al, 1995. Na amostra estudada, 76% dos estudantes prefeririam especialidades mais estruturadas (cirurgia e radiologia). Mulheres, independentemente da escolha da especialidade, mostraram maiores escores de TA ($236,97 \pm 35,24$) do que homens ($221,36 \pm 36,17$), com $P=0,04$. Estudantes preferindo psiquiatria mostraram $TA=251,95 \pm 34,81$. Na preferência por cirurgia/radiologia, $TA=220,42 \pm 35,03$, com $P=0,0004$. Não se registraram diferenças significativas na TI em homens e mulheres, $P=0,22$, ou de acordo com a especialidade preferida. Verificou-se correlação linear entre as medidas de TA e TI, com $r=0,513$. Não foram verificadas diferenças significativas entre os quatro subgrupos estudados, combinando-se sexo e escolha de especialidade ($P=0,999$).

A revisão da literatura tem mostrado escores mais altos de tolerância à ambigüidade em mulheres e em estudantes ou médicos que preferem especialidades menos estruturadas, como a psiquiatria, pelos critérios de Budner, 1962. Verificamos exemplos das heurísticas e vieses (Kahneman e Tversky, 1981, 1982), considerados como “atalhos lógicos”, que violam princípios da lógica e da probabilidade. Um exemplo é a hipótese da aditividade, comumente aceita, de que estudantes do sexo feminino preferindo psiquiatria teriam necessariamente maiores escores de tolerância à ambigüidade. Nossos resultados não sustentam esta hipótese, que parece resultar de uma “falácia da conjunção”, violando o princípio da não-aditividade.

Abstract

We assessed the tolerance to ambiguity (TA) and to uncertainty (TU) in 100 students of the eleventh semester of the Federal University of Rio Grande do Sul, School of Medicine, Porto Alegre. The sample was composed of 60 men and 40 women, who were

⁵⁰ Médico e psiquiatra pela UFRGS. Professor de Medicina e na Psiquiatria, UFRGS-HCPA. Mestrando em psiquiatria, UFRGS, Faculdade de Medicina, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, 2002-2004.

⁵¹ Co-Orientador. Doutor em Clínica Médica. Biólogo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Professor de Bioética na UFRGS.

⁵² Consultora em Bioestatística. Mestre em Epidemiologia. Estatística do HCPA.

⁵³ Médica, aluna do Curso de Psiquiatria, HCPA-UFRGS. Auxiliar da pesquisa

⁵⁴ Acadêmica de Medicina, Monitora do Depto.Psiq.Med.Legal, FAMED,UFRGS. Auxiliar da pesquisa.

⁵⁵ Acadêmico de Medicina, FAMED, UFRGS. Auxiliar da pesquisa.

⁵⁶ Orientador. Doutor em Clínica Médica. Professor Adjunto do Depto.de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. Membro Efetivo e Analista Didata da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.

assessed with both Norton (1975) and Gerrity et al (1995) scales. The validation of the instruments was not performed due to lack of theoretical basis. Seventy-six per cent of the students preferred more structured specialties (surgery, radiology). Women, independently of the specialty choice, showed higher TA scores (236.97 ± 35.24) than of men (221.36 ± 36.17), $p=0.04$. The students whose choice was psychiatry showed TA 251.95 ± 34.81 , and the students for surgery/radiology showed TA 220.42 ± 35.03 , $p=0.0004$. No significant differences were registered in TU between men and women, ($p=0.22$) or according to specialty preference. A linear correlation between TA and TU measurements was observed, $r=0.513$. No significant differences were observed between the four studied subgroups, combining sex and specialty choice ($p=0.999$).

The literature review shows higher tolerance to ambiguity scores in women, and in students and practitioners who prefer a less structured specialty (e.g., psychiatry) according to Budner criteria. We observed examples of the heuristics and biases studied by Kahneman and Tversky. Heuristics are "logical shortcuts" which violate logic and probability principles: e.g., the hypothesis that female students choosing psychiatry would certainly show higher tolerance to ambiguity scores. The results do not support this hypothesis, which seems to result from a conjunction fallacy.

Introdução

O interesse pelo tema da tolerância à ambigüidade e à incerteza partiu da necessidade de contribuir para a caracterização, entendimento e resolução de problemas no processo ensino-aprendizagem das disciplinas de psicologia médica do curso de medicina, em particular a que trata da relação médico-paciente. Pensou-se, inicialmente, em uma investigação qualitativa, centrada nas relações entre sexo, escolha da profissão, da especialidade e processo ensino-aprendizagem. O projeto final, depois de revisão da literatura (1) passou a ser o de uma pesquisa quantitativa, com a utilização de duas escalas de mensuração da tolerância à ambigüidade e das reações à incerteza, aplicadas a estudantes de medicina.

A questão de pesquisa mostrou-se, factível quanto ao número de sujeitos, tempo e custos; interessante por ser capaz de se vincular aos temas já estudados pelo investigador principal; inovadora por oferecer novos dados sobre o processo ensino-aprendizagem e também por cruzar duas mensurações de tolerância até então feitas independentemente; ética por garantir plenamente a voluntariedade, a privacidade, o anonimato e a confidencialidade. e por não estar avaliando nenhuma patologia dos alunos. Mostrou-se, ainda, relevante para o conhecimento científico, para diretrizes no ensino médico e para direcionamentos futuros de pesquisa (2).

A profissão médica exige pessoas de ação, baseados na razão e voltados para a decisão ou pessoas sensíveis, atentas às emoções, voltadas mais para a intuição e para a reflexão? Haveria diferenças entre homens e mulheres em características cognitivas, em especial na capacidade de lidar com a incerteza e com a ambigüidade?

Eizirik (3), Martins (4,5,6) e Osório (7) entre outros, tem se preocupado com o ensino das disciplinas de psicologia médica e suas dificuldades.

Estudantes e profissionais tomam decisões baseados em dados e informações do paciente e da literatura. Alguns desses são vagos, pouco claros, incompletos ou fragmentados. A mesma informação pode ter mais de um significado. A interpretação dos dados e a tomada de decisões são, portanto, feitas diante de riscos, ambigüidades, incertezas ou desconhecimento. Fala-se de *risco* diante de dano, insucesso, fracasso ou dano quando as probabilidades associadas com os possíveis desfechos [*outcomes*] são conhecidas; de incerteza, quando elas podem ser estimadas com algum grau de imprecisão ou de falta de clareza [*vagueness*] e de ignorância ou desconhecimento quando as probabilidades são completamente desconhecidas (8). Por *ambigüidade* entende-se obscuridade de sentido (palavras, frases etc); a hesitação, dúvida, indecisão entre duas ou mais possibilidades, multiplicidade de significados. (9). No Webster's *ambigüidade* e *incerteza* se equivalem em um dos sentidos e no mesmo dicionário, em outro deles, *ambigüidade* se aproxima muito do conceito de ambivalência de Bleuler (10,11,12). Ellsberg define *ambigüidade* como algo que depende da qualidade e da quantidade/unanimidade de informação (13).

Identificam-se diferentes situações de ambigüidade, todas importantes no ensino, pesquisa e assistência médicas:

1. Palavra ou frase com duas ou mais interpretações diferentes, por vezes diametralmente opostas, às vezes dependendo do contexto. Exemplo: regressão em psiquiatria geralmente tem significado de gravidade; em patologia, de resolução.
2. *Reframing*, com mudança da aparência, sem alteração da essência, induzindo respostas diferentes, seguindo as idéias de Tversky & Kahneman (14, 15). Exemplos: campanhas de vacinações, probabilidades e respostas. Na assistência médica: o fraseado do médico nas indicações terapêuticas produz diferentes respostas, dependendo também dos *coping styles*

paciente ou familiar e das circunstâncias, para lembrar parte do aforisma de Hipócrates sobre a vida, o conhecimento, a oportunidade e a tomada de decisão.

3. Reordenamentos que mudam a aparência, sem alterar a essência, não induzindo interpretações diferentes, salvo a incapacidade do sujeito de identificar as ambigüidades e de com elas lidar, desambigüizando-as.

4. Reordenamentos que mudam a aparência, mas alteram também a essência. Induzem respostas diferentes. Sonya Shelley deu um belo exemplo de duas formulações de perguntas de questionário de pesquisa, aproveitado por Goldim (16, 17): duas Irmãs, de duas Ordens religiosas desejavam saber se era pecado fumar e rezar ao mesmo tempo. Uma delas perguntou a sua Superiora se “*era pecado fumar enquanto rezava*”. A outra, independentemente, fez a pergunta inversa. A primeira não recebeu a autorização.

5. Traduções erradas, que mudam a aparência e a essência, produzindo confusão e/ou ambigüidades: induzem respostas diferentes e erradas, como Osório e colaboradores demonstraram no caso dos sintomas psiquiátricos incoerência e desagregação (18). Koyré sugere que a ênfase do “Galileu Galilei empirista” atribui-se a um erro de tradução (19).

6. Falta de clareza conceitual: caso de humor, afetos, emoções e sentimentos (20).

Ambigüidades e incertezas podem ser diminuídas pelo uso de diferentes estratégias. A mais conservadora delas é tentar frear ou fixar o desenvolvimento científico ou a história. Na verdade tudo se move. Durante seiscentos anos, do século IX ao XV, a medicina esteve literalmente *mumificada*, segundo a palavra e dados de Jean Hamburger. Durante seis séculos só valiam os ensinamentos dos antigos, de Aristóteles e outros (21, 22).

A segunda estratégia é a não utilização e não aperfeiçoamento dos instrumentos científicos, como aparelhos e escalas, incluindo-se os instrumentos destinados a observar e conhecer a própria ciência (as “lentes” da epistemologia). Pode-se também fixar o objeto científico: no caso da medicina, na Anatomia, na Histologia e na Patologia. Uma outra estratégia seria a diminuição do campo de observação, por meio do ensino compartimentado em especialidades e subespecialidades (1).

Na medicina em geral e na psiquiatria em particular a partir dos anos 1970 vem ocorrendo um intenso movimento da ciência (análise da decisão, medicina baseada em evidências, revolução psicofarmacológica etc.). Ao mesmo tempo foram introduzidos

diferentes elencos de disciplinas nos currículos das escolas médicas, tendo em comum o contato precoce do estudante de medicina não mais somente com objetos científicos fixos, mas sim com pessoas em movimento (mães, bebês, crianças, adolescentes, adultos e idosos), olhados não somente pelas lentes da anatomia, fisiologia e bioquímica, mas principalmente pela ótica do referencial psicanalítico. Na psiquiatria em particular temos um pluralismo de correntes de pensamento, por vezes defendido, outras vezes combatido. A combinação destes movimentos tem produzido um relativo excesso de ambigüidade (1).

As doenças crônicas, cada vez mais comuns, apresentam patologia complicada, com os médicos enfrentando contínuas incertezas e com os pacientes enfrentando problemas recorrentes resultantes da sua convivência com elas, tais como negação, regimes médicos complexos e complicados e exigentes, dificuldades para manter autocontrole diante das incertezas quanto ao prognóstico de suas doenças crônicas (23).

Objetivos

Verificar variações na tolerância à ambigüidade e à incerteza na amostra de estudantes do décimo primeiro semestre do curso de medicina da UFRGS.

Método

A população deste estudo foi o conjunto de alunos matriculados no 11º semestre do curso de Medicina da FAMED, UFRGS, em 2003/I e 2003/II, em um total de 149 acadêmicos, sendo 90 homens (60,4%) e 59 mulheres (39,6%). Foi possível contactar 134 destes alunos e 107 concordaram em participar da pesquisa, mediante a devolução dos questionários. Desta amostra de 107 alunos, 7 foram excluídos, pois devolveram questionários com problemas no preenchimento, resultando em um conjunto final de 100 alunos com questionários válidos. O tamanho de amostra previsto no projeto foi 68 alunos, com magnitude padronizada de efeito (“effect size”) de 0,70; magnitude de efeito esperada de 21; alfa bidirecional de 0,05; erro beta de 0,10; r (magnitude de efeito) = 0,40 conforme a tabela proposta por Hulley (2). Em uma análise preliminar, ainda com 52 casos, foi decidido ampliar o tamanho da amostra.

Foram distribuídas pastas contendo uma Folha Informativa, numerada, com dois questionários de mensurações de tolerância à ambigüidade: 1) MAT, *Measurement of Ambiguity Tolerance*, Norton, 1975 (24) e 2) uma escala de medida de reações à incerteza

ou de tolerância à incerteza, na versão de Gerrity e cols., 1995 que, neste trabalho denominamos MUT, *Measurement of Uncertainty Tolerance*, por razões práticas (25). As duas escalas eram do tipo Likert de 7 pontos: os escores totais correspondiam à soma dos pontos (ver instrumentos anexos).

Todos os participantes receberam as informações sobre o projeto através da referida Folha Informativa, que continha os mesmos elementos de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, exceto os referentes às assinaturas de autorização. A dispensa de utilização de um Termo de Consentimento, amparada pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, teve por finalidade preservar plenamente o anonimato dos respondentes. A devolução dos dois questionários significou o consentimento tácito dos sujeitos para a utilização de seus dados na pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. Como forma de garantir plenamente a não identificação do material e a voluntariedade dos participantes, os questionários tinham a cobertura de uma capa opaca, que impedia a visualização de seu conteúdo, e o preenchimento dos instrumentos foi feito sem a presença do pesquisador. O convite para a participação e a entrega das pastas foi realizado utilizando, predominantemente, reuniões promovidas pelos próprios alunos com a finalidade de realizar divisão de estágios ou organização de formatura. Esta abordagem minimizou o possível efeito de constrangimento resultante da relação professor-aluno, pois o pesquisador era aceito para participar de uma atividade promovida pelos próprios alunos. Para atingir os alunos que não estavam presentes nas reuniões, o material foi entregue pessoalmente nos diferentes locais de estágio pelo próprio pesquisador. A devolução era feita através de uma urna localizada no Serviço de Psiquiatria no HCPA.

Este estudo transversal, diferentemente dos trabalhos revisados (com estudantes de início e meio de curso, residentes e médicos com maior experiência) descreve a Tolerância à Ambigüidade e as Reações ou Tolerância à Incerteza e seus padrões de distribuição em estudantes de medicina em final de curso. Foram examinadas as associações entre cada uma destas variáveis com o sexo e com a escolha de especialidade mais ou menos estruturada (Radiologia/Cirurgia *versus* Psiquiatria), além das associações entre as próprias variáveis, tolerância à ambigüidade e à incerteza.

O MAT compõe-se de 61 perguntas. O escore mínimo seria 61 pontos; o máximo, 427. Na ausência de estudos de base populacional, tomou-se o escore 244, intermediário entre os dois extremos. O estudo piloto feito com uma amostra de 41 estudantes de medicina de uma outra faculdade de outra cidade do RS, indicava a média $207,5 \pm 30,13$, no caso do MAT. O questionário MUT, de 15 perguntas, tem o mínimo de 15 pontos e o máximo de 105. Tomou-se o valor 60, intermediário entre os dois extremos, para considerar maior ou menor tolerância à incerteza.

A questão 21 do MAT foi usada como ponto de corte na escolha da especialidade: os que responderam afirmativamente à pergunta foram considerados pertencentes ao subgrupo das especialidades não estruturadas; os que responderam negativamente foram incluídos no subgrupo de especialidades estruturadas. Adotamos o entendimento de Budner, 1962, que avalia a dimensão estruturada *versus* não estruturada, de acordo com o grau de facilidade para os diagnósticos, para a prescrição de tratamentos, e para avaliar as melhoras, além da clareza e nitidez das relações com os pacientes. A psiquiatria seria a menos estruturada, a pediatria, medicina interna e clínica geral seriam consideradas como intermediárias e ginecologia, obstetrícia e cirurgia as mais estruturadas (25).

Os estudos feitos com outros grupos de estudantes e médicos, De Forge & Sobal, 1989 (27), Geller et al, 1990 (28). Gerrity et al, 1990 (29), Gerrity et al., 1992 (30), Gerrity et al, 1995, já referido (25), Merrill et al, 1994 (31) e Schor, Pilpel & Benbassat, 2000 (32), mostram médias e desvios padrões *sugestivos* de uma distribuição normal. Tanto no caso da tolerância à ambigüidade como quanto à tolerância à incerteza, não foram encontrados dados populacionais suficientes para caracterizar o seu comportamento, nem a sua distribuição.

No presente estudo, o teste Kolmogorov-Smirnov para uma amostra, indicou distribuição normal das duas variáveis, tanto para a tolerância à ambigüidade quanto para a tolerância à incerteza.

Foram utilizados os programas SPSS for Windows, versão 10.0 e Stata versão 7.0 para a realização das análises estatísticas descritivas (médias e desvio-padrão) e inferenciais. Foram utilizados os seguintes testes: a) teste de consistência interna de Cronbach, para avaliar a qualidade dos questionários, isto é, se mede o que é proposto; b) teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade das variáveis; c) teste t de

Student para comparar as médias dos dois subgrupos por sexo e por especialidade; d) teste de correlação de Pearson, para as variáveis tolerância à ambigüidade e à incerteza; e) análise de variância (ANOVA) para comparações entre os quatro subgrupos, resultantes de combinações de sexo e escolha da especialidade; f) teste de comparação de correlações. Foi estabelecida ou aceita uma significância estatística de 5%.

Resultados

A amostra de 100 estudantes ficou constituída por 60 homens e 40 mulheres, em proporção semelhante a da população dos alunos, e com idades variando de 21 a 39 anos, com média de $24,4 \pm 2,8$ anos.

Observou-se maior preferência dos alunos (76%) pelas especialidades consideradas como estruturadas (Tabela 1). Os escores obtidos com os questionários MAT e MUT estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 1. Opção por especialidade de acordo com o sexo dos alunos de medicina (n=100)

Especialidades	Homens	Mulheres	Total
Não-estruturada (Psiq)	11	10	21
Estruturada (Rx/Cir)	48	28	76
Total	59	38	97

Obs.: 3 alunos não optaram por especialidade na pergunta 21 do MAT.

Tabela 2. Escores dos questionários para tolerância à ambigüidade e à incerteza (n=100)

Escore	Média	Desvio-padrão	Mínimo escore obtido	Máximo escore obtido
Tolerância à ambigüidade	227,61	36,91	139	335
Tolerância à incerteza	59,95	13,39	25	101

Existe uma correlação linear regular entre os dois questionários, MAT e MUT, ($r=0,513$), sem considerar os subgrupos.

Observa-se que as mulheres, quando não se considera a especialidade, apresentam escores de tolerância à ambigüidade ($236,97 \pm 35,24$) superiores aos dos homens ($221,36 \pm 36,97$), com diferença estatisticamente significativa ($P=0,04$) (Figura 1). No caso da Tolerância à Incerteza, não foi verificada diferença significativa ($P=0,22$) (Figura 2).

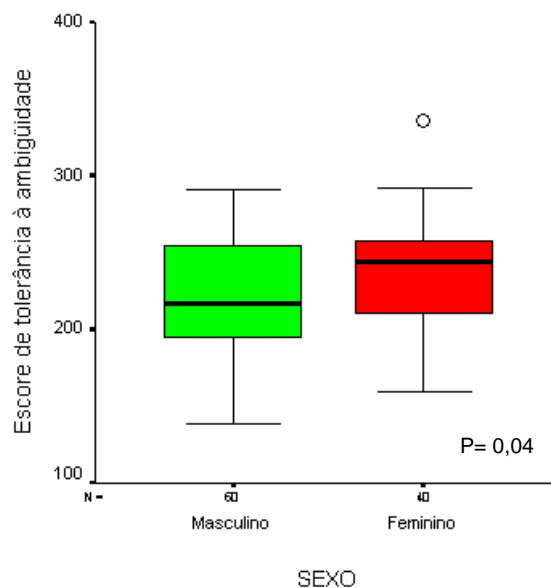


Figura 1. Tolerância à ambigüidade em homens e mulheres

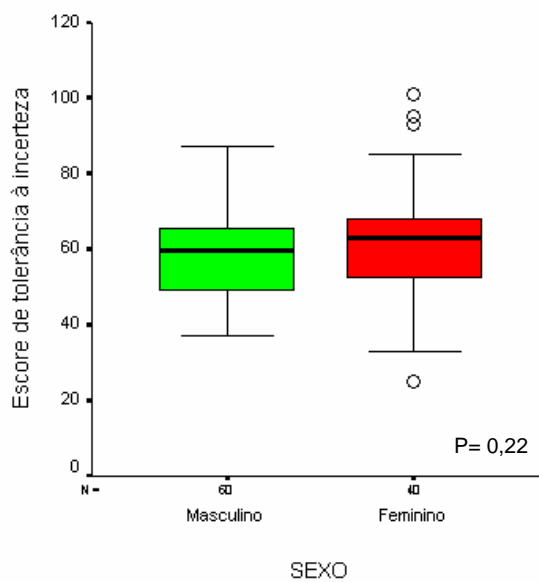


Figura 2. Tolerância à incerteza em homens e mulheres

Existe correlação linear positiva entre o MAT e MUT muito próximas entre o sexo masculino ($r_{\text{homens}} = 0,48$) e feminino ($r_{\text{mulheres}} = 0,53$). Quando as correlações foram comparadas obteve-se um $P=0,75$.

Considerando-se apenas a escolha da especialidade, independentemente do sexo do aluno, os escores de tolerância à ambigüidade das pessoas que prefeririam psiquiatria ($251,95 \pm 34,81$) foram significativamente maiores ($P=0,0004$) do que aqueles que escolheriam radiologia e cirurgia ($220,42 \pm 35,03$) (Tabela 3). No caso da tolerância à incerteza, não houve diferença entre os dois subgrupos ($P=0,08$) (Tabela 4). As médias obtidas com os 3 alunos que não optaram por especialidade na pergunta 21 do MAT foram as seguintes: MAT= $239,33 \pm 30,07$ e MUT= $57,67 \pm 1,53$.

Tabela 3. Escores de tolerância à ambigüidade em estudantes de Medicina, obtidos com o MAT, em relação à escolha da especialidade (n=97).

Especialidade	Tolerância à ambigüidade*
Não-estruturada (Psiq)	$251,952 \pm 34,81$ (236,10 – 267,80)
Estruturada (Rx/Cir)	$220,42 \pm 35,09$ (212,41 – 228,42)

Valores referidos como média±desvio-padrão (intervalo de confiança de 95%)

$P = 0,0004$ (Teste t)

Tabela 4. Escores de tolerância à incerteza em estudantes de Medicina, obtidos com o MUT, em relação à escolha da especialidade (n=97)

Especialidade	Tolerância à incerteza*
Não-estruturada (Psiq)	$64,61 \pm 18,07$ (56,39 – 72,84)
Estruturada (Rx/Cir)	$58,75 \pm 11,90$ (56,02 – 61,47)

Valores referidos como média±desvio-padrão (intervalo de confiança de 95%)

* $P=0,08$ (NS) (Teste t)

Existe correlação positiva entre o MAT e MUT quanto à escolha da especialidade, sendo mais forte quanto à especialidade não-estruturada ($r=0,73$), com menor intensidade quando a especialidade é estruturada ($r=0,42$), e, quando foram comparadas as correlações, encontrou-se um $P=0,07$.

Comparando-se os escores de tolerância à ambigüidade das mulheres que escolheriam psiquiatria ($259,50 \pm 45,00$) com os das mulheres que prefeririam radiologia e

cirurgia (229,53±28,77), não se verificou diferença significativa (P=0,99), talvez pelo pequeno número de casos no grupo da especialidade não estruturada (n=10) (Tabela 5).

As comparações entre escores de tolerância à ambigüidade dos homens que escolheriam psiquiatria (245,09±22,19) com os escores de homens que escolheriam radiologia ou cirurgia (215,10±37,49) também não demonstraram diferença significativa (P=0,99).

A interação não foi significativa: sexo e especialidade (ANOVA). Vão ficar implícitos os resultados dos cruzamentos da Tabela 5.

Tabela 5. Escores de tolerância à ambigüidade e à incerteza quanto ao sexo e à escolha da especialidade (n=97)*.

	Homens esp. Estruturada (n=48)	Mulheres esp. Estruturada (n=28)	Homens esp. Não-estruturada (n=11)	Mulheres esp. Não-estruturada (n=10)
Tolerância à ambigüidade	215,10 ± 37,48 (204,22 – 225,99)	229,53 ± 28,77 (218,38 – 240,69)	245,09 ± 22,20 (230,18 – 259,99)	259,50 ± 45,00 (227,30 – 291,70)
Tolerância à incerteza	56,87 ± 11,38 (53,56 – 60,18)	61,96 ± 12,31 (57,19 – 66,73)	66,27 ± 12,76 (57,69 – 74,85)	62,80 ± 23,19 (46,21 – 79,39)

Dados apresentados como média±DP; entre parênteses o intervalo de confiança de 95%

* P =0,99 (NS) (ANOVA)

As figuras a seguir exibem um conjunto dos resultados obtidos com as medidas das variáveis tolerância à ambigüidade (Figura 3) e à incerteza (Figura 4) na amostra de estudantes masculinos e femininos e de acordo com a preferência por especialidade.

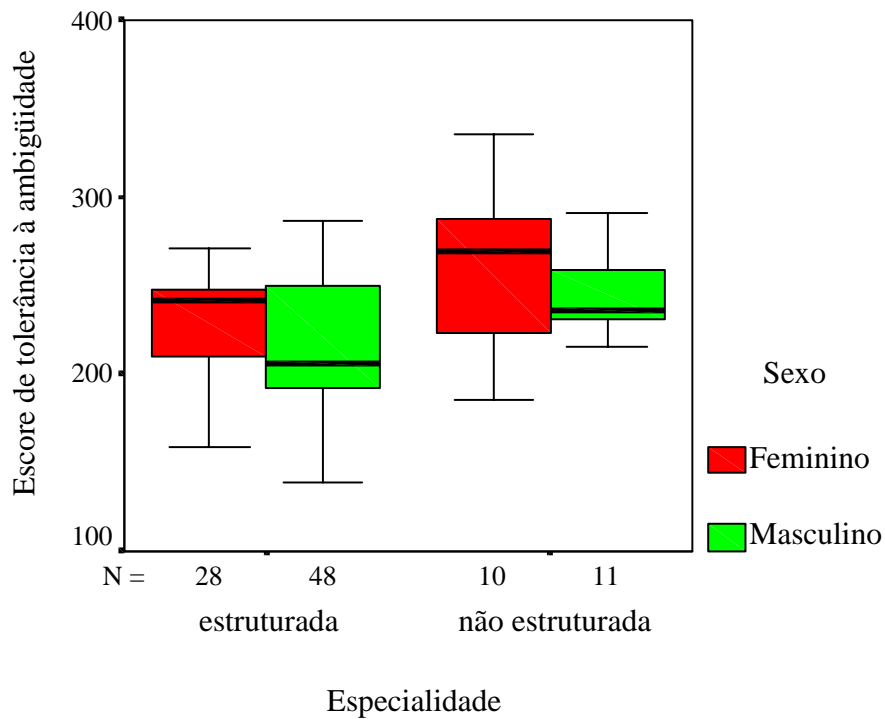


Figura 3. Escore de tolerância à ambigüidade conforme a especialidade e sexo

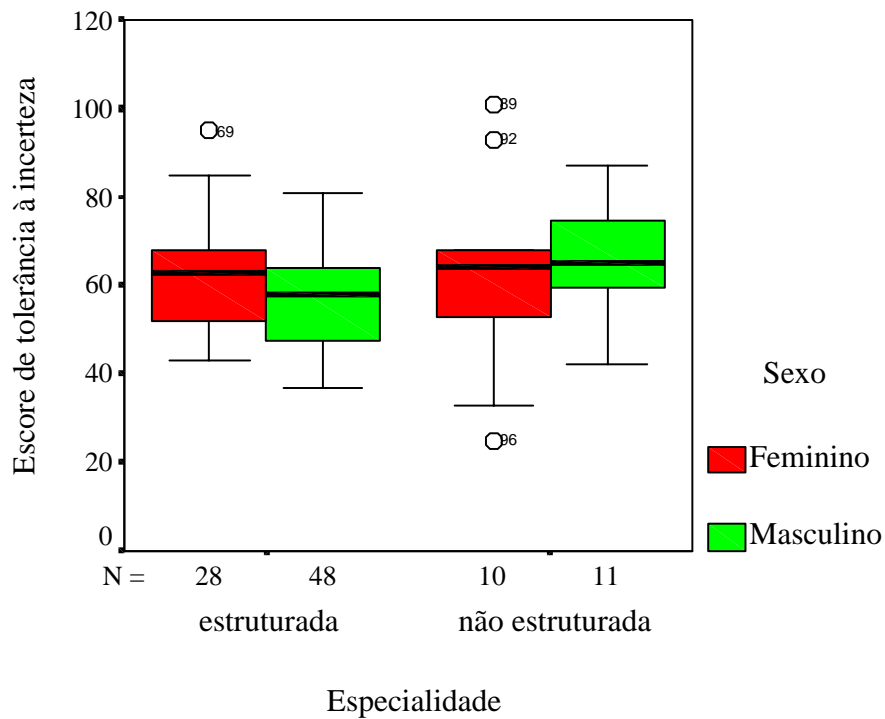


Figura 4. Escore de tolerância à incerteza conforme a especialidade e sexo

Efetuada-se o cruzamento dos dados obtidos com os escores de tolerância à ambigüidade e à incerteza, não foram verificadas diferenças significativas entre os quatro subgrupos estudados, combinando-se sexo e escolha de especialidade ($P=0,999$).

Discussão

Os cálculos iniciais, levando em conta erro alfa, erro beta e um tamanho de efeito de 0,70 sugeriam uma amostra de 68 alunos. Os cálculos do coeficiente de consistência interna de Cronbach indicaram que este tamanho era insuficiente: as 61 perguntas do MAT, Norton, 1975, cruzadas com 52 alunos da já referida análise preliminar dos dados, tornavam inviáveis os cálculos. Por isso aumentou-se o tamanho da amostra, incluindo-se também os alunos do segundo semestre de 2003. Chegou-se então à amostra estudada de 100 alunos. Posteriormente, ao realizar a análise e a discussão dos resultados, com a constituição de quatro subgrupos, de acordo com o sexo e escolha da especialidade, verificou-se a possibilidade de uma fonte de erro no cálculo do tamanho da amostra, agora aparente, uma vez que a previsão original era comparar *isoladamente* estas duas variáveis.

A revisão da literatura indicou que as teorias da ambigüidade e da incerteza, bem como das reações às mesmas, não tinham ainda suficiente estrutura ou consistência para recomendar e permitir um estudo de validação das escalas de mensuração de tolerância. Aparelhos experimentais e sensoriais e escalas não bastam; é preciso uma boa teoria, de acordo com nossa revisão da literatura (1), particularmente seguindo Streiner & Norman, 1995 (33).

A proposta original era aplicar apenas o questionário de Norton, 1975, para medir a tolerância à ambigüidade em estudantes de medicina da metade do curso, o que facilitaria a comparação dos nossos dados com estudos semelhantes. A inconsistência da literatura quanto às relações, diferenças e semelhanças entre ambigüidade e incerteza, sugeriu que seria interessante investigar esta questão, por meio do cruzamento das mensurações de tolerância a uma e outra dessas variáveis. Foram escolhidos os alunos do final do curso, 11º semestre, por razões de conveniência e acessibilidade, em relação a médicos já formados: a escala de Gerrity et al, 1995, exige um certo grau de sofisticação nas decisões diagnósticas e terapêuticas

Examinando os resultados dos cruzamentos, verificamos que os estudantes mais tolerantes à ambigüidade tendiam a escolher campos pouco estruturados, com os menos tolerantes escolhendo campos mais estruturados. A diferença foi bem significativa ($P=0,0004$).

Não foi possível realizar a comparação dos resultados do nosso estudo com os de Norton (24). Em seu estudo o autor usou uma escala Likert de 5 pontos, referindo-se a um mínimo de 51 pontos, sugerindo que possivelmente não utilizou a sua nova escala de 61 questões, por nós utilizada. Fica apenas como registro, dadas as importantes ressalvas, que para ele a média dos sujeitos com mais tolerância à ambigüidade era 249 e com menos tolerância de 55.

Nossos dados recomendam verificar se estes resultados se mantêm em amostras maiores e/ou em outros cursos de medicina. O fato de ficarem poucos indivíduos dentro de cada subgrupo de especialidade e sexo (apenas 10 mulheres preferindo psiquiatria, por exemplo) podem ter influenciado na pouca significância encontrada nas relações.

Não foi possível detectar uma diferença significativa nos escores de tolerância à ambigüidade no caso de alunas de medicina que optaram por especialidades não estruturadas quando comparados com os escores dos alunos com opção por especialidades estruturadas. Este é um dado realmente muito interessante, isto é, a sugestão da provável *não-aditividade* das variáveis sexo e preferência por especialidade, em particular no caso da tolerância à ambigüidade. Os dados da literatura vêm sugerindo que as mulheres parecem ser mais tolerantes à ambigüidade do que os homens, sendo possível pensar nas vantagens biológicas desta característica. Os mesmos dados também sugerem a relação entre maior tolerância à ambigüidade no caso das especialidades menos estruturadas, de acordo com os critérios de Budner, 1962, já referidos. Pareceria lógico, portanto, esperar que mulheres escolhendo psiquiatria tivessem maior tolerância à ambigüidade do que homens escolhendo radiologia e cirurgia. Aqui temos um belo exemplo das *heurísticas* ou “atalhos lógicos” demonstrados pelas pesquisas de Daniel Kahneman, Amos Tversky e outros (13, 14). Estes pesquisadores demonstraram, com estudos muito elegantes, que as pessoas, especialmente diante de situações de ambigüidade e incerteza, tomam decisões irracionais, que violam princípios da lógica e da probabilidade. Outra denominação para este fenômeno é “falácia da conjunção” (“se A aumenta C, e se B também aumenta C, logo

somando $A + B$ teríamos, necessariamente, um maior aumento de C). Não deixa de ser também interessante que no tema da associação psicoterapia com psicofármacos⁵⁷ já era relativamente bem conhecida a proposta de Uhlenhuth, Lipman, Covi, 1969 (33, 34). De acordo com estes autores, quando se associam dois tratamentos, podemos ter as quatro seguintes possibilidades:

Adição: o efeito das duas intervenções combinadas é igual à soma dos seus efeitos individuais. $AB = A + B$

Potenciação: o efeito é ainda maior, $AB > A + B$

Inibição: o resultado da combinação é menor, $AB < A + B$

Alternância/Indiferença: quando a associação é, no mínimo, desnecessária, senão contra-indicada, $AB = A$, ou $AB = B$

Existem outras possibilidades, além das citadas pelos autores. Uma delas é quando a associação provoca uma potenciação de um dos componentes e a inibição de outro, $AB < A$ e $> B$, como o verificado com a associação Valproato e Carbamazepina.

As correlações entre os questionários MAT e MUT, quanto ao sexo dos alunos respondentes, não foram diferentes ($r_{\text{homens}} = 0,48$) e feminino ($r_{\text{mulheres}} = 0,53$). Quando as correlações foram comparadas, obteve-se um $p = 0,75$. Isto pode sugerir que a variável sexo não afeta a correlação entre as variáveis tolerância à ambigüidade e à incerteza, favorecendo a tese de uma relativa independência entre as duas variáveis.

Nossos dados, considerando também a revisão da literatura, sugerem que realmente estamos diante de duas variáveis suficientemente independentes, sendo provável que a tolerância à ambigüidade seja uma característica de temperamento, como aliás se vê em trabalhos do grupo de Cloninger (35) e que a tolerância à incerteza possa ser aprendida, treinada ou desenvolvida (36,37,38,39,40). Outra questão não investigada agora, mas que certamente merece ser aprofundada é a hipótese de Wright & Phillips de que o pensamento probabilístico é suficientemente independente de menor ou maior tolerância à ambigüidade, esta considerada uma variável do temperamento em particular ou da personalidade (41).

⁵⁷ Este tema é objeto de um dos complementos da dissertação de mestrado, capítulo de livro escrito com o Professor Marcelo PA Fleck (Complemento 4).

Agradecimentos

Ao Professor Mario B.Wagner, pelas muito valiosas sugestões.

Referências

1. OSÓRIO, CMS; EIZIRIK, CL; GOLDIM, JR. *Incerteza, ambigüidade e formação médica; uma revisão da literatura*. Porto Alegre, UFRGS, Faculdade de Medicina, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, 2004. Dissertação (mestrado em psiquiatria).
2. HULLEY, SB et al. *Delineando a pesquisa clínica; uma abordagem epidemiológica*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003 [2001].
3. EIZIRIK, CL. Ensinando uma profissão impossível. *Revista ABP-APAL*, v.16, n.4: 133-135, 1994.
4. MARTINS, LAN. Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. *Boletim de Psiquiatria, SP*, 22-23: 9-15, janeiro 1989/dezembro 1990.
5. MARTINS, LAN. Residência médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse. Tese de Doutorado. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1994, 228p.
6. MARTINS, LAN.. Vicissitudes do exercício da medicina e saúde psicológica do médico. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 39,n.3/4: 188-193, 1995.
7. OSÓRIO, CMS; SOAR Filho, EJ. O médico, sua identidade e suas transformações. In: CATALDO Neto, A; GAUER, GJS; FURTADO, NR, orgs. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003, cap.14, p.109-115, 2003.
8. FOX, CR. *Risk, uncertainty, and ignorance in decision-making*. Dissertation. PhD. Dept.of Psychology. Stanford University. August, 1994, 76p. [UMI Diss.Serv.] .
9. HOUAISS, A; VILLAR, MS.. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
10. WEBSTER'S. *Third new international dictionary of the English language unabridged*. Springfield, Mass.: Merriam Webster, 1986.
11. MERTON, RK. A ambivalência dos médicos. In: _____. *A ambivalência sociológica e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979 [1976], cap.4, p.93-102.

12. ELLSBERG, D. Risk, ambiguity and the Savage axioms. *Quarterly Journal of Economics*, v.75: 643-669, 1961.
13. TVERSKY, A; KAHNEMAN, D. The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, v.211: 453-458, 1981.
14. TVERSKY, A; KAHNEMAN, D. Judgment under uncertainty; heuristics and biases. In: KAHNEMAN, D; SLOVIC, P; TVERSKY, A. *Judgment under uncertainty; heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982. chap.1, p.3-20.
15. SHELLEY, SI. Questionnaire development. In: _____. *Research methods in nursing and health*. Boston, Little, Brown, 1984. chap.13, p.371.
16. GOLDIM, JR. Instrumento de coleta de dados. *Revista [do] HCPA*, Porto Alegre, v.10, n.2: 124, 1990.
17. OSÓRIO, CMS. et al.. Traduções e tradições na semiologia psiquiátrica do curso do pensamento. UFRGS, Faculdade de Medicina, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, 2003 [trabalho a ser publicado em revista de psicopatologia, como um dos artigos da dissertação].
18. KOYRÉ, A. Traduttore-traditore. A propósito de Copérnico e de Galileu. In: _____. *Estudos de história do pensamento científico*. Rio de Janeiro, Forense Universitária 1982 [1973] [extraído de Isis, 1943, v.34, n.95, p.209-210].
19. OSÓRIO, CMS; et al. Afetividade e humor; um exame do estado mental com mais clareza e menos ambigüidades. UFRGS, Faculdade de Medicina, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, 2004 [Trabalho utilizado pelo autor principal como EGQ, Exame Geral de Qualificação, 2003].
20. HAMBURGER, J. *A razão e a paixão: reflexões sobre os limites do conhecimento*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.
21. OSÓRIO, CMS. Por que não ensinamos dinâmica da psicoterapia de grupo aos futuros médicos? O problema da identidade do médico e do dogmatismo na medicina. Apresentado no Curso Tópicos em Medicina. AMRIGS, agosto, 1992. [manuscrito revisado em setembro de 2002].
22. CLARK, JA; MISHLER, EG. O reenquadre da tarefa clínica. In: RIBEIRO, BT; LIMA, CC; DANTAS, MTL, orgs. *Narrativa, identidade e clínica*. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA, 2001. [cap.1], p.11-53.
23. NORTON, R. Measurement of ambiguity tolerance. *Journal of Personality Assessment*, v.39: 607-619, 1975.

24. GERRITY, M. et al. Physicians' reactions to uncertainty: refining the constructs and scales. *Motivation and Emotion*, v.19, n.3: 175-191, 1995.
25. BUDNER, S. Tolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of Personality*, v.30: 29-50, 1962.
26. De FORGE, BR; SOBAL, J. Intolerance of ambiguity in students entering medical school. *Social Science and Medicine*, v.28: 869-74, 1989.
27. GELLER, G; FADEN, RR; LEVINE, DM. Tolerance for ambiguity among medical students; implications for their selection, training, and practice. *Social Science and Medicine*, v.31, n.5: 619-624, 1990.
28. GERRITY, M. et al. Physicians' reactions to uncertainty in patient care: a new measure and new insights. *Medical Care*, v.28: 724-736, 1990.
29. GERRITY, M. et al. Uncertainty and professional work: perceptions of physicians in clinical practice. *American Journal of Sociology*, v. 97, n.4: 1022-1051, January 1992.
30. MERRILL, JM et al. Uncertainties and ambiguities; measuring how medical students cope. *Medical Education*, v.28: 316-22, 1994.
31. SCHOR, R.; PILPEL, D.; BENBASSAT, J. Tolerance of uncertainty of medical students and practicing physicians. *Medical Care*, v.38. n.3: 272-280, March 2000.
32. STREINER, DL; NORMAN, GR. Selecting the items. In: _____. *Health measurement scales; a practical guide to their development and use*. 2.ed. Oxford, Oxford, 1995[1989], chap.5, p. 54-68.
33. UHLENHUTH, EH; LIPMAN, R; COVI, L. combined pharmacotherapy and psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, v.148: 52-64, 1969.
34. CRUZ, J. OSÓRIO, CMS; CATALDO Neto, A. Psicoterapia e psicofarmacoterapia. In: EIZIRIK, CL e cols. *Psicoterapia de orientação analítica; teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989, cap.19, p.433-445.
35. MULDER, RT; JOYCE, PR.; SELLMAN, JD.; SULLIVAN, PF.; CLONINGER, CR. Towards an understanding of defense style in terms of temperament and character. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v.93: 99-104, 1996.
36. FOX, R. Training for uncertainty. In: MERTON, RK. *The student-physician; introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard, 1957. pp.207-244.

37. WHITEHORN, J. Educação para a incerteza. *Perspectives in Biology and Medicine*, 7:118-123, 1963. [Conferência. na Johns Hopkins University, 1963, traduzido de um original para esta dissertação].
38. BENBASSAT, J. Difficulties in teaching notions of uncertainty to medical students. Presented at the symposium "The Discipline of Medicine" (May 25-26, 1993) at the Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences, Amsterdam.
39. BENBASSAT, J. Mudanças no pensamento clínico ao longo das últimas gerações. *Harefuah / Journal of the Israel Medical Association*, v.130, n.9: 585-9, May 1996 [traduzido do hebraico para esta dissertação, por Paulo André Frydman em junho, 2002]
40. WRIGHT, GN.; PHILLIPS, LD. Personality and probabilistic thinking; an exploratory study. *British Journal of Psychology*, v. 70, n.2: 295-303, 1979.

ANEXOS

1. Questionário de Norton, 1975, Medida de Tolerância à Ambigüidade, MAT

Nº ZZ

Assinale com um X a sua resposta. **SIM!**, se concordar completamente, **SIM** se a concordância for intermediária, **sim** se a concordância for pequena. ? se não souber responder, **não** se a discordância for fraca, **NÃO** se for intermediária e **NÃO!** se discordar completamente com a frase. Preste atenção às perguntas com negativas (nada, não, nem, nunca).

1. Quase todos os problemas têm uma solução

SIM! **SIM** **sim** ? **não** **NÃO** **NÃO!**

2. Eu gosto de brincar com novas idéias, mesmo que elas sejam uma total perda de tempo

SIM! **SIM** **sim** ? **não** **NÃO** **NÃO!**

3. Nada é realizado neste mundo a menos que você se ampare em algumas regras básicas .

SIM! **SIM** **sim** ? **não** **NÃO** **NÃO!**

4. Eu *não* acredito que em última análise exista uma diferença nítida entre o certo e o errado

SIM! **SIM** **sim** ? **não** **NÃO** **NÃO!**

5. Pessoalmente, eu tendo a pensar que há uma maneira certa e uma maneira errada de fazer quase todas coisas

SIM! **SIM** **sim** ? **não** **NÃO** **NÃO!**

6. Prefiro a certeza de *sempre* ter auto-controle

SIM! **SIM** **sim** ? **não** **NÃO** **NÃO!**

7. Em geral quanto mais claramente definidas as regras em uma sociedade, tanto melhor a sua situação

SIM! **SIM** **sim** ? **não** **NÃO** **NÃO!**

8. Tendo a ser muito franco com as pessoas

SIM! **SIM** **sim** ? **não** **NÃO** **NÃO!**

9. Irrita-me quando as pessoas evitam responder à minha pergunta fazendo outra pergunta

SIM! **SIM** **sim** ? **não** **NÃO** **NÃO!**

10. Eu realmente detesto quando uma pessoa não dá respostas francas sobre ela mesma

SIM! **SIM** **sim** ? **não** **NÃO** **NÃO!**

Relembrando: **SIM!** concordância completa, **SIM**, intermediária, sim, fraca? não sei, não, discordância fraca. **NÃO**, intermediária, **NÃO!** discordância completa

11. Fico realmente perturbado quando não consigo acompanhar a seqüência de pensamentos de outra pessoa

SIM! **SIM** sim ? não **NÃO** **NÃO!**

12. Prefiro dizer às pessoas o que eu penso a respeito delas, mesmo que isso lhes doa, em vez de guardar o pensamento para mim

SIM! **SIM** sim ? não **NÃO** **NÃO!**

13. Incomodar-me-ia saber que diferentes amigos próximos tivessem opiniões conflitantes a meu respeito

SIM! **SIM** sim ? não **NÃO** **NÃO!**

14. Sempre quero saber do que as pessoas estão rindo

SIM! **SIM** sim ? não **NÃO** **NÃO!**

15. Perturba-me intensamente quando eu não tenho certeza de como as minhas ações afetam os outros

SIM! **SIM** sim ? não **NÃO** **NÃO!**

16. Incomoda-me quando eu não sei como pessoas novas/desconhecidas reagem em relação a mim

SIM! **SIM** sim ? não **NÃO** **NÃO!**

17. Desempenho-me muito mal sempre que existe uma séria falta de comunicação em uma situação de trabalho

SIM! **SIM** sim ? não **NÃO** **NÃO!**

18. Em uma situação na qual outras pessoas me avaliam, sinto uma grande necessidade de avaliações claras e explícitas

SIM! **SIM** sim ? não **NÃO** **NÃO!**

19. Se eu não tenho certeza quanto às responsabilidades de um trabalho fico muito ansioso

SIM! **SIM** sim ? não **NÃO** **NÃO!**

20. Se eu fosse um cientista, eu ficaria muito frustrado porque meu trabalho *nunca* ficaria completado (a ciência irá sempre fazer novas descobertas)

SIM! **SIM** sim ? não **NÃO** **NÃO!**

SIM! Completa, SIM, intermediária, sim, fraca concordância; ? não sei; não, discordância fraca, NÃO, intermediária, **NÃO!** Completa discordância

21. Se eu fosse um médico, preferiria as incertezas de um psiquiatra ao trabalho claro e definido de um cirurgião ou de um radiologista
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

22. Quando eu começo uma tarefa, eu não gosto de começar outra tarefa até que eu termine a anterior
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

23. Antes de começar qualquer trabalho importante, devo saber quanto tempo levará
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

24. Em um grupo de resolução de problemas é sempre melhor atacar sistematicamente problema
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

25. Um problema me atrai pouco se eu penso que ele não tem uma solução
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

26. Não gosto de começar a trabalhar em projetos de grupo a não ser que eu *me sinta seguro* de que o projeto terá sucesso
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

27. Em uma situação de tomada de decisões, na qual não há informações suficientes para processar o problema, eu me sinto muito desconfortável
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

28. Não gosto de trabalhar em um problema, a não ser que exista a possibilidade de chegar a uma resposta clara e não ambígua
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

29. Problemas complexos somente me interessam se eu tenho uma clara idéia do escopo/alcance total do problema
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

30. Uma reunião de grupo funciona melhor com uma agenda *definida*
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

SIM! completa, SIM, intermediária, sim, fraca concordância, ?não sei
não, fraca, NÃO, intermediária, **NÃO!** completa discordância

31. Parece-me que me divirto mais nas festas quando conheço a maior parte das pessoas lá presentes
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

32. Antes de ir a uma festa eu sempre quero saber que tipo de festa ela é
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

33. Fico muito ansioso quando estou envolvido em uma situação social em relação à qual tenho pouco controle
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

34. Sempre que estou em um novo grupo, geralmente tomo a iniciativa de me apresentar
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

35. Primeiras impressões tendem a ser muito importantes para mim
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

36. Sempre que saio para me divertir, gosto de ter pelo menos um vago propósito ou objetivo em mente
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

37. Eu não me sinto à vontade com as pessoas a menos que eu sinta que posso compreender o seu comportamento
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

38. Não me sinto à vontade com as pessoas até que eu descubra algo a respeito delas
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

39. Tenho uma boa idéia de exatamente com quantos amigos eu poderia realmente contar
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

40. Gosto de saber com antecedência o que vai haver para o jantar
 SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

SIM! completa, SIM, intermediária, sim, fraca concordância; ?não sei; não, fraca discordância, NÃO, intermediária, **NÃO!** completa discordância

41 Sempre que faço uma longa viagem, gosto de saber a distância em milhas ou quilômetros que vou percorrer

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

42. Nem penso em comprar algo se o preço não estiver claramente marcado no mesmo

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

43. É importante para mim saber que dia é

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

44. Eu fico muito ansioso quando espero para saber os resultados das eleições

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

45. Geralmente gosto de saber que horas são

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

46. Quero saber o que um vendedor está vendendo antes de ouvir o que ele tem a dizer

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

47. Fico realmente incomodado quando uma pessoa chega tarde para um hora marcada sem dar uma explicação

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

48. Se eu não entender a graça de uma piada, não me sinto bem até que eu possa entendê-la

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

49. Gosto de repassar minhas conversas *cuidadosamente*, depois delas, na minha cabeça

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

50. Antes de sair, sempre verifico a minha aparência para ter certeza de que estou bem

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

SIM! completa concordância, SIM, intermediária, sim, fraca concordância; ? não sei
não, discordância fraca, NÃO, intermediária, **NÃO!** completa discordância

51. Sou tolerante em relação a situações ambíguas

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

52. A *melhor* parte de montar um quebra-cabeças é colocar aquela última peça

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

53. Tendo a gostar de simbolismos obscuros ou ocultos

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

54. Misticismo é muito abstrato e indefinido para que eu o leve a sério

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

55. Se eu perco o início de um bom filme, eu gosto de ficar na sala para ver o seu começo

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

56. Quadros vagos e impressionistas atraem-me mais do que as pinturas realistas

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

57. Tendo a preferir quadros com equilíbrio perfeito em sua composição

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

58. Gosto de filmes ou histórias com finais definidos

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

59. Geralmente, quanto mais significados uma poesia tem uma poesia, melhor ela é

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

60. Uma poesia nunca deveria ter contradições

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

61. Em última análise a interpretação correta de uma poesia ou história é a do próprio autor

SIM! SIM sim ? não **NÃO** **NÃO!**

M F Idade anos

**2.Questionário de Gerrity e cols, 1995 Medida de Tolerância à Incerteza, MUT
[Measurement of Uncertainty Tolerance]**

Nº xx

Selecione a alternativa de acordo com a seguinte chave: SIM! quando concordar fortemente com a declaração, SIM, no caso de concordar moderadamente, sim quando a concordância for fraca.; se tiver dúvidas ou não souber responder: ? ; selecione não quando a discordância for fraca, NÃO, se discordar moderadamente e NÃO! se discordar fortemente. Preste atenção às perguntas com negativas (nunca, quase nunca)

1. Geralmente me sinto ansioso quando não estou seguro quanto a um diagnóstico
 SIM! SIM sim ? não NÃO NÃO!

2. Eu acho desconcertante a incerteza envolvida no cuidado de pacientes
 SIM! SIM sim ? não NÃO NÃO!

3. Tenho medo de vir a ser responsabilizado pelos limites do meu conhecimento
 SIM! SIM sim ? não NÃO NÃO!

4. Quando os médicos estão incertos quanto a um diagnóstico, eles deveriam compartilhar esta informação com os seus pacientes
 SIM! SIM sim ? não NÃO NÃO!

5. Nunca conversei com outros médicos sobre os enganos que tive no cuidado de pacientes
 SIM! SIM sim ? não NÃO NÃO!

6. Compartilhar minha[s] incerteza[s] com meus pacientes melhora a minha relação com eles
 SIM! SIM sim ? não NÃO NÃO!

7. Quase nunca conto para outros médicos que deixei passar [errei] diagnósticos
 SIM! SIM sim ? não NÃO NÃO!

8. Incerteza no cuidado dos pacientes deixa-me desconfortável
 SIM! SIM sim ? não NÃO NÃO!

9. Quando estou incerto em relação a um diagnóstico, eu imagino várias espécies de cenários ruins: o paciente morre; o paciente me processa, etc.

SIM! SIM sim ? não NÃO **NÃO!**

10. Sinto-me bastante confortável com a incerteza no cuidado de pacientes

SIM! SIM sim ? não NÃO **NÃO!**

11. Preocupo-me com processo por erro médico quando não sei o diagnóstico de um paciente

SIM! SIM sim ? não NÃO **NÃO!**

12. A incerteza no cuidado dos pacientes muitas vezes me perturba

SIM! SIM sim ? não NÃO **NÃO!**

13. Se eu compartilhar todas as minhas incertezas com meus pacientes, eles perderiam a confiança em mim

SIM! SIM sim ? não NÃO **NÃO!**

14. Prefiro que os pacientes não saibam quando estou incerto em relação ao tratamento a ser indicado

SIM! SIM sim ? não NÃO **NÃO!**

15. Sempre compartilho minha[s] incerteza[s] com meus pacientes

SIM! SIM sim ? não NÃO **NÃO!**

Sexo M F

Idade: ____ anos

Ambiguity and uncertainty tolerance among medical students

Cláudio Maria da Silva Osório⁵⁸; José Roberto Goldim⁵⁹; Vânia Hirakata⁶⁰; Renata Rodrigues de Oliveira⁶¹ Richelle B. Albrecht⁶²; Alexandre M. Machado⁶³; Cláudio Laks Eizirik⁶⁴.

Abstract

We assessed the tolerance to ambiguity (TA) and to uncertainty (TU) in 100 students of the eleventh semester of the Federal University of Rio Grande do Sul, School of Medicine, Porto Alegre. The sample was composed of 60 men and 40 women, who were assessed with both Norton (1975) and Gerrity et al (1995) scales. The validation of the instruments was not performed due to lack of theoretical basis. Seventy-six per cent of the students preferred more structured specialties (surgery, radiology). Women, independently of the specialty choice, showed higher TA scores (236.97 ± 35.24) than of men (221.36 ± 36.17), $p=0.04$. The students whose choice was psychiatry showed TA 251.95 ± 34.81 , and the students for surgery/radiology showed TA 220.42 ± 35.03 , $p=0.0004$. No significant differences were registered in TU between men and women, ($p=0.22$) or according to specialty preference. A linear correlation between TA and TU measurements was observed, $r=0.513$. No significant differences were observed between the 4 studied subgroups, combining sex and specialty choice ($p=0.999$).

The literature review shows higher tolerance to ambiguity scores in women, and in students and practitioners who prefer a less structured specialty (e.g., psychiatry) according to Budner criteria, 1962. Examples of the heuristics and biases studied by Kahneman and Tversky, 1981, 1982 were observed. Heuristics are "logical shortcuts" which violate logic and probability principles. E.g., the hypothesis that female students choosing psychiatry would certainly show higher tolerance to ambiguity scores. The results don't support this hypothesis which seems to result from *a conjunction fallacy*.

Resumo

Examinou-se a tolerância à ambigüidade (TA) e à incerteza (TI) em 100 estudantes do 11º semestre do curso de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Brasil, sendo 60 homens, 40 mulheres. Foram aplicados, respectivamente, os questionários de Norton, 1975 e de Gerrity et al, 1995. Na amostra estudada, 76% dos estudantes prefeririam especialidades mais estruturadas (cirurgia e radiologia). Mulheres, independentemente da escolha da especialidade, mostraram maiores escores de TA ($236,97 \pm 35,24$) do que homens ($221,36 \pm 36,17$), com $P=0,04$. Estudantes preferindo

⁵⁸ Physician and psychiatrist, graduated from FAMED, UFRGS, Professor of Medicine and Psychiatry, UFRGS-HCPA. Currently finishing the M.Sc.

⁵⁹ PhD, biologist, GPPG, Bioethics, Collaborating advisor.

⁶⁰ Consultant for Biostatistics, Master of Epidemiology, Statistician at HCPA.

⁶¹ MD, currently studying psychiatry, HCPA-UFRGS. Assistant in the research work

⁶² Medical student, Monitor in the Department of Psychiatry and Legal Medicine, FAMED, UFRGS. Assistant in the research work.

⁶³ Medical student, FAMED, UFRGS, Assistant in the research work.

⁶⁴ Ph.D, physician, psychiatrist. Professor of Medicine and Psychiatry, UFRGS, HCPA. Training analyst Main advisor.

psiquiatria mostraram $TA=251,95\pm 34,81$. Na preferência por cirurgia/radiologia, $TA=220,42\pm 35,03$, com $p=0,0004$. Não se registraram diferenças significativas na TI em homens e mulheres, $p=0,22$, ou de acordo com a especialidade preferida. Verificou-se correlação linear entre as medidas de TA e TI, com $r=0,513$. Não foram verificadas diferenças significativas entre os quatro subgrupos estudados, combinando-se sexo e escolha de especialidade ($p=0,999$).

A revisão da literatura tem mostrado escores mais altos de tolerância à ambigüidade em mulheres e em estudantes ou médicos que preferem especialidades menos estruturadas, como a psiquiatria, pelos critérios de Budner, 1962. Verificamos exemplos das heurísticas e vieses (Kahneman e Tversky, 1981, 1982), considerados como “atalhos lógicos”, que violam princípios da lógica e da probabilidade. Um exemplo é a hipótese da aditividade, comumente aceita, de que estudantes do sexo feminino preferindo psiquiatria teriam necessariamente maiores escores de tolerância à ambigüidade. Nossos resultados no sustentam esta hipótese, que parece resultar de uma “falácia da conjunção”, violando o princípio da não-aditividade.

Introduction

Interest in the subject of ambiguity and uncertainty tolerance came from the need to contribute to characterizing, understanding and solving problems in the teaching-learning process of the medical psychology disciplines in the medical course, particularly in doctor-patient relationship. Initially the idea was to perform a qualitative investigation, focusing on the relationships between gender, professional choice, of specialty and teaching-learning process. The final project after a review of the literature (1), became a quantitative research using two scales to measure ambiguity tolerance and uncertainty reactions, applied to medical students.

The issue of research proved **feasible** as to number of subjects, time and costs; it was **interesting** because it could be connected to topics already studied by the main researcher; **innovative** because it offered new data on the teaching-learning process and also because it cross-matched two tolerance measurements that it had commonly been performed independently; **ethical** because it fully ensured voluntary participation, privacy, anonymity and confidentiality, and it was not done to evaluate any pathology in the students. It also proved **relevant** for scientific knowledge, for guidelines in medical education and for future research (2).

Does the medical profession require people of action, based on reason and turned to decision-making or sensible people, who are tuned to emotions turned rather both to

intuition and reflection? Would there be any differences between men and women concerning cognitive characteristics, especially the capacity to deal with uncertainty and ambiguity?

Eizirik (3), Martins (4,5,6) and Osório (7) among others, have been concerned with the teaching of the medical psychology disciplines and their difficulties.

Students and professionals make decisions based on data and information from the patient and from literature. Some of them are vague, unclear, incomplete or fragmented. The same information may have more than one meaning. The interpretation of data and decision-making is, therefore, done facing risks, ambiguities, uncertainties or lack of knowledge. One speaks of *risk* considering damage and failure when the probabilities associated with the possible outcomes are known; uncertainty, when they can be estimated with a certain degree of imprecision or vagueness [unclearness] and finally, ignorance or lack of knowledge, when the probabilities are totally unknown (8). *Ambiguity (in Portuguese)* can be understood as words, sentences with obscure meaning; hesitation, doubt, indecision among two or more possibilities, multiplicity of meanings (9). In the *Webster's*, ambiguity and uncertainty are equivalent in one of the meanings (equals to “*intellectual uncertainty*”), and in the same dictionary, in another meaning, ambiguity closely approaches Bleuler's concept of ambivalence (10, 11, 12). Ellsberg defines ambiguity as “*a quality depending on the amount, type and 'unanimity' of information, and giving rise to one's degree on 'confidence' in an estimate of relative likelihoods*” of information (13).

Different situations of ambiguity are all identified as important not only in teaching but in research and medical care aspects:

- Word or sentence with two or more different interpretations, sometimes completely opposite, sometimes depending on the context. Example: in psychiatry, regression generally means severity; in pathology, it means resolution;
- *Reframing* involves a change in appearance, without altering the essence, and induces different answers, according to Tversky & Kahneman (14, 15). Examples: shot campaigns, probabilities and responses. In medical care, the words used by the practitioners, when indicating treatment, produce different responses, also depending on the patient or family

members' *coping styles* as well as the circumstances, recalling part of the Hippocrates' aphorism on life, knowledge, opportunity and decision-making;

- *Rearrangement*: it changes the appearance without altering the essence, not inducing different interpretations except for the inability of the subject to identify ambiguities and deal with them, rendering them unambiguous;

- *Rearrangement*: it not only changes the appearance, but also its essence, inducing different responses. Sonya Shelley presented a curious example involving two formulations in questionnaire development, utilized by Goldim (16, 17): two nuns, from two religious orders, wished to know if it was a sin to smoke and pray at the same time. One of them asked her Mother Superior: "*is it all right to smoke while praying?*" The other nun, independently, asked "*is it all right to pray while smoking?*" The first one did not receive permission.

- Uncorrect translations, which change the appearance and the essence, producing confusion and/or ambiguities, induce different and wrong answers, as demonstrated by Osório et cols. in the case of the psychiatric symptoms *incoherence* and *loosening of associations* (18). Koyré suggests that the emphasis on the "empiricist Galileu Galilei" is attributed to a misunderstood translation (19);

- Conceptual confusion and/or unclearness: terms of mood, affects, emotions and feelings (20).

Ambiguities and uncertainties may be reduced by using different strategies. The most conservative one is to attempt holding back or paralyzing scientific development. In fact, everything moves on. From the IX to the XV century, Medicine was literally *mummified*, according to Jean Hamburger. Thus, for six centuries only the Aristotle and other ancestors' teaching were accepted (21, 22).

The second strategy is the non-utilization and non-improvement of scientific instruments and scales, including the tools for observing and becoming acquainted with science itself (the "lens" of epistemology). One may also "paralyze" the scientific object in Medicine: in Anatomy, Histology and Pathology. Another strategy would be to reduce the observation *spectrum* by means of compartmentalize teaching, that is, fragmenting knowledge into specialties and subspecialties (1).

In medicine, particularly in psychiatry, since the 1970s, a consistent movement has been occurring in science (decision analysis, Evidence Based Medicine, psychopharmacological revolution, among others). Meanwhile different new disciplines were introduced in medical schools curricula. Their common feature was the early contact

of the medical student not only with *fixed* scientific objects, but also with *moving* subjects (mothers, infants, children, adolescents, adults and elderly); all of them seen not only through the lenses of Anatomy, Physiology and Biochemistry, but mainly through the perspective of the psychoanalytic frame of reference. Particularly in psychiatry, we have a pluralism of schools of thought, sometimes advocated, and sometimes criticized. The combination of such movements have produced a relative augment in ambiguity (1).

Chronic diseases, increasingly common, present a complicated pathology, with physicians facing continuous uncertainties and patients facing recurrent problems resulting from having to cope with denial, complex, complicated and demanding medical regimes, difficulties in maintaining self-control when facing uncertainties regarding the prognosis of their chronic diseases (23).

Objectives

Verify variations in the ambiguity and uncertainty tolerance in a sample of 11th semester students at the UFRGS medical school.

Method

The population of this study was students enrolled in the 11th semester of the medical school, UFRGS, in two semesters of 2003, a total of 149 students, being 90 male (60.4%) and 59 female (39.6%). From 134 contacted students, 107 agreed to participate in the study, by returning the questionnaires. From these 107 students, 7 were excluded because of problems in filling out the questionnaires. Therefore the final sample consisted of 100 students with valid questionnaires. The sample planned size in the project was 68 students, with a 0.70 standardized effect size; 21 expected effect size; 0.05 two-way alpha; 0.10 beta error; size.effect, $r=0.40$, according to a table proposed by Hulley (2). After a preliminary analysis of our data, with 52 cases, an increase in the size of the sample was decided.

Folders containing a numbered Information Sheet with two questionnaires measuring tolerance were distributed: 1) MAT, *Measurement of Ambiguity Tolerance*, Norton, 1975 (24) and 2)-a scale to measure reactions to uncertainty or uncertainty tolerance, in the version by Gerrity et cols., 1995, which, in the present study, was called,

for practical reasons, MUT, *Measurement of Uncertainty Tolerance* (25). The two scales were 7-point Likert type and the total scores corresponded to the sum of scores (see appendices).

All participants received information about the project from the so-called Information Sheet, which contained the same elements of an Informed Consent, except those referring to the authorizing signatures. The exemption from using Informed Consent, supported by the Resolution 196/96 of the Brazilian National Health Council aimed at fully preserving the anonymity of the respondents. Handing back the two questionnaires meant tacit consent of the subjects to use their information in the study. The project was approved by the HCPA⁶⁵ Committee of Ethics and Research. In order to fully ensure the non-identification of the material and that the participants were volunteers, the questionnaires were covered by a non-transparent cover which prevented viewing the contents, and that the researcher was not present when the questionnaires were completed. The invitation to participate and the distribution of the folders were done mainly during non-curricular meetings promoted by the students themselves in order to organize the division of practical training periods or plan their graduation ceremony. This strategy minimized the possible effect of pressure and embarrassment in any teacher-student relationship, since the presence of the researcher was *accepted* by the students in their meetings. In order to reach the students absent at the meetings, the material was handed out personally by the researcher in different places where practical training was being developed. The questionnaires were supposed to be returned via a closed box located at the Psychiatry Service at the HCPA.

This cross-sectional study, different from the papers reviewed (with students who were just starting or halfway through the course, residents and physicians who had greater experience) describes Ambiguity Tolerance and Reactions or Uncertainty Tolerance and their distribution patterns in students who are at the end of their medical course. Associations between each of these variables and gender and with the more or less structured specialty were examined (radiology/surgery *versus* psychiatry); moreover the associations between the variables themselves, tolerance of ambiguity and of uncertainty were also examined.

⁶⁵ Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Brazil

The MAT consists of 61 questions, being the minimum score 61 points and the maximum one 427. In the absence of population base studies, the score 244 was taken as the intermediary point between the two extremes. The pilot study performed with a sample of 41 medical students from another school, in another city in the state of Rio Grande do Sul, indicated a mean of 207.5 ± 30.13 for MAT. The MUT questionnaire, with 15 questions, has a minimum of 15 points and a maximum of 105. The value of 60 was taken as an intermediary point between the two extremes in order to consider higher or lower tolerance for uncertainty.

The question 21 of the MAT was used as a cutoff point in choosing a specialty: the students who answered affirmatively the question were considered as belonging to the subgroup of unstructured specialties; those who answered negatively were included in the subgroup of structured specialties. We adopted the criteria proposed by Budner, 1962, which evaluates the structured dimension versus the unstructured one, according to the degree of facility for diagnoses when prescribing treatments and evaluating improvements and also the clearness of the medical relationship. Psychiatry would be considered less structured while Pediatrics, Internal Medicine and General Practice would be considered intermediate; Gynecology, Obstetrics and Surgery as the most structured ones (26).

The studies performed with other groups of students and physicians, De Forge & Sobal, 1989 (27), Geller et al. 1990(28). Gerrity et al, 1990(29), Gerrity et al 1992(30), Gerrity et al, 1995, previously mentioned (25), Merrill et al, 1994(31) and Schor, Pilpel & Benbassat, 2000(32), showed means and standard deviations, *suggesting* a normal distribution. Both in the case of tolerance of ambiguity and tolerance of uncertainty, sufficient population data were not found to characterize their behavior or their distribution.

In the present study, the Kolmogorov-Smirnov test for a sample indicated normal distribution of the two variables, both for tolerance of ambiguity and for tolerance of uncertainty.

The programs used to perform the descriptive statistical analyses (means and standard deviation) and inferential ones were SPSS for Windows, version 10.0 and Stata version 7.0. The following statistical tests were used: a) Coefficient Alpha (Cronbach, 1951) to evaluate the internal consistency of the questionnaires; b) Kolmogorov –Smirnov test to verify the normality of the variables.; c) Student t Test to compare the means of the two subgroups by gender and by specialty; d) Pearson Correlation Test for the variables ambiguity tolerance and uncertainty tolerance; e) ANOVA, Analysis of Variance, for comparisons among the four subgroups, gender combinations and choice of specialty; f) a correlation comparison test.

A statistical significance of 5% was established.

Results

The 100 students sample was constituted by 60 men and 40 women, a proportion similar to that of the students population, with ages ranging from 21 to 39 years, with a mean of 24.4 ± 2.8 years.

A higher preference of the students (76%) was observed for specialties considered as structured (Table 1). The scores obtained using the MAT and MUT questionnaires are shown in Table 2.

Table 1. Choice of specialty according to the medical students gender (n=100).

Specialties	Males	Females	Total
Non-structured (Psych)	11	10	21
Structured (Rx/Sur)	48	28	76
Total	59	38	97

Obs. 3 students did not choose a specialty in MAT question 21

Table 2. Scores in questionnaires on ambiguity tolerance and uncertainty tolerance(n=100)

Score	Mean	Standard deviation	Minimum score obtained	Maximum score obtained
Ambiguity tolerance	227.61	36.91	139	335
Uncertainty tolerance	59.95	13.39	25	101

There is a regular linear correlation between the two questionnaires, MAT and MUT, ($r=0.513$) without considering the subgroups.

It is observed that, when specialty is not taken into account, women have higher scores of Ambiguity Tolerance (236.79 ± 35.24) than of men (221.36 ± 36.97), with a statistically significant difference ($p=0.04$) (Figure 1). In the case of Uncertainty Tolerance, no significant difference was found ($p=0.22$) (Figure 2).

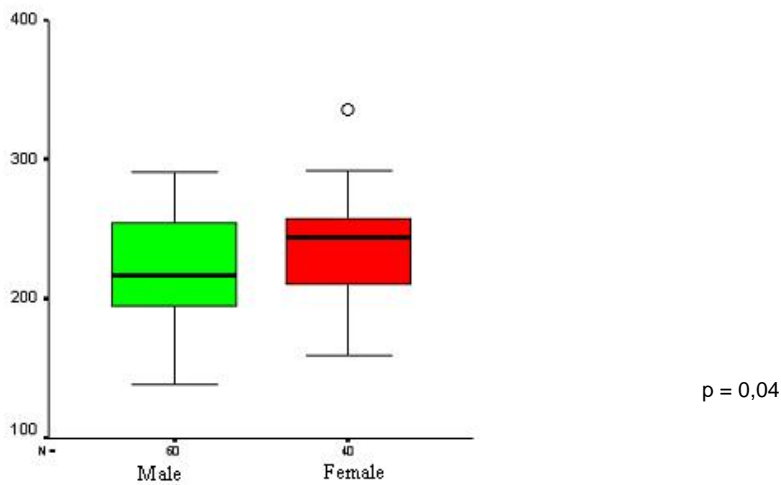


Figure 1. Ambiguity tolerance in men and women

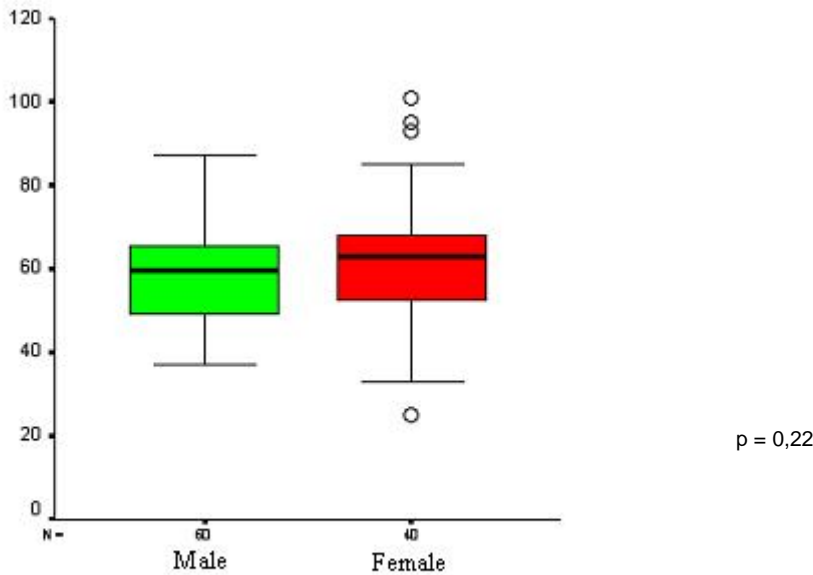


Figure 2. Uncertainty Tolerance in men and women

There is a positive linear correlation between MAT and MUT, between males ($r_{\text{men}} = 0.48$) and females ($r_{\text{women}} = 0.53$). When the correlations were compared $p = 0.75$ was obtained.

When considering only the choice of specialty, out of student gender, the ambiguity tolerance scores of people who have chosen psychiatry (251.95 ± 34.81) were significantly higher ($p = 0.0004$) than of those who would choose radiology and surgery (220.42 ± 35.03) (Table 3). As for uncertainty tolerance, no difference was found between the two subgroups ($p = 0.08$) Table 4). The means obtained with the 3 students who did not choose according to specialty in MAT question 21 were the following: $\text{MAT} = 239.33 \pm 30.07$ and $\text{MUT} = 57.67 \pm 1.53$.

Table 3. Ambiguity tolerance scores in medical students, obtained using MAT, as related to choice of specialty (n=97).

Specialty	Ambiguity tolerance*
Non-structured (Psych)	251.952 ± 34.81 (236.10 – 267.80)
Structured (Rx/Surg)	220.42 ± 35.09 (212.41 – 228.42)

Values referred to as mean \pm standard deviation (95% confidence interval)

* $p = 0.0004$ (t test).

Table 4. Uncertainty tolerance scores in medical students, obtained using MUT, as related to choice of specialty (n=97).

Specialty	Uncertainty tolerance*
Non-structured (Psych)	64.61 ± 18.07 (56.39 – 72.84)
Structured (Rx/Surg)	58.75 ± 11.90 (56.02 – 61.47)

Values referred to as mean ± standard deviation (95% confidence interval)

*p=0.08(NS) (t test)

There is a positive correlation between MAT and MUT considering choice of specialty, which is higher for the non-structured specialty (r=0.73), less intense when the specialty is structured (r=0.42); when the correlations were compared, p=0.07 was found.

Comparing the ambiguity tolerance scores of women who would choose Psychiatry (259.50±45.00 to those of women who would prefer Radiology and Surgery (229.53±28.77), no significant difference (p=0.99) was found, possibly due to the small number of cases in the group of the non-structured specialty (n=10) (Table 5).

The comparisons between ambiguity tolerance scores of men who would choose psychiatry (245.09±22.19) to those of men who would choose radiology or surgery (215.10±37.49) did not also show a significant difference (p=0.99).

Interaction was not significant: gender and specialty (ANOVA). The results of crossmatches in Table 5 will be implicit.

Table 5. Ambiguity and uncertainty tolerance scores as to gender and choice of specialty (n=97)*

	Men Struct. Spec. (n=48)	Women Struct. Spec. (n=28)	Men Unstructured Spec. (n=11)	Women Unstructured Spec. (n=10)
Ambiguity tolerance	215.10 ± 37.48 (204.22 – 22.99)	229.53 ± 28.77 (218.38 – 240.69)	245.09 ± 22.20 (230.18 – 259.99)	259.50 ± 45.00 (227.30 – 291.70)
Uncertainty tolerance	56.87 ± 11,38 (53.56 – 60.18)	61.96 ± 12.31 (57.19 – 66.73)	66.27 ± 12.76 (57.69 – 74.85)	62.80 ± 23.19 (46.21 – 79.39)

Data presented as mean ± SD; in brackets the 95% confidence interval

*p=0.99(NS) (ANOVA)

The following figures show a set of results obtained using the measures of ambiguity tolerance (Figure 3) and uncertainty tolerance (Figure 4) in the sample of male and female students and according to preference for a specialty.

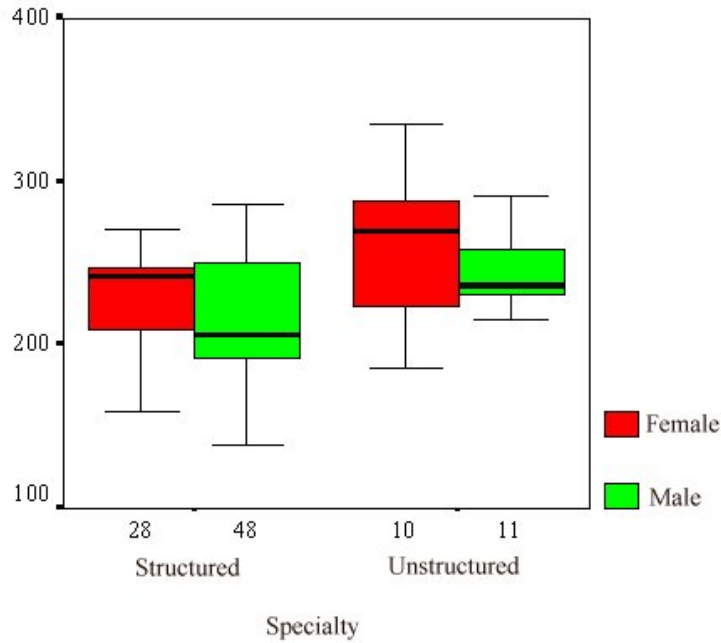


Figure 3. Ambiguity tolerance score according to specialty and gender

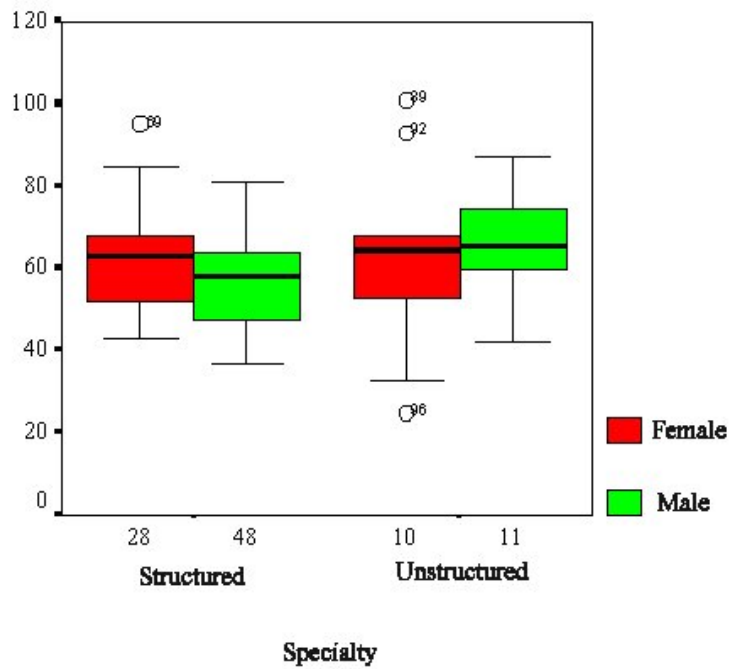


Figure 4. Uncertainty tolerance score according to specialty and gender

When crossmatching the data obtained using the ambiguity and uncertainty tolerance scores, no significant differences were found among the 4 subgroups studied, combining gender and choice of specialty ($p=0.999$).

Discussion

The initial calculation considering alpha error, beta error and an effect size of 0.70 suggested a sample of 68 students. The calculations of the Alpha Cronbach internal consistency coefficient indicated that this sample size was insufficient: the 61 questions of the MAT, Norton, 1975, crossed with 52 students of the aforementioned preliminary data analysis, rendered the calculations unfeasible. Therefore, the size of the sample was enlarged, also including the second semester of 2003 students. The study reached the number of 100 students. Later, when performing the analysis and discussing the results, setting up 4 subgroups according to gender and choice of specialty, a new source of error in calculating the size of the sample turns up visible, since the original idea was to compare these two variables *on their own*.

The literature review indicated that theories of ambiguities and uncertainty, as well as the reactions towards them, were not yet sufficiently structured or consistent to recommend and allow a study to validate the tolerance measurement scales. Experimental and sensorial apparatuses and scales are not enough; a good theory is required, according to our review of literature (1), particularly according to Streiner & Norman, 1995 (33).

The original proposal was to apply only the Norton questionnaire to measure ambiguity tolerance in halfway through the course medical students, which would make it easier to compare our data to similar studies. The inconsistency of literature as to relations, differences and similarities between ambiguity and uncertainty suggested that it would be interesting to investigate this matter, by crossmatching measurements of ambiguity tolerance with ambiguity of uncertainty. The end-of-course students (11th semester) were chosen for reasons of convenience and accessibility over physicians who had already finished their course. The scale of Gerrity et al, 1995, requires a certain degree of sophistication in diagnostic and therapeutic decisions.

Examining the results of the crossmatching process, it was found that students more tolerant to ambiguity tended to choose unstructured specialties; the less intolerant ones tended to choose more structured specialties. The difference was highly significant (0.0004).

It was not feasible to compare the results of the present study to those of Norton (24). In his study the author used a 5-point Likert scale, referring to a minimum of 51 points, suggesting that he possibly did not use his new 61-question scale that we had utilized. Norton's means for ambiguity tolerance was 249 and 55.

This study data recommend checking if these results are maintained in larger samples and/or other medical courses. The fact that there were few individuals left within each group of specialty and gender (only 10 women preferred Psychiatry, for example), may have influenced the low significance found in the relationships.

It could not be detected a significant difference in the ambiguity tolerance scores in the case of female medical students who chose unstructured specialties as compared to the scores of students whose option was for structured specialties. This is very curious information, i.e., the suggestion of a probable *non-additiveness* of the variables gender and specialty preference, particularly in the case of ambiguity tolerance. Data found in the literature have suggested that women appear to be more tolerant for ambiguity than men, and one could think about the biological advantages of this characteristic. The same data also suggest a relationship between greater tolerance for ambiguity in the case of the less structured specialties, according to the criteria of Budner, 1962, previously mentioned. It would therefore seem logical to expect that women choosing psychiatry would have greater tolerance to ambiguity than the men choosing radiology and surgery. Here there have been an outstanding example of the heuristics demonstrated in the research by Daniel Kahneman, Amos Tversky and others (13, 14). These researchers, in very sophisticated studies, demonstrated that people, especially in of ambiguity and uncertainty situations, take irrational decisions that violate the laws of logic and probability. Another name for this phenomenon is "conjunction fallacy" ("if A increases C, and if B also increases C, thus adding up A + B, we would necessarily have a greater increase of C"). It is also interesting that as far as the association of psychotherapy with psychopharmacotherapy (50) is

concerned, the proposal of Uhlenhuth, Lipman, Covi, 1969 (33, 34) was known. According to these authors, when two treatments are associated, we may have four possibilities as follows:

Addition: the effect of the two interventions combined is equal to the sum of their individual effects, $AB=A+B$.

Potentiation: the effect is even greater, $AB>A+B$

Inhibition: the effect is minor, $AB<A+B$

Alternance/Indifference: when the association is at the least unnecessary, if not contraindicated, $AB=A$, or $AB=B$.

[There may also be cases in which $AB < A$, or $AB < B$]

The correlations between the MAT and MUT questionnaires, as to gender of the responding students were not different in male ($r_{men}=0.48$) and female ($r_{women}=0.53$). When the correlations were compared, a $0.75 p$ value was obtained. This could suggest that the variable gender does not affect the correlation between the variables ambiguity tolerance and uncertainty tolerance favoring the thesis of a relative independence between the two variables.

The obtained data, also considering the review of literature, suggest that we are really before two variables sufficiently independent, being probable that ambiguity tolerance is a characteristic of temperament, as seen in the work by the Cloninger group (35); and that uncertainty tolerance can be learned, trained or developed (36, 37, 38,39,40). Another issue that has not been investigated here, but that certainly deserves a further study is the hypothesis suggested by Wright & Phillips in which probabilistic thought is sufficiently independent of lesser or greater tolerance of ambiguity, being the latter considered a variable of temperament or of personality (41).

Acknowledgements

We are very grateful to Prof. Mario B. Wagner, for his very important, valuable and consistent suggestions.

References

- 1.OSÓRIO, CMS; EIZIRIK, CL; GOLDIM, JR. *Incerteza, ambigüidade e formação médica; uma revisão da literatura*. Porto Alegre, UFRGS, Faculdade de Medicina, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, 2004. Dissertação (mestrado em psiquiatria).
- 2.HULLEY, SB et al. *Delineando a pesquisa clínica; uma abordagem epidemiológica*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003 [2001].
- 3.EIZIRIK, CL. Ensinando uma profissão impossível. *Revista ABP-APAL*, v.16, n.4: 133-135, 1994.
- 4.MARTINS, LAN. Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. *Boletim de Psiquiatria, SP*, 22-23: 9-15, janeiro 1989/dezembro 1990.
- 5.MARTINS, LAN. Residência médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse. Tese de Doutorado. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1994, 228p.
- 6.MARTINS, LAN. Vicissitudes do exercício da medicina e saúde psicológica do médico. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 39, n.3/4: 188-193, 1995.
- 7.OSÓRIO, CMS; SOAR Filho, EJ. O médico, sua identidade e suas transformações. In: CATALDO Neto, A; GAUER, GJS; FURTADO, NR, orgs. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003, cap.14, p.109-115, 2003.
- 8.FOX, CR. *Risk, uncertainty, and ignorance in decision-making*. Dissertation. PhD. Dept.of Psychology. Stanford University. August, 1994. 76p. [UMI Diss.Serv.]
- 9.HOUAISS, A; VILLAR, MS. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- 10.WEBSTER'S. *Third new international dictionary of the English language unabridged*. Springfield, Mass.: Merriam Webster, 1986.
- 11.MERTON, RK. A ambivalência dos médicos. In: _____. *A ambivalência sociológica e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.[1976], cap.4, p.93-102.
- 12.ELLSBERG, D. Risk, ambiguity and the Savage axioms. *Quarterly Journal of Economics*, v.75: 643-669, 1961
- 13.TVERSKY, A; KAHNEMAN, D. The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*,v. 211. n.30: 453-458, 1981.

- 14.TVERSKY, A; KAHNEMAN, D. Judgment under uncertainty; heuristics and biases. In: KAHNEMAN, D; SLOVIC, P; TVERSKY, A. *Judgment under uncertainty; heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982. chap.1, p.3-20.
- 15.SHELLEY, SI. Questionnaire development. In: _____. *Research methods in nursing and health*. Boston: Little, Brown, 1984. chap.13, p.371.
- 16.GOLDIM, JR. Instrumento de coleta de dados. *Revista [do] HCPA*, Porto Alegre,v.10,n.2: 124, 1990
- 17.OSÓRIO, CMS. et al.. Traduções e tradições na semiologia psiquiátrica do curso do pensamento. Porto Alegre, UFRGS, Faculdade de Medicina, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, 2003 [trabalho a ser publicado em revista de psicopatologia, como um dos artigos da dissertação].
- 18.KOYRÉ, A. Traduttore-traditore. A propósito de Copérnico e de Galileu. In: _____.*Estudos de história do pensamento científico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária 1982 [1973] [extraído de *Isis*, v.34, n.95, p.209-210, 1943].
- 19.OSÓRIO, CMS; et al. Afetividade e humor; um exame do estado mental com mais clareza e menos ambigüidades. Porto Alegre, UFRGS, Faculdade de Medicina, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, 2004 [Trabalho utilizado pelo autor principal como EGQ, Exame Geral de Qualificação, 2003].
- 20.HAMBURGER, J. *A razão e a paixão: reflexões sobre os limites do conhecimento*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.
- 21.OSÓRIO, CMS. Por que no ensinamos dinâmica da psicoterapia de grupo aos futuros médicos? O problema da identidade do médico e do dogmatismo na medicina. Apresentado no Curso Tópicos em Medicina. AMRIGS, agosto, 1992 [manuscrito revisado em setembro de 2002].
- 22.CLARK, JA; MISHLER, EG. O reenquadre da tarefa clínica. In: RIBEIRO, BT; LIMA, CC; DANTAS, MTL, orgs. *Narrativa, identidade e clínica*. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA, 2001. [cap.1], p.11-53.
- 23.NORTON, R. Measurement of ambiguity tolerance. *Journal of Personality Assessment*, v.39: 607-619, 1975.
- 24.GERRITY, M. et al. Physicians' reactions to uncertainty: refining the constructs and scales. *Motivation and emotion*, v.19, n.3: 175-191, 1995.
- 25.BUDNER, S. Tolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of Personality*, v.30: 29-50, 1962.
- 26.De FORGE, BR & SOBAL, J. Intolerance of ambiguity in students entering medical school. *Social Science and Medicine*, v.28: 869-74, 1989.

- 27.GELLER, G; FADEN, RR; LEVINE, DM. Tolerance for ambiguity among medical students; implications for their selection, training, and practice. *Social Sciences and Medicine*, v.31, n.5: 619-624, 1990.
- 28.GERRITY, M. et al. Physicians' reactions to uncertainty in patient care: a new measure and new insights. *Medical Care*, v.28: 724-736, 1990.
- 29.GERRITY, M. et al. Uncertainty and professional work: perceptions of physicians in clinical practice. *American Journal of Sociology*, v. 97, n.4: 1022-1051, January 1992.
- 30.MERRILL, JM; CAMACHO, Z; LAUX, LF; LORIMOR, R; THORNBY, JL; VALBONA, C. Uncertainties and ambiguities; measuring how medical students cope *Medical Education*, v.28: 316—22, 1994.
- 31.SCHOR, R.; PILPEL, D.; BENBASSAT, J. Tolerance of uncertainty of medical students and practicing physicians. *Medical Care*, v.38, n.3: 272-280, March 2000.
- 32.STREINER, DL; NORMAN, GR. Selecting the items. In: _____. *Health measurement scales; a practical guide to their development and use*. 2.ed. Oxford, Oxford, 1995[1989], chap.5, p. 54-68.
- 33.UHLENHUTH, EH; LIPMAN, R; COVI, L. combined pharmacotherapy and psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, v.148: 52-64, 1969.
- 34.CRUZ, J. OSÓRIO, CMS; CATALDO Neto, A. Psicoterapia e psicofarmacoterapia. In: EIZIRIK, CL e cols. *Psicoterapia de orientação analítica; teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989, cap.19, p.433-445.
- 35.MULDER, RT; JOYCE, PR; SELLMAN, JD; SULLIVAN, PF; CLONINGER, CR. Towards an understanding of defense style in terms of temperament and character. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v.93: 99-104, 1996.
- 36.FOX, R. Training for uncertainty. In: MERTON, RK. *The student-physician; introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard, 1957. p.207-244.
- 37.WHITEHORN, J. Educação para a incerteza. *Perspectives in Biology and Medicine*, 7:118-123, 1963. [Conferência. Johns Hopkins University, 1963, traduzido de um original para esta dissertação].
- 38.BENBASSAT, J. Difficulties in teaching notions of uncertainty to medical students. Presented at the symposium "The Discipline of Medicine" (May 25-26, 1993) at the Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences, Amsterdam.

39.BENBASSAT, J. Mudanças no pensamento clínico ao longo das últimas gerações.*Harefuah / Journal of the Israel Medical Association*, v.130, n.9: 585-9, May 1996 [traduzido do hebraico para esta dissertação, por Paulo André Frydman em junho, 2002]

40.WRIGHT, GN.; PHILLIPS, LD. Personality and probabilistic thinking; an exploratory study. *British Journal of Psychology*, v. 70, n.2: 295-303, 1979.

Appendices

1. Norton, 1975, Measurement of Ambiguity Tolerance, MAT

YES! strong agreement, YES , yes . ?, no, NO, N° ZZ
NO! strong disagreement

1 Almost every problem has a solution

YES! YES yes ? no NO **NO!**

2. A like to fool around with new ideas , even if they are a total waste of time

YES! YES yes ? no NO **NO!**

3. Nothing gets accomplished in this world unless you stick to some basic rules

YES! YES yes ? no NO **NO!**

4. I do *not* believe that in the final analysis there is a distinct difference between right and wrong

YES! YES yes ? no NO **NO!**

5. Personally, I tend to think that there is a right way and a wrong way to almost everything

YES! YES yes ? no NO **NO!**

6. I prefer the certainty of *always* being in control of myself

YES! YES yes ? no NO **NO!**

7. Usually, the more clearly defined rules a society has, the better off it is

YES! YES yes ? no NO **NO!**

8. I tend to be very frank with people

YES! YES yes ? no NO **NO!**

9. It irks me to have people avoid the answer to my question by asking another question

YES! YES yes ? no NO **NO!**

10. I really dislike when a person does not give straight answers about himself

YES! YES yes ? no NO **NO!**

11. It really disturbs me when I am unable to follow another person's train of thought
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

I prefer telling people what I think of them even if it hurts them, rather than keeping it to myself
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

13. It would bother me if different close friends of mine had conflicting opinions of me
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

14. I always want to know what people are laughing at
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

15. It intensely disturbs me when I am uncertain of how my actions affect others
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

16. It bothers me when I don't know how strangers react to me
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

17. I function very poorly whenever there is a serious lack of communication in a job situation
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

18. In a situation in which other people evaluate me, I feel a great need for clear and explicit evaluations
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

19. If I am uncertain about the responsibilities of a job, I get very anxious
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

20. If I were a scientist, I might become frustrated because my work would *never* be completed (science will always make new discoveries)
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

21.If a were a doctor , I would prefer the uncertainties of a psychiatrist to the clear and definite work of someone like a surgeon or X-ray specialist

YES! YES yes ? no]NO]NO!

22 Once I start a task, I don't like to start another task until I finish the first one

YES! YES yes ? no]NÃO]NO!

23.Before any important job, I must know how long it will take

YES! YES yes ? no]NO]NO!

24. In a problem-solving group it is always best to systematically attack the problem

YES! YES yes ? no]NO]NO!

25.A problem has little attraction for me If I don't think it has a solution

YES! YES yes ? no]NO]NO!

26. I do not like to get started in group projects unless I *feel assured* that the project will be successful

YES! YES yes ? no]NO]NO!

27.I a decision-making situation in which there is not enough information to process the problem, I feel very uncomfortable

YES! YES yes ? no]NO]NO!

28.I don't like to work on a problem unless there is a possibility of coming out with a clear-cut and unambiguous answer

YES! YES yes ? no]NO]NO!

29.Complex problems appeal to me only if I have a clear idea of the total scope of the problem

YES! YES yes ? no]NO]NO!

30.A group meeting functions best with a *definite* agenda

YES! YES yes ? no]NO]NO!

31. I seem to enjoy parties the most when I know most of the people there
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

32. Before going to a party, I always want to know what kind of a party it is
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

33. I get pretty anxious when I'm in a social situation involving me which I have little control of
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

34. Whenever I am in a new group, I usually take the initiative in introducing myself
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

35. First impressions tend to be very important to me
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

36. Whenever I go out to have fun, I like to have at least a vague purpose in mind
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

37. I am just a little uncomfortable with people unless I feel that I can understand their behavior
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

38. I don't feel comfortable with people until I can find out something about them
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

39. I have a good idea of exactly how many friends I could really count on
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

40. I like to know ahead of time what will be for dinner
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

41. Whenever I go on a long trip, I like to keep track of the miles to go
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

42. I will not consider buying an item unless the price is clearly marked on it
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

43. It matters to me to know what day it is
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

44. I get very anxious waiting to hear the election results
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

45. I usually like to know what time it is
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

46. I want to know what a salesman is selling before I'll listen to him
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

47. It really bothers me when a person shows up late for an appointment without an explanation
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

48. If I don't get the punch line of a joke, I don't feel right until I understand it
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

49. I enjoy *carefully* rehashing my conversations in my mind afterwards
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

50. Before going out, I always check my appearance to make sure I look right
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

51. I am tolerant of ambiguous situations
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

52. The *best* part of working a jigsaw puzzle is putting in that last piece
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

I tend to like obscure or hidden symbolism
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

Mysticism is too abstract and undefined for me to take seriously
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

55. If I miss the beginning of a good movie, I like to stay to see the start of it
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

56. Vague and impressionistic pictures appeal to me more than realistic pictures
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

57. I tend to prefer pictures with perfect balance in the composition
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

58. I like movies or stories with definite endings
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

59. Generally, the more meanings a poem has, the better I like it
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

60. A poem should never contain contradictions
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

61. In the final analysis, the correct interpretation of a poem or story is the author's interpretation
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

Sex M F Age years

**2. Gerrity et al, 1995. Measurement of Uncertainty Tolerance, MUT
Number xx**

YES! Strong agreement, YES, yes; ? no, NO, **NO!** Strong disagreement.

1. I usually feel anxious when I am not sure of diagnosis
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

2. I find the uncertainty involved in patient care disconcerting
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

3. I fear being accountable for the limits of my knowledge
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

4. When physicians are uncertain of a diagnosis, they should share this information with their patients
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

5. I never tell other physicians about patient-care mistakes I have made
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

6. Sharing my uncertainty improves my relationship with my patients
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

I almost never tell other physicians about diagnoses I have missed
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

8. Uncertainty in patient care makes me uneasy
 YES! YES yes ? no NO **NO!**

9. When I am uncertain of a diagnosis, I imagine all sorts of bad scenarios: patient dies, patient sues, etc.

YES! YES yes ? no NO **NO!**

10. I am quite comfortable with the uncertainty in patient care

YES! YES yes ? no NO **NO!**

I worry about malpractice when I do not know a patient's diagnosis

YES! YES yes ? no NO **NO!**

12. The uncertainty of patient care often troubles me

YES! YES yes ? no NO **NO!**

13. If I shared all of my uncertainties with my patients, they would lose confidence in me

YES! YES yes ? no NO **NO!**

14. I prefer patients not known when I am uncertain of what treatment to use

YES! YES yes ? no NO **NO!**

15. I always share my uncertainty with my patients

YES! YES yes ? no NO **NO!**

Sex M F

Age: ____ years

Artigo 3
Traduções e tradições na semiologia psiquiátrica do curso do pensamento

Traduções e tradições na semiologia psiquiátrica do curso do pensamento

Cláudio M.S. Osório⁶⁶, José Roberto Goldim⁶⁷, Richelle Becker Albrecht⁶⁸, Alexandre Maffei Machado⁶⁹, Cláudio Laks Eizirik⁷⁰,

Resumo: Na investigação sobre tolerância e reações à ambigüidade e à incerteza na medicina, foram identificadas ambigüidades: intrínsecas, naturais, inevitáveis, estimulantes da aprendizagem e da pesquisa, e ambigüidades extrínsecas, construídas, evitáveis e desestimulantes, principalmente no processo ensino-aprendizagem. Entre estas últimas estão os conceitos confusos e/ou problemas na tradução de termos em psicopatologia. Desagregação e incoerência vêm sendo definidos e conceituados praticamente como sinônimos, a partir de uma muito provável distorção no entendimento de “*Inkohärenz*” a expressão original de Bleuler. Os avanços na pesquisa em psicopatologia, no ensino e na prática clínica dependem de clareza conceitual e definições de sintomas em psicopatologia descritiva. Revisam-se os conceitos e definições de alterações do curso ou forma do pensamento em todas as edições do Kaplan & Sadock’s, bem como em outros textos didáticos. Cotejam-se os pontos de vista de Andreasen e Weinberger neste tema de semiologia psiquiátrica.

Abstract: *In the investigation about tolerance and reactions towards ambiguity and uncertainty in medicine, certain types of ambiguities have been identified: intrinsic, natural, inevitable, learning and research stimulating, and extrinsic, fabricated, evitable and non-stimulating, in terms of learning-teaching process. Among the latter there are confusing concepts and/or problems with mistranslated psychopathology terms. Loosening of associations and incoherence have been defined and coined as much as synonyms, due to a possible distortion in the understanding of Bleuler’s original expression: “Inkohärenz”. The advances in psychopathology research, teaching and clinical practice depend on the conceptual clarity and on the descriptive psychopathology definitions of symptoms. Concepts and definitions of the course and form of thought in all editions of Kaplan & Sadock’s, as well as in other textbooks have been revised. Also the Andreasen and Weinberger’s points of view in this issue on psychiatric semiology.*

⁶⁶ Médico e psiquiatra. Professor na Medicina e na Psiquiatria, Mestrando, UFRGS, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, 2002-2004.

⁶⁷ Co-Orientador. Doutor em Clínica Médica. Biólogo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Professor de Bioética na UFRGS.

⁶⁸ Acadêmica de Medicina. Monitora do DPML. FAMED, UFRGS. Colaboradora na pesquisa.

⁶⁹ Acadêmico de Medicina, FAMED, UFRGS. Auxiliar na pesquisa.

⁷⁰ Orientador. Doutor em Clínica Médica. Professor Adjunto do Depto.de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. Membro Efetivo e Analista Didata da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.

INTRODUÇÃO

Ambigüidades no campo do conhecimento científico são, às vezes, desestimulantes, daí já ter sido escrito “*não haver maior impedimento para o avanço do conhecimento do que a ambigüidade das palavras*” (1). O uso de terminologia não-ambígua é um dos critérios de cientificidade (2). As ambigüidades podem ser entendidas no lato senso ou no estrito senso. No primeiro caso estão os erros e as confusões conceituais. No segundo caso, os estímulos ou informações capazes de serem interpretadas de, pelo menos, duas maneiras. É o caso do clássico vaso e/ou perfis de Rubin. Por vezes, a ambigüidade está mais no observador do que no observado, aí incluindo-se as assim chamadas “ilusões de ótica”, exemplificadas nos desenhos de Escher. Da mesma forma, escolas ou modelos psicanalíticos e psiquiátricos também podem determinar diferentes interpretações pelo observador do mesmo estímulo ou informação.

Revisando a literatura sobre a tolerância de estudantes de medicina e médicos à incerteza e à ambigüidade, particularmente no campo da tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas, entendeu-se que as ambigüidades podem ser intrínsecas, naturais e estimulantes da curiosidade científica, e extrínsecas, construídas, artificialmente introduzidas, desestimulantes (3).

A revisão da tradução das obras de Freud poderia encorajar os psiquiatras a fazerem o mesmo no seu próprio campo de conhecimento, onde são encontrados alguns conceitos ambíguos, no sentido de imprecisos, confusos ou, até mesmo, errados. Entretanto, há ambigüidades quase inevitáveis na psiquiatria, como a relação cérebro-mente (4). Até mesmo na física quântica existe falta de clareza conceitual, daí a bem humorada observação de Niels Bohr: “*clareza e verdade não são necessariamente sinônimos, podendo ser considerados conceitos complementares...*” (5). Os físicos, a não ser excepcionalmente, costumam evitar as discussões conceituais no que se refere às diferentes interpretações ou “escolas” na física quântica (6). No caso da psiquiatria e da psicanálise, evitar as questões conceituais agrava o problema das ambigüidades, responsáveis, provavelmente, por parte da antipatia dos estudantes de medicina pelas disciplinas de psiquiatria (3).

No estudo das reações à incerteza e à ambigüidade em estudantes de medicina e médicos, destacam-se os trabalhos de Schor, Pilpel e Benbassat (7) e de Gerrity e cols. (8). A idade de ingresso no curso de medicina, o sexo, a preferência por especialidades (cirurgia

e radiologia *versus* psiquiatria e medicina comunitária) e o tempo de exercício profissional, entre outros fatores, relacionam-se com a tolerância de estudantes de medicina e médicos às incertezas e ambigüidades (7,8,9).

INCOERÊNCIA E DESAGREGAÇÃO

Entre as diferentes situações de ambigüidade podem ser incluídas as geradas por traduções erradas, que mudam a aparência e a essência do texto original (3). O reconhecimento dos problemas da tradução foi consagrado no aforismo “*traduttore, traditore*”. Três exemplos clássicos: a idéia de um Galileu empirista e experimentador teria tido origem em um falseamento da tradução dos *Discorsi*, pela leitura empirista anglo-saxônica (10). Outro erro foi entender, em Tomás de Aquino, a expressão *Inexistenz, in-esse*, que significa “estar no interior de”, como inexistente, não existente, caindo em uma cilada, contra-senso ou ambigüidade, como aponta Dupuy (11). O terceiro, em Kant: expressão transcendência pode ser considerada ambígua. Não é – como se costuma pensar – “o que está além da experiência” – e sim “o que antecede a experiência”, de acordo com o sentido original do autor (12).

Entre os conceitos ambíguos da psiquiatria estão os de afetividade e humor, considerados equivalentes ou sinônimos (13, 14, 15). Um outro caso é o de incoerência e desagregação no curso do pensamento, distinção relevante na discriminação diagnóstica entre as psicoses esquizofrênicas e os transtornos bipolares psicóticos. Em praticamente todas as edições do Kaplan & Sadock há confusão conceitual entre estes dois sintomas (16-22). Na nossa revisão viu-se que “*derailment*”, descarrilamento, nem sempre é considerado sinônimo de “*loosening of associations*”, afrouxamento das associações ou desagregação, as expressões correspondentes ao conceito clássico de Bleuler (23, 24, 25).

Em um dos textos de semiologia mais utilizados pelos alunos de medicina, pensamento incoerente “não se distingue do pensamento esquizofrênico desagregado. A associação de idéias desprovida de lógica é característica de ambos” (27, 28). Bates (29, 30), ao conceituar “indefinição das associações” (“*loosening of associations*”), mantém, igualmente, os conceitos confusos: “*fala na qual uma pessoa desvia-se de um assunto para outros sem qualquer relação (...) observada na esquizofrenia, em episódios maníacos e*

outros distúrbios psiquiátricos”. A autora conceitua incoerência como “a fala essencialmente incompreensível em virtude de conexões ilógicas e sem qualquer significado, e de mudanças bruscas de assunto (...) observada em pessoas psicoticamente afetadas (habitualmente esquizofrênicas) e também em pessoas com afasia” [grifos nossos]. O seu conceito de fuga de idéias, onde “uma pessoa muda bruscamente de um assunto para outro” - permite também confundi-lo com o de desagregação.

Inicialmente não houve um erro de tradução. Em 1950 foi feita a versão do alemão para o inglês, de Bleuler, 1911. A versão em espanhol desta edição inglesa é de 1960 (24, 25). O distúrbio da associação das idéias, dentro dos sintomas fundamentais, era assim caracterizado: “... as associações perdem a sua continuidade... [e] tendem a efetuar-se seguindo novas linhas (p.21)... Frequentemente o paciente abandona um pensamento de uma maneira absolutamente natural e segue com outro, muito diferente, que não tem nenhuma vinculação associativa reconhecível com o anterior ... [com] saltos repentinos (p.27, grifado na transcrição). Este destaque é para lembrar o termo “*knight’s move*”, traduzível por desagregação, pela semelhança desta alteração de curso do pensamento com o movimento daquela peça do jogo de xadrez (26). Mais adiante, segue Bleuler: *Na linguagem [fala] e escrita habituais, esta peculiar desconexão dos fios associativos está combinada, frequentemente, com outras perturbações* [do pensamento e linguagem]. De fato, na clínica psiquiátrica, o que se escuta é um discurso contendo desagregação do pensamento, idéias delirantes e neologismos. Por isso se pode concordar com Bleuler quando ele acrescenta: “*de modo que é difícil encontrar um caso puro* [de desagregação do pensamento]. *Nos estados [esquizofrênicos] agudos, esta anomalia pode chegar a tal extremo que só excepcionalmente uma seqüência de pensamentos pode ser seguida ao longo dos seus muitos elos* [unidades]. *Isto foi chamado de “pensamento dissociado” (Ziehen, 842 [em seu trabalho de 1892]) e “incoerência” (p.28)*⁷¹. A expressão na versão espanhola, de 1960, “*incoherencia*”, está também entre aspas, como “*incoherence*” da edição em inglês de 1950. Conforme Paulo Rónai, as aspas servem para indicar apropriação indébita ou falsa qualidade (31). Subentendia-se que o tradutor do alemão para o inglês não

⁷¹ à página 16: “...man spricht dann von ‘Dissoziativem Denken’ (Ziehen, 842) **und** ‘Inkohärenz’ und muB das äüBere Krankheitsbild als, ‘Verwirrtheit’ bezeichnen’ (23). Grifamos *und/e* por ter sido traduzido, erradamente, por ou, na edição espanhola.

encontrou palavra melhor para a expressão original de Bleuler, “*Inkohärenz*”. Na língua inglesa o uso de *quotation marks for emphasis*, como as aspas, dá margem a ambigüidades, pois serve tanto para acentuar como para indicar que a palavra ou expressão não deveria ser tomada literalmente (32). Na língua alemã, menos sujeita a ambigüidades, as aspas também indicam ênfase. Em português usam-se negrito, itálico, sublinhado ou maiúsculas para destaques e aspas para citações transcritas, além dos usos indicados por Rónai.

Impossível saber por que Bleuler escolheu “*Inkohärenz*”, palavra de origem latina e destacada com as aspas, para caracterizar a alteração do curso do pensamento. Enquanto se buscava a expressão original, pensou-se em “*Sprunghäftigkeit*” e *Hanglosigkeit*.⁷² A primeira delas expressaria razoavelmente bem o conceito de pensamento desagregado, um salto, como no “*knight’s move*” do xadrez. A segunda sugeriria o curso escorregadio, frouxo ou, melhor ainda, “sem gancho”, sem referência. de acordo como o nosso entendimento de desagregação, mais adiante caracterizado. Outra expressão alemã relacionada com salto é “*Sprunghaf*”, traduzível tanto por incoerente quanto por saltitante. Lembrar a frase *com saltos repentinos* na associação das idéias, destacada na caracterização do distúrbio fundamental do curso do pensamento das esquizofrenias.

Teria Bleuler empregado ou até mesmo cunhado um neologismo, uma palavra não dicionarizada na época? Esta possibilidade dependia da verificação em dicionários do início do século XX. A palavra *Inkohärenz* já existia no século XIX⁷³. Entretanto, a conceituação do próprio autor mais a escolha de palavra de origem latina acrescida das aspas para ênfase sugere que estamos diante de um tipo particular, específico, de incoerência.

Autores subseqüentes, bem como anteriores à versão inglesa da obra de Bleuler, ao consultarem a edição alemã, adotaram a expressão “*incoherence*” sem a ressalva de Bleuler e pelo seu tradutor para a língua inglesa, dando a esta expressão um sentido de sinonímia com “pensamento dissociado” [desagregação do pensamento] que não parece existir no original alemão e nem mesmo na versão inglesa já referida. Em 1939, Noyes, usando como fonte de consulta a edição alemã de 1911, caracterizou *incoherence*: “*Sometimes the progression of thinking is so disorderly that one idea runs into another without logical*

⁷² Ver nota de agradecimentos, ao final do trabalho.

⁷³ A palavra *Inkohärenz* aparece em Meyer konversations lexicon, p.292. 1876/1887. Neulat. Museu Histórico São Leopoldo. Consulta em 13.01.04, pelo seu Diretor, Prof.Telmo Müller. [Zusammenhanglosigkeit.]

consecution, and speech is not bound by any law. The result is a disorganization of syntactical structure with a lapse into disjointed phrases or even into parts of sentences and known as incoherence” [sem aspas]. Finalizando, escreve Noyes (36): “*As might be expected incoherence occurs particularly in schizophrenia [grifado nesta transcrição], a disease in which the thinking is characteristically dominated by complexes. Much of the thinking of the schizophrenic is described as “scattered” [disperso], which simply means that the thinking is a little less disorderly [desordenado, desregrado, transtornado] than in incoherence*” (p.104). Fica evidente, nesta frase, que Noyes está se referindo a um tipo particular ou específico de incoerência, que corresponde à “Inkohärenz” de Bleuler e à desagregação do curso do pensamento em português.

No capítulo da esquizofrenia, Noyes escreve: “*In connection with disturbances of associations mention should be made of the fact that in early schizophrenia a fairly typical flight of ideas may occur, which later tends to develop into incoherence*”. Um pouco antes, o autor caracterizou o curso das associações das idéias na esquizofrenia como sendo “*shortened, fragmented, and otherwise so disturbed as to appear illogical (...) One of the earliest symptoms observed by the psychiatrist may be a certain inconsequence and odd sequence of ideas (...) As the disease becomes established there is a tendency for associative connections to become disturbed, at times becoming so broken or incomplete that the patient’s utterances become fragmentary, disconnected, illogical or even unintelligible*” (p.441). A sétima edição do Kolb/Noyes (35) não alterou significativamente a definição e o conceito de “incoerência”. Concluindo a revisão destes livros textos, das décadas de 1940 a 1970, acrescenta-se que, em 1950, *Bleuler, Demencia Precoce* já estava disponível em inglês, com “incoherence”, ressaltada pelas aspas.

Estamos apenas diante de um problema de tradução e de tradição? O que dizem os pesquisadores contemporâneos, com destaque no campo da esquizofrenia, em particular nas alterações da forma e curso do pensamento?

PESQUISAS RECENTES EM PSICOPATOLOGIA

Em 1978, sem abordar esta confusão ou ambigüidade específica do curso do pensamento, Leme Lopes, apoiando-se em HC Rumke (1958) já havia assinalado o terreno movediço, contraditório e de incertezas da esquizofrenia (37).

Em 1998 o American Journal of Psychiatry publicou um conjunto de pesquisas no campo da esquizofrenia. Ao apresentá-los Nancy Andreasen fez importantes críticas às insuficiências dos DSMs, em particular para o diagnóstico das esquizofrenias (38). Para ela o DSM serve apenas como um “*diagnostic gatekeeper*”, com descrições da maior parte dos transtornos intencionalmente escassas ou pobres, simples e incompletas, especialmente no caso da esquizofrenia. Declara, para a surpresa de muitos, que os critérios diagnósticos dos DSMs *não foram desenvolvidos para pesquisa*, com os seus arquitetos bem conscientes de que suas descrições e critérios eram *apenas produto de consenso* [!] e que o objetivo era criar definições confiáveis, com critérios “amigáveis” para uso clínico. A editoralista pergunta: Quais são os sintomas definidores da esquizofrenia? Seriam os sintomas psicóticos que o DSM enfatiza ou os sintomas fundamentais de Bleuler, negativos e cognitivos? Bleuler, mesmo propondo uma etiologia biológica para os seus sintomas fundamentais, talvez não tenha sido perdoado pelos auto-denominados neo-kraepelinianos, por ter tentado um entendimento psicanalítico das esquizofrenias. Os excessivamente empiristas organizadores dos DSMs excluíram os clássicos quatro “**As**” de Bleuler dos critérios diagnósticos dos DSMs: rigidez **a**fetiva, distúrbio da **a**ssociação das idéias, **a**utismo e **a**mbivalência⁷⁴.

Andreasen finaliza entendendo que os pesquisadores *high-tech* poderão estar dentro de dez anos se defrontando com uma “primavera silenciosa”⁷⁵, se a tecnologia avançar desacompanhada de clínicos prudentes e sensatos. Confirmadas as previsões de Andreasen, em 2008, cinquenta anos depois de Rumke, o terreno da psiquiatria na esquizofrenia poderá continuar “movediço e contraditório”, pois o avanço científico, por si só, não faz desaparecer as ambigüidades (3). Pensamos ser indispensável uma atenção às confusões e ambigüidades das definições e conceitos das principais manifestações psicopatológicas da esquizofrenia.

Um outro pesquisador contemporâneo, Weinberger, para quem a esquizofrenia seria um transtorno neurodesenvolvimental, com heterogeneidade clínica e biológica (39), tem outro entendimento dos distúrbios do curso do pensamento.

⁷⁴ A epistemologia e psiquiatria norte-americanas são caracterizadas por um forte empirismo (Faust).

⁷⁵ Nancy Andreasen faz alusão ao livro de Rachel Carson, “*Silent Spring*”, que expressou as preocupações com a ecologia.

Enquanto Andreasen junta fuga de idéias com *derailment* e *loosening of associations* [desagregação], Weinberger não o faz. Ela, mesmo com suas dúvidas, afasta-se de Bleuler. Weinberger deste se aproxima, quando relaciona os prejuízos semânticos na esquizofrenia com o conceito de associações frouxas de Bleuler, ambos relativamente específicos. Para ela associações frouxas também estariam presentes na depressão e na mania. Andreasen entende ser difícil a distinção entre a incoerência no sentido de desagregação da incoerência que resulta das afasias de Wernicke e de Broca. Weinberger pensa diferente, inclusive a partir do mapeamento da ativação cerebral por testes de fluência semântica.

Para nós a desagregação do curso do pensamento corresponde ao *derailment* dos norte-americanos ou ao *knight's move* dos ingleses. É o afrouxamento das associações [*loosening of associations*], onde a coerência está perdida não somente *no conjunto*, o que pode ocorrer na incoerência inespecífica ou genérica, presente em vários quadros psiquiátricos e até mesmo na normalidade, por falta de domínio de um tema, no entendimento e/ou expressão. A “incoerência”, específica, compromete também os termos e idéias deste conjunto, com perda da sintaxe, da estrutura da idéia e com o que chamaremos aqui de “frouxidão semântica”, a partir das pesquisas e conceitos do grupo de Weinberger (40, 41). O pensamento de conteúdo delirante pode ser incoerente, mas não necessariamente desagregado, embora eles – a desagregação e o delírio - possam coexistir na esquizofrenia. Pacientes com transtorno delirante paranóide falam coerentemente, quanto ao curso do pensamento, mas sem desagregação. Estas diferenças não são compartilhadas por Nancy Andreasen, mas Akiskal (42) e Weinberger e seu grupo de pesquisa (39, 40, 41) destacam-nas.

Há quem proponha, como Ovsiew, um epílogo para a nosologia kraepeliniana, com a sua nítida separação entre as psicoses esquizofrênicas e afetivas, estas correspondendo à enfermidade ou psicose maníaco-depressiva (43). Kraepelin, aliás, já havia sido criticado no passado pela sua separação da “demência precoce” das outras psicoses, no que foi defendido pelo próprio Bleuler. Segundo Ovsiew seria praticamente impossível a discriminação entre as duas já chamadas “psicoses funcionais”, tanto a partir de sintomas quanto de dados biológicos. Para este autor, entre outros, teria pouco valor, portanto, a

caracterização por Bleuler no passado e por Weinberger na atualidade das alterações da forma e curso do pensamento mais sugestivas dos transtornos esquizofrênicos.

Esta pretendida superposição entre esquizofrenia e a antiga “PMD” parece ser um subproduto das confusões conceituais introduzidas no ensino e na pesquisa nos últimos cinquenta anos pela epistemologia empirista e orientação “minimalista” nítida em parte da psiquiatria, especialmente nos Estados Unidos (3). Uma delas é esta, entre desagregação, a “incoerência” de Bleuler, mais específica, e incoerência, termo mais abrangente. A outra é a proposta de apagar a diferença entre humor e afetividade, examinada em outras comunicações (14, 15). Em três famosas biografias, de Vincent Van Gogh, de Kay R. Jamison e de John F. Nash, é possível verificar, claramente, a “frouxidão semântica” no caso da esquizofrenia, de Nash, e a “unidade semântica” nos casos de “PMD” (44, 45, 46, 47).

Young, Tanner e Meltzer examinaram o problema da baixa concordância entre diferentes sistemas diagnósticos e das definições operacionais para a esquizofrenia (48). Entendem que sistemas diagnósticos distintos podem representar diferentes conceitos, daí a discrepância. Mas esta discrepância poderia também resultar de diferentes acurácias ou “eficiências” dos sistemas diagnósticos, isto é, do índice de erros sistemáticos. A acurácia/eficiência depende não só da padronização dos métodos de medida e da otimização e automatização dos instrumentos, real ou supostamente obtida pela estrutura e organização dos DSMs, mas também do treinamento, teórico e prático, dos psiquiatras na semiologia e psicopatologia do curso do pensamento.

Em instrumentos muito utilizados nas pesquisas com antipsicóticos na esquizofrenia, também vamos encontrar as mesmas ambigüidades construídas, presentes nos livros didáticos. Por exemplo, na *Brief Psychiatric Rating Scale, Anchored*, isto é com definições operacionais dos níveis de gravidade (definidas por Woerner et al, 1988) há um termo abrangente, *desorganização conceitual*, na tradução de Romano & Elkis (49), que corresponderia à incompreensibilidade da fala; inclui *qualquer* tipo de desordem formal de pensamento [*formal thought disorder*], por exemplo associações frouxas, incoerência, fuga de idéias e neologismos, mas excluindo mera circunstancialidade ou fala maníaca [*pressured speech* no original] mesmo que acentuada. A versão original é de Overall & Gorham, 1962. A versão semi-estruturada (Rhoades & Overall, 1988) foi traduzida e

adaptada no Brasil por Zuardi e cols (50). Nesta versão o termo *desorganização conceitual* é também considerado sinônimo de *incoerência*, compreendendo os distúrbios do processo de pensamento, desde certa imprecisão na expressão verbal até produções completamente desorganizadas.

Outra importante escala é a desenvolvida por N. Andreasen. A autora, preocupada com a má compreensão e o mau uso do termo *formal thought disorder* recomenda que ele deixe de ser usado, sugerindo um novo conceito, o de “*disorders of thought, language, and communication*”, estruturando uma escala para a sua avaliação. Nesta a autora considera *flight of ideas* como um *derailment* que ocorre rapidamente no contexto da pressão para falar. Superpõe, portanto os conceitos do que Bleuler considera “incoerência” no sentido estrito do termo com o de fuga de idéias, em que o conceito chave não é o de rapidez, e sim o tipo de associação de idéias (por assonância, rimas etc.).

CONCLUSÃO

Não é obrigatório, nem mesmo possível, que exista uma identidade entre as expressões de uso comum, dos dicionários não especializados e as expressões de uso técnico-científico. Exemplos não faltam.⁷⁶ Mas não é desejável que existam discrepâncias muito grandes. Por exemplo, ambigüidades inconvenientes e desnecessárias seriam construídas caso os conceitos leigos e especializados de *incoerência* não fossem compatíveis entre si, ou que *desagregação* e *incoerência* fossem considerados sinônimos sem razões lógicas para tal.

Infelizmente os conceitos são semelhantes no léxico comum. Em Houaiss, *incoerência* significa falta de coerência, falta de lógica, de ligação, de nexos entre fatos, idéias, ações etc.; *desarmonia*, *desconexão*, *discrepância*, *inconseqüência*, *ausência de congruência*. Vem do latim *cohaerentia*, “conexão, coesão”. *Desagregação*, por sua vez, significa *disgregação*, *decomposição* de um corpo em suas partes constitutivas, *perda da unidade*, *da coesão* de um conjunto organizado; *dissolução*, *desorganização*. Na psiquiatria, o mesmo que *dissociação* (53). Em Webster’s, *incoherence* significa *lack of cohesion or*

⁷⁶ Para assinalar a diferença entre o uso científico de probabilidades em Física e o uso popular do conceito, Popper declara, citando R. Von Mises, 1919, que “seria errôneo exigir que um termo científico, adequadamente definido, tivesse de corresponder, sob todos os aspectos, a uma utilização pré-científica” [popular] (52).

adherence [falta de coesão ou adesão/aderência, conjunção], *lack of continuity or relevance* [falta de continuidade ou relevância]: *incongruity, inconsistency* [incongruência, inconsistência]. *Derailment*, do francês *déraillement*: *act or instance of derailing or being derailed* *Disaggregation, the separation of an aggregate into its components parts; dissociation* (54).

Em nome da diminuição das confusões e ambigüidades construídas no campo da psiquiatria, seria preferível usar a expressão incoerência não como sinônimo de desagregação, recuperando-se o sentido original que Bleuler deu às características do curso do pensamento da esquizofrenia e levando em conta os trabalhos do grupo de Weinberger.

Agradecimentos

A edição do Bleuler em alemão, depois de muita procura, foi localizada na Biblioteca da Universidade de Toronto, por gentileza de Cintia Padoin, residente de psiquiatria da UFRGS-HCPA, em estágio naquele local, no período de julho a setembro, 2003. Agradecemos também a Luis Guilherme Streb, de Porto Alegre e a Mário Eduardo Costa Pereira, de Campinas, SP, psiquiatras, pelas críticas, sugestões e esclarecimentos na língua alemã.

Ao Professor Tuisikon Dick, por sua gentileza e importantes observações sobre a língua alemã.

Referências

1. REID, Th. A. *Essays on the intellectual power of Man* (1785). Columbia World of Quotations 1966 Number 46182. Internet, março, 2003 [explication of words].
2. FONAGY, P., ed. *Uma revisão de portas abertas: revisão panorâmica de resultados em psicanálise*. Porto Alegre: SPPA, 2001 [Revisão técnica de CL Eizirik e cols].
3. OSÓRIO, CMS; EIZIRIK, CL; GOLDIM, JR. *Incerteza, ambigüidade e formação médica; uma revisão da literatura*. Porto Alegre, UFRGS, Faculdade de Medicina, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, 2004. Dissertação de mestrado em psiquiatria.
4. McHUGH, P. & SLAVNEY, P. *As perspectivas da psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
5. BEN-DOV, Y. *Convite à física*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996 [1995, du Seuil]. p. 140 [Bohr].
6. LANG DA SILVEIRA, F. Comunicação pessoal. 2003.
7. SCHOR, R; PILPEL, D, BENBASSAT, J. Tolerance of uncertainty of medical students and practicing physicians. *Medical Care*, v.38, n.3: 272-280, March 2000.[<http://gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi>, 10/05/02].
8. GERRITY, MS; DeVELLIS, RF; EARP, JA. Physicians' reactions to uncertainty inpatient care; a new measure and new insights. *Medical Care*, v.28, n.8: 724-736, 1990.
9. MERRILL, JM et al. Uncertainties and ambiguities; measuring how medical students cope. *Medical Education*, v.28: 316-322, 1994.
10. KOYRÉ, A. Traduttore-traditore. A propósito de Copérnico e de Galileu. In: _____. *Estudos de história do pensamento científico*. Rio de Janeiro, Forense Universitária 1982 [1973] [extraído de Isis, 1943, 34(95), pp.209-210].
11. DUPUY, JP. *Nas origens das ciências cognitivas*. São Paulo: Unesp, 1996[1994], p.126-7.
12. KANT, I. *Crítica da razão pura*. 2.ed. Lisboa: Calouste-Gulbenkian, 1989 [1781]. Introdução, p.36-57.
13. MANLEY, M.R.S. Psychiatric interview, history, and mental status examination. In: SADOCK, BJ & SADOCK, VA, eds. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7.ed. Philadelphia: Lippincott, 2000. chap.7.1, p.652-665.
14. OSÓRIO, CMS. O diagnóstico nosográfico [CID] e o diagnóstico psicanalítico na psiquiatria: convergentes, divergentes, complementares? Quando, como e por que?

Participação em mesa redonda. XX Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica. Gramado, outubro 2000 [manuscrito].

15. OSÓRIO, CMS; EIZIRIK, CL.; GOLDIM, JR; ALBRECHT, R. *Afetos emoções, sentimentos, temperamento e humor; uma proposta de exame do estado mental com mais clareza conceitual, menos confusão e menos ambigüidades*. Porto Alegre, UFRGS, Faculdade de Medicina, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria. Dissertação de mestrado. Trabalho utilizado para o EGQ, Exame Geral de Qualificação. Novembro, 2003.

16. FREEDMAN, A; KAPLAN, HI; SADOCK, BJ, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry* [1.ed.] Baltimore: Williams & Wilkins, 1967. p.549, 550.

17 LINN, L. Clinical manifestations of psychiatric disorders. In: FREEDMAN, KAPLAN, HI; SADOCK, BJ., eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 2.ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1975, chap.13.1

18. KAPLAN, HI; SADOCK, BJ. Typical signs and symptoms of psychiatric illness In: KAPLAN, HI; FREEDMAN, A; SADOCK, BJ, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 3.ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1980, chap.12.4, p.925.

19. KAPLAN, HI ; SADOCK, BJ, Typical signs and symptoms of psychiatric illness In: KAPLAN, HI; FREEDMAN, A; SADOCK, BJ, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*.. 4.ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1985, chap.12.4, p.500.

20.KAPLAN, HI ; SADOCK, BJ. Typical signs and symptoms of psychiatric illness. In: _____.eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*.5.ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990 p.472.

21.KAPLAN, HI; SADOCK, BJ, Typical signs and symptoms of psychiatric illness. In: _____. eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6.ed. Baltimore:Williams & Wilkins, 1995, p.540.

22.KAPLAN, HI ; SADOCK, BJ. Typical signs and symptoms of psychiatric illness. In: _____. eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7.ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, p.687.

23.BLEULER, E. Dementia Praecox oder Grupper der Schizophrenien. In: ASCHAFFENBURG, G. *Handbuch der Psychiatrie*. Leipzig und Wein: Franz Deuticke, 1911. p.16. 4.Abteilung, 1.Hälfte.

24.BLEULER, E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press, 1950, p.21 [tradução de J.Zinkin].

25.BLEULER, E. *Demencia precoz; el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Paidós, [1960]. p.21-47.

26. MEDICAL RESEARCH COUNCIL. Institute of Psychiatry. *Glossário das definições dos sintomas incluídos na 9^a.ed.do PSE*. São Paulo, USP-HC, 1983 [tradução para o português de Raul Caetano, Valentim Gentil Filho e colaboradores].
27. ALVES BRASIL, MA; ALVES BRASIL, H. Exame clínico [psiquiátrico]. In: PORTO, CC. *Semiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990, cap.173, p.1089, 1090.
28. PORTO, CC. *Semiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1990. p.1089 - 1090 [Exame psiquiátrico, Parte 14].
29. BATES, B. *Propedêutica médica*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990 [1987, 1974-1983] pp.85-105 [p.90].
30. BATES, B. *A guide to physical examination*. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, 1983
31. RÓNAI, P. *A tradução vivida*. 2.ed. rev. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991 [1975] p.62.
- 32.LORD, B. Uses of quotation marks for emphasis. Consulta Internet. http://alt-usage-english.org/quotes_for_emphasis.html, consulta em 10.9.03].
- 33.LANGENSCHIEDT'S *Taschenwörterbuch der Portugiesischen und Deutschen Sprache*. Berlin und München: Langscheidt, 1968. p.336 [incoerência, *Hanglosigkeit*, *Sprunghaftigkeit*] e 1064 [*Sprunghaftt*: saltitante, incoerente].
- 34.MEYER *konversations lexicon*, p.292. 1876/1887. Neulat. Museu Histórico São Leopoldo. [Consulta feita em 13.01.04, pelo seu próprio Diretor, Prof. Telmo Müller. [Zusammenhanglosigkeit.] [Enciclopédia]
35. KOLB, LC. Noyes *Psiquiatria clínica moderna*. 4.ed. México: La Prensa Médica Mexicana, 1971[1968, 7.ed.nos E.Unidos] [Arthur P.Noyes faleceu em 1963].
- 36.NOYES, AP. *Modern clinical psychiatry*. Philadelphia: Saunders, 1939. p.104. 441-443.
37. LEME-LOPES, J.L. Conceito de esquizofrenia: um “s” a menos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.27.n.1-4: 3-8, 1978.
- 38.ANDREASEN, N.C. Understanding schizophrenia: a silent spring? *American Journal of Psychiatry*, v.155, n.12: 1657-1659, December 1998 [Editorial].
- 39.WEINBERGER, D.R. Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, v.44: 660-669, July 1987.
- 40.GOLDBERG, TE; ALOIA, MS; GOUROVITCH, ML; MISSAR, D; PICKAR, D.WEINBERGER, DR. Cognitive substrates of thought disorder. I. The semantic system. *American Journal of Psychiatry*, v.155, n.12: 1671-1676, December 1998.

41. ALOIA, MS; GOUROVITCH, ML; MISSAR, D; PICKAR, D.; WEINBERGER, DR; GOLDBERG, TE. Cognitive substrates of thought disorder. II. Specifying a candidate cognitive mechanism. *American Journal of Psychiatry*, v.155, n.12: 1677-84, December 1998.
42. AKISKAL, H. The diagnosis in psychiatry and the mental status examination. In: WINOKUR, G; CLAYTON, P. *The medical basis of psychiatry*. Philadelphia, Saunders, 1986 [tradução disponível no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, UFRGS].
43. OVSIEW, F. The end to Kraepelinian nosology? *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, v.12, n.3: 297-298, Summer 2000 [editorial].
44. OSÓRIO, CMS. *Depressão bipolar: Van Gogh*. 1999 [manuscrito não publicado, revisado em 2003].
45. OSÓRIO, CMS. *O carteiro e o pintor*. *Jornal do Centro de Estudos Luís Guedes*, v.10 n.40: 8, 1999.
46. JAMISON, KR. *Uma mente inquieta; memórias de loucura e instabilidade de humor*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
47. NASAR, S. *Uma mente brilhante* [origem do filme sobre John F. Nash]. Rio de Janeiro: Record, 2002.
48. YOUNG, MA; TANNER, MA; MELTZER, HY. Operational definitions of schizophrenia. What do they identify? *Journal of Nervous and Mental Diseases*, v.170, n.8: 443-447, August 1982.
49. ROMANO, F; ELKIS, H. Tradução e adaptação de um instrumento de avaliação psicopatológica das psicoses: a escala breve de avaliação psiquiátrica – versão ancorada (BPRS-A). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.45: 43-49, 1996.
50. ZUARDI, A.W.; LOUREIRO, S.R.; RODRIGUES, C.R.C. et al. Estudo da estrutura fatorial, fidedignidade e validade da tradução e adaptação para o português da Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS) modificada. *Revista da ABP-APAL*, v.16: 63-68, 1994.
51. ANDREASEN, NC. Scale for the assessment of thought, language, and communication. (TLC). *Schizophrenia Bulletin*, v.12.n.3: 473-482, 1986.
52. POPPER, KR. *A lógica da pesquisa científica*. 2ed. São Paulo: Cultrix, 1974 [1934, edição em alemão; 1959, em inglês] p.168.
53. HOUAISS, A; VILLAR, MS.. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

54. WEBSTER'S. *Third new international dictionary of the English language unabridged*. Springfield, Mass.: Merriam Webster, 1986.

Apêndice: glossário

Resumo das sete edições do atual Kaplan & Sadock's

1.ed. - sem glossário; com separação entre distúrbios do curso do pensamento e distúrbios da forma, dereísmo e autismo; *word salad* = fala com neologismos e frases ou palavras incoerentes, sem significado lógico, ouvidas em formas graves de esquizofrenia; sem *loosening of associations* ou *derailment*; *incoherence* definida como resultado da desordem do pensamento: pensamentos sem seqüência lógica, incompreensíveis; forma mais leve = *scattering*, dispersão?; *tangenciality*, relacionada com circunstancialidade.

2.ed. - c/glossário; alterações da forma e do curso vistas conjuntamente; *incoherence* = distúrbio da estrutura das associações, *running together* de pensamentos sem conexão lógica, com desorganização; *blocking* = *interruption ... unconscious origin*; *loosening of associations* = fluxo de pensamento casual, sem propósito, ilógico, confuso, incorreto, abrupto e bizarro; sintoma fundamental da esquizofrenia, para Bleuler; *derailment* = não tem; *word salad*, distúrbio da estrutura das associações = mistura incoerente de palavras ou frases, comumente vista em estágios avançados da esquizofrenia; *tangenciality* = diferenciada da circunstancialidade; naquela o objetivo nunca está claramente definido ou nunca é alcançado; o diálogo sai fora dos trilhos.

3.ed. - com glossário; *incoherence* = *running together of thoughts ...*, como na 2.ed.; no glossário, *incoherence* é definida como comunicação inconexa, ilógica e incompreensível; *loosening of associations*, *derailment* = não aparecem, embora exista *blocking* = *interruption ... of unconscious origin*; *word salad* = igual à 2ª.ed., com remessa à incoerência; no capítulo de neurologia, fala-se de *word salad* como jargonofasia, embora não usando este termo, mas diferenciando do discurso esquizofrênico

4.ed. - *incoherence* = *running together of thoughts*, sem conexão lógica, resultando em desorganização; *derailment* = gradual ou súbito desvio, sem bloqueio, na seqüência do pensamento, este sendo vago e não focalizado, como é o *loosening of associations* = definido como fluxo de pensamento, vago, não focalizado e ilógico; sint.fundamental da esquizofrenia, para Bleuler, passível de decodificação psicodinâmica; *word salad* = mistura de palavras ou frases sem significado lógico; *blocking* = igual à 2ª.ed.; *tangenciality* = similar à 2.ed.

5.ed. - *formal thought disorder* = *loosened associations* + *neologisms* + *illogical constructs*. *Incoherence* = *running together...* de pensamentos ou palavras sem conexão lógica, desorganização incompreensível. *Derailment* = desvio gradual ou súbito na seqüência de pensamento, às vezes sinônimo de afrouxamento de associações. Este, *loosening of associations* é o fluxo de pensamento com idéias mudando de um assunto para outro sem relação alguma; se grave, o discurso torna-se incoerente; podendo haver uma lógica privada; manifestação central da esquizofrenia, cf.Bleuler. Às vezes o afrouxamento das associações que ocorre na esquizofrenia é chamado de *derailment*. *Word salad* é a mistura incoerente de palavras ou frases, resultando da intensificação do *loosening of associations* até perto da incoerência. *Blocking* é a interrupção abrupta da seqüência de pensamentos, sem concluí-los.

6.ed. - *incoherence* = pensamento geralmente não compreensível, *running together of thoughts*, sem conexão lógicas ou gramaticais, resultando em desorganização; perseveração, intrusões e incoerência seriam singulares transtornos da forma de pensamento em condições neuropsiquiátricas; *loosening of associations* = como na 5ª.ed.; para alguns teóricos, o aspecto fundamental na esquizofrenia; *derailment* = definido como na 5ª ed.; *word salad* = como na 5ª.ed., completa desordem da fala; *blocking* = interrupção abrupta da seqüência do pensamento, antes que este tenha sido terminado; *tangenciality* = incapacidade de associações de pensamento dirigidas a um objetivo: o paciente nunca chega ao aponto ou objetivo desejado; *Vorbereiden* seria uma forma de tangencialidade; esta, por sua vez, seria uma forma leve de *derailment*; *formal thought disorder* = distúrbio da forma, não do conteúdo = como na 5ª.ed.

7.ed. - *formal thought disorder* = como na 5^a.e na 6^a.eds; *incoherence* = comunicação desconexa, sem associação lógica, desorganizada, incompreensível, com remessa à *word salad* = mistura de palavras e frases incoerentes, essencialmente incompreensível, comumente vista em casos bem avançados de esquizofrenia; seria mais comum no *delirium* e demências corticais, como Alzheimer; *derailment*, descarrilamento, “sair fora dos trilhos” = gradual ou súbito desvio na seqüência de pensamentos, sem bloqueio; o descarrilamento seria considerado, às vezes, como sinônimo de afrouxamento das associações = *loosening of associations* = distúrbio da fala ou do pensamento caracteristicamente esquizofrênico, com transtorno na progressão lógica dos pensamentos, com fracasso na comunicação verbal adequada. Transtorno específico da esquizofrenia, o mais valioso critério diagnóstico, mas requerendo bons conhecimentos de psicopatologia para não ser confundido com outras formas de distúrbio do pensamento: fuga maníaca de idéias, desintegração dos processos do pensamento por obscurecimento da consciência; raciocínio prejudicado por fadiga ou distração. Pelo teste dos provérbios dá para confundir pacientes com afrouxamento das associações com pacientes com fuga de idéias. Resultaria da perda do propósito da linguagem na esquizofrenia. Os autores remetem o leitor a *tangenciality* = maneira de falar oblíqua, contrária de progressiva, irrelevante, na qual a idéia central não é comunicada; forma mais leve de *derailment*; *Vorbereiden* seria uma forma de tangencialidade; *blocking* = visto na esquizofrenia, súbita quebra da seqüência de pensamento

Síntese do Glossário de Psicopatologia [CMS Osório]

1) *Fuga de idéias*: não é simplesmente a *velocidade* rápida, como muitas fontes sugerem, entre elas Kaplan & Sadock e sim *o modo* como são feitas as associações. Sacrifica-se a semelhança e/ou a relação interna em favor de continuidades e semelhança externa. A associação de idéias é feita por *assonância ou sonoridade/clanging*”, o que não deixa de ser uma associação de idéias governada por certas leis, diferentemente do que se vê na esquizofrenia.

2) *Incoerência/incoherence*: é uma alteração do curso do pensamento que depende de outros distúrbios, o que já a diferencia da desagregação, esta última relativamente independente. *Incoerência pode resultar da própria desagregação, mas o inverso não é verdadeiro.* Incoerência é consequência também de fuga de idéias muito intensa, de taquilalia, de verborragia, da obnubilação ou turvação da consciência (como no *delirium*), de parafasia e jargonofasia e da deficiência mental. *Pessoas normais, em situações especiais*: provas escolares ou acadêmicas, ao expor um tema, *podem mostrar incoerência no curso do pensamento*, quando se combinam ansiedade e desconhecimento do assunto. Uma pessoa que não domina um outro idioma pode também falar de modo incoerente ou sem conexão, mas sem nenhum significado psicopatológico.

3) Desagregação, *derailment*, *knight's move*, afrouxamento das associações: o curso não segue uma linha reta, zigzagueia, ficando truncado, inconcluso, descontínuo, “em saltos”. O cavalo do xadrez, além do movimento “em L”, é a única peça que “salta” por cima de outras. A coerência está perdida não somente *no conjunto* (o que pode ocorrer na incoerência), mas *também nos termos e idéias deste conjunto*, com perda da sintaxe e da estrutura da idéia (conforme a brasileira Iracy Doyle e o já citado Noyes). Corresponde também ao que se pode chamar de “frouxidão semântica”, a partir das pesquisas e conceitos de Weinberger. O pensamento de conteúdo delirante pode ser incoerente, mas não necessariamente desagregado, embora eles – desagregação e delírio - possam coexistir, na esquizofrenia. Pacientes com transtorno delirante paranóide falam coerentemente (no que se refere ao curso do pensamento) e sem desagregação. Estas diferenças não são compartilhadas por Nancy Andreasen, mas Akiskal e outros autores, como Weinberger, destacam-nas.

Artigo 4

Afetividade e humor: um exame de estado mental com mais clareza e menos ambigüidades

Afetividade e humor: um exame de estado mental com mais clareza e menos ambigüidades

Cláudio Maria da Silva Osório⁷⁷, José Roberto Goldim⁷⁸, Richelle Becker Albrecht⁷⁹
Cláudio Laks Eizirik⁸⁰,

*... não há maior impedimento para o avanço da
ciência do que a ambigüidade das palavras .*
Reid, 1785

*... mas as palavras estão predestinadas a serem
ambíguas ...*
Freud, 1900

*... na construção de teorias os termos usados
devem ter referências inequívocas e claras com
interconexões igualmente não-ambíguas ...*
Fonagy, 2001

*... [mas duvide, questione, reflita]... quando
alguém lhes disser que a ciência, sem
ambigüidade e sem dúvidas estabeleceu que ...*
Feyerabend, 1996

Resumo

Situações de risco de suicídio ocorrem em transtornos de humor uni ou bipolares ou de depressão secundária a transtornos esquizofrênicos. Todas podem se expressar clinicamente como síndromes psicóticas, necessitando a diferenciação do transtorno de base a partir da distinção semiológica no exame do estado mental da afetividade e do humor, decisivas no diagnóstico diferencial. Afeto, emoção e humor são conceitos usados intercambiavelmente, com ambigüidades ou confusão no campo da semiologia psiquiátrica inclusive com outros conceitos como o de temperamento.

Um primeiro ordenamento, 1957, do Exame do Estado Mental, EEM, foi reordenado hierarquicamente em 1991, destacando a importância do exame da consciência e da afetividade e acompanhando o ordenamento dos transtornos mentais em adultos no DSM-IV e CID-10. O exame do humor vem sendo feito *dentro* do exame da afetividade, inclusive com propostas de abandonar o conceito de afetividade, substituindo-o pelo de humor. Revisam-se os conceitos de afetividade, humor, temperamento, emoções e

⁷⁷ Médico e psiquiatra. Professor na Medicina e na Psiquiatria, UFRGS, HCPA. Mestrando em psiquiatria 2002/2004.

⁷⁸ Co-Orientador. Doutor em Clínica Médica. Biólogo do HCPA. Professor de Bioética na UFRGS

⁷⁹ Acadêmica do Curso de Medicina da UFRGS. Monitora do Depto. de Psiquiatria e Medicina Legal, UFRGS. Colaboradora de pesquisa.

⁸⁰ Orientador. Professor Adjunto no Depto.de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. Membro efetivo e analista didata da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.

sentimentos e propõe-se uma mudança conceitual no EEM, separando humor da afetividade. A proposta visa reduzir as ambigüidades e confusões conceituais na diferenciação entre afetividade e humor, tornando o exame do estado mental mais didático e mais prático.

Abstract

Suicide risks run together with unipolar and bipolar disorders, as well as secondary depressive conditions associated with schizophrenic disorders. All those clinical conditions manifested themselves as psychotic syndromes, thus being very important to identify the baseline condition: mood disorder or schizophrenic disorder? In order to achieve this it is necessary to distinguish affect or mood disturbances through a mental status examination. Affect, emotion and mood are used interchangeably, with ambiguities and conceptual confusion in the field of psychiatric semeiology including other areas, as the temperament.

The first mental status examination at the Federal University, in Porto Alegre, had a hierarchical new arrangement in 1991, following the organization of mental disorders both in DSM-IV and CID-10, with emphasis in the consciousness assessment and the examination of the affects. The assessment of mood mental states is commonly performed in the same context of the examination of the affects. There are proposals (Manley, 2000) to suppress the concept of affectivity in benefit of the mood concept. From a comprehensive examination of the concepts – affectivity, mood, temperament, emotions, and feelings- we offered a new conceptual arrangement of the mental status examination, making a sharp distinction between mood and affectivity. The main objective of the present proposal is to reduce ambiguities and conceptual confusion in the distinction between affects and mood, rendering the mental status examination easier both in learning and medical practices.

Introdução

O médico não especialista em psiquiatria muito frequentemente é chamado em situações de risco ou tentativa de suicídio. Uma das causas mais comuns de suicídio é o transtorno de humor bipolar, especialmente, mas não só, nas fases depressivas, na assim chamada depressão maior. Outra causa comum de depressão maior, de tentativas e suicídios é o transtorno de humor unipolar. Ambas as depressões são consideradas primárias, no sentido que a alteração do humor tem origem no próprio transtorno mental. Os transtornos esquizofrênicos podem também causar depressões, com risco de suicídio, consideradas, por isso, secundárias, porque o transtorno mental básico não é de humor. Todos os três transtornos podem se expressar clinicamente por síndromes psicóticas, sendo comum, nestes casos, a dificuldade de diferenciar os transtornos bipolares psicóticos dos transtornos esquizofrênicos. As quatro fotografias [no final] e as vinhetas abaixo transcritas referem-se a pessoas famosas no mundo da ciência e da cultura. Duas destas quatro pessoas perderam

suas vidas por suicídio, privando suas famílias e a humanidade de suas contribuições. Em um terceiro caso a tentativa de suicídio foi muito grave, mas a pessoa, bem diagnosticada e bem atendida, segue com suas contribuições para a ciência e para a cultura. Em apenas um deles não houve tentativa de suicídio, mas sua conduta, por causa da psicose, produziu importantes abalos morais e perdas sócio-econômicas. Além disso, neste caso, suas idéias delirantes poderiam ter levado a pessoa a tentativas e/ou ao suicídio.

O presente trabalho propõe uma reformulação do exame do estado mental, visando capacitar estudantes de medicina e médicos para uma importante habilidade na prevenção do suicídio, que é a diferenciação semiológica entre alterações do afeto e do humor, decisiva no diagnóstico diferencial de síndromes psicóticas causadas por transtornos esquizofrênicos e transtornos depressivos, bipolares e unipolares.

As quatro vinhetas⁸¹

1. *A única unidade da vida é a unidade do ritmo. Tudo dança dentro deste ritmo universal: homens, maçãs, encostas, campos lavrados, campos de trigo, casas, cavalos, e o próprio sol. A substância que hoje pulsa dentro de você e a maçã são uma mesma coisa.*

Paciente com alucinações, delírios, automutilações e maneirismos típicos em suas obras.

2. *Há muito tempo abandonei a noção de uma vida sem tempestades, ou de um mundo sem estações secas e assassinas. A vida é por demais complicada, é constante demais nas suas mudanças para ser diferente do que realmente é. E eu sou, por natureza, instável demais para ter outra atitude a não ser a de uma profunda desconfiança diante da grave artificialidade inerente a qualquer tentativa de exercer um controle excessivo sobre forças essencialmente incontroláveis.*

Paciente que via uma centrífuga dentro da sua cabeça; logo depois, fora de sua cabeça: aí então a máquina se espatifou em múltiplos pedaços. Assustada, pediu socorro para um psiquiatra. Em outro período do seu transtorno mental, aconteceu grave tentativa de suicídio.

⁸¹ Ver as fotos no final do trabalho, que correspondem a cada um dos pacientes (5, 6, 7, 8).

3. *Essas idéias ficam surgindo na minha cabeça e eu não consigo evitá-las.* Frase de paciente que acreditava haver uma conspiração entre líderes militares para dominar o mundo: ele, o paciente, estava encarregado do golpe militar. O interlocutor lembrava-se de que o paciente estava muito hostil, tendo, o paciente, lhe perguntado: *Você veio me ajudar a fugir?* Este mesmo paciente contou, com um sorriso de culpa no rosto, que secretamente achava que ele *próprio era o pé esquerdo de Deus, e que Deus andava pela Terra.* Estava obcecado por números secretos: *Você conhece o número secreto?* Queria também saber se o seu interlocutor era um dos *iniciados.*

4. *Quando eu crescer quero ser bicha, negro, cadela, puta, judeu, chicano, chucrute, carcamano, maricas, hippie branquelo, ganancioso, acumulador, saudável, suado (...), físico nuclear. conselheiro do AA, psiquiatra (...)* Mais adiante, escreveu: *Seu leite é tão morno. Seu leite é minha merda. Minha merda é seu leite.*

O paciente suicidou-se com drogas e um tiro na boca.

Medicina, ambigüidade e decisões

Na medicina em geral e na psiquiatria em particular, à medida que avançam os conhecimentos e as tecnologias, aumentam a complexidade e a ambigüidade. As decisões diagnósticas, terapêuticas e éticas tornam-se mais difíceis. As tentativas de simplificar, pela eliminação de diferenças e detalhes relevantes, agravam os problemas, ao invés de solucioná-los.

Talvez por isso seja uma profissão que atrai pessoas capazes de lidar com riscos, incertezas e ambigüidades. Há sugestões, na literatura da sociologia médica e em outras fontes, como Hutcheon (9) que as mulheres teriam mais capacidade do que os homens para tolerar e/ou lidar com as ambigüidades. A revisão da literatura de Osório, Ezirik, Goldim e colaboradores sustentam esta hipótese (10).

Riscos e incertezas são conceitos mais conhecidos, mas o que são ambigüidades?

Nos dicionários, encontramos ambigüidade como “obscuridade de sentido (palavras, frases etc); hesitação, dúvida, indecisão entre duas ou mais possibilidades, multiplicidade de significados” (11,12). No Webster’s corresponde a “*intellectual uncertainty, (...) two or*

more meanings of being understood in more than one way, (...) two or more thing at the same time (...); two or more logically incompatible beliefs or attitudes at the same time or alternately (inconsistency resulting from vacillation between two opposing views)” (13). No primeiro sentido ambigüidade e incerteza se equivalem. No último sentido ambigüidade se aproxima muito do conceito de ambivalência, desenvolvido por Bleuler como sintoma fundamental nos transtornos esquizofrênicos (14).

O conhecido desenho a seguir (Figura 1) em que se vê, simultânea ou alternadamente , um vaso e/ou dois perfis, ilustra graficamente o conceito.



Figura 1

Efeito da percepção reversível. Edgar Rubin,1915

Objetivos

Neste trabalho a proposta é esclarecer as relações e as diferenças entre afetividade e humor, salientando a importância desta distinção na prática clínica. Como se sabe, o exame do humor vem sendo feito *dentro* do exame da afetividade. Há proposições, já criticadas em outra comunicação, no sentido de dispensar o exame da afetividade no Exame do Estado Mental (EEM), por ser o humor mais mensurável (15, 16).

Salientamos a necessidade de uma mudança **conceitual** no EEM, diminuindo confusões conceituais e ambigüidades, tornando-o mais didático e mais prático. Fica para outra oportunidade o desenvolvimento da discussão da diferenciação entre humor e temperamento.

O Exame do Estado Mental e suas modificações

A semiologia psiquiátrica no curso e residência em psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul seguiu um primeiro ordenamento durante um período de pouco mais de trinta anos. Ele foi elaborado por Darcy Abuchaim, então aluno do 1º Curso de Especialização em Clínica Psiquiátrica da UFRGS (17). Muitas gerações de psiquiatras

seguiram ou seguem ainda este bem conhecido roteiro, de fácil memorização e organizado hierarquicamente: as primeiras cinco funções geralmente ficam comprometidas em quadros orgânicos, especialmente *delirium*; o outro subgrupo, altera-se nas antigamente chamadas psicoses funcionais e neuroses. Em 1991, percebendo que alunos de graduação e mesmo profissionais da medicina tinham dificuldades para entender o significado de cada uma das funções psíquicas, Osório propôs um reordenamento, mais lógico, para destacar a importância do exame da consciência e da afetividade e para acompanhar o ordenamento dos transtornos mentais em adultos nos DSMs e CID-10 (18). O mesmo Osório, em 2003, depois de uma revisão dos conceitos e dos sintomas da afetividade e do humor e para facilitar o diagnóstico diferencial entre as psicoses esquizofrênicas, com afeto comprometido e as psicoses dos transtornos uni e bipolares, com humor perturbado, introduziu uma mudança conceitual, em livro de semiologia médica (18). O Quadro 1 caracteriza as mudanças ocorridas entre 1957 e 2003.

Quadro 1. Exame do Estado Mental suas modificações

1957 a 1991	1991 a 2002	Novo EEM, proposto em 2003
Atenção	<i>Consciência</i>	<i>Consciência</i>
Sensopercepção	Atenção	Atenção
Memória	Sensopercepção	Sensopercepção
Orientação	Orientação	Orientação
Consciência	Memória	Memória
Pensamento*	Inteligência	Inteligência
Linguagem	<i>Afetividade*</i>	<u><i>Afetividade</i></u>
Inteligência	Pensamento	<u><i>Humor</i></u>
Afetividade	<i>Juízo Crítico</i>	Pensamento
Conduta	Conduta	Juízo Crítico
	Linguagem	Conduta
*[inclusive.juízo crítico]	* inclusive humor	Linguagem
Hierárquico e mnemônico (D.Abuchaim, 1957)	Reordenamento hierárquico (Osório, 1991)	Mudança conceitual (Osório, 2003)

Alguns conceitos e definições para caracterizar a confusão no campo

Sempre que se lê sobre afetos, emoções, sensações, sentimentos, humor e temperamento, nas literaturas psiquiátrica, psicológica, psicanalítica e das neurociências, é comum algum tipo de observação a respeito da confusão, das controvérsias e das dificuldades que o tema impõe. Cada um diz uma coisa. As expressões afeto, emoção e humor são usadas intercambiavelmente: o que é afeto para um autor, passa a ser emoção para outro. Isto tem sido motivo para ambigüidades ou, melhor dito, *confusão conceitual*, no campo da semiologia psiquiátrica. Sentimento e sensação também são confundidos em muitos idiomas e na nossa linguagem coloquial: ambos são “sentidos” pela pessoa, isto é, sentimos frio, uma sensação, e sentimos ódio, um sentimento. Isto ficou bem evidenciado em revisão feita por Osório no tema da afetividade e do humor em diversas fontes de psiquiatria, psicopatologia e semiologia psiquiátrica (20). O Quadro 2 ilustra bastante bem esta confusão, quando humor e emoção são definidos em relação a sentimentos e estes são considerados sem definição, em texto bastante utilizado na formação médica e psiquiátrica.

Um autor bem humorado chegou a pensar que os especialistas da área já tiveram o que se poderia denominar *fobia puritana*, isto é, haveria na medicina, psicologia e na psiquiatria uma certa evitação do tema, pela associação de afetos e sentimentos com o amor, sexo, mulheres e vinho, com os prazeres da vida (21).

Muito comumente encontra-se em vários textos de semiologia psiquiátrica ou é ensinada em aula uma metáfora que tenta estabelecer as diferenças, propondo que humor seria *clima*, mais estável, enquanto o afeto seria *tempo*, mais transitório. Não concordamos com esta abordagem, porque ela mantém confusos os conceitos, ao propor uma diferenciação por grau de estabilidade, facilitando a confusão entre temperamento, mais estável, com as alterações do humor no estado mental, estas mais variáveis.

A distinção entre afetividade é humor muito importante, ainda que difícil. Para, mais uma vez, destacar a importância: ansiedade e depressão são dois sintomas extremamente comuns. na prática médica e na psiquiatria. São alterações dos afetos ou do humor?

Quadro 2 – Conceitos e Definições em Afetividade e Humor

	Afetos	Emoções	Sentimentos	Humor
Houaiss, 2001 Aurélio, 1986	Sentimento Afeição <i>Afetação</i>	<i>Émotion, mover moralmente</i>	Afeto Afeição	Disposição de espírito [bem ou mal humorado]
Kaplan & Sadock 1995	Parte da emoção e expressão observada da mesma	<i>Feeling state</i> [estado sentimental]	<u>Sem definição</u>	<i>Mood</i> : emoção sustentada e pervasiva
Yager & Gitlin [Kaplan & Sadock, 1995]	Estado de <u>sentimento</u> variável	Humores e <i>afetos</i> ligados a idéias e a componentes físicos	<u>Sem definição</u> <i>aquilo que não tem outro nome</i> [Jaspers]	Tom de <i>sentimento</i> , faixa de tons constantes ou prevalentes

A bem conhecida composição *In the mood*, que pode ser escutada em gravações com Glen Miller, Julie London, Bob Dylan e outros, diz, em um dos seus versos: *I'm in the*

*mood for love*⁸². Entendemos que esta letra musical expressa uma possível verdade clínica: o estado de humor (alegre ou triste) vai influir no estado afetivo, nos sentimentos amorosos. O contrário também é verdadeiro: se uma pessoa está amando, torna-se mais fácil que seu humor esteja alegre. E todos sabemos que uma decepção amorosa nos deixa tristes. Afetividade e humor são, portanto, independentes, mas complementares.

A ambigüidade dos afetos no campo da psicanálise

É notável que Freud nunca tenha escrito um livro sobre o amor, embora este permeie toda a sua obra, sendo o centro da experiência psicanalítica (25). Garcia-Roza, por sua vez, ressalta a verdade clínica dos amores e ódios visíveis e palpáveis na prática, ainda que baseados na controversa inferência psicanalítica: o conceito de pulsão.

Kernberg, 1995, considera o amor sexual maduro como um conjunto de emoções complexas, que incluem a excitação sexual, o desejo erótico por uma outra pessoa, acompanhado de ternura e tolerância em relação à ambivalência normal das relações humanas. Em sua bem conhecida formulação, o autor diz que na normalidade/saúde, a agressão (o ódio) está a serviço do amor, enquanto na patologia perversa o amor fica a serviço do ódio (27).

O amor sexual maduro inclui ainda a identificação com o outro, com uma profunda empatia com a identidade de gênero do outro, associada a uma idealização madura, havendo um profundo comprometimento com o outro e com o relacionamento entre ambos (28). Coloquialmente, “cuidar da relação”. É uma relação amorosa apaixonada: com relacionamento sexual, relação de objeto e responsabilidades mútuas.

Na questão do ódio, chama à atenção a ausência do verbete em vários dicionários psicanalíticos, a ponto de caber a indagação: *é mau falar deste mal?* Ainda mais quando consideramos as preocupações com a violência na sociedade contemporânea.

Entendemos a afetividade como o conjunto de fenômenos psíquicos manifestados sob a forma de emoções, sentimentos e paixões, acompanhados sempre da impressão de dor ou prazer, de satisfação ou insatisfação, de agrado ou desagradado, de alegria ou tristeza (12). A chave para compreender a ambigüidade do tema está na expressão grifada.

⁸² *Eu estou no humor [no clima, a fim] para o amor.*

No caso dos sentimentos (tristeza sentida, ódio sentido), uma das fontes de ambigüidade é a confusão, já assinalada, de sensação ou sensibilidade (um som sentido auditivamente, o frio sentido, a dor sentida), com significado (o sentido de uma palavra ou de uma poesia) e, ainda, com intuição (sentir que vai acontecer algo...).

São os poetas, quem sabe pela sua liberdade de transitar no terreno da ambigüidade, aqueles que contribuem decisivamente para o esclarecimento de questões ambíguas, algumas vezes um obstáculo, em outras uma valiosa “ferramenta” conceitual ou uma *Wechsel*, usando a palavra utilizada por Freud para se referir à ambigüidade das palavras de sua paciente Dora (10).

Fernando Pessoa (1888-1935), muito provavelmente um leitor de Baruch Espinosa (1632-1677), assim se referiu à afetividade:

*O poeta é um fingidor
Finge tão completamente
Que faz parecer que é dor
A dor que de veras sente*
(Fernando Pessoa)

*Que os deuses me concedam que, despido
De afectos tenha a fria liberdade
Dos píncaros sem nada.
(...) quem não tem, e não deseja
Homem, é igual aos deuses*
(Ricardo Reis)

A inspiração de Fernando Pessoa para estes últimos versos parece vir de Espinosa, quando o filósofo escreveu que *Deus (...) não ama nem tem ódio a ninguém. É que Deus não é afetado por nenhuma afecção de alegria nem de tristeza e, conseqüentemente, também não ama nem tem ódio a ninguém* (29). A frase expressa claramente a separação com interdependência da alegria e tristeza com amor e ódio que sustentamos em nossa comunicação. É também notável que a figura mais idealizada da humanidade seja apresentada pelo poeta e pelo filósofo como despido de humores (alegria e tristeza) e de afetos (amor e ódio).

Humor, portanto, compreende, basicamente, as variações, quantitativas e qualitativas, de alegria e tristeza. Estas, por sua vez, influenciam e são influenciadas pelos estados afetivos das pessoas. Se, por exemplo, uma pessoa está muito triste, deprimida, sua

capacidade afetiva fica comprometida. Se uma pessoa está amando, é mais fácil que ela fique com o humor normal.

Separando humor da afetividade e do temperamento, facilita-se a importante distinção clínica entre estados mentais alterados e traços, temperamento e personalidade. O conceito de estado mental pressupõe uma transitoriedade, o que não ocorre no caso de temperamento e personalidade (30, 31).

A muito antiga teoria dos humores de Hipócrates era uma teoria de temperamentos. Sendo *temperamento* uma das acepções da expressão *ânimo* [do latim *animus*] é possível que ao longo do tempo e pelas repetidas migrações de termos e conceitos de um campo do conhecimento para outro, no caso medicina-filosofia-psicologia-psiquiatria, acompanhando Abbagnano (32), muito do que hoje consideramos estados mentais propriamente ditos, as alterações do humor, ligadas, mais habitualmente, aos transtornos do humor [Eixo I, “*como a pessoa está*”], correspondem, de fato, ao temperamento que, articulado com o caráter, forma a personalidade [“*como a pessoa é*”, Eixo II, nos DSMs]. A personalidade determina, independentemente da presença de transtornos do humor, boa parte da vida afetiva e do humor da pessoa. Não é fácil diferenciar *durante* o exame do paciente, o que é estado mental do que é traço/personalidade. Esta tarefa depende da obtenção de uma boa história pessoal e clínica do paciente, com informações objetivas de boa confiabilidade. A evolução clínica também poderá ajudar nesta diferenciação.

Como separar na vasta literatura e nomenclatura da semiologia psiquiátrica, os sintomas da afetividade dos sintomas do humor? Infelizmente a presença do sufixo *timia* não é suficiente para distinguir as alterações do afeto daquelas do humor. A tarefa seria fácil se este sufixo – relacionado com humor – só tivesse sido empregado para nomear alterações desta função psíquica. A eutimia é a normalidade do humor, ausência de depressão e/ou euforia. A distimia é o distúrbio da regulação do humor; na prática: depressão crônica. Porém outros sintomas com este sufixo correspondem a *alterações afetivas*, como no caso de paratimia (inadequação afetiva), atimia (sentimento da falta de sentimento) e neotimias (sentimentos novos, insólitos, extravagantes, vividos com apreensão, angústia e perplexidade).

As emoções podem ser primárias, mais livres, menos elaboradas como o choque, uma reação catastrófica ou atitude regressiva, a cólera [ódio impessoal], a satisfação, gozo e/ou relaxamento etc. As emoções secundárias ou derivadas, menos livres e mais elaboradas, são o espanto, o susto, o pânico, o terror; a irritação, a raiva, a agressividade, o prazer, a simpatia, a auto-estima, a insatisfação, o pesar, o mal-estar, o desgosto, o asco, a antipatia e a frustração (33).

Um adulto em estado de pré-coma hepático e um bebê encolerizado são exemplos de cólera *impessoal*.

Sentimentos são estados afetivos mais profundos e duradouros, mais complexos e elaborados: apreensão, receio, insegurança, desconfiança, preocupação, ódio [personalizado], rancor [idem], crueldade, vingança, inimizade, amor, amizade, compaixão, alegria, felicidade, tristeza, inveja, ciúme, repugnância, desprezo, infelicidade, culpa, desesperança etc. Os sentimentos, por exemplo, de ódio e de amor, além de estarem dirigidos a alguém, costumam ser *conscientes*, pelo menos em alguma medida.(33).

Diferentes situações de ambigüidade

1. Palavra ou frase com duas ou mais interpretações diferentes, por vezes diametralmente opostas.
2. *Reframing*, com mudança da aparência, sem alteração da essência, induzindo respostas diferentes, de acordo com Tversky & Kahneman (34).
3. Reordenamentos que mudam a aparência mas alteram também a essência. Induzem respostas diferentes, acompanhando Shelley e Goldim (35, 36).
4. Traduções erradas, que mudam a aparência e a essência, produzindo confusão e/ou ambigüidades: induzem respostas diferentes e erradas! (37).
5. Falta de clareza conceitual: caso de humor, afetos, emoções e sentimentos.

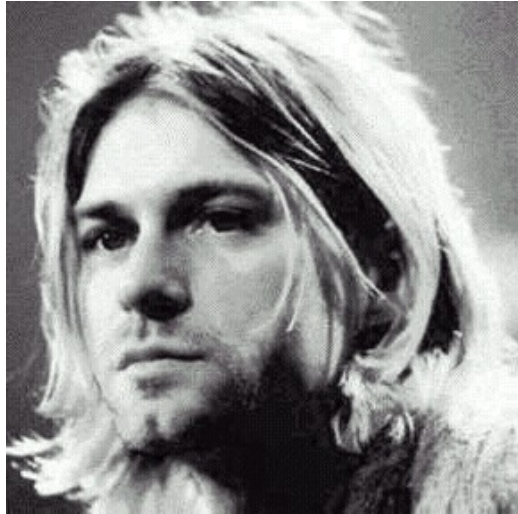
A Figura 2 ilustra o efeito ambíguo das informações incompletas. No desenho tanto pode ser visto um rosto humano quanto um rato.



Figura 2
Bugelski e Alampay, 1961 [Day, 1972]

Propostas e conclusões

1. Afetos = emoções e sentimentos. Emoções básicas = afetos livres. Sentimentos = afetos vinculados.
2. Separar, no EEM, a semiologia e a psicopatologia dos afetos das do humor. Transtornos do humor são diferentes dos “transtornos afetivos propriamente ditos”, como podem ser consideradas as esquizofrenias, o transtorno de personalidade anti-social e as perversões sexuais ou parafilias (39).
3. Afeto hipomodulado é diferente de humor triste. Excepcionalmente, uma pessoa pode ter as duas coisas. Ansiedade é distúrbio do afeto e do humor.
4. Esforço futuro: investigar e caracterizar as manifestações de humor mais estáveis (temperamento), diferentes das alterações transitórias do humor, que são estados mentais propriamente ditos.



Referências

1. REID, Th.A. *Essays on the intellectual power of Man* (1785). Columbia World of Quotations 1996, Number 46182. Internet, março, 2003 [explication of words].
2. FREUD, S. A interpretação dos sonhos. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 196 [1900].
3. FONAGY, P., ed. *Uma revisão de portas abertas [1999]; revisão panorâmica de resultados em psicanálise*. Relatório da Comissão de Pesquisa da IPA. Tradução revisada por CL Eizirik, MR Honer, PC Corona e RG Fiorini. 2001. [Versão manuscrita, disponível no Centro de Estudos Luís Guedes].
4. FEYERABEND, PK. *Contra o método*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977[1975].
5. Van GOGH, V. *Cartas a Théo. Antologia*. Porto Alegre: L&PM, 1997.
6. JAMISON, KR. *Uma mente inquieta*. São Paulo: Martins Fontes, 1996 [1995].
7. NASAR, S. *Uma mente brilhante*. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 2002 [1998] [filme de Ron Howard, estrelado por Russel Crowe, sobre a vida, obra, doença e tratamentos de John Forbes Nash Jr., Nobel de Economia, 1994].
8. CROSS, CR. *Heavier than heaven / Mais pesado que o céu. Uma biografia de Kurt Cobain*. São Paulo: Globo, 2003.
9. HUTCHEON, L. *Teoria e política da ironia*. Belo Horizonte: UFMG, 2000.
10. OSÓRIO, CMS; EIZIRIK, CL; GOLDIM, JR. *Incerteza, ambigüidade e formação médica; uma revisão da literatura*. Porto Alegre, UFRGS, Faculdade de Medicina, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS, Faculdade de Medicina, 2004. Dissertação de mestrado.
11. HOUAISS, A; VILLAR, MS. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
12. FERREIRA, ABH. *Novo dicionário da língua portuguesa* [Aurélio]. 2.ed.rev. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
13. MERRIAN-WEBSTER. *Webster's Third New International Dictionary of the English Language, Unabridged*. Springfield, Mass.: Merriam-Webster, 1986 [1961].
14. BLEULER, E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press, 1950. p.21.

15. MANLEY, MRS. Psychiatric interview, history, and mental status examination. In: SADOCK, BJ; SADOCK, VA, eds. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7.ed. Philadelphia: Lippincott, 2000, chap.7.1, p.652-665.
16. OSÓRIO, CMS. O diagnóstico nosográfico e o diagnóstico psicanalítico na psiquiatria: convergentes, divergentes, complementares? Quando, como e por que? Participação em mesa redonda. XX Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica. Gramado, 2000 [manuscrito revisado, junho 2003].
17. ABUCHAIM, D. *Psicopatologia e semiologia psiquiátrica* Trabalho realizado durante o 1º Curso de Especialização em Clínica Psiquiátrica. UFRGS, Faculdade de Medicina. Hospital Psiquiátrico São Pedro, Divisão Melanie Klein, 1957 [manuscrito].
18. OSORIO, CMS. *A consciência e a afetividade em primeiro lugar: vamos deixar de ser "locs" ?* Trabalho para a disciplina de Semiologia Psiquiátrica do Curso de Medicina da UFRGS. Porto Alegre, 1991 [manuscrito não publicado].
19. OSÓRIO, CMS. Semiologia psiquiátrica. In: BARROS, E. et al. *Exame Clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2004 [no prelo].
20. OSÓRIO, CMS. *Afetividade, temperamento e humor. Revisão da literatura*. 2003 [manuscrito não publicado].
21. MURRAY, HA. Rumo a uma classificação de interações, apud SZASZ, Th.S. *Dor e prazer; um estudo das sensações corpóreas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976 [1975].
22. KAPLAN, HI; SADOCK, BJ. Typical signs and symptoms of psychiatric illness. In: _____. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6.ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995, chap.9.3, p.535-543.
23. YAGER, J; GITLIN, MJ. Clinical manifestations of psychiatric disorders. In: KAPLAN, HI; SADOCK, BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6.ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995, chap.10, p.637-669.
24. JASPERS, K. *Psicopatologia geral; psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1985 [1913, 1959, 1965].
25. GAY, P., org. *Sigmund Freud: Obras psicológicas. Antologia*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1992.
26. GARCIA-ROZA, LA. *Acaso e repetição; uma introdução à teoria das pulsões*. 6.ed. Rio de Janeiro: Jorge-Zahar, 1999.
27. KERNBERG, OF. *A agressão nos transtornos de personalidade e nas perversões*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995 [1992].

28. KERNBERG, OF. *Psicopatologia das relações amorosas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995 [1994?], p.19-24, 33.
29. ESPINOSA, B. de. Proposição XVII. Corolário [Ética]. In: _____. *Pensamentos metafísicos. Tratado da correção do intelecto. Tratado político. Correspondência*. [Seleção de textos de Marilena de Souza Chauí]. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
30. CLONINGER, CR; SVRAKIC, DM; PRZYBECK, Th R. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, v.50: 975-999, 1993.
31. CLONINGER, CR; SVRAKIC, DM. Personality disorders. In: SADOCK, BJ; SADOCK, VA. *Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry*. 7.ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, chap.24, p.1723-1764.
32. ABBAGNANO, N. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
33. BASTOS, CL. *Manual do exame psíquico; uma introdução prática à psicopatologia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
34. TVERSKY, A; KAHNEMAN, D. The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, v.211, n.30: 453-8. January 30, 1981.
35. SHELLEY, SI. Questionnaire development. In: _____. *Research methods in nursing and health*. Boston: Little, Brown, 1984, chap.13, 371.
36. GOLDIM, JR. Instrumento de coleta de dados. *Revista [do] HCPA*, Porto Alegre, v.10 n.2: 124, 1990.
37. OSÓRIO, CMS; EIZIRIK, CL; GOLDIM, JR; ALBRECHT, R; MACHADO, A. *Traduções e tradições na semiologia psiquiátrica do curso do pensamento*. Porto Alegre, UFRGS. Faculdade de Medicina, PPG Ciências Médicas:Psiquiatria, 2003 [trabalho a ser publicado como um dos artigos da dissertação].
38. BUGELSKI, BR; ALAMPAY DA. The role of frequency in developing perceptual sets. *Canadian Journal of Psychology*, v.15: 206-212, 1961.
39. OSÓRIO, CMS. *Perversões: transtornos sexuais? Vantagens e desvantagens dos conceitos ampliados e restritos*. Participação na Mesa Redonda: Aspectos da sexualidade. I Congresso Paulista de Psiquiatria. VIII Jornada Regional da Região Sul, ABP. IV Encontro Brasileiro dos Transtornos Alimentares e Obesidade, ABESO. São Paulo, 14 a 16 de junho, 2001.

Conclusões

Ambigüidade, de obstáculo à ferramenta

As palavras de David Hume na Investigação sobre o Entendimento Humano (1748) são pertinentes neste momento, consideradas as mudanças culturais e científicas nos séculos seguintes: “A grande vantagem das ciências matemáticas sobre as morais consiste em que as idéias das primeiras, por serem de ordem sensível, são sempre claras e determinadas, a mais diminuta distinção entre elas é imediatamente perceptível e os mesmos termos expressam sempre as mesmas idéias, sem ambigüidade nem variação. Nunca se confunde uma oval com um círculo ou uma hipérbole com uma elipse. O isósceles e o escaleno são separados por diferenças mais precisas do que o vício e a virtude, o justo e o injusto. Se um termo qualquer é definido em geometria, o intelecto de per se substitui prontamente em todas as ocasiões o termo definido pela sua definição; e, mesmo quando não se faz uso de nenhuma definição, o próprio objeto pode ser apresentado aos sentidos e, por conseguinte, clara e firmemente apreendido. Mas os sentimentos mais sutis da mente, as operações do entendimento, os tumultos das diversas paixões, embora realmente distintos uns dos outros, escapam-nos com facilidade, quando procuramos sondá-los pela reflexão; e tampouco está em nosso poder fazer reaparecer o objeto original, por mais ocasiões que tenhamos tido de contemplá-lo. Destarte, a ambigüidade se introduz pouco a pouco nos nossos pensamentos; objetos parecidos são facilmente tomados como idênticos, donde resultam conclusões que as premissas estão longe de justificar.”

Estudantes e médicos precisam das letras e dos números para a comunicação com os pacientes, com os colegas e com a comunidade científica.

Ao iniciar este trabalho de investigação, ambigüidades pareciam um obstáculo, algo a ser tolerado, contornado, evitado ou até mesmo eliminado. O mesmo se dava com tolerância, considerada uma “qualidade”, e intolerância, um “defeito”. Entendia também como muito espinhosa a tarefa de uma pesquisa quantitativa em tema tão relacionado com a subjetividade, isto é, com a percepção individualizada de estímulos e informações.

À medida que se avançava, tanto na coleta de dados e primeiras análises estatísticas, quanto na revisão dos trabalhos publicados no tema, principalmente nas discussões e supervisões com os orientadores da dissertação, passou-se, por primeiro, à idéia de lidar com as ambigüidades e incertezas, para logo depois a conceber tolerância e intolerância dentro de um espectro, onde nem a tolerância, nem o seu oposto teriam, em princípio, um valor positivo ou negativo. O entendimento da probabilidade e da percepção como noções centrais no tema da dissertação modificou, substancialmente, a atitude em relação à pesquisa quantitativa.

Foram inesperadas e gratificantes a abrangência do tema, sua profundidade e as interrelações encontradas, tanto na literatura pesquisada quanto com trabalhos anteriores.

Por fim emergiu o conceito de ambigüidade como valiosa ferramenta, *Wechsel*, aproveitando uma nota de rodapé de Freud sobre um sonho de sua paciente “Dora”. Merleau-Ponty, para quem percepção e ambigüidade andam juntas, facilitou um melhor entendimento não só das relações entre as mesmas mas também das dificuldades do tema escolhido. Ficou o sentimento da falta de um conjunto de conhecimentos que poderiam ser chamados de “ciências perceptivas”, por analogia com “ciências cognitivas”. Reforçou-se, a partir do entendimento da “Fenomenologia da Percepção” o conceito de ambigüidade como ferramenta, como um verdadeiro “guia bilíngüe”⁸³ ou até mesmo multilíngüista ou, ainda, usando uma metáfora bem conhecida, como uma “membrana seletiva”, um conceito unificador, de fronteiras, capaz de permitir ou desembaraçar o trânsito intelectual e emocional nos campos de conhecimento das ciências exatas/naturais e humanas, entre o subjetivo e o objetivo, o inconsciente e o consciente, entre a verdade, o erro e a falsidade, entre a certeza e a incerteza, entre o real e o irreal, o provável e o casual/aleatório. Em síntese, consegue-se uma unidade na ambigüidade e/ou por meio dela.

HUME, D. *Investigação sobre o entendimento humano*. 2.ed. São Paulo, Abril, 1980[1748]. Seção VII (Da idéia de conexão necessária), Parte I, p.158-164. [Coleção “Os pensadores”].

⁸³ A idéia da ambigüidade como “guia bilíngüe” partiu de um diálogo no romance “*O afinador de piano*”, de Daniel Mason, onde aparecia a expressão peculiar, com sentidos diferentes em inglês e português. Tem, portanto, o mesmo significado de *Wechsel*.

Bibliografia Geral

ABBAGNANO, N. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1999 [1960, 1971, UTET, Torino, Italia].

AISSSEN, J; HANKAMER, J. *Ambiguitá*. Enciclopedia Einaudi.Turin, 1977.

AKISKAL, H. The diagnosis in psychiatry and the mental status examination. In: WINOKUR, G; CLAYTON, P. *The medical basis of psychiatry*. Philadelphia, Saunders, 1986 [tradução disponível no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, UFRGS].

ALOIA, MS; GOUROVITCH, ML; MISSAR, D; PICKAR,D.; WEINBERGER, .DR; GOLDBERG, TE. Cognitive substrates of thought disorder. II. Specifying a candidate cognitive mechanism. *American Journal of Psychiatry*, v.155, n.12: 1677-84, December 1998.

ALVES BRASIL, MA; ALVES BRASIL, H. Exame clínico [psiquiátrico]. In: PORTO, CC. *Semiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990. cap.173, p.1089,1090.

ANDREASEN, NC. Understanding schizophrenia: a silent spring? *American Journal of Psychiatry*, v.155, n.12: 1657-1659, December 1998 [Editorial].

ANDREASEN, NC. Scale for the assessment of thought, language, and communication. (TLC). *Schizophrenia Bulletin*, v.12.n.3: 473-482, 1986

ATTNEAVE, F. Triangles as ambiguous figures. *American Journal of Psychology*, v.181, n3: 447-453, 1968.

BALDO, MVC; HADDAD, H. Ilusões, o olho mágico da percepção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.25 (Supl): 6-11, 2003.

BASTOS, CL. *Manual do exame psíquico; uma introdução prática à psicopatologia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

BATES, B. *Propedêutica médica*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990 [1987, 1974-1983] pp.85-105 [p.90].

BATES, B. *A guide to physical examination*. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, 1983

BEAR, MF; CONNORS, BW; PARADISO, MA. *Neurociências; desvendando o sistema nervoso*. 2.ed. PA, Artmed, 2002 [2001] 855p. p.342-3.

BECKER, HS et al. Boys in white; student culture in medical school. Chicago, University of Chicago Press, 1961, *apud* BENBASSAT, J; COHEN, R. Clinical instruction and cognitive development of medical students. *Lancet*, 1: 95-97, Jan.9, 1982.

BENBASSAT, J; COHEN, R. Clinical instruction and cognitive development of medical students. *Lancet*: 95-97, January, 1982.

BENBASSAT, J. Difficulties in teaching notions of uncertainty to medical students. Presented at the symposium "The Discipline of Medicine" (May 25-26, 1993) at the Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences, Amsterdam.

BENBASSAT, J. Mudanças no pensamento clínico ao longo das últimas gerações. Harefuah / *Journal of the Israel Medical Association*, v.130, n.9: 585-9, May 1996 [traduzido do hebraico para esta dissertação, por Paulo André Frydman em junho, 2002].

BENBASSAT, J. *The hidden curriculum of undergraduate clinical education*. Improving University Training Proceedings. Umea, Sweden: IUT, 1988, p.632-641.

BEN-DOV, Y. *Convite à física*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996 [1995, du Seuil]. p. 140 [Bohr].

BERRIOS, G; PORTER, R, eds. *A history of clinical psychiatry; the origin and history of psychiatric disorders*. London: Athlone, 1995.

BLEGER, J. *Simbiose e ambigüidade [estudo psicanalítico]* Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977 [1967?]

BLEULER, E. Dementia Praecox oder Grupper der Schizophrenien. In: ASCHAFFENBURG, G. *Handbuch der Psychiatrie*. Leipzig und Wein: Franz Deuticke, 1911. p.16. 4.Abteilung, 1.Hälfte.

BLEULER, E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press, 1950, p.21 [tradução de J.Zinkin].

BLEULER, E. *Demencia precoz; el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Paidós, [1960]. p.21-47.

BOYER, CB. *História da matemática*. 2.ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2002/1996[Wiley,1991]

BROEN Jr, WE. Ambiguity and discriminating power in personality inventories. *Journal of Consulting Psychology*, v.24. n.2: 174-9, 1960.

BRONOWSKI, J. O hábito da verdade. In: _____. *Ciência e valores humanos*. São Paulo: Itatiaia-EDUSP, 1979 [1958], p.33-55.

BRUNER, J. Prefácio. In: Spence, DP. *A metáfora freudiana; por uma mudança paradigmática na psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1992 [1987].

BUCK-MORSS, S. Piaget, Adorno, and dialectical operations. In: BROUGHTON, JM. *Critical theories of psychological development*. New York: Plenum Press, 1987.chap.9, p.245-274.

- BUDNER, S. Tolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of Personality*, 30: 29-50, 1962.
- BUGELSKI, BR; ALAMPAY, DA. The role of frequency in developing perceptual sets. *Canadian Journal of Psychology*, v.15: 206-212, 1961.
- CHAVES, M. *Saúde e sistemas*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1972.
- CHIERCHIA, G. *Semântica*. Campinas: Unicamp-Eduel, 2003 [?].
- CHOMSKY, N. Estruturas sintáticas. 1957, apud GARDNER, H. *A nova ciência da mente; uma história da revolução cognitiva*. São Paulo: EDUSP, 1995 [1985] p.197-137.
- CLARK, JA; MISHLER, EG. O reenquadre da tarefa clínica. In: RIBEIRO, BT; LIMA, CC; DANTAS, MTL, orgs. *Narrativa, identidade e clínica*. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA, 2001. [cap.1], p.11-53.
- CLARKIN, JF e cols. Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 92, n.3: 263-275, 1983.
- COOPER, JE et al. *Psychiatric diagnosis in New York and London; a comparative study of mental hospital admissions*. London: Oxford University Press, 1972.
- COPI, IM. Falácias não- formais. In: _____. *Introdução à lógica*. 2.ed. São Paulo: Mestre Jou, cap.3, p.73-104.
- CRUZ, J. OSÓRIO, CMS; CATALDO Neto, A. Psicoterapia e psicofarmacoterapia. In: EIZIRIK, CL e cols. *Psicoterapia de orientação analítica; teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989, cap.19, p.433-445.
- CURLEY, SP; YATES, J; ABRAMS, RA. Psychological sources of ambiguity avoidance *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, v.38: 230-56, 1986.
- CURLEY, SP; YOUNG, MJ; YATES, JF. Characterizing physicians' perceptions of ambiguity. *Medical Decision Making*, v.9: 116-124, 1989.
- CUSINATO, A. At the root of Ellsberg paradox: ambiguity or scepticism? <http://www.iuav.unite.it/darst/publicazioni/wp/wp1.pdf>.
- DAY, RH. *Percepção humana*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1972 [1969].
- De FORGE, BR; SOBAL, J. Intolerance of ambiguity in students entering medical school. *Social Science and Medicine*, v.28: 869-74, 1989.
- DIDI-HUBERMAN, G. *O que vemos, o que nos olha*. São Paulo: Editora 34, 1998 [1992].
- DORIA Filho, U. *Introdução à bioestatística para simples mortais*. São Paulo: Negócio, 1999.

DROB, S. The dilemma of contemporary psychiatry. *American Journal of Psychotherapy*, v.18, n.1: 54-67, January 1989.

DUNCAN, BB; SCHIMIDT, MI. Medicina embasada em evidências. In: DUNCAN, BB; SCHIMIDT, MI; GIUGLIANI, ERJ. *Medicina ambulatorial. Condutas clínicas em atenção primária*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.7-10.

DUPUY, JP. *Nas origens das ciências cognitivas*. São Paulo: Unesp, 1996[1994].

ECO, U. *O nome da rosa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

EHRlich, D. "Intolerance of ambiguity": Walk's A scale; historical comment. *Psychological Reports*, v.17: 591-594, 1965.

EIZIRIK, CL. Ensinando uma profissão impossível. *Revista ABP-APAL*, Rio de Janeiro. v,16, n.4: 133-135, 1994.

ELLSBERG, D. Risk, ambiguity and the Savage axioms. *Quarterly Journal of Economics*, v.75: 643-669, 1961.

EMPSON, W. *Seven types of ambiguity*. Edinburgh: Penguin, 1961[1930] 265p.

ESPINOSA, B. de. Proposição XVII. Corolário [Ética]. In: _____. *Pensamentos metafísicos. Tratado da correção do intelecto. Tratado político. Correspondência*. [Seleção de textos de Marilena de Souza Chauí]. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

FERRATER MORA, J. *Diccionario de filosofia de bolsillo*. Madrid: Alianza, 1983

FERREIRA, ABH. *Novo dicionário [Aurélio] da língua portuguesa*. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, MCL. *Da ambigüidade ao equívoco; a resistência da língua nos limites da sintaxe e do discurso*. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2000. Tese de doutorado, UNICAMP, UFRGS.

FEYERABEND, PK. *Contra o método*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977 [1975].

FEYNMAN, RP. *Física em seis lições*. 3.ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999 [1989, 1963, 1995].

FLETCHER, RH; FLETCHER, SW; WAGNER, EH. *Epidemiologia clínica; bases científicas da conduta médica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989 [1988].

FLETCHER, RH; FLETCHER, SW; WAGNER, EWH. *Epidemiologia clínica; elementos essenciais*. 3.ed. Porto Alegre, Artmed, 2002 [1996].

FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canadá; a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Bulletin number four, 1910 (reproduced in 1960). New York: [?], 1910. 346p.

FODOR, J; PYLYSHYN, ZW. How direct is visual perception: some reflections on Gibson's ecological approach. *Cognition*, v.9: 139-96, apud GARDNER, H. *A nova ciência da mente; uma história da revolução cognitiva*. São Paulo: EDUSP, 1995 [1985].

FOERSTER, H. von. Heinz von Foerster, pioneiro da cibernética [entrevista]. In: PESSIS-PASTERNAK, G. *Do caos à inteligência artificial; quando os cientistas se interrogam* [entrevistas]. São Paulo: UNESP, 1993.p.197-206.

FOERSTER, H. Von. Visión y conocimiento; disfunciones de segundo orden. In: PRIGOGINE, I, MORIN, E. e outros. *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, 1994 [publicação de temas do Encontro de 1991, sob a supervisão técnica de DF Schnitman e J Schnitman].

FONAGY, P., ed. *Uma revisão de portas abertas: revisão panorâmica de resultados em psicanálise*. Revisão técnica de CL Eizirik e cols. Porto Alegre: SPPA, 2001.

FOX, CR. *Risk, uncertainty, and ignorance in decision-making*. Dissertation. PhD. Dept. of Psychology. Stanford University. August, 1994. 76p. [UMI Diss.Serv.] .

FOX, R. Experiment perilous; physicians and patients facing the unknown. Glencoe, Ill, Free Press, 1959, apud GERRITY, M. et alii. Uncertainty and professional work; perceptions of physicians in clinical practice. *American Journal of Sociology*, v.97, n.4: 1022-1051, 1992.

FOX, R. Training for uncertainty. In: MERTON, RK. *The student-physician; introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard, 1957. p.207-244.

FOX, RC. The evolution of medical uncertainty. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, v.58, n.1: 2-49, 1980.

FRAPPIER-MAZUR, L. Verdade e palavra obscena na pornografia. In: HUNT, L, org. *A invenção da pornografia; obscenidade e as origens da Modernidade. 1500-1800*. São Paulo: Hedra, 1999. 5, p. 217-238.

FRAYZE-PEREIRA, J. *A tentação do ambíguo*. São Paulo: Ática, 1984. 240p.

FREEDMAN, A; KAPLAN, HI; SADOCK, BJ, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. [1.ed.] Baltimore: Williams & Wilkins, 1967. p.549, 550.

FRENKEL-BRUNSWIK, E. Tolerance toward ambiguity as a personality variable. *American Psychologist*, v.18: 108-143, 1948 [O mesmo trabalho está publicado como: Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *Journal of Personality*, 1949].

FRENKEL-BRUNSWIK, E; SANFORD, RN. The anti-semitic personality; a research report. In: SIMMEL, E. ed. *Anti-semitism, a social disease*. New York, International Universities Press, 1948. pp. 96-124, apud BRODY, EB. Psychosocial aspects of prejudice.

In: ARIETI, S., ed. *American handbook of psychiatry*. 2.ed. New York: Basic Books 1974. v.2, chap.32, p.492-511.

FREUD, S. A interpretação de sonhos [Parte II]. Sobre os sonhos. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969 [1900-1901].v. 5. p.361-370, p.671-750.

FREUD, S. A interpretação de sonhos [Parte I]. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969 [1900].v.4.

FREUD, S. Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1907 (1906)]. v.9, p.17-95.

FREUD, S. Fragmento da análise de um caso de histeria [“Dora”]. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v.7, p.5-128. 1972 [1901, 1925].

FREUD, S. Psicopatologia da vida cotidiana. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969 [1901, 1914]. v.6, p.13-347.

GARDNER, H. *A nova ciência da mente; uma história da revolução cognitiva*. São Paulo: EDUSP, 1995 [1985] p.72, 129-130, 132, 141-2, 145, 179, 333, 403 e outras.

GELLER, G; FADEN, RR; LEVINE, DM. Tolerance for ambiguity among medical students; implications for their selection, training, and practice. *Social Sciences and Medicine*, v.31:5: 619-624, 1990.

GERRITY, M. et al. Physicians’ reactions to uncertainty: refining the constructs and scales. *Motivation and emotion*, v.19, n.3: 175-191, 1995.

GERRITY, M. et al. Physicians’ reactions to uncertainty in patient care: a new measure and new insights. *Medical Care*, v.28: 724-736, 1990.

GERRITY, M. et al. Uncertainty and professional work: perceptions of physicians in clinical practice. *American Journal of Sociology*, v.97, n.4: 1022-1051, January 1992.

GEYMONAT, L. Problemas epistemológicos e de método. In: _____. *Galileu Galilei*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997. Apêndice, p.322-342.

GIDDENS, A. Política da sociedade de risco [1997]. In: GIDDENS, A. & PIERSON, C. *Conversas com Anthony Giddens; o sentido da modernidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. p.139-148.

GOLDBERG, TE; ALOIA, MS; GOUROVITCH, ML; MISSAR, D; PICKAR, D.WEINBERGER, DR. Cognitive substrates of thought disorder. I. The semantic system. *American Journal of Psychiatry*, v.155, n.12: 1671-1676, December 1998.

GOLDIM, JR. Conhecimento Perigoso. Internet. Página de Abertura - Bioética Texto atualizado em 27/07/2000.

GRACIA, D. *Primum non nocere*. Madrid: Academia de Medicina, 1990.

GREENBERG, JR & MITCHELL, SA. *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge: Harvard, 1983.

HAMBURGER, J. *A razão e a paixão: reflexões sobre os limites do conhecimento*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

HEWITT, PG *Física conceitual*. 9.ed. Porto Alegre:Bookman, 2002.

HIPPOCRATE. *Oeuvres completes d'Hippocrate*. vol.II. Épidémies. Premier livre. Paris, Baillièrre [et fils], 1840. p.635 [org.por Emile Littré] [<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/bioetica.htm>] setembro, 2004.

HOUAISS, A; VILLAR, M. de S. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HULLEY, SB et al. *Delineando a pesquisa clínica; uma abordagem epidemiológica*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003 [2001].

HUME, D. *Investigação sobre o entendimento humano*. 2.ed. São Paulo, Abril, 1980[1748].Seção VII (Da idéia de conexão necessária), Parte I, p.158-164. [Coleção “Os pensadores”].

HUNT, L, org. *A invenção da pornografia; obscenidade e as origens da Modernidade. 1500-1800*. São Paulo: Hedra, 1999.

HUTCHEON, L. *Teoria e política da ironia*. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

JEKEL, JF; ELMORE, JG; KATZ, DL. *Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva*. Porto Alegre: Artmed, 1999 [1996].

KAHNEMAN, D; SLOVIC, P; TVERSKY, A. *Judgment under uncertainty; heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.

KANDEL, ER; SCHWARTZ, JH; JESSEL, TM., eds. *Essentials of neuroscience and behavior*. Connecticut: Appleton & Lange/Simon & Schuster, 1995. 743p.

KANT, I. *Crítica da razão pura*. 2.ed. Lisboa: Calouste-Gulbenkian, 1989 [1781]. Introdução, p.36-57.

GERRITY, MS; DeVELLIS, RF; EARP, JA. Physicians' reactions to uncertainty inpatient care; a new measure and new insights. *Medical Care*, v.28.n.8: 724-736, 1990.

KAPLAN, HI; SADOCK, BJ. Typical signs and symptoms of psychiatric illness In: KAPLAN, HI; FREEDMAN, A; SADOCK, BJ, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 3.ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1980, chap.12.4, p.925.

KAPLAN, HI; SADOCK, BJ, Typical signs and symptoms of psychiatric illness In: KAPLAN, HI; FREEDMAN, A; SADOCK, BJ, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*.. 4.ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1985, chap.12.4, p.500.

KAPLAN, HI; SADOCK, BJ. Typical signs and symptoms of psychiatric illness. In: _____.eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*.5.ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990 p.472.

KAPLAN, HI; SADOCK, BJ. Typical signs and symptoms of psychiatric illness. In: _____. eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6.ed. Baltimore:Williams & Wilkins, 1995, p.540.

KAPLAN, HI; SADOCK, BJ. Typical signs and symptoms of psychiatric illness. In: _____. eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7.ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, p.687.

KEATS, J. *Keats*. New York: Everymen's, 1994 [Carta aos irmãos George e Thomas, 21 de dezembro, 1817].

KEYNES, JM. *A treatise on probability*. London: MacMillan, 1957 [1921, 1929, 1943, 1948, 1952].

KITSON, M. O barroco. In: Encyclopedia Britannica. *O mundo da arte*. 7.ed. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 1979.

KOEHLER, H. Pequeno dicionário escolar latino-português. 14.ed. Porto Alegre: Globo, 1960.

KOLB, LC. *Noyes Psiquiatria clínica moderna* . 4.ed. México: La Prensa Médica Mexicana, 1971[1968, 7.ed.nos E.Unidos] [Arthur P.Noyes faleceu em 1963].

KOYRÉ, A. Conclusão. In: _____. *Estudos galilaicos*. Lisboa, Dom Quixote, 1986. [1939]. p.345-363.

KOYRÉ, A. Traduttore-traditore; a propósito de Copérnico e de Galileu. In: _____. *Estudos de história do pensamento científico*. Rio de Janeiro/Brasília, Forense/Editora da UnB, 1982. pp.256-258 [originalmente publicado em: *Isís*, v.34, n.95: 209-210, 1943].

KRAUS, A. Um encontro em Heidelberg; diagnóstios fenomenológicos e criteriológicos; diferentes ou complementares? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.43 n.5: 251-7, 1994.

KUHN, Th. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1978 [1962].

LAKATOS, I. *Falsificação e metodologia dos programas de investigação científica*. Lisboa: Edições 70, 1999 [1970].

LANG DA SILVEIRA, F. Comunicação pessoal. 2003.

LANGENSCHIEDT'S *Taschenwörterbuch der Portugiesischen und Deutschen Sprache*. Berlin und München: Langscheidt, 1968. p.336 [incoerência, *Hanglosigkeit, Sprunghaftigkeit*] e 1064 [*Sprunghaftt*: saltitante, incoerente].

LEME-LOPES, JL. Conceito de esquizofrenia: um “s” a menos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.27.n.1-4: 3-8, 1978.

LINN, L. Clinical manifestations of psychiatric disorders. In: FREEDMAN, A; KAPLAN, HI; SADOCK, BJ, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 2.ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1975, chap.13.1

LLOYD, GE, ed. *Hippocratic writings*. London, Penguin Books, 1978/1973 [1950, Blackwell] [translated by J.Chadwick, WN Mann, IM Lonie, and ET Withington].

LOPES, PA. Probabilidades & estatística. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001[1999].

LORD, B. Uses of quotation marks for emphasis. Consulta Internet. http://alt-usage-english.org/quotes_for_emphasis.html, consulta em 10.9.03].

LYTTLETON, RA. A natureza do conhecimento. In: DUNCAN, R; WESTON-SMITH, M, orgs. *A enciclopédia da ignorância*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981 [1977].

MacDONALD, AP. Revised scale for ambiguity tolerance; reliability and validity. *Psychological Reports*, v.26: 791-798, 1970.

MANLEY, MRS. Psychiatric interview, history, and mental status examination. In: SADOCK, BJ; SADOCK, VA, eds. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7.ed. Philadelphia: Lippincott, 2000. chap.7.1, p.652-665.

McDOUGALL, W. Outline of abnormal psychology. New York, Scribner's, 1926 *apud* NORTON, R. Measurement of ambiguity tolerance. *Journal of Personality Assessment*, v.39, n.6: 607-619, 1975.

McDOUGALL, W. The chemical theory of temperament applied to introversion and extroversion. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, v.40: 89-93, 1954, *apud* NORTON, R. Measurement of ambiguity tolerance. *Journal of Personality Assessment*, v.39, n.6: 607-619, 1975.

McHUGH, P; SLAVNEY, P. *As perspectivas da psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989 [1983].

MEDICAL RESEARCH COUNCIL. Institute of Psychiatry. *Glossário das definições dos sintomas incluídos na 9ª.ed.do PSE*. São Paulo, USP-HC, 1983 [tradução para o português de Raul Caetano, Valentim Gentil Filho e colaboradores].

MEYER *konversations lexicon*, p.292. 1876/1887. Neulat. Museu Histórico São Leopoldo. [Consulta feita em 13.01.04, pelo seu próprio Diretor, Prof. Telmo Müller. [Zusammenhanglosigkeit.].

MERESKO, R; RUBIN, M; SHONTZ, FC; MORROW, WR. Rigidity of attitudes regarding personal habits and its ideological correlates. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, v.40: 89-93, 1954.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MERLEAU-PONTY, M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard, 1945.

MERLEAU-PONTY, M. Método preconizado por [Kurt] Lewin; método [científico] de inspiração galileana. In:_____. *Resumo de cursos [de] psicossociologia e filosofia*. Campinas: Papyrus, 1990. p.233-235.

MERRIAN-WEBSTER. Webster's Third New International Dictionary of the English Language, Unabridged. Springfield, Mass., Merriam-Webster, 1986 [1961].

MERRILL, JM et al. Uncertainties and ambiguities; measuring how medical students cope *Medical Education*, v.28: 316-322, 1994.

MERTON, RK. A ambivalência dos médicos. In: _____. *A ambivalência sociológica e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.[1976], cap.4, p.93-102.

MERTON, RK. *A ambivalência sociológica e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976 [1979].

MERTON, RK. Some preliminaries to a sociology of medical education. In: _____.*The student-physician; introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard, 1957. pp.3-79.

MERTON. RK; BARBER, E. A ambivalência sociológica. In: MERTON, RK. *A ambivalência sociológica e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979 [1976], cap.1, p.15-

MORIN, E. *As grandes questões do nosso tempo*. Lisboa: Editorial Notícias, [1987?] [1981], p.207.

NASAR, S. *Uma mente brilhante* [origem do filme sobre John F.Nash]. Rio de Janeiro: Record, 2002.

NORTON, R. Measurement of ambiguity tolerance. *Journal of Personality Assessment*, v.39: 607-619, 1975.

- NOYES, AP. *Modern clinical psychiatry*. Philadelphia: Saunders, 1939. p.104. 441-443.
- OECH, R Von. *Um “toc” na cuca; técnicas para quem quer ter mais criatividade na vida*. São Paulo: Cultura, 1988 [1983], cap.5, “Evite ambigüidades”, p.87-98 [A *whack on the side of the head*, Warner Books].
- OSÓRIO, CMS. Agressão e saúde pública: deve a instituição de saúde pública continuar a serviço das necessidades biológicas de controle demográfico da espécie humana? Porto Alegre, 1973. [manuscrito não publicado: esboço de pesquisa].
- OSÓRIO, CMS. A colméia descontente e a crise na psiquiatria. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v.1, n.3/4: 17-21,1979.
- OSÓRIO, CMS. O caso Dora e a psicoterapia na família; comunicação preliminar. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v.2, n.3: 256-260, 1980 [1978].
- OSÓRIO, CMS. O problema do diagnóstico em psiquiatria: reação e processo esquizofrênicos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v.5, n.3: 182-185, 1983.
- OSÓRIO, CMS. Aprenda a (des) aprender e pesquise (s) em pânico. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, CELG, Porto Alegre, v.1, n.2:61-68, 1999 [1990].
- OSÓRIO, CMS. Problemas relativos à concomitância de psicoterapia com psicofarmacoterapia; questões conceituais no campo da psiquiatria. Participação em painel. I Congresso Gaúcho de Psiquiatria. Gramado, 18 a 21, julho, 1991 [manuscrito revisado, outubro 2003].
- OSÓRIO, CMS; et al. A semiologia compreensiva, os modelos psicanalíticos e as vicissitudes dos estudantes de medicina, psicologia e psiquiatria. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v.15, n.2: 104-109, 1993 [trabalho de 1991].
- OSORIO, CMS. Supervisão em clínica psiquiátrica. In: MABILDE, LC. , org. *Supervisão em psiquiatria e em psicoterapia analítica; teoria e técnica*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1991, p.156-165.
- OSORIO, CMS et al. Unidade e diversidade na psiquiatria: perspectivas de integração do pensamento psiquiátrico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.42, n.3: 133-8, abril, 1993 [trabalho de 1992].
- OSÓRIO, CMS. Por que não ensinamos dinâmica da psicoterapia de grupo aos futuros médicos? O problema da identidade do médico e do dogmatismo na medicina. Apresentado no Curso Tópicos em Medicina. AMRIGS, agosto, 1992. [manuscrito revisado em setembro de 2002].
- OSÓRIO, CMS. O futuro das teorias psicológicas e a ilusão da neutralidade. *Episteme*, Porto Alegre, v.1, n.1: 115-121,1996 [1993].

OSÓRIO, CMS. Escolas de psiquiatria; abordagem epistemológica. Participação no Curso de Filosofia e História da Ciência, UFRGS-SPPA-SPRS-DPML-CELG, abril a junho, 1994 [manuscrito revisado em maio de 2002].

OSÓRIO, CMS. Por que o paciente melhora? *Revista de Psicoterapia*, CELG, Porto Alegre, v. 4, n.3: 222-235, 2002 [1995].

OSÓRIO, CMS. A psicologia médica é necessária? Apresentado em Mesa Redonda.V Jornada de Psiquiatria da Região Sul, II Jornada Gaúcha de Psiquiatria, V Encontro de Psiquiatria do Mercosul. Gramado, 15 a 17, junho, 1995 [manuscrito revisado em setembro, 2002].

OSÓRIO, CMS. Modelos psicanalíticos nas depressões. Explicações de fenômenos diferentes ou olhares diferentes para fenômenos semelhantes? Tema livre. XVIII Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica. Gramado, 10-12 de outubro, 1996 [manuscrito revisado, setembro, 2002].

OSÓRIO, CMS. Valproato e bloqueadores dos canais de cálcio no tratamento do transtorno de humor bipolar; um roteiro de estudo. Aula da disciplina de psicofármacos, Curso e Residência de Psiquiatria, UFRGS-HCPA, janeiro, 1996 [manuscrito revisado em novembro, 2003: discute o tema das falácias/ambigüidades].

OSÓRIO, CMS. *Depressão bipolar: Van Gogh*. 1999. [manuscrito não publicado, revisado em 2003].

OSÓRIO, CMS. O carteiro e o pintor. *Jornal do Centro de Estudos Luís Guedes*, v.10, n.40: 8, 1999.

OSÓRIO, CMS. O diagnóstico nosográfico e o diagnóstico psicanalítico na psiquiatria: convergentes, divergentes, complementares? Quando, como e por que? Participação em mesa redonda. XX Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica. Gramado, 2000 [manuscrito revisado, junho 2003].

OSÓRIO, CMS. Adultos jovens, seus scripts e cenários. In: EIZIRIK, CL; KAPCZINSKI, F; BASSOLS, AM, orgs. *O ciclo da vida humana; uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed, 2001, cap.10, p.141-158.

OSÓRIO, CMS; GOLDIM, JR. Frankenstein, ciência, literatura e bioética. Participação no Curso Polemós 2, Temas Polêmicos em Medicina. 23ª. Semana Científica do HCPA, 01 a 05, setembro, 2003.

OSÓRIO, CMS. Pornografia, ciência, psiquiatria e ética. *Jornal da Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, p.1011, 3º trimestre, 2003.

OSÓRIO, CMS; SOAR Filho, E. O médico, sua identidade e suas transformações. In: CATALDO Neto, A; GAUER, GJG; FURTADO, NR, orgs. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003, cap.14, p.109-115.

OSÓRIO, CMS. et al. Traduções e tradições na semiologia psiquiátrica do curso do pensamento. Porto Alegre, UFRGS, Faculdade de Medicina, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, 2004 [trabalho a ser publicado em revista de psicopatologia, como um dos artigos da dissertação de mestrado].

OSÓRIO, CMS; et al. Afetividade e humor; um exame do estado mental com mais clareza e menos ambigüidades. Porto Alegre, UFRGS, Faculdade de Medicina, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, 2004 [Trabalho utilizado pelo autor principal como EGQ, Exame Geral de Qualificação].

OSÓRIO, CMS. Semiologia psiquiátrica. In: BARROS, E. et al. (eds). M. *Exame Clínico* Porto Alegre: Artmed, 2004 [no prelo].

OSÓRIO, CMS; FLECK, MPA. Psicoterapia e psicofarmacoterapia; ambigüidades e ambivalências, alcances e limites na pesquisa. In: EIZIRIK, CL. et al., eds. *Psicoterapia de orientação analítica*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004 [no prelo] [Complemento 4 desta dissertação].

OVSIEW, F. The end to Kraepelinian nosology? *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, v.12, n.3: 297-298, Summer 2000 [editorial].

PARSONS, T. Estructura social y proceso dinámico; el caso de la práctica médica moderna. In: _____. *El sistema social*. 2.ed. Madrid: Revista de Occidente, 1976. cap.10, p.399-444.

POPPER, KR. A lógica da investigação científica [1934] [excertos]. In: *Os pensadores: Popper*. São Paulo: Abril Cultural, 1980, p.3-98.

POPPER, KR. *A lógica da pesquisa científica*. 2ed. São Paulo: Cultrix: 1974 [1934, edição em alemão; 1959, em inglês].

POPPER, KR. *Conhecimento objetivo; uma abordagem evolucionária*. Belo Horizonte, Itatiaia, 1979 [1971,1973].

POPPER, KR. *El desarrollo del conocimiento científico; conjeturas y refutaciones*. 2.ed. Buenos Aires Paidós, 1979 [*Conjectures and refutations*, 1962].

PORTO, CC. *Semiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1990. p.1089 - 1090 [Exame psiquiátrico, Parte 14].

POTTER, VR. *Bioethics. Bridge to the future*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971: 69, 70, 183.

RAMACHANDRAN, VS; ANSTIS, SM. The perception of apparent motion. In: ROCK, I, ed. *The perceptual world. Readings from Scientific American Magazine*. New York: WH Freeman, 1990. p.145 [Necker cube].

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española*. 21.ed. Madrid: Espasa-Calpe, 1992. [Edição eletrônica, 1995].

REALE, G; ANTISERI, D. El existencialismo: Maurice Merleu-Ponty, entre el existencialismo y la fenomenología. In: ____ *Historia del pensamiento filosófico y científico. III. Del romanticismo hasta hoy*. Barcelona, Herder, 1988 [1983, La Scuola].cap.21, sección4, p.544-546.

REALE, G; ANTISERI, D. Max Weber; la metodología de las ciencias histórico-sociales y el desencantamiento del mundo. In: ____ *Historia del pensamiento filosófico y científico. III. Del romanticismo hasta hoy*. Barcelona: Herder, 1988 [1983, La Scuola].cap.15, p.417-432 [inclui debate sobre a objetividade].

RECAMI, E; FRACASTORO-DECKER, M; RODRIGUES Jr, WA. Taquions. *Ciência Hoje*, v.4, n.28: 48-59, setembro/outubro, 1986.

REID, Th.A. Essays on the intellectual power of Man (1785). Columbia World of Quotations 1996 Number 46182. Internet, março, 2003 [explication of words].

ROMANO, F; ELKIS, H. Tradução e adaptação de um instrumento de avaliação psicopatológica das psicoses: a escala breve de avaliação psiquiátrica – versão ancorada (BPRS-A). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.45: 43-49, 1996.

RÓNAI, P. *A tradução vivida*. 2.ed. rev. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991 [1975] p.62.

ROSENHAM, D. On being sane in insane places. *Science*, v.179, n.70:250-258, 1973.

ROUQUAYROL, MZ. *Epidemiologia & saúde*. 3.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988. .

RUSSEL, B. *History of Western Philosophy*. 2.ed. London, Allen & Unwin, 1961, p.14, apud LUSTED, LB. *Medical Decision Making*, 4: 397-399, 1984.

SANVITO, Wl. *O cérebro e suas vertentes*. São Paulo: Panamed, 1982. p.178-180.

SAVAGE, LJ. *The foundations of statistics*. New York, John Wiley, 1954.

SCHOR, R; PILPEL, D; BENBASSAT, J. Tolerance of uncertainty of medical students and practicing physicians. *Medical Care*, v.38, n.3: 272-280, March 2000.

SEARS, FW; ZEMANSKY, MW; YOUNG, HD. *Física universitária*. 6.ed. Buenos Aires: Addison-Wesley-Ibero Americana, 1988/1986 [Addison-Wesley, Mass., 1949-1982].

SHATTUCK, R. *Conhecimento proibido; de Prometeu à pornografia*. São Paulo, Companhia das Letras, 1998.

SHELLEY, SI. Questionnaire development. In: _____. *Research methods in nursing and health*. Boston: Little, Brown, 1984, chap.13, 371.

SIEGEL, DJ. Percepção e cognição. In: KAPLAN, HI; SADOCK, BJ. eds. *Tratado de Psiquiatria*.6.ed. PA, Artmed, 1999 [1995] cap.3.1, p.321-336.

SINGH, S. *O último teorema de Fermat*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SKRABANEK, P; Mc CORMICK, J. *Follies and fallacies in Medicine*. Glasgow: Tarragon, 1989.

STEVENSON, RL. *O médico e o monstro*.São Paulo: Martin Claret, 2002.

STEWART, I. *Os números da natureza; a realidade irreal da imaginação matemática*. Rio de Janeiro: Rocco, 1996 [1995].

STREINER, DL; NORMAN, GR. Selecting the items. In: _____. *Health measurement scales; a practical guide to their development and use*. 2.ed. Oxford: Oxford, 1995[1989], chap.5, p. 54-68.

TURVEY, MT et al. Ecological laws of perceiving and acting; in reply to Fodor and Pylyshyn. *Cognition*, 9: 237-304, 1981, apud GARDNER, H. *A nova ciência da mente; uma história da revolução cognitiva*. São Paulo: EDUSP, 1995 [1985]. p.72,129-130,132, 141-2, 145, 179, 333, 403.

TVERSKY, A; KAHNEMAN, D. Judgment under uncertainty; heuristics and biases. In: KAHNEMAN, D; SLOVIC, P; TVERSKY, A. *Judgment under uncertainty; heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982. chap.1, p.3-20.

TVERSKY, A; KAHNEMAN, D. The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, v.211, n.30: 453-458, 1981.

VREGILLE, P.de. Galilée. In: D'ALÈS, A. *Dictionnaire apologétique de la foi catholique*. 4.ed. v.2. Paris, Beauchesne, 1924 v.2, p.101-102.

VUOLO, JH. *Fundamentos da teoria de erros*. 2.ed.rev.ampl. São Paulo: Edgard Blücher, 2000 [1992].

Van GOGH, V. *Cartas a Théo. Antologia*. Porto Alegre: L&PM, 1997.

WEBSTER'S. *Third new international dictionary of the English language unabridged*. Springfield, Mass., Merriam Webster, 1986.

WEINBERGER, DR. Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, v.44: 660-669, July 1987.

WEINSTEIN, MC et al. Clinical decision analysis. Philadelphia, Saunders, 1980, apud JEKEL, JF; ELMORE,JG; KATZ, DL. *Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva*. Porto Alegre: Artmed, 1999 [1996].

WEINSTEIN, MC. et al.. *Clinical decision analysis*. Philadelphia, Saunders, 1980, *apud* SCHOR, R.; PILPEL, D; BENBASSAT, J. Tolerance of uncertainty of medical students and practicing physicians. *Medical Care*, v.38, n.3: 272-280, 2000.

WHITEHORN, J. Educação para a incerteza. *Perspectives in Biology and Medicine*, 7:118-123, 1963 [Conferência na Johns Hopkins University, 1963, traduzido de um original para esta dissertação].

WRIGHT, GN; PHILLIPS, LD. Personality and probabilistic thinking; an exploratory study. *British Journal of Psychology*, v. 70, n.2: 295-303, 1979.

YOUNG, MA; TANNER, MA; MELTZER, HY. Operational definitions of schizophrenia. What do they identify? *Journal of Nervous and Mental Diseases*, v.170, n.8: 443-447, August 1982.

ZUARDI, AW; LOUREIRO, SR; RODRIGUES, CRC et al. Estudo da estrutura fatorial, fidedignidade e validade da tradução e adaptação para o português da Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS) modificada. *Revista da ABP-APAL*, v.16: 63-68, 1994.

ZYLBERSTAJN, A. Galileu, um cientista e várias versões. *Cadernos Catarinenses de Ensino de Física*, Florianópolis, v.5, número especial: 36-48, junho 1988.

Complementos

Complemento 1 Frankenstein, Ciência, Literatura e Bioética⁸⁴

Cláudio Maria da Silva Osório⁸⁵, José Roberto Goldim⁸⁶

Navegar por mares nunca dantes navegados...

Lusíadas, Canto I, 1572

Mary Shelley (1), aos 19 anos, cria *Robert Walton*, um comandante de navio, em viagem, ficcional, de exploração/investigação de *mares e regiões desconhecidas*, antecipando-se à real e lendária expedição de Shackleton à Antártida, 1914-1917⁸⁷. A narrativa de Caroline Alexander, com fotos de Frank Hurley, da própria expedição, pode ser recomendada para todo o médico que pretenda envolver-se com pesquisas sem deixar de ter condutas eticamente adequadas (2). A frase do famoso comandante, que conseguiu trazer toda a sua tripulação de volta para Londres, apesar do fracasso da expedição, é inspirada: *jamais para mim a bandeira abaixada, jamais a última tentativa*. Isto é, o fracasso da expedição/pesquisa não conduz o comandante a atitudes indignas. Atitude diametralmente oposta a do médico que sacrifica a medicina em seu próprio benefício. Mário Rigatto referiu-se certa vez ao *insucesso dos médicos x sucesso da medicina*, para contrastar as nossas dificuldades na relação médico paciente com os avanços da medicina no século XX. Poder-se-ia também falar do *sucesso dos médicos às custas do insucesso da medicina*.

Voltando à Mary Shelley: o seu personagem-navegador tem por objetivo alcançar o Norte do Oceano Pacífico, através dos mares que circundam o pólo. *Robert Walton* tem uma irmã, *Margaret Saville*, na Inglaterra, para quem ele escreve cartas, contando as histórias que lhe foram contadas por Victor Frankenstein. Este é um cientista que se tornou

⁸⁴ Participação no Curso Polemós 2, Temas Polêmicos em Medicina. 23ª.Semana Científica do HCPA, 01-05/09/2003

⁸⁵ Médico e psiquiatra pela UFRGS. Professor na Medicina e na Psiquiatria, UFRGS. Mestrando, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, 2002-2004

⁸⁶ Co-Orientador. Doutor em Clínica Médica. Biólogo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Professor de Bioética na UFRGS.

⁸⁷ Por inteira coincidência Sir Ernest Shackleton passa por perto das ilhas Orkney/Órcadas? do Sul, contraponto das Ilhas Orkney do Norte, onde Victor, em sua viagem pela Escócia, se instala para criar a companheira para sua criatura. Há também outra coincidência quanto a este local na última nota deste texto.

cego para os riscos e aspectos bioéticos de sua pesquisa. O discurso deste personagem, em palavras de hoje, seria aproximadamente: “*não há riscos neste projeto, apenas benefícios para a humanidade; quem estiver contra é um ultrapassado, um anti-ético...*” Nas palavras de Stephen King, Frankenstein ilustra a criação de *conhecimento destituído de moralidade* (3). Ou, nas palavras de Jorge Coli, *um alerta contra os excessos científicos*. No ensaio deste historiador da arte, a criação de Frankenstein guarda semelhança com o projeto estético nazista: *tornar perfeito um mundo imperfeito*, eliminando-se a diversidade do mundo (4). Victor ficou depois decepcionado com a sua criação, a criatura hoje também chamada “Frankenstein”, abandonando-a. “*Pariu e não embalou*”, para usar uma expressão contemporânea. Ou, em outra linguagem, não publicou os resultados negativos dos ensaios clínicos randomizados... ou de qualquer uma outra pesquisa. No tema da morte do paciente, uma situação análoga acontece quando o médico, decepcionado com a sua criação/trabalho médico, *abandona* o paciente quando este vai morrer.

Existem muitas ambigüidades na expressão *morte assistida*, tema contemporâneo e controverso. Assistir significa estar presente, observando, até mesmo passivamente. Significa também acompanhar, prestando, ativamente, socorro material ou moral. Continuando com Mary Shelley⁸⁸. Em outras cartas o mesmo navegador *Robert* conta a versão dos acontecimentos que lhe foram contados pela própria criatura, além da narrativa do “monstro” feita ao seu próprio criador, Victor. Para o autorizado crítico Harold Bloom, o ponto alto do romance de Mary Shelley é a narrativa da criatura feita a Robert Walton. Bloom entende, ainda, que o cerne imaginativo da obra é a dramática declaração de “Frankenstein” feita a Victor:

Lembra-te que fui criado por ti: eu devia ser o teu Adão, porém sou mais o anjo caído, a quem tiraste a alegria, por crime algum cometido (5).

Aqui talvez uma ambigüidade intrínseca do original, valiosa portanto, e outra, extrínseca, introduzida na tradução inglês-português. “Por algum crime cometido” é muito diferente de “por crime algum cometido”. Aqui, nenhum crime, lá, algum crime. A frase original é:

⁸⁸ Para quem fica surpreso com a idade da escritora – 19 anos – é bom lembrar que por volta de 1937, quando a Rainha Victoria ascendeu ao trono na Inglaterra, a expectativa de vida era de 39 anos. De modo que ter 19 anos era uma espécie de meia-idade, correspondendo hoje a 35-40 anos. De qualquer forma, Mary Shelley era uma jovem mulher.

Remember that I am thy creature; I ought to be thy Adam, but I am rather that fallen angel, whom thou drivest from joy for no misdeed (p.84, Bantam Classic, grifado na transcrição). *For no misdeed* traduz-se por nenhum crime, sem ambigüidades.

O diabo seria o próprio anjo caído: Satanás foi um anjo que arrogantemente se considerou “nascido de si mesmo”, isto é, não criado por Deus. Este, como represália, jogou-o nas profundezas do inferno, como castigo por sua soberba: desprezando-o.⁸⁹. Bloom relaciona a fala de ‘Frankenstein’-Criatura, dirigindo-se ao Frankenstein-Criador com a fala de Adão-Homem Criado com o seu Criador, Deus.

No original de John Milton, *Lost paradise* [Book X, 290, 740]: *Did I request thee, Maker, from my clay/To mould me Man, did I solicit thee/From darkness to promote me...*⁹⁰ (10). Versão bem menos sofisticada ouve-se dos lábios de filhos ou filhas ao ouvirem críticas ou reclamações dos pais: “*Não pedi para nascer!*” (9,10,11).

Stephen King é o bem conhecido autor de, entre outros, *O Iluminado*, lembrando que Lúcifer significa “Portador das Luzes” (6). Escreveu também *Shawshank Redemption*, que aborda a redenção, através da expiação das culpas, no inferno de uma prisão, tema do filme *Um Sonho de Liberdade*, metáfora para uma psicoterapia psicanalítica (7).

Há uma edição com as três histórias de terror – *Frankenstein, O Médico e o Monstro e Drácula*⁹¹. Nela há um prefácio de S.King, onde este tem uma opinião diferente daquela de Bloom. Para ele, Frankenstein *é o mais mal escrito* [dos três contos] ... *está cheio da ingenuidade e dos sofismas crédulos de uma jovem; com suas freqüentes digressões sobre as Grandes Idéias Filosóficas, mais parece um bate-papo informal num dormitório escolar do que uma história de terror gótico* (3). Várias leituras são possíveis, sendo o conto de terror possivelmente a menos importante delas. Frankenstein pode, por exemplo, ser lido como um livro para a iniciação na ciência, na pesquisa e na bioética.

Destacando as concordâncias com Stephen King. Recentemente, no Encontro sobre a utilização das células tronco embrionárias, de pré-embriões não utilizados nas fertilizações, um dos autores desta comunicação sugeriu a leitura de Frankenstein, por estarmos lidando com conhecimentos e técnicas muito novas, que, para usar a expressão de

⁸⁹ ver Livro X, Paraíso Perdido, p.264, fala de Adão com Deus

⁹⁰ *Pedi eu, ó meu criador, que do barro me fizesses homem? Pedi para que me arrancasses das trevas?*

Ou: *Por acaso pedi a Ti, ó Criador, que do barro me moldasses Homem, por acaso solicitei-te que da escuridão me resgatasses?*

⁹¹ além da edição utilizada, da L & PM.

uma pesquisadora, provoca “arrepios”. Sentimos arrepios diante de situações muito emocionantes, provocadoras de medo ou horror e/ou admiração. A língua portuguesa tem a palavra *formidável*, que caracteriza aquilo que ultrapassa as dimensões usuais, que é colossal ou gigantesco. Que inspira susto, grande medo, pavor e terror, mas que também designa o extremamente belo, o magnífico, o fantástico. Etimologicamente formidável se relaciona com temer (*formidare*) e medroso (*formidoloso, formidosus*) (12).

Destacaremos agora algumas passagens do texto de Mary Shelley, nas suas relações com a ética na pesquisa e com a bioética:

Quando *Robert* se dirige à *Margaret* dizendo: [O] *que pode parar um coração determinado e a resoluta vontade de um homem? Meu orgulhoso coração involuntariamente assim se pronuncia* (p.24), o navegador parece ter o mesmo discurso de Victor. No original de M Shelley o subtítulo era “O Moderno Prometeu”. A etimologia deste nome é curiosa, senão ambígua, pois Prometeu viria de “*pro*” (“antes de”) e de “*methos*” (“saber, ver”), significando o pre-vidente, *prudens*, prudente, o que percebe de antemão. Prometeu foi castigado por ter roubado uma centelha do fogo celeste, privilégio de Zeus, ocultando-na na haste de uma fôrula [cana ou umbelífera] e trazendo-a do Olimpo à Terra, segundo Brandão (13) “reanimando” os homens [ressuscitando? criando vida?]. Há uma diferença essencial entre o orgulho legítimo, vinculado à auto-estima, e a arrogância e soberba, estados emocionais perturbadores do discernimento tão necessário na conduta ética em pesquisa.

Pouco mais adiante, (p.30) diz Victor para Robert: *Homem infeliz! Você quer compartilhar a minha loucura? Será que também você bebeu do líquido que embriaga? Escute-me: deixe-me contar-lhe a minha estória, e você afastará o cálice dos seus lábios.* Logo mais adiante, (p.31) segue Victor: *O senhor [Robert] busca o conhecimento e a sabedoria, conforme eu já fiz uma vez; e ardentemente espero que a satisfação dos seus desejos não venha a ser uma serpente que o pique, como sucedeu comigo.* Há uma certa ambigüidade, encorajando e advertindo o navegador a fazer o mesmo que ele, Victor, fez. Um pesquisador precisa, portanto, estar atento às suas próprias ambivalências bem como aquelas do seu grupo de pesquisa.

Na declaração de Victor para Robert (p.45) - ... *que glória não envolveria a descoberta se eu pudesse banir para sempre a doença do ser humano e tornasse o homem*

imune a tudo o que não fosse a morte violenta! – ficam evidentes as aspirações onipotentes e narcísicas, além da alusão à passagem do Gênesis, 3-22, da Queda Original: *O Senhor Deus disse: “Aqui está o homem, que pelo conhecimento do bem e do mal, se tornou como um de nós. Agora, é preciso que ele não estenda a mão para se apoderar também do fruto da árvore da vida, comendo do qual, viva eternamente.* (p.21). Ou, na versão da Torá: Gênesis 3-4, Bereshit, 22: *E disse o Eterno Deus: “Eis que o homem se tem tornado como um de Nós, para saber o bem e o mal. E agora quiçá ele estenda a sua mão e tome também da árvore da vida e coma, e viva para sempre”* (p.9). Aqui um possível ambigüidade: ao proibir, faz-se um convite para a transgressão, ou melhor, dá-se um estímulo para a investigação. Valem, novamente, as considerações de Coli, comparando o projeto-Frankenstein - de uma criatura de proporções harmoniosas dos membros, belas feições, um belo deus, uma perfeição – com os projetos de perfeição, o nazista. estando entre estes.

Mais adiante (p.51), Victor refere-se ao acaso ou melhor, nas suas palavras, ao Anjo da Destruição guiando-o para o Professor Krempe, de História Natural. A ele Victor contou das suas leituras de alquimistas. O professor censurou-o por estes *“livros perdidos, sistemas ultrapassados e nomes inúteis”*, mas o pesquisador sentiu-se pressionado para *trocar quimeras de ilimitada grandeza por realidades de pouco valor.* De novo as pressões internas – e externas? – na direção de projetos onipotentes.

A alusão ao Gênesis volta na página 54, nas palavras de Victor: *Tanto tem sido feito [na Ciência] (...) mas muito mais eu conseguirei, seguindo pelos passos já marcados, eu abrirei um novo caminho, explorarei forças desconhecidas, e desvelarei ao mundo os mais recônditos mistérios da criação.*

Victor revela então como descobriu estes mistérios (p.58): *Para examinarmos as causas da vida, precisamos primeiro recorrer à morte.(...), acrescentando, para Robert: Eu via como a bela forma do homem se degradava e se decompunha (...) Eu parava, examinando minuciosamente as causas como, por exemplo, [d]a transformação da vida em morte, e da morte em vida, até que, no meio dessas trevas, se fez uma luz súbita sobre mim - uma luz tão brilhante e maravilhosa, e no entanto tão simples que, enquanto eu tonteava com a intensidade da perspectiva que ela oferecia, surpreendi-me de que, entre tantos homens de gênio que se dedicaram aos mesmos estudos, a mim apenas estivesse reservada*

a descoberta de um segredo tão espantoso. As palavras do pesquisador falam por si mesmas.

Segue Victor, sem crítica, à p.191 - ... *uma espécie de entusiasmo fanático ocultara o horror da minha ocupação. Meu cérebro achava-se inteiramente fixado na consumação de minha obra, e meus olhos fechados [cego] ao horror do meu trabalho* Victor, em uma das ilhas Orkney/Órcadas?, ao Norte da Escócia, preparava-se para criar a fêmea da criatura. É notável – para não dizer assustadora – a semelhança deste clima de entusiasmo cego, no mundo da ficção da primeira metade do século XIX, com o clima descrito por Schwartz, agora no mundo real, nos anos 1940. Os cientistas que desenvolveram a bomba atômica podem ter sido manipulados pelos militares mais por conta da sua própria soberba, diferente da vaidade, do que pelo seu patriotismo, anti-nazismo e/ou anti-comunismo.

Na página 193 [início, cap.20] ... *A luz não era suficiente para que eu trabalhasse. Parei, ocioso, meditando se devia abandonar o trabalho à noite, ou se devia continuá-lo sem interrupção para apressar seu fim. Ali sentado, ocorreu-me uma série de pensamentos que me levou a meditar sobre os efeitos do que eu estava engendrando. Três anos antes, eu me entregava à tarefa semelhante e criara um demônio cuja maldade sem par tinha destruído minha alma, enchendo-a para sempre com o mais pesado dos remorsos. Agora eu me achava em vias de formar um outro ser cujo temperamento me era totalmente desconhecido; ela, pois se tratava de uma mulher, podia ser dez mil vezes mais malvada que seu companheiro e, por si mesma, interessada em matar e destruir. Ele jurara que fugiria para longe dos lugares habitados pelo homem e se esconderia nos desertos, mas ela não [jurara]. E ela, que com toda a probabilidade⁹², seria um ser pensante e racional, poderia recusar-se a cumprir um pacto [ou uma determinação] feito antes da sua criação. Podiam até odiar-se; a criatura que já vivia abominava sua própria deformidade e poderia detestá-la ainda mais quando a visse diante de si na forma de uma mulher. Ela, por sua vez, poderia fugir enojada dele, quando contemplasse a beleza dos outros homens; poderia abandoná-lo e ele tornaria a ficar só, [mais] encolerizado [ainda] pelo fato de ser desprezado por outro ser da sua própria espécie.*

⁹² Esta noção – de probabilidade – já existia desde 1654 [Pascal & Fermat, cf. *O último Teorema de Fermat*, de S.Singh, Record, 2001]

Ao longo de todo o texto de Mary Shelley a imprecisão da data - 17.... - parece sugerir a atemporalidade da narrativa, dado que vai se tornar ainda mais importante mais adiante.

À página 181 - [Victor descrevendo seu alter-ego Clerval] - *Ele era uma criatura formada na verdadeira poesia da natureza. Sua imaginação vibrante e cheia de entusiasmo era disciplinada pela sensibilidade de seu coração*[grifado no original]. A passagem é ilustrada por uma citação de Wordsworth, *Tintern Abbey*: “...as rochas altaneiras,/ as montanhas, e os bosques profundos e sombrios,/ com suas cores e formas, despertavam nele/ sensações e um amor que não precisavam de/ recônditos encantos, nascidos da imaginação,/ ou de interesses emprestados/ pelo que a visão lhe podia proporcionar. Aqui, claramente, um exemplo da dissociação do ego do pesquisador, desadaptativa, diferente da dissociação a serviço do ego, que permite a capacidade de envolvimento emocional e imparcialidade, mantendo-se a capacidade de julgar e discriminar, ambas perdidas no caso de Victor Frankenstein.

Pouco adiante, página 188: *a vida de um viajante* [e também a de um pesquisador] *é daquelas que, entre muita satisfação, inclui muito sofrimento. Seu pensamento está sempre voltado para o esforço.* Diálogo entre Victor Frankenstein e Henry Clerval. Estes são também duplos, como Victor Frankenstein.- o criador e “Frankenstein” - a criatura. Outros duplos são Victor Frankenstein., narrador para o navegador e Robert Walton, o navegador da ficção, narrador da história para sua irmã Margaret. O tema do *doppelgänger*, da alternância entre criador e criatura, um perseguindo o outro, é destacado por Holmes(19).

Um pouco antes, página 182: Victor, referindo-se a Clerval, já morto pela criatura, dizia: *E onde está ele agora? Estará este delicado e querido amigo perdido para sempre? Terá este cérebro, tão cheio de idéias fantásticas e magníficas que constituíam um mundo, cuja existência dependia da vontade da vontade do seu criador - terá este cérebro perecido? Existirá agora, apenas em minha memória? Não, não é assim. Sua forma tão divinamente modelada, e cheia de beleza, desfez-se, mas seu espírito ainda visita e consola o seu infeliz amigo.* Hoje, com a psicanálise, falar-se-ia de mente ao invés de cérebro. Independentemente dos termos, a passagem ilustra um relativo momento de reflexão ou *insight* do personagem Victor, com um esboço de um sentimento de perda, imediatamente seguido de uma negação e dissociação, transparecendo a idealização desta parte clivada ou dissociada do seu ego, representada por Clerval.

As reflexões com algum grau de remorso seguem à página 184, quando Victor diz: *Se esta viagem houvesse sido realizada durante meus dias de estudo e de felicidade, me teria proporcionado uma indizível satisfação. Mas uma verdadeira maldição se abatera sobre a minha vida, e eu só procurava esses homens com o objetivo de conseguir os conhecimentos que me ajudassem a resolver o problema que tão profunda e terrivelmente me interessava. Sua convivência me entediava (...) Entre mim e meus semelhantes se entrevia uma barreira intransponível.* Este clima ou estado emocional pode ser visto como a antítese de uma busca e de uma atmosfera científicas. Além disso, a expressão “maldição” localiza fora do sujeito-Victor as origens de suas dificuldades. Em passagem próxima, novamente a dissociação ou clivagem do ego: ... *Mas Clerval era a imagem do meu eu anterior. Ele demonstrava curiosidade e ansiedade por obter experiências e saber.* Na primeira frase, fica óbvia a idéia de Clerval como um *outro eu* de Victor, ainda capaz de uma atitude científica propriamente dita.

Pouco depois: *Sou, porém, uma árvore destruída; um dardo atravessou minha alma; e eu então sentia que devia sobreviver para exibir o que logo deixaria de existir – o desgraçado espetáculo de uma humanidade corrompida, mesquinha para os outros e intolerável para mim.* Esta passagem, carregada de dramaticidade, talvez justifique a pieguice atribuída por Stephen King ao texto de Mary Shelley. Entretanto, quaisquer que sejam os méritos estéticos da autora, o parágrafo ilustra a projeção, para o exterior [a humanidade] de sentimentos *intoleráveis* no personagem: corrupção e mesquinhez.

Pós-Escrito

Outras passagens da narrativa também mereceriam reflexão e análise. Entretanto, terminada a leitura da obra e a escrita deste texto surge a pergunta: Mas por que mesmo Mary Shelley, com os seus 19 anos, foi a única do grupo a manter-se no propósito de *escrever sobre fantasmas*? O grupo estava reunido em um lugar chamado “Montalègre”, em uma noite de tempestade: para passar o tempo combinaram escrever contos de terror. Como é sabido tanto Percy Shelley quanto George Gordon/Lord Byron, que, com ela formavam uma *trinca inseparável*⁹³, desistiram da proposta original, tão logo pararam as

⁹³ A expressão é de Maria Inez Almeida, que forneceu ao colega Fernando Abreu as informações que responderam às minhas indagações sobre possíveis abortos da escritora, surgidas pouco antes da apresentação do texto e tornadas públicas na discussão posterior à apresentação.

chuvas e o tempo melhorou naquele famoso veraneio na Suíça.. Teria Mary Shelley seus *fantasmas* particulares? A releitura dos dois projetos – a criação de um homem e de uma mulher a partir de *restos mortais* deixa sugerida a hipótese de aborto ou abortos, o que não seria improvável na época e nas circunstâncias: uma supostamente ativa vida sexual da escritora combinada com os limitados recursos anticoncepcionais de então.

A indagação foi discutida com o Dr.Fernando Abreu que concordou com a possibilidade, dispondo-se a consultar pessoa conhecedora da biografia de Mary Shelley, que lhe mandou a seguinte informação: ... *Ela teve um famoso aborto, às vésperas da morte do marido, em casa isolada num penhasco sobre o mar, na Itália. [Mary Shelley] diluía-se em sangue e [os presentes] aguardavam a sua morte quando houve uma entrega de gelo [comprovada por testemunhas e depoimentos]. Shelley [Percy] levantou-a nos braços e sentou-a sobre o gelo. [Mary] salvou-se e sobreviveu [a Percy] por mais uns 25 anos. Ele morreu dias depois ...* (18, 19).

O local descrito por Mary Shelley para a criação, por Victor, da fêmea exigida pela criatura era justamente *um lugar adequado para aquele tipo de trabalho, sendo pouco mais do que um rochedo batido por todos os lados pelas ondas... Em toda a ilha não havia senão três miseráveis cabanas, uma das quais estava vazia quando eu cheguei...* (1).

O criador morre no gelo, como a criatura de Mary Shelley. A criatura despediu-se do navegador *Robert* e, pouco antes de morrer, *pulou pela janela do camarote para o bloco de gelo que estava perto do navio.*

Complementando, segundo a biografia de Mary Shelley, toda sua vida teve muitos elementos trágicos: sua mãe morreu no parto da escritora e seu pai nunca deixou de acusar a filha disso. Sua meia-irmã, Fanny, suicidou-se. Harriet, oficialmente ainda esposa de Percy Shelley, suicidou-se, grávida, por afogamento, por ter sido deixada pelo marido, que foi viver com Mary, então com 16 anos. Esta perdeu seu primeiro bebê, morto pouco depois do nascimento. Percy morreu afogado (por acidente no mar?), antes ainda dos 25 anos de Mary.

Richard Holmes, autor da biografia de Percy Shelley, esclarece que este admitia ser “o monstro” e que o conto de Mary tinha muitos elementos autobiográficos.

Referências

1. SHELLEY, M. *Frankenstein*. Porto Alegre: L & PM, 2003 (1985, 1997) [1818/1831].
2. ALEXANDER, C. *Endurance; a lendária expedição de [Ernest] Shackleton à Antártida*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999 [c/fotos de Frank Hurley].
3. KING, S. Introdução. *Frankenstein, Drácula & O Médico e o Monstro*. 4.ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002. pp.7-16.
4. COLI, J. O Sonho de Frankenstein. In: NOVAES, A., org. *O Homem-Máquina; a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003. pp.299-315 .
5. BLOOM, H. Posfácio. In: SHELLEY, M. *Frankenstein*. Porto Alegre: L & PM Pocket, 1997, p.261-276.
6. OSÓRIO, CMS. A lucidez do homem do labirinto. Participação na Mesa Redonda, Mito e Psicopatologia. IX Jornada Anual do IEPP. Porto Alegre, 27 e 28/06/97 [versão revisada em 05/2003].
7. OSÓRIO, CMS. Por que o paciente melhora? *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v.4, n.3: 222-235, 2002.
8. SHELLEY, M. *Frankenstein by Mary Shelley* [1818]. New York: Bantam, 1991[1967].
9. MILTON, J [1608-1674]. *Paradise Lost*. Chicago: Encyclopedia Britannica, 1948 [1667] Book X, p.290 (740).
10. MILTON, J [1608-1764]. *Paradise Lost*. London: Penguin Books, 1996 [1667]. Book X p.259, 740. [disponível em pocket book na coleção *Penguin Popular Classics*].
11. MILTON, J. *El Paraíso Perdido*. Buenos Aires: José Ballesta, 19?? [Parece que esta tradução espanhola não corresponde à edição inglesa. Aliás, não há referência à fonte inglesa. Esta edição seria uma versão da uma tradução de Don Juan Escoiquiz. A confiabilidade é duvidosa: o texto está em prosa, não em versos].
12. HOUAISS, A; VILLAR, MS. M. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
13. BRANDÃO, J de S. *Mitologia grega*. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 1997, v.1, p.166-7.
14. MISSIONÁRIOS CAPUCHINHOS de Lisboa, trad. *A Bíblia Sagrada*. Génesis. p.21
15. CASA DE CULTURA DE ISRAEL. *Torá. A Lei de Moisés*. São Paulo: Sêfer, 2001 [1962]. p.9.
16. SCHWARTZ, J. *O momento criativo; mito e alienação na ciência moderna*. São Paulo: Best Seller/Círculo do Livro, (19??) [1992].

17.EMPSON, W. *Seven types of ambiguity*. Edinburgh: Penguin Books, 1961[1930].

18. ALMEIDA, MI. Comunicação pessoal, originalmente dirigida a Fernando Abreu. Rio de Janeiro, 01 de setembro de 2003, 13:24 hs, via e-mail.

19.HOLMES, R. *Shelley: The Pursuit*. London: Flamingo, 1995 [chapters 13 and 14: The Byron Summer: Switzerland, 1816 and The Suicides, 1816].

Complemento 2

Lidando na prática clínica com incertezas e ambigüidades: como dar más notícias em aconselhamento genético

Cláudio M.S.Osório⁹⁴, José Roberto Goldim⁹⁵, Cláudio Laks Eizirik⁹⁶

Resumo: Os autores concebem a relação profissional-paciente desenvolvendo-se em uma zona intermediária, transicional de ambigüidade e incerteza, intimidade emocional mais distanciamento/imparcialidade ou neutralidade profissional. Más notícias catalisam reações favoráveis e desfavoráveis nos componentes da relação. As identidades pessoal e profissional ajudadas pela tolerância à ambigüidade e à incerteza terão papel decisivo na evolução. Procurou-se também ilustrar o trabalho com exemplos colhidos na literatura e na ciência.

INTRODUÇÃO

A comunicação de uma má notícia pode e deve ser algo que promova o crescimento e a transformação de ambos, do profissional e do consulente, que pode ser o paciente, o seu familiar ou um outro profissional da saúde que tenha solicitado consultoria genética. O objetivo deste trabalho é, por isso, auxiliar estudantes e profissionais, em particular da área do aconselhamento genético, a pensar e a sentir de uma forma tal que a inevitável e necessária comunicação de uma má notícia seja um ato o *mais* terapêutico e o *menos* iatrogênico possível.

A arte de comunicar-se com os pacientes e o reconhecimento das dificuldades da mesma, constituem temas simultaneamente antigos e novos. Sua importância aumenta à medida que, com os avanços da ciência e da tecnologia, crescem as boas e as más notícias. Parafraseando Feinstein, 1985, é necessário que a simbiose da arte e da ciência nos ajude a identificar, tolerar e lidar melhor com as velhas e novas ambigüidades e incertezas (1).

⁹⁴ Médico e psiquiatra. Professor na Medicina e na Psiquiatria, UFRGS-HCPA. Mestrando, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS, 2002-2004.

⁹⁵ Co-Orientador. Doutor em Clínica Médica. Biólogo do HCPA. Professor de Bioética na UFRGS.

⁹⁶ Orientador. Doutor em Clínica Médica. Professor Adjunto do Depto. Psiquiatria e Medicina Legal, UFRGS. Membro efetivo e analista didata da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.

Este trabalho reflete o interesse dos autores nos temas da educação médica, da tolerância à ambigüidade e à incerteza, da bioética e da transferência e contra-transferência (2,3,4,5).

A importância dos conceitos de *framing e reframing* ou estruturação e re-estruturação do fraseado na comunicação na Medicina, explícitos em contribuição de Clark & Mishler sobre técnicas de entrevista (6) havia sido destacada em trabalhos de Tversky & Kahneman (7, 8). Estes pesquisadores examinaram as diferenças na tomada de decisões, a partir de um mesmo problema estruturado de diferentes maneiras. Eles partem do trabalho de Ellsberg (9), que estuda o comportamento econômico, isto é, as decisões ou escolhas individuais econômicas, os investimentos, diante de riscos, incertezas e ambigüidades. Uma significativa parte da literatura que trata das ambigüidades e incertezas – e de como estudantes de medicina e médicos lidam com elas – baseia-se nesses citados autores. As decisões clínicas, assim como as econômicas, são tomadas a partir da previsão de custos e benefícios, frente a riscos, incertezas e ambigüidades.

A Psiquiatria é uma especialidade médica algumas vezes criticada pela ambigüidade advinda de suas diferentes escolas ou correntes de pensamento, com suas diferentes propostas etiológicas, diagnósticas e terapêuticas. Estas ficam muito evidentes no caso das psiquiatrias de orientação psicanalítica e biológica. Nesse caso, em especial, pode-se falar, com suficiente segurança, de ambigüidades intrínsecas ou naturais no campo da ciência. Na psiquiatria existem também ambigüidades extrínsecas, construídas, por exemplo, por confusões conceituais, falta de clareza e erros de tradução. Estas questões foram abordadas em outros trabalhos (10, 11).

Eizirik, 1994, examinou as dificuldades no ensino das disciplinas de psicologia médica, para ele o núcleo central da identidade médica. Foram destacadas as características da relação professor-aluno, as resistências no corpo docente, o dilema biológico *versus* psicológico e a dificuldade do contato com a dimensão inconsciente dos fenômenos humanos, com a preferência, especialmente dos alunos, por temas bem objetivos (2). Pode-se acrescentar que parte das adversidades na inserção de disciplinas de psicologia médica nos cursos de medicina poderia ser atribuída às ambigüidades intrínsecas e extrínsecas. São comuns as críticas e queixas de estudantes referentes ao excesso de subjetividade e falta de objetividade das aulas e dos professores. Muitos desejam uma Psiquiatria objetiva,

determinista, sem lugar para o acaso e para a subjetividade, livre de ambigüidades, com uma única escola de pensamento. A subjetividade pertenceria ao mundo da ilusão, devendo ser rejeitada e reprimida: só o saber objetivo expressaria a verdade científica. Para Goldim, entretanto, a subjetividade não é uma ilusão: é uma outra parte, não menos importante, do real (4).

Todos concordamos que um tipo especial de atenção é indispensável para apreciar uma bela música, assistir a um bom filme ou para entender uma anedota. E que esta atenção é diferente da atenção concentrada para estudar e compreender intelectualmente um texto da Genética ou da Psiquiatria Biológica. A primeira delas é a atenção necessária para que *aconteça uma verdadeira comunicação* entre paciente e profissional. Embora qualquer relação humana que inclua algum grau de intimidade psicológica dependa deste tipo de atenção, essa necessidade adquire novas e mais fortes conotações quando se trata de transmitir ao paciente uma má notícia, a *bad news*. Isso porque o ato de comunicação inclui quem informa e quem recebe. *News* significa notícia, informação; *new* significa novidade.

Notícia e novidade são palavras de origens etimológicas diferentes. A primeira tem parentesco com nota, anotação, notável e notoriedade, entre outras, relacionando-se com *noto/notus, conhecido, conhecimento*. Novidade é da família do novo, do original, do estranho, do inovador e também do noviciado. Se alguém associar essa palavra com noivado, isso certamente não será apenas coincidência: noiva, a prometida, tem parentesco com o latim *nupta*. Etimologistas, como Cunha (12), admitem uma provável influência do adjetivo *nova* na geração da palavra *núpcias*, casamento. Mesmo quando este não gerar filhos, por livre opção do casal ou por impossibilidade de um ou de ambos, espera-se que dele advenha algo novo, ou seja, que a partir do casamento se desenvolva um *processo de transformação*⁹⁷. O oposto de um processo transformador é a *estagnação*, a *mesmice*, quando cada um vai para o seu lado, *absorto em si mesmo*. O inverso da *absorção em si mesmo e estagnação* é a *intimidade e a generatividade*, nos termos de Erikson (13). O que vale para um casal, vale também para outros pares: professor-aluno, médico-paciente, etc.

Valores pessoais do paciente devem ser considerados no tema da comunicação de más notícias. As mais sofisticadas ferramentas de análise da decisão, por vezes indispensáveis em situações clínicas difíceis, levam em conta os valores pessoais, em

⁹⁷ Voltar-se-á ao processo de transformação depois das vinhetas.

especial os do próprio paciente. Precisamos de raciocínios qualitativos, subjetivos, *bayesianos*, além dos raciocínios estatísticos quantitativos. Rothman & Greenland, 1998, aproximam o bayesianismo do refutacionismo de Popper, duas abordagens *objetivas* para lidar com a inferência e a incerteza. Os autores deixam claro que a *subjetividade* do método estatístico inspirado em Bayes não deve ser confundida com o tratamento subjetivo da verdade Citando os achados das investigações de Kahneman, Slovic & Tversky (1982), quanto ao raciocínio científico prejudicado em condições de incerteza e ambigüidade, Rothman & Greenland entendem que a filosofia bayesiana provê uma metodologia para raciocinar e tomar decisões nestas condições difíceis (14). Em tempos de Medicina Baseada em Evidências, onde o seu “currículo oculto”, usando o conceito de Benbassat (15), pode preconizar a busca de certezas e objetividade às expensas da subjetividade, podemos considerar muito útil a recomendação destes autores: “*Bayesian philosophy (...) provides many warnings against being overly certain about one’s conclusions* (p.22).

Não teremos, portanto, acesso aos valores pessoais dos nossos pacientes com entrevistas orientadas pela abordagem objetiva estrita. Um médico contemporâneo, qualquer que seja a sua especialidade deve, portanto, ser um especialista na arte e na ciência de se comunicar com seus pacientes, dada a sempre presente possibilidade de más notícias e a necessidade de tomar contato com os valores pessoais dos mesmos.

CASOS ILUSTRATIVOS

Para alcançar aquele tipo de atenção proposta, voltada para o subjetivo e para a dimensão inconsciente das pessoas, poderá ser útil a ajuda de dois ambíguos dinamarqueses:

Um deles, personagem do mundo da ficção; o segundo, personagem da realidade propriamente dita. Aqui uma bela oportunidade para o exercício desse tipo de atenção: há uma zona cinza ou intermediária entre a ficção e o real, o dia e a noite, a fantasia e a realidade, o sabido e o não sabido, entre eu e o outro, o biológico e o social. É uma zona de mais incertezas e mais ambigüidades que existem em cada um dos mundos ou realidades.⁹⁸

⁹⁸ Remetemos o leitor para a revisão da literatura do tema de incertezas, ambigüidades e formação médica, onde concluímos que ambigüidades, mais do que obstáculos podem ser valiosas ferramentas, “guias bilíngües ou multilinguistas”, “membranas semi-permeáveis”, capazes de facilitar o trânsito entre diferentes mundos.

As diferenças entre sujeito e objeto, verdade e falsidade, narrativa e discurso no jornalismo, na história, no romance histórico, em contos, teatro, cinema e poemas, bem como as distinções entre o eu empírico e o eu lírico ou ficcional, ou pessoa e personagem, são muito bem discutidas por Antonio Candido (16). Este autor destaca a diferença profunda entre a realidade propriamente dita e as outras, imaginárias ou não, dos escritos e das pinturas, fotografias, peças teatrais etc. Nestas últimas nunca se alcança a determinação completa da primeira, neste caso mediante finitas operações cognitivas. Entretanto, segue o autor citado, seres humanos, indivíduos reais, têm uma multiplicidade infinita de determinações: são inefáveis, indescritíveis. Ninguém se conhece completamente e ninguém conhece o outro por completo. A visão que temos da realidade dos seres humanos individuais é, portanto, extremamente fragmentária e limitada. Esta é uma das mais importantes ambigüidades: as operações cognitivas finitas tentando descrever uma multiplicidade humana infinita, nas palavras de Antonio Candido. Daí o valor das grandes obras literárias, como as de Shakespeare, permitindo a liberdade do imenso reino do possível que a vida real não nos concede. Em Shakespeare, somos predeterminados de tantas maneiras diferentes que a própria diversidade da predeterminação se torna liberdade (17). A capacidade dos personagens criados pelo bardo de escutarem suas próprias vozes garante sua individuação, em um desenvolvimento representável por uma espiral aberta. As histórias pessoais dos profissionais e dos pacientes estão, por isso, sempre abertas às singularidades. O pensamento humano tem a possibilidade de de inventar e o sujeito tem a liberdade de tornar-se sempre outro, de recriar-se.

Voltando a Antonio Candido, “*a ficção é um lugar ontológico privilegiado... em que o homem pode viver e contemplar, através de personagens variadas, a plenitude da sua condição, e em que se torna transparente a si mesmo... transformando-se imaginariamente no outro, vivendo outros papéis e destacando-se de si mesmo*” (16).

Para o autor acima citado, apoiado em Ernst Cassirer, o homem precisa afastar-se da realidade objetiva, penetrar no mundo simbólico e voltar à realidade para aprender melhor a riqueza e a profundidade humanas (16). Aqui está a arte e a ciência do contato profissional-paciente, não alcançada por uma abordagem objetivante, de acordo tanto com o entendimento do filósofo Merleau-Ponty quanto do físico Von Foerster, como se vê na revisão da literatura sobre o tema da ambigüidade, incerteza e formação médica (3).

Vamos então aos dinamarqueses.

O primeiro e mais antigo dinamarquês foi um Príncipe, filho do falecido rei imediatamente anterior, também de nome Hamlet, e da Rainha Gertrude, agora vivendo com o anteriormente cunhado.

Em suas famosas falas, Hamlet deixou contribuições para a relação terapêutica profissional-paciente. A primeira delas é quando recebe da aparição, sombra ou fantasma, a *má notícia* de que seu pai teria sido assassinado pelo próprio irmão, Claudius, e, de modo ambivalente, pede segredo para seus amigos Horácio e Marcelo. Em tradução apoiada em edições nas línguas portuguesa e inglesa, no final da 5^a. Cena do I Ato, Horácio fala das luzes e trevas ou da mistura de ambos e do admiravelmente estranho da notícia ou novidade quanto às circunstâncias da morte do Rei Hamlet. A resposta do Príncipe da Dinamarca é expressiva, ilustrando o tema desta reflexão: *And therefore as a stranger give it welcome. There are more things in heaven and hearth, Horatio, than are dreamt of in your philosophy*⁹⁹. Hamlet insiste, da maneira contraditória já assinalada, no juramento de sigilo dos amigos: *That you, at such times seeing me, never shall, with arms encumber's thus, or this head-shake, or by pronouncing of some doubtful phrase, as, "Well, well, we know", or, "We could, an if we would" [...] Or such ambiguous giving out, to note that you aught of me: this is not to do*¹⁰⁰ (18, 19, 20) A ambigüidade da linguagem produz um efeito bem mais impactante que o do fraseado comum: *"Nem vou te contar que o fulano andou fazendo..."*

Shakespeare, com sua capacidade para expandir o olhar sobre os enigmas da natureza humana (Bloom), sugere ao leitor que reconheça e aceite o inevitável imbricamento entre realidade e fantasia. Ambas tem força ou poder. Quando dizemos ou escrevemos, informando sobre o diagnóstico para um paciente ou seu familiar, estamos nos comunicando, sabendo ou não, em dois níveis: o consciente, racional, do pensamento lógico; e o inconsciente, do mundo interno, das fantasias, emoções e sentimentos. Do ponto

⁹⁹ *Pois então dê a ela – à estranha novidade – um bom acolhimento. Há algo mais no Céu e na Terra – ou no espaço de transição entre ambos – do que a tua filosofia [ou ciência] sonhou, imaginou ou percebeu (...) – tradução dos autores, modificada a partir da Aguilar*

¹⁰⁰ E nunca dareis a entender que sabem este meu segredo, nem por movimentos, nem mediante frases enigmáticas do tipo: “Sim, sim, sabemos... Se quiséssemos, nós poderíamos ...” e outras quaisquer ambigüidades ... nunca pois dareis a entender que sabem algo de mim...

de vista pessoal e profissional, convém não perdermos o contato com a simultaneidade dos dois níveis, do que decorre a necessidade dos dois tipos de atenção já referidos no início.

A obra de Shakespeare é rica em ensinamentos, tanto assim que Freud foi seu leitor contumaz. E um dos melhores ensinamentos do bardo inglês acontece na 2^a. Cena do III Ato, quando Hamlet, em sua intimidade familiar, pede a Guildenstern para que toque um instrumento musical, uma flauta. O serviçal do Rei se desculpa, dizendo não saber como fazê-lo: *But these cannot I command to any utterance of harmony; I have not the skill*¹⁰¹. Responde, então, Hamlet: *Why, look you now, how unworthy a thing you make of me. You would play upon me; you would pluck out the heart of my mystery; you would sound me from my lowest note to the top of my compass; and there is much music, excellent voice. in this little organ, yet cannot you make it speak. 'Sblood, do you think I am easier to be played on than a pipe? Call me what instrument you will, though you can fret me, you cannot play upon me* (18, 19, 20).¹⁰²

Psicanalistas e psicoterapeutas, como Cruz (21), partindo de Freud (22), costumam se valer dessa passagem para sublinhar a necessidade absoluta do treinamento – com seminários e supervisão – e, muitas vezes, do tratamento pessoal dos psicoterapeutas, para que desenvolvam os cuidados e habilidades para lidar com a intimidade da vida emocional dos seus pacientes. Não se propõe tratamento para todos, nem mesmo seminários de psicologia psicanalítica e supervisão de casos para os profissionais dedicados ao aconselhamento genético. Está-se a sugerir que cada um examine a sua contra-transferência livremente fazendo e refazendo, para si mesmo, as perguntas e colocações que Hamlet fez para Guildenstern. A sugestão tem uma ressalva: que se exclua deste auto-exame o tom acusador e recriminador do Príncipe, eis que ele se defendia e se protegia da ameaça representada por seu tio, o Rei Claudius, real ou suposto assassino do seu pai.

¹⁰¹ Não sei fazer o instrumento expressar uma melodia (18, 19, 20)

¹⁰² Pois veja então como me tens em tão baixa conta! Queres tanger minhas cordas; tentas parecer que conheces meus registros; pretendes arrancar de mim o mais íntimo dos meus segredos; queres sondar-me, fazendo com que eu emita todas as notas musicais, desde a mais grave até a mais aguda da minha escala de sons; e, apesar da abundância de música e da excelente voz desta pequena flauta, não consegues fazer este instrumento falar. Meu Deus! Tu pensas que eu sou mais fácil de tocar que uma flauta? Considere-me qualquer instrumento musical, aquele que desejares, e, por mais que me dedilhes, te asseguro que não conseguirás tirar de mim nenhum som (18, 19, 20). Tradução dos autores, adaptada a partir das três fontes consultadas, como no caso das outras versões em português.

Em qualquer momento do seu trabalho, o profissional poderá questionar seus sentimentos, que se atualizam e se tornam visíveis no contato com o paciente: *Por que sinto medo de falar com o paciente e seus familiares? Por que sinto tanta raiva deles? Por que me deixo abater por tamanho pesar? Por que preciso repetir inúmeras vezes para uma família que o paciente vai morrer?* (23).

O segundo e também, de certa forma, ambíguo dinamarquês, pertence à vida real, tendo nascido há mais de cem anos, em 15 de junho de 1902. Filho de dinamarqueses, nasceu, circunstancialmente, em Karlsruhe, Alemanha, onde seus pais se encontravam, visitando amigos (24, 25). Embora sem formação universitária, Erik Erikson tornou-se psicanalista de crianças. Falecido em 1994, trouxe para a psicanálise e psiquiatria valiosas contribuições para o entendimento do ciclo vital. É de Erikson a concepção das assim chamadas *oito idades do homem*. Destacamos, dentre essas, às correspondentes à adolescência, ao adulto jovem e ao adulto de meia-idade, marcadas pelas crises evolutivas, bem ou mal resolvidas, respectivamente, da *identidade versus difusão da identidade*, da *intimidade versus isolamento* (21-40 anos) e da *generatividade versus estagnação* (40-65 anos). Se bem resolvidas as duas primeiras crises evolutivas referidas, os adultos desenvolverão, nessas idades, a capacidade de amar e de cuidar, essenciais na vida pessoal e profissional e na consolidação de uma identidade conquistada ainda na adolescência.

Erik, como Hamlet, perdeu seu pai cedo, eis que o casal separou-se pouco depois do seu nascimento em Karlsruhe, onde o futuro psicanalista permaneceu com sua mãe. Consta das fontes biográficas consultadas que seu pai teria morrido nesta época, infância de Erik. Pode-se especular que o propósito desta viagem, tão próxima ao parto, tenha sido uma tentativa de reconciliação do casal às voltas com uma crise conjugal¹⁰³. Mais adiante, em data imprecisa, a mãe veio a se casar com o pediatra de Erik, um médico judeu alemão, Theodor Homburger, residente na mesma Karlsruhe. Ao contrário de Hamlet, que considerava o segundo marido da sua mãe como um *assassino usurpador*, Erik tinha respeito e admiração pelo padrasto, a ponto de, já adulto, ao se tornar cidadão norte-americano, ter incluído o sobrenome do padrasto no seu próprio nome, passando então a chamar-se Erik Homburger Erikson. Desconhece-se o sobrenome do pai biológico,

¹⁰³ Hipótese confirmada pela leitura bem recente de outra fonte biográfica, Lawrence J.Friedman, 1999: o pai de Erikson abandonou sua esposa pouco antes do nascimento do filho (26).

dinamarquês, mas não era Erikson, como na maioria das vezes se supõe. Além disso, do ponto de vista psicossocial, sua escolha pela psicanálise de crianças está a sugerir uma identificação com esse segundo ou verdadeiro pai, psicossocialmente falando. Em suas memórias, Erik considerou sua mãe uma pessoa “amável”, como seu pai adotivo, e “ligada às artes, triste e amante dos livros”. Curiosamente a expressão *bookish* que o filho usou para caracterizar o gosto da mãe pelos livros é ambígua, com outros significados, sendo traduzível também por “livresca ou pedante”. É interessante, também, registrar que Erikson perambulou pela Europa, dos 21 anos em diante, fato comum à juventude alemã dos anos 1920, situados precisamente entre as duas Grandes Guerras¹⁰⁴.

Erikson analisou-se com Anna Freud, permanecendo em Viena até 1933. Aos 31 anos, teve seus dois filhos, Kai e Jon, tornando-se, em pouco tempo, marido, pai e psicanalista de crianças. Passado certo período de tempo, considerou viver na Dinamarca, mas preferiu emigrar para os Estados Unidos, pátria de sua esposa, Joan, a quem conhecera ainda em Viena. Instalou-se em Boston e trabalhou na Harvard Medical School. Ainda segundo alguns dos seus biógrafos, Erikson foi um nome que ele próprio inventou para, nas palavras de Newton & Newton (24, 25), resolver seu problema de identidade e filiação: ele literalmente *adotou-se*, eis que Erikson significa *filho de Erik*¹⁰⁵. Veja-se, pois, que Erik, o pai do conceito de identidade do ego, tenta resolver seu próprio problema de identidade, tornando-se o pai dele mesmo. De certa forma, Erikson tornou-se ele mesmo. Ao contrário de Hamlet, que enlouquece a partir da notícia da morte do pai, Erikson encontra uma solução bastante diferente. O curioso – e ambíguo – é que Friedman, 1999, investigando melhor a história de Erikson do que outros biógrafos, descobriu que as duas pessoas capazes de ser o pai biológico do psicanalista tinham, surpreendentemente, o mesmo nome, Erik. Reestrutura-se então a versão tradicionalmente aceita do nome *Erikson* significando *filho de si mesmo*. Erik Erikson é realmente *filho de um homem chamado Erik!* (26).

¹⁰⁴ Ver Peter Gay, *O século de Schnitzler*. São Paulo, Companhia das Letras, 2003, bem como outros livros que caracterizem a atmosfera dos anos 1920.

¹⁰⁵ E *Erik, o Viking* – quem teria sido? O invasor da Inglaterra. É importante assinalar que Erik era nome de alguns reis da Dinamarca.

O tema central da contribuição de Erik Erikson para a psicanálise e para a psiquiatria é o da identidade. É a conquista da identidade que permite a intimidade. Por isso é tão importante para o médico cuidar da sua identidade pessoal e profissional.

A razão para a questão da identidade no tema da relação médico-paciente e más notícias é muito óbvia. Na imensa maioria das vezes as consultas de aconselhamento genético são feitas por pares de adultos jovens - um paciente, muitas vezes com o cônjuge, e um profissional. Tem-se, assim, de um lado, casais na idade de procriar; de outro, jovens residentes ou contratados.

Osório, 2001, entende-se que adultos jovens desenvolvem e representam seus *selves* (os diferentes “eus”), papéis e *scripts*, delineados por fatores genéticos e ambientais, em diferentes cenários, internos (intrapésíquicos) e externos (interpessoais). Há uma diferença crucial entre, de um lado, viver a vida de um personagem que se pensa ou se imagina ser e, de outro, viver a vida da pessoa que se é (30).

Nos relatos de histórias, inclusive as histórias clínicas, os *eus* se apresentam no discurso, mais ou menos nitidamente, de acordo com Labov citado por Clark & Mishler. Estes últimos preocupam-se com a estruturação das consultas clínicas em formatos que limitam as oportunidades que os pacientes têm para contar as histórias de suas doenças e de suas próprias vidas onde as doenças se inserem (6). Por meio de dois exemplos de entrevistas, conduzidas por dois residentes diferentes os autores examinam dois modos de conduzir a colheita de dados. Inspirados na sociolinguística de Labov, eles analisam as duas vozes no discurso – a *voz da medicina* e a voz do cotidiano, do paciente, refletindo estilos ou gêneros narrativos distintos. Para Labov, citado por Monteiro, *a forma do comportamento lingüístico muda rapidamente quando muda a posição social do falante* (31). Na entrevista do residente com o paciente com epilepsia, o médico é um interlocutor, a narrativa incorpora a voz do cotidiano, do paciente, onde este é considerado protagonista, agente, engajado em ações responsáveis e motivadas. Neste caso a doença é vista como parte, não dissociada de uma história pessoal e interpessoal. No segundo modelo, um residente entrevistando uma mulher diabética, a narrativa reflete a dominância da *voz da medicina*, com o médico fazendo as perguntas que ele considera relevantes, onde o corpo é o único protagonista, a doença se desenrolando como um mecanismo biológico, esvaziada de emoções e sentimentos. Neste caso, *a doença do paciente tem um corpo, mas a*

narrativa não tem agência (6). Estes autores partem do princípio de que contar histórias não é importante apenas para o paciente, sendo *essencial para a eficácia com que os médicos podem realizar suas tarefas clínicas* (p.15). Lá, como em outros lugares, o *programa de residência estimula uma forma de consulta médica marcada pela empatia, disposição para responder e respeito pelos pacientes* (p.14). Aqui encontramos um paralelo com um tema bem conhecido da medicina e da psiquiatria, relacionado com a questão das escolas, modelos ou correntes de pensamento, e objeto de outra publicação. Trata-se da questão do *exame da forma*, quando a anamnese está centrada na doença, com o paciente passivo, e o *exame do conteúdo ou significado*, com uma entrevista centrada na pessoa, sendo o paciente ativo e considerado um agente da sua vida (32).

Caracterizadas a importância das identidades – do médico e do paciente – cabe esclarecer o porquê da preocupação com a questão da intimidade psicológica em nossa contribuição. Ela se torna importante quando se considera o médico psiquiatra como sendo, em última análise, um *profissional e um técnico*. Parte da visão instituída pela psiquiatria americana atual valoriza a objetividade das mensurações e enfatiza o cérebro. Isso se verifica, por exemplo, pelo exame das 2.800 páginas, dos dois volumes, do Kaplan & Sadock de 1995, na metade da “década do cérebro”, onde raramente aparece a palavra *intimidade*. Ela aparece apenas por quatro vezes, menos do que o número de vezes em que aparecem *canais de íons...* Se, por alguma razão, a teoria de Erikson não fosse referida nessa sexta edição do Kaplan & Sadock, a expressão *intimidade* não teria aparecido uma única vez. *Arte, criatividade, originalidade e singularidade* sequer são referidas no índice remissivo (33). Na última edição desse livro didático, considerado um texto básico da psiquiatria, foi proposto abolir o termo *afetividade*. Esta seria “*uma expressão destituída de rigor científico, cunhada no século XIX e não mensurável*”. Supostamente, corresponderia a *humor*, este sim científico e mensurável na opinião de Manley (35, 36).

Vistas essas questões, cabe esclarecer melhor como os temas da ambigüidade e da incerteza relacionam-se com a questão da intimidade e da identidade. A relação profissional-paciente instala-se em uma zona intermediária, transicional, de ambigüidade e também de incerteza. A relação se constitui, simultaneamente, de distância profissional (imparcial, mais do que neutra) e de intimidade emocional. São duas pessoas, o médico e seu paciente, que trazem para um novo espaço – o da relação profissional – os seus próprios

cenários internos, com os seus *scripts* e personagens, os assim chamados objetos internalizados, os *eus interiores ou selves* e os padrões internalizados das relações entre as representações de si mesmo e aquelas dos outros. O surgimento de uma *má notícia* como, por exemplo, um resultado positivo de exame indicando doença grave, irá, necessariamente, catalisar e perturbar, mobilizando reações favoráveis ou não em cada um dos membros da dupla profissional-paciente. A identidade pessoal e profissional, com sua capacidade para a intimidade associada ao distanciamento, se ajudada pela sua tolerância à ambigüidade e incerteza, terá um papel decisivo nessa evolução¹⁰⁶. O estilo ou modelo de entrevista também influi na interação entre os personagens reais e representados na relação profissional-paciente.

Um exemplo trágico da interação patológica entre profissional e paciente deu-se nos Estados Unidos, há muitos anos, envolvendo Timothy Quill, um médico e professor da Faculdade de Medicina, e sua paciente Diane, adulta jovem, portadora de leucemia, já com história anterior de depressão e alcoolismo. Quando soube da nova, para ela uma *má notícia*, que envolvia a necessidade de tratamento com quimioterapia e radioterapia, a paciente, por sua vez, deu ao seu médico uma também *má notícia*: estava desistindo de viver. Quill prescreveu-lhe, então, uma dose letal de barbitúricos, patrocinando uma sessão de suicídio assistido, com registros em prontuário, que permitiram ao poder público norte-americano processar o médico que agira contrariamente à lei. Alguns registros do próprio médico, segundo Herbert Hendin, citado por Ethel Person (38), revelaram existir uma grave e poderosa fantasia compartilhada pela paciente e seu médico. Diane, pouco antes de se suicidar, prometeu um futuro encontro, “*em seu lugar predileto, à margem do lago Genebra, com dragões brilhando ao pôr-do-sol*” [grifado na transcrição]. Quill terminou o relatório médico imaginando se veria Diane mais uma vez naquele *lugar predileto*. Difícil saber se predileto dela, dele ou de ambos. Aqui temos um exemplo de ambigüidade semântica, quando a construção da frase permite diferentes interpretações. Pode-se dizer, hoje, que os dois participantes da relação, aparentemente, não tinham desenvolvido uma das tarefas evolutivas mais importantes dos adultos jovens, especialmente quando médicos, que é a tomada de consciência da limitação do tempo e da morte pessoal. O médico, além disso, talvez não tenha sabido lidar com as incertezas, ambigüidades e dilemas da profissão.

¹⁰⁶ Novamente é útil pensar o efeito muito diferente da má notícia da morte do pai em Hamlet e em Erikson.

Freud e Erikson, ambos interessados na arte e na ciência, precisaram resolver o dilema dos seus interesses divergentes, geradores de ambigüidade. No campo científico afirma-se que “*não há maior impedimento para o avanço do conhecimento do que a ambigüidade das palavras*” (39). Na literatura, ao contrário, entende-se que a ambigüidade é fundamental na composição dos sentidos, com um discurso aberto ou *fraturado* para acolher os significados atribuídos por cada leitor e, anda, pelo mesmo leitor, em diferentes leituras.¹⁰⁷, a ponto de ter sido escrito que “*quando se tira a ambigüidade de um texto, este passa a não ser mais alvo de interesse*” (40). Existe ainda um dilema filosófico: a dificuldade enorme de expressar fenômenos em linguagem verbal. Nenhuma palavra pode dar conta dos fenômenos existentes e por essa razão a literatura serve-se da metáfora para dizer o que as palavras não conseguem. A realidade é sempre maior do que a representada em palavras porque a comunicação não é apenas verbal, ela opera em múltiplos sistemas de significação. E este limite é por vezes esquecido na ciência: esquecemos que as nossas teorias, por melhores que sejam, são apenas representações do mundo. Esquecemos também não haver acordo quanto à possibilidade de uma língua universal neutra, perfeita, capaz de integrar os diferentes conhecimentos e pontos de vista na ciência, em particular na psiquiatria e na psicanálise. Este teia sido um dos últimos sonhos dos positivistas lógicos¹⁰⁸.

Não estaria aqui a força e a fraqueza de muitas linguagens científicas? Uma coisa é saber que existem muitas línguas. Outra coisa, acompanhando Umberto Eco, é considerar que esta multiplicidade corresponda a uma *ferida* que se deva curar encontrando uma língua perfeita. Por isso mantém-se em livre discussão, filosófica e científica, a proposta de alguns pesquisadores, principalmente da área biológica, qual seja, a de encontrar uma linguagem única (41).

Para lidar, na comunicação médico-paciente, com as questões relacionadas com a ambigüidade das palavras e com a necessária clareza requerida pela relação médico-

¹⁰⁷ Ver Umberto Eco, *Sobre a Literatura*. 2.ed. Rio de Janeiro, Record, 2003.

¹⁰⁸ O que estaria por trás desta busca de uma linguagem harmônica universal para a ciência em geral e para o nosso controverso campo em particular? Com a palavra, Umberto Eco: *o tema da confusão das línguas e a intenção e resolvê-la por meio da recuperação ou da invenção de uma língua comum a todo o gênero humano aparece na história de todas as culturas* (Eco, 1999, citando Borst, 1951-963, *A construção da torre de Babel*). Segue Umberto Eco: *o pensamento ocidental está baseado em uma lógica divalente – verdadeiro/falso – pouco competente para expressar sutilezas, a não ser por meio de fraseados de difícil compreensão*. Eco aponta uma incoerência no mito da torre de Babel: se as línguas não se diferenciaram por castigo mas sim por tendência natural, por que interpretar a confusão de línguas como uma desgraça?

paciente torna-se evidente, com já dissemos, que se deve encarar essas questões também do ponto de vista do sujeito. Na Genética Clínica, como, aliás, em outras especialidades médicas, a ênfase do treinamento para entrevista, anamnese, comunicação de diagnóstico e evolução dos pacientes parece seguir, predominantemente, o modelo de *colheita ou coleta de dados pelo médico* e não o modelo de *obtenção de uma narrativa construída em conjunto*, para citar, novamente, Clark & Mishler (6). O primeiro modelo é representado pela caricatura discursiva do tipo “*tá, tá, vamos ao que interessa*”, que interrompe o paciente, na suposição, errônea, de assim obter uma história objetiva e coerente. Narrar e ouvir são processos complementares: *o espaço da narrativa requer a participação de um ouvinte atento*, como destacam Branca Telles Ribeiro e colaboradores, 2001 (42). A arte de comunicar-se com os pacientes, portanto, pode ter sido prejudicada pela profissionalização e avanços tecnológicos na Medicina, apesar das intenções do Relatório Flexner na direção de conciliar ou integrar humanismo, ciência e tecnologia na formação médica (3).

O American Board of Internal Medicine publicou, em 1979 (43), recomendações para a competência clínica dos seus membros, levando em conta essas mesmas preocupações. Elas vêm sendo inspiradoras do renovado interesse na comunicação clínica, que se tem tornado visível através de propostas de formação humanística para médicos, de publicação de livros sobre a consulta médica e da inclusão de disciplinas relativas a habilidades interpessoais e para entrevistar pacientes em muitos cursos de graduação em medicina e programas de residência médica, conforme Kahn e cols, 1979, Engler e cols, 1981 e Lipkin e cols, 1984 e outros autores citados por Clark & Mishler (6).

Conclusões

É importante insistir em algumas questões voltadas para a necessidade de conciliar e integrar a literatura, as artes em geral e a ciência. A ciência busca a coerência interna, reconciliando os antagonismos entre idéia e realidade. Na arte, a coerência interna das composições estéticas é alcançada pela articulação dos antagonismos entre idéia e realidade¹⁰⁹. Como Proust teria escrito, a arte atua pela “superposição de dois sistemas”¹¹⁰.

¹⁰⁹ Léa Masina, em comunicação pessoal, outubro, 2002, esclarece que na literatura trata-se de expressar a realidade do sujeito através da *forma* que ele constrói esta mesma realidade: a idéia seria o menos importante.

O impulso original da ciência seria o momento de descoberta do novo, do inesperado e da liberdade: conhecimento como experiência do inesperado. Para alguns, isto é bem diferente do mito, considerado então como sistema fechado, que reproduz o *ever-identical*. Isto é, no mito e na magia – e quem sabe às vezes na ciência? – a coerência interna torna-se um substituto para a verdade, segundo Adorno, citado por Buck-Morss (44). Aqui vale lembrar Niels Bohr, na sua bem humorada colocação sobre as relações entre clareza conceitual, próxima de ou sinônimo de coerência, e verdade (45). Voltando a Adorno: *Perhaps from early on in the bourgeois era the experiment became a surrogate for authentic experience* (45). Esta foi, talvez, a principal crítica de Merleau-Ponty à abordagem da ciência objetivante no tema da percepção, central para o entendimento das ambigüidades na relação médico-paciente e em outros lugares (3).

Agradecimentos

À Professora Lea Masina, pelas excelentes críticas e sugestões.

Referências

- 1.FEINSTEIN, A. The symbiosis of science and statistics in the interpretation of evidence. In: _____. *Clinical epidemiology; the architecture of clinical research*. Philadelphia: Saunders, 1985. chap.19, p.389-413.
- 2.EIZIRIK, CL. Ensinando uma profissão impossível. *Revista ABP-APAL*, Rio de Janeiro, v. 16, n.4: 133-5, 1994.
- 3.OSÓRIO, CMS; EIZIRIK, CL; GOLDIM. *Incertezas, ambigüidades e formação médica; uma revisão da literatura*. PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, FAMED, UFRGS [dissertação de mestrado], 2004.
4. GOLDIM. JR. Bioética e interdisciplinarietà. *Educação, subjetividade e poder*. Porto Alegre, v.4: 24-28, janeiro/dezembro, 1997.
- 5.EIZIRIK, CL; ARAÚJO, MS. Compreensão e manejo da transferência em supervisão de análise de adultos. *Revista de Psicanálise*, v.4, n.1: 13-20, abril, 1997.

¹¹⁰ Ver Brée, 1969, p.55. Esta superposição nos remete à idéia da interface entre ciências humanas e naturais *versus* a interpenetração/fusão das mesmas, na reformulação da visão weberiana das relações objetividade/razão *versus* sensibilidade/valores.

6. CLARK, JA; MISHLER, EG. O reenquadre [*reframing*] da tarefa clínica. In: RIBEIRO, BT; LIMA, CC; DANTAS, MTL, orgs. *Narrativa, identidade e clínica*. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA, 2001 [cap.1], p.11-53.
7. TVERSKY, A; KAHNEMAN, D. The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, v.211, n.4481: 453-8, January, 30, 1981.
8. TVERSKY, A; KAHNEMAN, D. Judgment under uncertainty; heuristics and biases. In: KAHNEMAN, D; SLOVIC, P; TVERSKY, A. *Judgment under uncertainty; heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982. chap.1, p.3-20.
9. ELLSBERG, D. Risk, ambiguity, and the Savage axioms. *Quarterly Journal of Economics*, v.75: 643-669, 1961.
10. OSÓRIO, CMS; EIZIRIK, CL; GOLDIM, JR; ALBRECHT, R; MACHADO, AM. *Traduções e tradições na semiologia psiquiátrica do curso do pensamento*. Porto Alegre, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, 2003 [trabalho a ser publicado como um dos artigos da dissertação].
11. OSÓRIO, CMS et al. Afetividade e humor; um exame do estado mental com mais clareza e menos ambigüidades. Porto Alegre, UFRGS, Faculdade de Medicina, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, 2004. Trabalho utilizado pelo autor principal para o EGQ, Exame Geral de Qualificação para o mestrado, novembro, 2003.
12. CUNHA, AG da. *Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982. 839p.
13. ERIKSON, E. As oito idades do homem. _____ *Infância e sociedade*. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976 [1963], cap.7, p.227-253.
14. ROTHMAN KJ; GREENLAND, S. Causation and causal inference. In: _____ *Modern epidemiology*. 2.ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998, cap.2, p.20-22.
15. BENBASSAT, J. *The hidden curriculum of undergraduate clinical education*. Improving University Training Proceedings. Umea, Sweden: IUT, 1988, p.632-641.
16. MELLO e SOUZA, AC de. Literatura e personagem. In: CANDIDO, A; ROSENFELD, A.; ALMEIDA PRADO, D; GOMES, PES. *A personagem de ficção*. São Paulo: Perspectiva, 1974. [Antonio Candido de Mello e Souza]
17. BLOOM, H. *Shakespeare; a invenção do humano*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2000 [1998]. p. 861-896
18. SHAKESPEARE, W. Hamlet, Príncipe de Dinamarca. In: _____ *Obras completas*. Madrid: Aguilar, 1973 [1932]. [estudo, tradução e notas de Luis Astrana Marin], p.219-289.

19. SHAKESPEARE, W. Hamlet, Prince of Denmark. In: _____. *The complete works of William Shakespeare [The Oxford Shakespeare]*. London: Oxford, 1963 [1905, prefácio de 1894], p.870-907.
20. SHAKESPEARE, W. Hamlet, Prince of Denmark. In: _____. *William Shakespeare; the complete works*. New York: Random House, 1975, p.1071-1112.
21. CRUZ, JG. Planejamento em psicoterapia de orientação analítica. In: EIZIRIK, CL. e cols. *Psicoterapia de orientação analítica; teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989, cap.5, p.79-83.
22. FREUD, S. Sobre a psicoterapia. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972, v.17, p.272.
23. EIZIRIK, CL; OSÓRIO, CMS; OLIVEIRA, RR. Intervenções psicoterápicas em atenção primária. In: DUNCAN, BB; SCHIMIDT, MI; GIUGLIANI, ERJ. *Medicina ambulatorial. Condutas clínicas em atenção primária*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004, cap.86, p.855-862.
24. NEWTON, PM & NEWTON, DS. Erik H.Erikson. In: KAPLAN, HI; SADOCK, BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6.ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995. chap.6.2, p.478-486.
25. NEWTON, PM; NEWTON, DS. Erik H.Erikson. In: KAPLAN, HI; SADOCK, BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7.ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 2000. chap.6.2, p.607-615.
26. ELMS, AC. Erikson's history. Friedman, LJ. *Identity's architect; a biography of Erik H. Erikson*. New York: Scribner, 1999. 592p. Virtual Library. www.ulmus.net. Consulta em 12.02.2004.
27. MAIER, HW. The psychoanalytic theory of Erik H.Erikson. In: _____. *Three theories of child development*. New York: Harper & Row, 1965/1968, p.12-74 [existe versão em espanhol. Buenos Aires, Amorrortu, 1971]
28. ROAZEN, P. *Freud e seus discípulos*. São Paulo: Cultrix, 1978[1971/1974], p.566-574.
29. ROAZEN, P *Erik H.Erikson; the power and limits of a vision*. New York: Free Press, 1976.
30. OSÓRIO, CMS. Adultos jovens, seus scripts e cenários. In: EIZIRIK, CL; KAPCZINSKI, F; BASSOLS, AMS. *O ciclo da vida humana; uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001, cap.10, p.141-58.

31. MONTEIRO, JL. A concepção de língua. In: _____ *Para compreender Labov*. Petrópolis: Vozes, 2000, cap.1, p.13-24.
32. OSÓRIO, CMS. Supervisão em clínica psiquiátrica. In: MABILDE, LC, org. *Supervisão em psiquiatria e em psicoterapia analítica; teoria e técnica*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1991, p.156-165.
33. KAPLAN, HI; SADOCK, BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6.ed Baltimore, Williams & Wilkins, 1995, 2804p. [índice remissivo].
34. KAPLAN, HI; SADOCK, BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7.ed Baltimore, Williams & Wilkins, 2000, 3344p.[índice remissivo].
35. MANLEY, MRS. Psychiatric interview, history, and mental status examination. In: SADOCK, BJ; SADOCK, VA, eds. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7.ed. Philadelphia: Lippincott, 2000, chap.7.1, p.652-665.
36. OSORIO, CMS. O diagnóstico nosográfico e o diagnóstico psicanalítico na psiquiatria: convergentes, divergentes, complementares? Quando, como e por que? Participação em mesa redonda. XX Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica. Gramado, 2000 [manuscrito revisado, junho 2003]
37. QUILL, TE. Death and dignity; a case of individualized decision making [Sounding Board]. *New England Journal of Medicine*, v.324, n.10: 691-4, March 1991.
38. PERSON, ES. O poder da fantasia; como construímos nossas vidas. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.
39. REID, Th.A. Essays on the intellectual power of Man (1785). Columbia World of Quotations 1996 Number 46182. Internet, março, 2003 [explication of words].
40. ACHELE, G. Internet. 26.7.94 (consulta em 25.5.03)
41. ECO, U. *La búsqueda de la lengua perfecta*. Barcelona: Crítica, 1999.
42. RIBEIRO, BT; LIMA, CC; DANTAS, MTL, orgs. Apresentação. In: _____. *Narrativa, identidade e clínica*. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA, 2001. [cap.1], pp.11-53.
43. AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE Clinical competence in internal medicine. *Annals of Internal Medicine*, v.90: 402-11, 1979.
44. BUCK-MORSS, S. Piaget, Adorno, and dialectical operations. In: BROUGHTON, JM. *Critical theories of psychological development*. New York, Plenum Press, 1987, chap. 9, pp.245-274.
45. BEN-DOV, Y. *Convite à física*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996 [1995, du Seuil], p.240 [Bohr].

Complemento 3

Psicoterapia e psicofarmacoterapia: ambivalências, ambigüidades, alcances e limites na pesquisa

Cláudio Maria da Silva Osório¹¹¹; Marcelo Pio de Almeida Fleck¹¹²

The basic idea, like most good things, is very simple
Cochrane, 1972.

Simplicidade e simplificação não são sinônimos. O adjetivo para o primeiro é simples, para o segundo é simplificado.

Introdução

A associação da psicofarmacoterapia à psicoterapia é prática clínica freqüente, possível, necessária e, em algumas situações, indispensável. Isto não significa que ela esteja livre de dificuldades, controvérsias e complexidades. *Simplificar o complexo pode trazer complicações para a ciência e não a necessária simplicidade.* Uma das suas versões é a leitura acrítica. Por exemplo, uma coisa é a relação paciente–psicoterapeuta ou psicanalista, outra é a relação paciente– psicofarmacoterapeuta. Mas os diferentes triângulos formados não são simplesmente “somados”: 1) um psicoterapeuta, que também prescreve psicofármacos, um paciente e uma ou mais drogas, ou 2) um psicoterapeuta, médico ou não, um psicofarmacoterapeuta, não necessariamente psicofarmacologista, e um paciente.

Nos últimos quinze anos, tem-se visto mudanças de atitude dos psicanalistas e psicoterapeutas em relação ao uso concomitante da medicação durante a psicoterapia e psicanálise. Por exemplo, no banco de dados *PubMed*, com as palavras-chaves “*Psychotherapy and psychopharmacology*” foram indexados apenas 344 artigos entre 1965 e 2003 (173 entre 1965 e 1977; 64 trabalhos entre 1978 e 1990 e 107 publicados a partir de 1991). É curioso o decréscimo, no segundo período de doze anos, para quase um terço do número de trabalhos publicados no primeiro dos três períodos. Muitos destes artigos são de natureza teórica, não havendo nenhuma publicação indexada se pedirmos

¹¹¹ Médico e psiquiatra pela UFRGS. Professor na Medicina e na Psiquiatria, UFRGS-HCPA. Mestrando, UFRGS, Faculdade de Medicina, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, 2002-2004.

¹¹² Médico e psiquiatra pela UFRGS. Professor na Medicina e na Psiquiatria, UFRGS-HCPA. Doutor em Clínica Médica. Professor no PPG Ciências Médicas: Psiquiatria.

“ensaio clínico randomizado” (ECR). Em poucas áreas da psiquiatria e, talvez, da medicina observa-se esta discrepância entre a frequência de um procedimento na prática clínica e a quantidade e qualidade das publicações. Os poucos estudos empíricos existentes tem falhas metodológicas importantes, embora não exclusivas da nossa especialidade.

Seria o ECR o melhor método de pesquisar a eficácia e a efetividade dos tratamentos combinados? Já em 1982, Karasu, mostrava como a ambivalência e a ambigüidade dos tratamentos combinados tornaram-se a questão crítica da pesquisa: como identificar as eficácias em separado, de cada uma das modalidades? Qual o relativo papel de cada uma delas dentro do conjunto do tratamento? Para ele, bem como para outros, é bem mais difícil pesquisar em psicoterapia do que com psicofármacos (53). A questão torna-se ainda mais complexa e complicada se e quando consideramos as remissões espontâneas de alguns transtornos mentais e, também, os desfechos negativos apesar dos modernos tratamentos com drogas. É na questão dos transtornos mentais graves que as ambivalências ficam mais visíveis: alguns psicofarmacoterapeutas admitem a combinação com psicoterapia psicanalítica, mesmo com um só profissional, *desde que* os problemas do paciente não sejam graves. Ou aceitam a integração neurociência-psicanálise *em teoria*, mas não na prática. São bem conhecidas declarações de que *não há lugar para a psicanálise no caso das depressões*. Por sua vez, Gabbard, ao examinar recentemente a perigosa fronteira do tratamento de pacientes suicidas com distúrbios graves de personalidade, admite a própria ambivalência dos psicanalistas a respeito da prática da psicanálise (37). Estarão os psicofarmacoterapeutas e os psiquiatras integrados ou ecléticos livres de ambivalências em relação à sua prática profissional?

Várias questões da máxima importância clínica permanecem com escassa base empírica para a tomada de decisões. Em quais pacientes a psicoterapia isolada seria o tratamento de escolha? Em quais o uso de medicamentos associados traria mais benefício? Seria possível obter maiores benefícios usando somente psicofármacos? Quais desfechos são mais influenciados por uma ou outra forma de tratamento? Qual técnica psicoterápica é a mais indicada para combinar com um determinado medicamento para um determinado paciente?

As respostas a estas questões, de óbvia validade clínica, esbarram em dificuldades de extrema complexidade. Estas dificuldades são de natureza histórica, epistemológica e operacional, sem esquecer dos problemas éticos e legais.

Historicamente a oposição entre mente e cérebro, subjetividade e objetividade, se confunde com a própria história do pensamento humano e especificamente com a história da Psiquiatria. Epistemologicamente, as psicoterapias têm um modelo científico das ciências sociais e humanas, enquanto os psicofármacos seguem um modelo e uma base de investigação das ciências biológicas. Do ponto de vista operacional, os delineamentos de pesquisa consagrados para avaliação de eficácia de medicamentos (os ECRs já referidos) apresentam limitações e desafios importantes e por vezes intransponíveis quando envolvem psicoterapia: Como randomizar uma intervenção em que a motivação para tratamento é uma das exigências para indicação? Como transpor dados de “psicoterapias manualizadas” para as realizadas no “mundo real”? Além disso outros problemas operacionais envolvem o papel do diagnóstico clínico, a questão das comorbidades, o diagnóstico diferencial do que é sintomatologia crônica ou sintomatologia residual e o que é “personalidade”. Finalmente, os problemas ético-legais envolvem questões como confidencialidade e comunicação de dados entre os dois terapeutas, negligência, erros técnicos, manejo do risco de suicídio e homicídio e o prolongamento indevido de tratamentos.

Na questão da pesquisa, segundo Kirsti Malterud, *os médicos acreditam que seu campo está fundamentado no conhecimento científico, onde este é definido como fatos empiricamente verificados pelo método biomédico. O paradigma da pesquisa quantitativa na medicina representa, todavia, um acesso confinado do conhecimento clínico, já que ele incorpora somente questões e fenômenos que podem ser controlados, medidos, contados e analisado por métodos estatísticos* (66).

Não existe apenas uma maneira de compreender e tratar pessoas com problemas psiquiátricos, e sim diferentes “perspectivas”, “escolas”, “correntes de pensamento” ou, menos adequadamente, “paradigmas” na psiquiatria (Quadro 1). Por isso também nos pareceu estranha, nesta busca, a ausência em muitos trabalhos revisados, do exame das questões epistemológicas ou conceituais. A situação muda se incluirmos outras expressões na pesquisa bibliográfica, tais como *relação mente/corpo, neurociência e psicanálise e pressupostos filosóficos da ciência*. Na sua revisão da literatura (1980-2000), incluindo estes termos e utilizando diversos bancos bibliográficos, Abuchaim identificou uma terceira etapa de publicações, quando, principalmente a partir de 1990, surgiram artigos tratando dos aspectos filosóficos da questão mente-corpo. Nestes haveria a busca de uma

integração lingüístico-conceitual, tida como indispensável para uma integração sólida e coerente dos componentes biológicos e psicodinâmicos da psiquiatria. Combinar tratamentos psicanalíticos e psicofarmacológicos propõe desafios epistemológicos de difícil solução. A dificuldade pode chegar à impossibilidade diante do desconhecimento na área da filosofia. Por exemplo, Peña, Paco & Peralta, 2002, avaliaram 237 médicos residentes quanto ao conhecimento de conceitos e princípios subjacentes às ciências. Dos 161 que responderam ao questionário, 67% não sabiam o que era epistemologia e apenas 24% conheciam a definição apropriada de teoria científica (84).

Informações e formação nas áreas da Filosofia e História da Ciência, particularmente da Epistemologia, estão disponíveis inclusive neste mesmo livro [ver Ahumada; Calich & Schestatsky; Gabbard & Westen]. Tentar simplificar questão complexa como é a associação de abordagens psicofarmacológicas e psicoterápicas, especialmente quando o referencial é psicanalítico, contribui para aumentar, ainda mais, a confusão, os mal-entendidos, as ambigüidades e as incertezas, com o conseqüente aumento dos riscos para pacientes e profissionais, especialmente no campo dos pacientes suicidas.

Na associação psicofármacos/psicoterapia psicanalítica temos dois paradigmas científicos (“clássico” e da “complexidade”), três correntes ou escolas de psiquiatria (descritiva-fenomenológica, biológica, psicanalítica) e dois paradigmas ou métodos de pesquisa (quantitativa e qualitativa). A psiquiatria biológica busca a objetividade, muitas vezes às custas da perda das dimensões subjetivas e singulares, inconscientes e imprevisíveis da pessoa. É possível que a já referida diminuição de trabalhos e a escassez de pesquisa reflitam a dificuldade de lidar com estas questões conceituais e com a implícita reflexão ética.

Analisando o conteúdo do discurso (pelo método de Bardin) de seis psiquiatras de diferentes orientações (psicodinâmica, biológica e integrada, esta por outros denominada eclética), Abuchaim verificou que *o modo de ver, compreender e abordar os transtornos mentais pelo psiquiatra é influenciado pela cultura dominante na especialidade na época da sua formação profissional; a concepção filosófica de relação mente/corpo influencia fortemente o modo de pensar e de agir de cada um dos psiquiatras na prática clínica* (1). Sendo assim, outra questão pertinente é o da ideologia dos profissionais, das instituições formadoras e da cultura e sociedade, no tempo e espaço, onde se inserem.

Motivos *políticos* (lutas de poder entre as sociedades científicas e as universidades), *histórico-geográficos* (imigração de psicanalistas para os Estados Unidos em função da II Guerra Mundial) *micro-culturais* (influência da psicanálise na psiquiatria do Rio Grande do Sul), além de fatores *econômicos* (verbas para pesquisas nas instituições) acabam sendo fatores determinantes e muitas vezes negligenciados na análise deste fenômeno. Desta forma existe um hiato muito grande entre as evidências científicas e o que norteia a formação das sucessivas gerações de psiquiatras e psicoterapeutas. Os programas de residência em psiquiatria raramente ensinam tratamento combinado. A orientação dos residentes, em geral, é dividida em supervisão de psicoterapia e de psicofarmacoterapia. Conseqüentemente, quando a terapia combinada é aplicada, o residente pode ter a preocupação de que estaria “desviando-se do procedimento ortodoxo”, seja este qual for.

O caso de Rafael Osheroff, nefrologista envolvido nas disputas ideológicas da psiquiatria norte-americana, é muito ilustrativo (58, 96). Sullivan et al, 1993, partindo do debate *Osheroff vs. Chestnut Lodge*, decidiram investigar a suposta polarização da psiquiatria norte-americana, através de vinhetas com dois diagnósticos clínicos (um de Eixo I, outro de Eixo II, DSMs), concluindo que na prática a polarização não seria tão importante (98). Duvidamos que estas disputas se resolvam pela negação das diferenças entre cada uma destas escolas ou correntes de pensamento. Menos ainda por reducionismos, dogmatismos e ecletismos fáceis e acríticos.

Quadro 1

NOME	ÊNFASE/FUNDAMENTOS	REPRESENTANTES	APLICAÇÕES
DESCRITIVA-FENOMENOLÓGICA	Psicopatologia, Classificações, Bioestatística	Kraepelin, Jaspers, e Neo- Kraepelinianos (Robins, Goodwin, Guze, Spitzer))	DSM-III, DSM-III- R, DSM-IV, CID-10
BIOLÓGICA	Neurociências, Genética, Psicofarmacologia	D.Klein, Kety, Winokur, Kandel	Psicofarmacoterapia, Pesquisa Genética e do SNC
PSICANALÍTICA/PSICODINÂMICA	Psicanálise, Psicologia do Ego, Relações de Objeto, Psicologia do Self	Freud, Erikson, M.Klein, Winnicott, Bion, Kernberg, Kohut	Psicanálise, Psicoterapia Psicanalítica
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	Behaviorismo, Teorias da Aprendizagem, Psicologia Cognitiva	Skinner, Watson, Wolpe, Agrad, Bandura, Beck	Terapia Comportamental e Cognitivo- Comportamental
INTERPESSOAL	<i>Psicobiologia</i> Sociologia Psicanálise, Culturalistas ou neo- freudianos	Sullivan, Fromm- Reichmann, Arietti Klerman, M.Weissman	Psicoterapia Interpessoal, TIP, (depressão); Pequenos Grupos, Famílias
SOCIAL	Sociologia, Antropologia, outras ciências sociais	Meyer, Leighton, Srole, Lindemann	Estudos epidemiológicos, Saúde Mental da Comunidade, Interdisciplinaridade
SISTÊMICA-FAMILIAR	Cibernética, Teoria dos Sistemas, Teoria da Comunicação	Von Bertalanffy, Wynne, Jackson, Bowen, Haley, Watzlawick Minuchin, V.Satir, Whitaker, Andolfi. R.Speck & C.Attneave	Terapia de Casais, Terapia de Famílias; Redes Sociais/Familiares e Instituições

Fontes: Drob, 1989 e Klerman, 1989, 1991

Haveria ainda uma escola eclética ou integrada, reunindo, mais comumente, elementos das escolas fenomenológico-descritiva, biológica, psicanalítica e, mais recentemente, incluindo os aportes da perspectiva cognitivo-comportamental.

Pluralismo e Linguagens Conceituais

Este capítulo foi pensado e escrito e está sendo lido e pensado por colegas de diversas formações clínicas e teóricas e com diferentes maneiras de lidar com as questões conceituais subjacentes às indicações de tratamentos combinados na psiquiatria, além de diferentes graus de interesses em assistência, ensino e pesquisa. Respeitamos este pluralismo e heterogeneidade.

Abuchaim identificou a utilização de dois sistemas de linguagem, refletindo diferentes formas de observar e conhecer os processos e fenômenos mentais. Uma delas, subjetiva, hermenêutica, mais heterogênea, interpretando razões, motivos, motivações e significados; outra, objetiva, empírica, mais homogênea, buscando explicações preditivas e generalizáveis. Cada uma delas definiria suas teorias e seus campos de operação (1). Monistas como Goodman (40) entendem que o mental e o físico [biológico] devem ser compreendidos não como dois tipos ou aspectos da realidade, mas sim como linguagens ou sistemas conceituais associados com diferentes tipos de conhecimento ou modos de conhecer/experienciar. Para ele, *a linguagem que aprendemos (conteúdo e processo) define os conceitos e estabelece as relações conceituais de acordo com as quais nós percebemos, organizamos e compreendemos nossa experiência* (p.558)... Embora se proponha a resolver o problema das dicotomias e dualismos com a sua “*organic unity theory*”, sua revisão mostra o desacordo quanto à possibilidade de traduzir a linguagem da mente para a do cérebro: não seriam apenas linguagens conceituais diferentes, mas sim diferentes domínios da ciência, com lógicas e epistemologias próprias.

Portanto, não parece haver acordo quanto à possibilidade de uma língua universal, capaz de integrar os diferentes conhecimentos e pontos de vista na ciência, em particular na psiquiatria e na psicanálise. Strenger & Omer, 1992, críticos das integrações utópicas, ao abordarem o tema do pluralismo na psicoterapia, declaram que não existe uma linguagem comum, um “*Esperanto*”, capaz de harmonizar as discussões profissionais. Admitem, como muitos, que cada linguagem carrega concepções filosóficas e teóricas. Para eles, *a idéia de uma linguagem neutra, não somente para a psicoterapia, mas para qualquer ciência, foi abandonada como um dos últimos sonhos dos positivistas lógicos* (97). Será

que a linguagem dos números e tabelas serviria para contornar, sem resolver, o problema da diferentes linguagens?

Não estaria aqui a força e a fraqueza de muitas linguagens científicas? Uma coisa é saber que existem muitas línguas. Outra coisa, acompanhando Umberto Eco, é considerar que esta multiplicidade corresponda a uma *ferida* que se deva curar encontrando uma língua perfeita. Por isso mantém-se em livre discussão, filosófica e científica, a proposta de alguns pesquisadores, principalmente da área biológica, qual seja, a de encontrar uma linguagem única.

Instrumental para Leitura Crítica

Análise de Evidência Clínico-Epidemiológica

A pergunta que o leitor precisa muitas vezes responder é *Qual é o melhor tratamento para este problema? Pesando riscos e benefícios, está indicado este tratamento para este paciente? Quando usar apenas um tratamento? Quando e como combinar psicoterapia e medicação? Vale a pena acrescentar os custos econômicos associados?* Pesquisas conduzidas com animais, fragmentos de tecidos, células de seres humanos etc não responderão a estas perguntas, de acordo com Schmidt & Duncan (92). Que pesquisas poderão ajudar a tomar decisões clínicas? Quais os seus alcances e limites? Como profissionais podemos ser somente objetivos sem levar em conta os valores humanos imbricados? Podemos apenas levar em conta sintomas, problemas e as evidências, presentes ou não, a favor de determinado tratamento, sem levar em conta as expectativas e preferências do paciente?

Docherty et al, 1977 e mais tarde Elkin et al, agosto e setembro, 1988, respondem a algumas destas questões (16, 26, 27). No primeiro dos três artigos, os pesquisadores examinam as dificuldades dos tratamentos combinados, e de sua avaliação, a partir do assim chamado “problema do relacionamento bimodal”: a diferença entre relacionar-se com o paciente como sendo um objeto de estudo / órgão doente e/ou como um sujeito / pessoa perturbada. No segundo, Elkin et al. se dirigem também às questões metodológicas nos estudos comparativos de psicoterapia e/ou farmacoterapia: padronização dos tratamentos, delineamento das pesquisas, implementação e interpretação dos resultados, superposição entre as condições de tratamento, o papel dos grupos controle, fatores inespecíficos da

relação médico-paciente, o papel das atitudes e expectativas dos pacientes etc. No último, o mesmo grupo segue enfrentando os dilemas e decisões da pesquisa, na difícil articulação entre rigor científico, relevância clínica e integridade das condições de tratamento, com o foco na adequação das amostras de pacientes para cada tipo de tratamento e na adequação da avaliação dos desfechos em relação aos efeitos específicos dos fármacos e da psicoterapia. Para eles, não há “*correct answers*”: as escolhas vão depender da natureza dos tratamentos e do propósito do estudo em particular.

O avanço das diretrizes diagnósticas (CID 10 e DSM IV TR) e da metodologia de pesquisa, fez com que os princípios da Medicina baseada em evidências (MBE, *EBM*) fossem introduzidos na psiquiatria. Na MBE o médico **aceita** a incerteza nas decisões clínicas, **reconhece** que as ações terapêuticas são freqüentemente adotadas sem o conhecimento sobre o seu real impacto, **reconhece** que a experiência clínica e os conhecimentos sobre mecanismos (de doenças, de intervenções), apesar de necessários no raciocínio clínico, são insuficientes para reduzir "adequadamente" as incertezas de algumas decisões clínicas, e **busca** evidências oriundas de investigações sistematizadas de questões clínicas (evidência clínico-epidemiológica) para a tomada de decisões clínicas (91). Tonelli, 1998, assinalou os limites da MBE: menor valorização da individualidade dos pacientes, com o foco da prática clínica movendo-se, sutilmente, do cuidado de indivíduos para o cuidado de populações, além da escassa apreciação da natureza complexa do sólido e aprofundado *clinical judgment* (99). Outras críticas, por exemplo, Wagner, 1998 (100), vêm sendo feitas na literatura da estatística em medicina quanto ao indevido valor do peso das evidências e dos níveis de significância (*p-values*), mas escapam às finalidades deste capítulo. Ver recomendações bibliográficas.

A pesquisa em psiquiatria e especialmente os delineamentos reconhecidos para avaliar eficácia de tratamento – os ensaios clínicos randomizados (ECRs) - são facilmente aplicáveis para os psicofármacos ao contrário do que ocorre com a psicoterapia, especialmente com as derivadas da psicanálise. Desse modo, comparativamente, as terapias de orientação analítica apresentam um nível de evidência menor, se levarmos em conta a metodologia científica corrente, em relação a sua comprovação de eficácia em relação aos psicofármacos. No entanto, cabe lembrar de que “ausência de evidência” não significa “evidência de ausência”.

Um terapeuta contemporâneo precisa, portanto, ser competente, o mais possível, na leitura crítica de ECRs, das revisões sistemáticas e das metanálises.

Os valiosos ECRs são, por vezes, idealizados como “perfeitos e definitivos”, com as ressalvas não consideradas: 1) os pacientes elegíveis ou selecionados para um ECR podem ter um desfecho clínico natural melhor que os pacientes não-elegíveis; 2) é diferente o impacto de uma intervenção quando implementada em condições de pesquisa se comparadas com aquelas da prática clínica, e 3) o limitado tempo de seguimento dos estudos: na psiquiatria às vezes apenas 3 a 4 semanas! Os resultados obtidos serão mantidos? (85).

Kunz & Oxman, 1998 alertam para um cegamento inadequado, impedindo verdadeira randomização dos sujeitos que vão para o grupo experimental e para o grupo controle. Estes dois autores entendem ser muito importante questionar as suposições e hipóteses acerca dos métodos de pesquisa, submetendo-as também ao exame empírico, da mesma forma como são testadas empiricamente as hipóteses relativas aos efeitos dos cuidados de saúde (60).

As sínteses da literatura científica, revisões sistemáticas e metanálises, são úteis para o profissional que, realisticamente, não dispõe de tempo para fazer, ele mesmo, uma leitura crítica da produção científica.

Os revisores de artigos, entretanto, podem às vezes se apoiar em dados pouco consistentes, desatualizados e com recomendações conflitantes (83). Algumas perguntas podem, por isso, ser necessárias para o leitor de sínteses da literatura: 1) *Os resultados são válidos? A revisão dirigiu-se explicitamente a uma questão clinicamente significativa? Por exemplo, quais são os antidepressivos mais efetivos para prevenir recaídas e recorrências: os antigos tricíclicos ou os novos inibidores seletivos da serotonina? Estes realmente tem menos efeitos colaterais? A busca para estudos relevantes foi detalhada e exhaustiva?* Por exemplo, é comum limitar uma busca bibliográfica para artigos publicados em inglês.

As metanálises são apreciadas por avaliarem a efetividade das intervenções, desde que *na ausência de estudos mais robustos*. Klein (54) revisando as metanálises que tentam comparar o efeito da psicoterapia e da psicofarmacoterapia destaca a necessidade de examinar cuidadosamente os estudos individuais antes de incluí-los em uma metanálise,

para evitar conclusões inválidas Demonstra as limitações e os riscos das conclusões apresentadas nas metanálises atuais.

Shapiro pergunta: *por que a tamanha popularidade das metanálises?* Sua irônica resposta é de que elas prometem o *Santo Graal* de alcançar estimativas de efeito para efeitos pequenos, ignorando os limites da inferência epidemiológica (93). Recomenda-se um belo conjunto de seis trabalhos de Egger (21, 22, 95). Em um deles (novembro, 1977) o autor questiona a pretensa infalibilidade das metanálises. Há casos em que uma vez estabelecida a eficácia, com significância estatística e clínica, seria supérfluo, caro e, quem sabe eticamente inadequado, realizar novos ECRs. Mas também existem situações em que os resultados anteriormente disponíveis foram contrariados por novos ensaios clínicos randomizados. Mais adiante, Smith, Egger & Phillips mostram que a inclusão de ECRs não garante, por si só, comparações randomizadas dentro das metanálises (95).

O terapeuta contemporâneo precisa também orientação para avaliar criticamente a validade, a significância clínico-epidemiológica e a aplicabilidade clínica das diretrizes terapêuticas, além de necessitar uma certa dose de tolerância para a ambigüidade produzida por discordâncias em diferentes diretrizes terapêuticas. Algumas perguntas¹¹³ podem ajudar: *Quem escreveu as diretrizes terapêuticas? As recomendações estão embasadas na melhor evidência clínica disponível? Como foi feita a busca na literatura? São consideradas eficácia, diferente de efetividade, e custos? Os níveis de evidência estão claramente especificados? Os graus de recomendação estão claramente especificados? São consideradas questões locais? São consideradas as preferências dos pacientes? Existe potencial conflito de interesse? Existe discrepância significativa entre diferentes diretrizes terapêuticas? Por que?*

Bodenheimer aborda as relações investigador/indústria e os conflitos de interesse, perguntando, por exemplo, *o que acontece com a publicação dos resultados se estes não favorecem a droga em estudo? Como são os contratos entre a indústria e a Universidade, no que se refere à publicação dos achados?* (6).

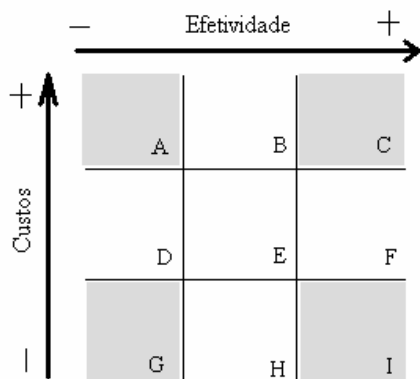
No tema das discrepâncias entre as diretrizes, considere-se o caso da hipertensão arterial, até certo ponto comparável com a situação das depressões, das ansiedades e das esquizofrenias. McAlister (69) assinalou as discordâncias, a má qualidade delas e o

¹¹³ Do PPG Epidemiologia da UFRGS

modesto impacto na implementação das mesmas. Não se pode, também e principalmente nesta área, nem ser ingênuo nem simplificar as questões, não percebendo os conflitos de interesse, ou concluindo, apressadamente, que se eles existem, então a fonte é *duvidosa ou inválida* e se não existem, o trabalho é *bom*. Menos ainda concluir pela validade das conclusões se a revista e/ou os autores são de boa qualidade, incorrendo nas conhecidas falácias lógicas, do argumento contra ou a favor de determinada fonte (94). Evidências de bons ou maus resultados de tratamentos são colhidas em amostras, não em casos individuais. Além disso, desfechos de tratamento não deveriam ser avaliados *apenas* por melhoras sintomáticas nem mesmo *somente* pela redução da mortalidade, mas incorporar outros aspectos relacionados à saúde do paciente qualidade de vida etc. (30, 85, 89).

Como em outras áreas da ciência, as avaliações econômicas (de custo/benefício, custo/efetividade, etc) apresentam um certo grau de incerteza, imprecisão ou controvérsia, segundo Polanczyk, 2003, que lembra a grande diferença nas decisões clínicas quando um profissional está diante de um paciente individual (onde este espera que aquele lhe ofereça o *melhor* tratamento, sem levar em conta as alternativas mais baratas), e quando está na situação de administrador dos escassos recursos de saúde. Isto nos remete aos crivos ou critérios de adequação dos tratamentos: do próprio terapeuta, do paciente, dos supervisores e colegas, da academia ou universidade e comunidade geral (79, 97). Hunt, 1990, psicanalista com experiência na prescrição de psicofármacos, examina a questão das pressões sócio-econômicas nos Estados Unidos na direção dos tratamentos mais rápidos e mais baratos, que fazem *vistas grossas* para os problemas caracterológicos e padrões disfuncionais nas famílias dos pacientes (47).

Os benefícios dos tratamentos combinados valem os riscos e os custos? Talvez o clínico possa utilizar uma tabela 3 x 3 de O'Brien, por nós modificada, que relaciona os incrementos na efetividade do tratamento associado comparado com somente psicoterapia ou psicofármacos com o aumento dos custos do tratamento associado comparando cada um dos tratamentos isolados (75).



Modificado de O'Brien [Figura 1F-7]. In Guyatt, 2002, p.637 (75)

- A Não vale a pena acrescentar outro tratamento, com forte convicção
- B Mesma efetividade do tratamento isolado; rejeita-se a associação,c/pouca convicção
- C O aumento da efetividade é compensando pelos custos mais altos? Decisão difícil
- D Rejeita-se a combinação, mas com pouca convicção na decisão
- E Posição neutra no balanço custos/efetividade: existem outras razões para a associação?
- F Aceita-se a associação, mas com pouca convicção na decisão
- G Menos custos, mas pouco aumento na efetividade. Vale a pena a associação?
- H Aceita-se a associação, mas com pouca convicção na decisão
- I Aceita-se a combinação, com forte convicção

Nosso próximo objetivo é descrever a evolução da relação entre psicofarmacoterapia e psicoterapia, discutindo suas principais controvérsias, resumando os aspectos psicodinâmicos no ato de prescrever um medicamento, com destaque para a questão dos triângulos terapêuticos.

Uma Revisão Histórica e Comentada

Para Rounsaville, Klerman e Weissman, 1981, o debate no tema da psicoterapia e/ou psicofarmacoterapia era feito apenas no terreno teórico, com argumentos ideológicos em favor de uma ou outra abordagem, ao invés da pesquisa empírica. Por isso delinearum um ensaio clínico, comparando somente tricíclicos, somente psicoterapia e tratamento combinado para depressão, verificando menor número de recaídas na última estratégia. Questionaram e desmentiram algumas crenças ou mitos, do tipo *discutir questões perturbadoras relacionadas com conflitos atrapalharia os benefícios da psicofarmacoterapia*. As conclusões sustentam a idéia dos autores, de que os dois tratamentos são complementares e não conflitantes nos seus efeitos (88).

Karasu, em 1982, já apontava a dissociação entre farmacoterapia e psicoterapia como um problema crônico no campo da psiquiatria, identificando resistências à integração, tanto nos pacientes como nos terapeutas (53). O autor mostra dados muito interessantes: entre 1950 e 1959 havia um bias a favor da psicoterapia e contra os ansiolíticos; o foco diagnóstico era a *neurose de ansiedade*, conceito que, na época, incluía fobias e o atual transtorno do pânico, além do transtorno de ansiedade generalizada. O progressivo uso de psicofármacos, além do hospital, na prática ambulatorial, por tradição domínio de psicanalistas e psicoterapeutas, aumentou a polarização da psiquiatria entre os campos “biológico” e “psicológico”, conforme Kahn, 1990 (51). Entre 1960 e 1969 inverteu-se o bias: a favor da farmacoterapia, mas agora o foco diagnóstico estava na esquizofrenia¹¹⁴. Finalmente, entre 1970 e 1979 passa-se a pensar em combinação de tratamentos, psicoterapia e fármacos, com o foco no diagnóstico da depressão, em um modelo “aditivo”. Variava também o tipo de psicoterapia: na primeira década, tratamento psicanalítico individual, na segunda, abordagens psicossociais, de apoio ao paciente esquizofrênico; na terceira, passa-se para a terapia interpessoal e comportamental. Entretanto, como já assinalado, a partir de 1979 diminuiu a produção científica relativa a tratamentos combinados. Teria tido a introdução na psiquiatria do Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders, III, 1980 algum papel neste fenômeno? Como hoje é reconhecido, embora o DSM-III tenha se apresentado como *ateorético* na questão da etiologia dos transtornos mentais, seus “pais neokraepelinianos”, como Goodwin, Guze e outros de St.Louis, não escondiam sua definição biológica, no mínimo por sua auto-denominação e pela ênfase na restauração do modelo médico na psiquiatria, enfatizada também por Klerman. Existiriam fatos empíricos puros, neutros? Ou todos os fatos são interpretações à luz de alguma teoria? As respostas epistemológicas do racionalismo crítico de Popper são claras: não para a primeira pergunta, sim para a segunda.

Na fase de oposição ou restrição, a maioria dos psicoterapeutas via a medicação como um empecilho à psicoterapia, pois traria uma melhora apenas sintomática, rápida, irreal e não sustentada. Este entendimento era, obviamente, derivado do modelo

¹¹⁴ É de 1960 o trabalho de Casey et al. que caracterizou a eficácia dos antipsicóticos neurolépticos na esquizofrenia, em um ECR publicado no American Journal of Psychiatry. E em 1962 Donald Klein operou a *dissecção psicofarmacológica*, que discriminou o transtorno do pânico de outros quadros de ansiedade, revelando a eficácia dos tricíclicos na prevenção dos ataques de pânico.

psicanalítico do conflito psíquico subjacente ao sintoma: a não resolução do conflito não trataria a “cura” da causa do sintoma, sendo, portanto, uma estratégia paliativa e contrária ao processo psicoterápico. Na melhor das hipóteses as drogas ajudariam pacientes muito graves a se submeterem à psicoterapia.

Progressivamente esta oposição foi abandonada por uma boa parcela dos psicoterapeutas, em parte pelo nível de evidência científica que sustentava os benefícios trazidos pelos psicofármacos, pela legitimação destas condutas por órgãos norte-americanos reguladores de indicação de tratamentos baseado em evidências e por outras razões sociais, culturais e econômicas (24). Até recentemente o principal modelo teórico que baseava o uso concomitante de psicofármacos e psicoterapia era o do modelo combinado ou de “duas vias ou pistas”. Neste modelo a combinação de intervenções (psicoterapia + psicofarmacoterapia) era sustentada na medida em que cada uma das intervenções estaria indicada para agir sobre alvos diferentes dentro de uma mesma doença de um dado paciente.

Cooper (1985) e, mais antigamente, Ostow, 1962, citado por Karasu, 1982 e outros, conceitualizaram que existiriam “duas doenças” em um mesmo paciente: uma responsiva à psicoterapia e outra à psicofarmacoterapia. A combinação poderia ser feita por um só profissional (psiquiatra, modelo integrado) ou por dois (psiquiatra + psicoterapeuta, no modelo denominado “*split*”). Este modelo, “dissociado” foi, aproximadamente, o adotado no antigo capítulo de Cruz, Osório e Cataldo Neto (15).

Lipowski, 1986, distingue os problemas na psiquiatria na teoria, na pesquisa e na prática clínica. Para o autor, na falta de conceitos e instrumentos para estudar o homem *em todos os aspectos ao mesmo tempo*, seria necessário recorrer ao *reducionismo metodológico* como estratégia, diferente do *reducionismo na teoria*. O pesquisador decide deliberadamente, testar as variáveis de apenas *uma* das classes, seja biológica ou psicológica, na tentativa de estudar a contribuição de cada classe no desenvolvimento de um determinado transtorno. Ainda para ele, a avaliação diagnóstica multidimensional deve ser ensinada aos residentes, bem como diversas modalidades terapêuticas. Embora não se possa esperar que todos os psiquiatras sejam capacitados a usar todas as formas de tratamento, espera-se que sejam capazes de avaliar qual ou quais modalidade(s) terapêutica(s) melhor satisfaz(em) as necessidades individuais de cada paciente. Liopowski

mostrava-se, pelo menos em 1986, entusiasmado com os progressos na psiquiatria implementados pelo DSM-III (63).

Karasu, trabalhando com Conte et al, 1986, revisam todos os estudos controlados de tratamento ambulatorial no caso da depressão unipolar, publicados entre 1974 a 1984, para comparar os resultados com tratamentos combinados com somente psicofármacos, somente psicoterapia e placebo. Os resultados favoreceram a combinação de psicoterapia mais medicação, mas os autores sublinham os limites metodológicos e os problemas estatísticos desta revisão sistemática (13).

Reiser, 1988, valendo-se da ambigüidade da expressão “losing the mind”, foi dos primeiros a expressar suas justas preocupações com as mudanças verificadas nos educadores em psiquiatria duvidando que a neurociência sozinha possa explicar a mente (87).

Cruz, Osório e Cataldo Neto, 1989, entenderam que a atitude *calvinista* ou *hedonista* (nas expressões de Klerman, 1972) depende, em boa medida, dos sentimentos contra-transferenciais dos profissionais em relação não só ao paciente, mas também em relação ao outro profissional e ao outro tratamento. Alertaram ainda para os riscos de uma pseudo-congruência, pela ignorância de um dos modelos conceituais, biológico ou psicológico (15).

Hoffman, 1990, sustentou a necessidade de um modelo unitário de tratamento, um *continuum*, concebendo a biologia entrelaçada com os significados psicológicos, com os transtornos mentais ocorrendo *permanentemente* sob uma matriz psicológica e biológica. Critica o assim chamado “modelo de duas pistas” (Cooper, 1985), que separa doença psicológica de doença biológica, onde se costuma equiparar intensidade leve com o primeiro caso e grave com o segundo. Para ele, esta concepção levaria a um tratamento “fraturado” também em duas pistas, com dois profissionais diferentes (46).

Kahn, 1990, aproxima-se de Hoffman, 1990, na medida em que considera um *split treatment* a modalidade de tratamento na qual o paciente vê dois profissionais separadamente, um psicanalista/psicoterapeuta [médico ou não-médico] e outro, psiquiatra (51).

Brockman, 1990, entende que no caso do mesmo profissional medicando e fazendo psicoterapia, o terreno comum é o da transferência, modificável pela ação farmacológica.

Se o clínico restringe/segrega a compreensão em apenas uma destas categorias, a ação terapêutica da associação de tratamentos ficará limitada (8). Quando o tratamento é combinado, no modelo de co-terapia, com dois profissionais (um psicoterapeuta e outro psicofarmacoterapeuta), acrescentam-se complexidades e ambigüidades no campo transferencial.

Klerman, 1991, em excelente capítulo sobre os conflitos ideológicos envolvidos na integração de psicofármacos e psicoterapia, examina as escolas como *ideologias*. Enfatiza o que ele chama de concepções teóricas das décadas anteriores, contrapondo-se às exigências contemporâneas na direção da crescente busca de evidências (59). Mas não seria ideológica a posição de Klerman, quando este sugere que “muitas vezes os críticos do modelo médico na psiquiatria são *aliados do movimento da antipsiquiatria*”? Freud, seguramente, não se tornou um antipsiquiatra quando deixou a neurologia e se tornou um psicanalista, conforme Fennig et al, citando Chessik, 1980 (28). E hoje, se e quando um residente de psiquiatria incorpora o modelo psicoterapêutico na sua formação e identidade, não se pode acusá-lo de ter aberto mão da identidade médica e ter se passado para a antipsiquiatria.

Lejderman & Knijnik, 1992, entendem que pacientes psiquiátricos estão muito longe de formarem um grupo homogêneo (61). Para alguns se aplica o conceito doença, para outros, comportamento ou histórias de vida, nos termos de McHugh & Slavney, 1988 (70). Para os primeiros autores citados, indicar tratamento combinado ou integrado exige que *o profissional tenha dentro de si conhecimento teórico, conceitual e de procedimentos*.

Osório e cols, 1993, assinalaram dois riscos da formação psiquiátrica: 1) estímulo para unificações prematuras ou sínteses ecléticas (no sentido de acríicas), de possível utilidade política (por exemplo, para a “unificação do movimento psiquiátrico”); 2) incentivo ao dogmatismo. Ambos podem comprometer a identidade profissional, dificultando o manejo de situações de alta complexidade e ambigüidade como é o tema da associação de tratamentos (78).

Gabbard, 1994, examinando mente e cérebro no tratamento psiquiátrico, recomenda que este deve ser orientado por abordagens tanto psicoterapêuticas quanto psicofarmacoterápicas, reconhecendo as dificuldades estruturais e econômicas do sistema de saúde que interferem na autonomia do clínico e na livre escolha do paciente. O autor,

como outros, reconhece que as decisões terapêuticas devem levar em conta, além das estimativas de custo-efetividade referidas mais acima, os interesses e capacidades do paciente (35).

Donovan e Roose, 1995, constataram uma mudança dos psicanalistas em relação ao papel das drogas, demonstrando que 62% dos analistas [didatas] tinham pacientes em uso de psicofármacos (em geral antidepressivos) nos últimos 5 anos, o que correspondia a 20% do total dos pacientes tratados (17). Por outro lado, na análise feita pelo Group for Advancement of Psychiatry, 1975, foi constatado que o uso de conjunto de drogas e psicoterapia era freqüentemente compreendido de uma maneira pobre. Uma conclusão de Abuchaim, 2001, merece reflexão: os psiquiatras integrados se aproximariam dos psicodinâmicos nas questões conceituais, mas dos biológicos nas questões práticas ou clínicas (1). Como interpretar este dado? Que as questões conceituais não são relevantes? Ou que há uma cisão conceitual-prática nos psiquiatras considerados integrados? Abuchaim considerou estes como *profissionais com um perfil de transição*, relacionando seu surgimento com a revolução da psiquiatria promovida pelo DSM-III e pelo crescimento da psiquiatria biológica.

Gabbard, 1997, continuou seus esforços, talvez já iniciados em 1992, para integrar, na sua própria *psiquiatria psicodinâmica*, a psicanálise, os avanços da neurobiologia, os modelos etiológicos e psicopatológicos de Kendler para depressão, as investigações sobre o impacto da psicoterapia no cérebro e as pesquisas de Hogarty e colaboradores quanto ao papel positivo das abordagens psicossociais (sem antipsicóticos) na prevenção de recaídas de esquizofrenia (34-38).

Gunderson & Gabbard, 1999, discutem a relativa marginalização das terapias psicanalíticas na psiquiatria norte-americana, atribuindo o fenômeno a forças políticas (mudanças na seleção de psicanalistas, dispensando formação psiquiátrica prévia) forças econômicas (*managed care*) e científicas (remedicalização da psiquiatria, impacto das neurociências, ênfase no empirismo) (43).

Lewey, 1999, propõe um modelo onde o psiquiatra desenvolveria um planejamento abrangente da abordagem do paciente: a seleção das intervenções estaria baseada na sua efetividade na obtenção dos objetivos principais do tratamento. Em que medida as identidades de cada método e técnica são mantidas? (62).

Sem pretender resolver esta questão, Schestatky & Fleck, 1999, revisaram o *status* das psicoterapias mais bem testadas empiricamente nos dez anos anteriores, ou seja, interpessoal, cognitiva comportamental e psicodinâmica breve, verificando sólidas evidências de bons resultados nas depressões ambulatoriais e unipolares tratadas por intervenções psicossociais, combinadas ou não com farmacoterapia (90).

Gabbard & Kay, 2001, fazem uma revisão *seletiva*, portanto não-sistemática, das recentes pesquisas, tentando, entre outros objetivos, responder à importante pergunta: *É melhor que o tratamento seja feito por um só profissional ou por dois? Quando?* Para eles, na ausência de dados sistemáticos, a experiência clínica deve orientar a decisão, propondo as seguintes situações nas quais parece mais indicado um bem treinado psiquiatra na condução dos dois tratamentos, psicológico e biológico (38):

- 1) transtornos esquizofrênicos ou esquizoafetivos, com pacientes sem adesão aos psicofármacos;
- 2) transtornos bipolares tipo I, com negação da doença e não cooperação com o tratamento
- 3) condições médicas instáveis e graves, onde o conhecimento médico do psiquiatra é importante no manejo abrangente
- 4) transtornos de personalidade *borderline* graves com dissociação ou *splitting* disruptivo para a equipe terapêutica
- 5) pacientes gravemente suicidas, altamente impulsivos, sujeitos à internação psiquiátrica no curso do tratamento
- 6) transtornos alimentares graves, com pacientes apresentando problemas de complicado manejo médico
- 7) pacientes com apresentação clínica ambígua, onde a necessidade de medicação não é clara, quando se faz necessária uma continuada avaliação do relativo valor dos psicofármacos como parte de um plano de tratamento abrangente.

Guimón, 2001, avaliou os métodos de tratamento dos psiquiatras suíços, verificando que o uso associado da medicação e psicoterapia era praticado por mais de 90% deles, inclusive aqueles que se identificavam como psicanalistas. Entretanto, os psiquiatras de perfis biológicos ou “ecléticos”, eram mais propensos a aplicar tratamentos combinados do que os de perfil psicanalítico (42).

Questões Transferenciais e Contratransferenciais

Nem todos os terapeutas experimentam o mesmo sucesso no uso dos medicamentos. Devem, portanto, haver outros fatores, *não relacionados aos fármacos*, que sejam responsáveis por essas diferenças. A resposta positiva ao placebo, que, na depressão maior, é da ordem de 30%, pode decorrer da situação, da personalidade do paciente, da personalidade do médico e da “interação emocional entre ambos” ou seja, transferência. De fato, na prescrição de um fármaco, o fenômeno transferencial e as fantasias inconscientes podem se desenvolver de diversas formas e, assim sendo, dar oportunidade para o entendimento psicoterapêutico. Para um paciente deprimido, por exemplo, a prescrição pode, às vezes, implicar em sentimentos de punição, confirmação de crenças auto-acusatórias, reforço de tendências masoquistas, ou resignação ao sofrido sentimento de solidão e isolamento. Outras vezes pode ser vivenciada como expressão do genuíno interesse do profissional. Para um maníaco, a medicação pode, às vezes, interromper a busca à gratificação, retirar o “poder” criativo e grandioso, e pôr em risco o sentimento de euforia e bem-estar que o defende da depressão (Nevins, 1990). Outras vezes pode aumentar a confiança do paciente no terapeuta.

A medicação pode eliciar a ambivalência do paciente e as do próprio terapeuta. Por um lado, o paciente pode temer o onipotente “doutor-objeto primitivo”, ou ter a fantasia de estar sendo envenenado, manipulado, seduzido ou rejeitado: “o doutor está prescrevendo um remédio para não mais me ouvir”. Por outro lado, o paciente pode ter a crença de uma “cura mágica” pelo bom doutor. Ele pode desejar tornar-se dependente do médico, em uma atitude passiva infantil, ou entender a prescrição como um sinal de preocupação por parte do pai/mãe-médico e sentir seu sofrimento como compreendido. Portanto, a prescrição pode representar tanto uma ferida narcisista para um paciente, quanto um alívio da ansiedade e um reforço da esperança para outro (39).

A decisão de *prescrever* desnecessariamente um medicamento pode ser influenciada pelos *próprios* conflitos e desejos inconscientes do terapeuta, com os seguintes aspectos podendo estar envolvidos:

1. Incapacidade do terapeuta em suportar a (necessária) lentidão do processo psicoterapêutico.

2. Dificuldade de tolerar ou conter as ansiedades, a raiva e a tristeza, estando a medicação a serviço do alívio da *própria* ansiedade do terapeuta.
3. Busca da gratificação dos pacientes, em um interjogo de sedução e manipulação emocional.
4. Enaltecimento da sensação de onipotência do terapeuta, podendo causar, no paciente, ansiedade, medo e/ou idealização do terapeuta, representante da figura parental onipotente internalizada, levando à formação de um conluio narcisista (“o melhor terapeuta, o melhor paciente”).

Por outro lado, determinantes conscientes e inconscientes do terapeuta também podem influenciar a decisão de *não* medicar, quando existe a real necessidade para tanto. Dentre os vários fatores destacaríamos:

1. Aspectos ideológicos (reducionistas), a onipotência, a negação ou a própria ignorância e desconhecimento do terapeuta. em psicofarmacologia
2. Sentimento de um intolerável fracasso psicoterapêutico
3. Medo do psicoterapeuta de ter seu papel diminuído ao ver que sua função terapêutica está sendo partilhada com o medicamento e/ou psicofarmacoterapeuta
4. Possível efeito placebo negativo, aumentando a dependência e prolongando determinadas psicopatologias.
5. Redução da motivação para o prosseguimento da psicoterapia em virtude o alívio dos sintomas, particularmente, mas não só em pacientes fóbicos ou evitativos.
6. Eliminação dos sintomas com a criação de outros, se o conflito permanecer intacto.
7. Diminuição da auto-estima do paciente pela constatação de que tem um problema “tão grave” que não resolveria somente com a psicoterapia.
8. Receio de complicar o campo psicoterápico pela introdução de uma “terceira pessoa” (objeto) no *setting*.

Os problemas e a psicodinâmica dos triângulos terapêuticos

Este é um tema central nos tratamentos combinados. Posteriormente à idéia ou decisão pelo uso da medicação, o psicoterapeuta precisa resolver **como medicar**. Os tratamentos medicamentoso e psicoterápico podem ser utilizados sob a forma de tratamento combinado com o mesmo terapeuta ou em co-terapia, com dois profissionais. Alguns

autores só chamam de combinado quando o mesmo psiquiatra conduz ambas modalidades, nomeando co-terapia ou *split treatment* na literatura internacional, quando o paciente consulta dois profissionais, um para a psicoterapia (médico ou não médico) e outro para a medicação. De qualquer forma, existirão triângulos terapêuticos, sempre complexos e capazes de acrescentar ambigüidades àquelas intrínsecas e pré-existentes em qualquer relação humana.

Chiles e colaboradores, 1991, focalizaram-se particularmente nos aspectos médico-legais dos tratamentos combinados quando o psicoterapeuta é não-médico: confidencialidade, erro médico etc (12).

Sempre que for proposta uma medicação, o terapeuta deve explicar seu raciocínio, permitindo que o paciente tenha tempo para expor suas considerações e suas preocupações reais. Alguns pacientes precisam mais tempo para assimilar ou “metabolizar psicologicamente” esta nova situação. Sentimentos transferenciais negativos podem ser expressos via efeitos colaterais. Associações livres, fantasias, sonhos e afetos revelar-se-ão na transferência, no decorrer do processo, dando pistas para o profissional. Lembramos que “forçar” o paciente ao regime medicamentoso pode resultar em reações transferenciais negativas, mais ou menos graves, dessa forma diminuindo o impacto positivo da medicação, conforme Goldhamer demonstrou em 1983. Se o profissional pensa apenas biologicamente, não perceberá estes fenômenos e irá aumentar as doses ou trocar de psicofármacos, desnecessariamente. Até mesmo psicoterapeutas podem subestimar o impacto psicológico, às vezes desorganizador, da *promessa ou expectativa* de uma melhora rápida a partir da entrada dos psicofármacos no tratamento.

Para Busch e Gould, 1993, o triângulo terapêutico de paciente, psicoterapeuta e psicofarmacoterapeuta, pode ser altamente recompensador para todas as partes, embora também campo fértil para o desenvolvimento de transferências negativas e respostas contratransferenciais de ambos os profissionais. Os autores reforçam a importância de uma formação específica para tornar possível um clima de respeito mútuo, confiança e abertura, reduzindo dissociações e elaborando conflitos (10).

Bradley, 1990, entende que o encaminhamento pode ser, em parte, um *enactment* contratransferencial para lidar com um impasse na psicoterapia (7). O paciente pode interpretar como: “meu terapeuta está desistindo de mim” ou “minha doença não tem jeito”.

Nesta fase, sentimentos transferenciais negativos em relação ao psicoterapeuta podem resultar em uma dissociação, em que o psicofarmacoterapeuta, pela sua posição mais ativa e diretiva, somado ao alívio dos sintomas pelo fármaco, torna-se o “objeto bom” e idealizado. Tal idealização pode ser usada pelo paciente como uma resistência aos dolorosos sentimentos transferenciais, na psicoterapia. Isto pode evoluir para abandonos dos dois tratamentos, primeiramente da agora desvalorizada psicoterapia, seguida da até então idealizada psicofarmacoterapia. Os obstáculos transferenciais podem ser complicados pelas ansiedades dos terapeutas, sobretudo por sentimentos onipotentes e de competição entre eles. O psicoterapeuta pode sentir-se narcisisticamente desconfortável com a necessidade de “pedir ajuda”, ou em revelar (ao paciente e a si mesmo) sua falta de habilidade no manejo de determinadas situações. Já o farmacoterapeuta pode aliar-se a tais reações transferenciais negativas e formar um conluio com o paciente, informando-o, ainda que inconscientemente, que *ele pode cuidar sozinho do caso*. Portanto, o papel de cada terapeuta deve ser claramente definido desde o início, baseado em uma relação aberta e de mútuo respeito e confiança. São importantes as discussões periódicas, principalmente no início do tratamento, para que os profissionais não atuem a favor da dissociação do paciente. Além disso, uma vez que o psicoterapeuta assiste o paciente mais frequentemente, ele deve ser instruído quanto aos sinais de recorrência e dos efeitos adversos. Em situações particulares, em que as divergências dos profissionais não puderem ser transpostas, uma supervisão pode ser indicada, ou mesmo a mudança de um dos membros pode ser necessária. Situação de difícil decisão, que pode requerer a discussão das questões bioéticas envolvidas.

Greene, 1998, publicou um caso de análise em que praticara a terapia combinada e concluiu que existem casos em que é *crucial* que o analista prescreva a medicação, pois nesta modalidade pode ocorrer um *reenactment* transferencial específico, mais importante que a medicação *per se*. Esta alternativa já foi praticada em nosso meio. Greene é um dos críticos da terapia bimodal ou modelo de duas pistas já comentado. Para ele a decisão de medicar não deveria basear-se exclusiva e separadamente na base da fenomenologia psiquiátrica, devendo incluir critérios psicodinâmicos (41). No tratamento em que o mesmo terapeuta conduz a psicoterapia e a tratamento farmacológico, a via comum destas forças é a transferência. Assim sendo, pode-se dizer que a ação farmacológica pode modificar a

transferência e, mais difícil de avaliar, a transferência poderia modular a experiência subjetiva da ação do medicamento. Outro aspecto técnico importante durante a terapia combinada é a diferença na “distância ótima” da experiência emocional do paciente. Na prática psicoterápica, o terapeuta mantém uma relativa *proximidade* com as experiências emocionais do paciente. Ao praticar a farmacoterapia, por sua vez, o terapeuta deve raciocinar com base no conhecimento da fisiologia e farmacologia, que são pontos mais *distantes* da vida emocional do paciente. Desta forma, Hamilton et al., 1994, sugeriram que o terapeuta inicie a sessão com uma posição *mais distante*, com o objetivo de revisar as doses, sintomas, efeitos colaterais, etc., e vá *aproximando-se* no decorrer da sessão. Por fim, e não menos importante, a descontinuação da medicação também deve ser extensamente discutida com o paciente, oportunizando ao paciente que este possa expressar livremente seus medos e ansios. O terapeuta deve garantir que a retirada do medicamento não significa, necessariamente, o término da terapia; portanto, não é aconselhável que as duas modalidades de tratamento terminem simultaneamente.

Adelman, 1985, escreveu sobre o medicamento como um objeto transicional, conceito de Winnicott, etapa para o desenvolvimento de uma relação de objeto total. De fato, até mesmo as embalagens com os medicamentos ou as receitas médicas podem servir como objeto transicional, como auxílio para lidar com a ansiedade do perigo da perda temporária (entre sessões, férias) do objeto-médico perdido. A deglutição do remédio também pode, em parte, representar a “internalização” do terapeuta durante o processo psicoterápico. Pacientes com tendência a somatizações podem projetar no remédio a responsabilidade pelas suas sensações perturbadoras (“pseudo-efeito colaterais?”), ou mesmo, tê-las aliviadas *por sugestão* do remédio. Portanto, a prescrição necessariamente suscita sentimentos, fantasias e crenças, que podem servir como mais um auxílio ao entendimento do mundo interno dos nossos pacientes. Assim sendo, a abordagem da transferência em pacientes medicados pode ser decisiva para o aumento ou resistência ao efeito das drogas.

Marcus, 1990, lidando com pacientes com depressão e transtornos de personalidade, declarou que os antidepressivos melhoraram *dramaticamente* a rapidez e a eficácia da psicoterapia, atuando em funções autônomas do ego, como a regulação e a modulação do afeto. A melhora das funções do ego poderia *fazer a diferença entre* uma

doença fatal e uma não fatal, entre uma relação terapêutica negativa e o progresso da psicoterapia, modificando a transferência psicótica ou quase psicótica, para níveis neuróticos de organização ou funcionamento da personalidade (67).

Uma conclusão provisória

O estágio do conhecimento atual ainda não permite que se tenha modelos teóricos integradores entre psicoterapia e farmacologia pelas dificuldades discutidas neste capítulo. Kandel, 1999, entre outros, vem propondo uma “Neuro-Psicanálise”, disciplina que surgiu com uma visão integradora, propondo-se a buscar uma base neurobiológica para os construtos psicanalíticos (52). Uma tendência alternativa é o desenvolvimento de pesquisas em cada um dos campos, com o esclarecimento das interfaces entre elas. Uma coisa é integrar para não segregar, outra, muito diferente, é integrar duas ou mais coisas em uma só, o que se aproxima de fundir (76). Quanto às suas supostas incompatibilidades, Mezan, 1995, considera mal colocada a questão “psicanálise e neurociências”. Para ele, suas finalidades e “objetos” são bastante diferentes. Admite que psicofármacos podem ser úteis, que a psicanálise não é panacéia universal, até porque ela exige um compromisso e respeito com a verdade e sutilezas da vida, para os quais nem sempre existem disposição e disponibilidade psíquica (72).

Longe da discussão epistemológica, os pacientes permanecem aguardando que o médico siga na sua missão de aliviar o sofrimento humano causado pela doença, utilizando todos os recursos que ele dispõe. O cientista social Luhrman parece ter ouvido as vozes dos pacientes insatisfeitos com os profissionais que só lhe receitam remédios: ... *O treinamento em psicoterapia ensina ao médico algo que se torna relevante para todos os encontros com os pacientes, que é a importância da relação médico-paciente e a importância de compreendê-la em profundidade. Essa relação pode ser integral/essencial para a capacidade do paciente de responder ao tratamento, para sentir-se confortado, para confiar em um médico e aí então tomar a medicação que ele prescreve [e] para sentir que se as vozes vierem a se tornar violentas e perturbadoras há um lugar seguro para ir em busca de cuidados* (64).

Ouvindo diretamente a voz de pacientes: um deles, com esquizofrenia, em psicoterapia, afirmou que *“medicamentos ou apoio superficial não são substitutos para o sentimento de que se é compreendido por outro ser humano (5)*. Uma outra, com “PMD”, como ela própria prefere chamar o seu transtorno de humor, criou uma frase lapidar sobre a relação de medicamentos e psicoterapia: *“Nenhum comprimido tem condições de me ajudar com o problema de não querer tomar comprimidos. Da mesma forma, nenhuma quantidade de sessões de psicoterapia, pode, isoladamente, evitar minhas manias e depressões. Eu preciso dos dois” (49)*.

Agradecimentos:

Os autores agradecem as colaborações de Benício Noronha Frey, autor de revisão sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. ABUCHAIM, CM. A importância das concepções de psiquiatras de diferentes orientações teóricas sobre a combinação de tratamentos psicodinâmicos e farmacológicos. Dissertação de mestrado. PUC, Porto Alegre, dezembro de 2000. [manuscrito].
2. ADELMAN, SA. Pills as transitional objects: a dynamic understanding of the use of medication in psychotherapy. *Psychiatry*, v.48, p.246-253, 1985.
3. ANDREASEN, NC. Body and soul. *American Journal of Psychiatry*, v.153, n.5, p.589-590, 1996.
4. _____. Understanding schizophrenia; a silent spring. *American Journal of Psychiatry*, v.155, n.12, 1998.
5. ANONYMOUS. A recovering patient. "Can we talk?" The schizophrenic patient in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, v.143, n.1, p.68-70, 1986.
6. BODENHEIMER, Th.: Uneasy alliance – clinical investigators and the pharmaceutical industry, *New England Journal of Medicine*, v.342, n.20, p.1539-1544, 18 de maio, 2000.
7. BRADLEY, SS. Nonphysician psychotherapist-physician pharmacotherapist: a new model for concurrent treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, v.13, n.2, p.307-322, 1990.
8. BROCKMAN, R. Medication and transference in psychoanalytically oriented psychotherapy of the borderline patient. *Psychiatric Clinics of North America*, v.13, n.2, p.287-295, 1990.
9. BUNGE, M. *Física e filosofia*. São Paulo: Perspectiva, 2000, p.237.
10. BUSCH, FN.; GOULD, E. Treatment by a psychotherapist and a psychopharmacologist: transference and countertransference issues. *Hospital and Community Psychiatry*, v.44, n.8, p.772-774, 1993.
11. CASEMENT, P. Para além do dogma. In: _____. *Aprendendo ainda mais com o paciente*. Rio de Janeiro: Imago, 1992, p.15-30.
12. CHILES, JA. et al. A physician, a nonmedical psychotherapist, and a patient; the pharmacotherapy-psychotherapy triangle. In: BEITMAN, BD.; KLERMAN, GL., eds. *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press, 1991, chap.5, p.105-118.
13. CONTE, HR et al. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression; a systematic analysis of the evidence. *Archives of General Psychiatry*, v.43, p.471-479, 1986.

- 14.COOPER, AM. Will neurobiology influence psychoanalysis? *American Journal of Psychiatry*, v.142, n.12, p.1395-402. 1985.
- 15.CRUZ, JG; OSÓRIO, CMS; CATALDO NETO, A. Psicoterapia e psicofarmacoterapia. In: EIZIRIK, C. et al. *Psicoterapia de orientação analítica; teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- 16.DOCHERTY, JP et al. Psychotherapy and pharmacotherapy; conceptual issues. *American Journal of Psychiatry*, v.134, n.5, p.529-533.
- 17.DONOVAN SJ; ROOSE, SP. Medication use during psychoanalysis: a survey. *Journal of Clinical Psychiatry*, v.56, n.5, p.177-8, 1995.
- 18.DROB, S. The dilemma of contemporary psychiatry. *American Journal of Psychotherapy*, v.18, n.1, p. 54-67, 1989.
19. DUNCAN, BB; SCHMIDT, MI; GIUGLIANI, E. *Medicina ambulatorial*. Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- 20.ECO, U. *La búsqueda de la lengua perfecta*. Barcelona: Crítica, 1999.
- 21.EGGER. M. et al. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *British Medical Journal*. v.315, p.629-634, September, 13, 1997.
- 22.EGGER, M; SMITH, GD. Meta-analysis; potentials and promise. *British Medical Journal*, v.315, p.1371-1374, November, 22, 1997.
- 23.EIZIRIK, CL. A neutralidade psicanalítica; uma contribuição ao seu estudo. Porto Alegre, 1992 [Trabalho para membro efetivo da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre].
- 24.EIZIRIK, CL; OSÓRIO, CMS; OLIVEIRA, RR. Intervenções psicoterápicas em atenção primária. In: DUNCAN, BB; SCHMIDT, MI; GIUGLIANI, E. *Medicina Ambulatorial. Condutas de atenção primaria baseadas em evidências*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003, cap.86, p.855-862.
- 25.EIZIRIK, CL. A psychoanalytic perspective on the future of mental health: current challenges. In: Guimón J, Zac de Filc S, eds. *Challenges of psychoanalysis in the 21st century: psychoanalysis, health, and psychosexuality in the era of virtual reality*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers; 2001, p. 123-131.
- 26.ELKIN, I. et al. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, I: active ingredients and mechanisms of change. *American Journal of Psychiatry*, v.145, n.8, p.909-917, 1988.
27. _____. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy. II. Nature and timing of treatment effects. *American Journal of Psychiatry*, v.145, n.9, p.1070-1076, 1988.

28. FENNIG, S. et al. The psychiatrist as a psychotherapist; the problem of identity. *American Journal of Psychotherapy*, v.47, n.1, p.33-36, 1993.
29. FIEVE, RR. The revolution defined. It is pharmacologic. *Psychiatric Annals*, v.7, p.10-18, 1977, apud HICKS, R; McCORMICK, MGF.; DAVIS, JM. Psychopharmacology; the significance and insignificance of drugs; two paradigms. *Psychiatric Clinics of North America*, v.2, n.2, p.359-363.
30. FLECK, MPA. Qualidade de Vida. Escalas disponíveis no Site Psiquiatria UFRGS, HCPA <http://www.ufrgs.br/psiq.whoquol.html>.
31. FONAGY, P., ed. *Uma revisão de portas abertas [1999]; revisão panorâmica de resultados em psicanálise*. Relatório da Comissão de Pesquisa da IPA. Tradução revisada por CL Eizirik, MR Honer, PC Corona e RG Fiorini. 2001 [Versão manuscrita, disponível no Centro de Estudos Luís Guedes].
32. _____. An open door review of outcome studies in psychoanalysis. 2nd ed rev. 2002 Feb. Available from: URL: <http://www.ipa.org.uk>.
33. FREY, BN; MABILDE, LC; EIZIRIK, CL. Na (Des)Integração entre psicofarmacoterapia e a psicoterapia analítica. [Trabalho de conclusão do 3º ano de residência em psiquiatria do primeiro autor. UFRGS-HCPA, 2002]
34. GABBARD, GO. Psychodynamic psychiatry in the decade of brain. *American Journal of Psychiatry*, v.149, p.991-998, 1992.
35. _____. Mind and brain in psychiatric treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, v.58, n.4, 1994.
36. _____. Dynamic therapy in the decade of the brain. *Connecticut Medicine*, v.61, n.9, p.537-542, 1997. Apresentado no 1º Encontro de Psiquiatria Psicodinâmica do Mercosul, Porto Alegre, HCPA abril 1999, sob o título Terapia Dinâmica na década das neurociências [manuscrito, c/problemas na tradução]
37. _____. Fracasso do tratamento com pacientes suicidas. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.37, n.1, p.175-190, 2003.
38. GABBARD, GO.; KAY, J. The fate of integrated treatment; whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *American Journal of Psychiatry*, v.158, n.12:1956-1963, 2001.
39. GOLDHAMER, PM. Psychotherapy and pharmacotherapy: the challenge of integration. *Canadian Journal of Psychiatry*, v.28, p.173-177. 1983
40. GOODMAN, A. Organic unity theory; the mind-body problem revisited. *American Journal of Psychiatry*, v.148, n.5, p.553-563, 1991.

- 41.GREENE, MA. The effects of the introduction of medication on the psychoanalytic process: a case study. *Journal of American Psychoanalytical Association*, v.49, n.2, p.607-27, 1998.
- 42.GUIMÓN, J. Scope and limitations of psychoanalysis in clinical psychiatry. In: GUIMÓN, J;ZAC de FILC, S., eds. *Challenges of psychoanalysis in the 21st. century*. New York: Kluwer, 2001, pp.133-148.
- 43.GUNDERSON, J.; GABBARD, GO. Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, v.47, n.3, p.679-739, 1999 [com comentários de Pardes e Vaglum entre outros].
- 44.HAMILTON, NG, Sacks LH, Hamilton CA. Object relations theory and pharmacopsychotherapy of anxiety disorders. *American Journal of Psychotherapy*, v.48, n.3, p.380-91, 1994.
- 45.HICKS, R; McCORMICK, MGF.; DAVIS, JM. Psychopharmacology; the significance and insignificance of drugs; two paradigms. *Psychiatric Clinics of North America*, v.2, n.2, p.359-363.
- 46.HOFFMAN, JS. Integrating biologic and psychologic[al] treatment: the need for a unitary model. *Psychiatric Clinics of North America*, v.13, n.2, p.369-372, 1990.
- 47.HUNT, WR. A psychoanalyst does psychopharmacology. *Psychiatric Clinics of North America*, v.13, n.2, p.323-331, 1990.
- 48.JAMISON, KR. Manic-depressive illness: the overlooked need for psychotherapy. In: BEITMAN, BD; KLERMAN, GL,eds. *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press, 1991, chap.20, p.409-420.
- 49._____. *Uma mente inquieta*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- 50.JAKOBSON, V. et al. Co-terapia: estruturação e psicodinâmica do triângulo terapêutico. *Revista de Psiquiatria do RS*, v.24, n., p.134-144, 2002.
- 51.KAHN D. The dichotomy of drugs and psychotherapy. *Psychiatric Clinics of North America*, v.13, n.2, p.197-208, 1990.
- 52.KANDEL, ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, v.156, p.505-24, 1999.
- 53.KARASU, TB. Psychotherapy and pharmacotherapy: toward an integrative model. *American Journal of Psychiatry*, v.139, p.1102-1113, 1982.
- 54.KLEIN, D. Flawed meta-analyses comparing psychotherapy with pharmacotherapy. *American Journal of Psychiatry*, v. 157, n.8, p.1204-11, 2000.

55. KLERMAN, GL. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, v.131, n.2, p.186-191, 1974.
56. _____. History and development of modern concepts of affective illness. In: POST, R; BALLANGER, J, eds. *Neurobiology of mood disorders*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1984, chap.1, p.1-19.
57. _____. Historical background. In: MICHELS, R. et al., eds. *Psychiatry*. rev.ed. Philadelphia: Lippincott, 1989, v.1, chap.52, p.1-22.
58. _____. The psychiatric patient's right to effective treatment: implications of Osheroff v.Chestnut Lodge. *American Journal of Psychiatry*, v.147, n.4, p.409-418, 1990.
59. _____. Ideological conflicts in integrating pharmacotherapy and psychotherapy. In: BEITMAN, BD.; KLERMAN, GL, eds. *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press, 1991, chap.1, p.3-19.
- 60.KUNZ, R.; OXMAN, AD. The unpredictability paradox; review of empirical comparisons of randomised and non-randomised clinical trials. *British Medical Journal*, v.317, p.1185-1190, October, 31, 1998.
- 61.LEJDERMAN, F.; KNIJNIK, L. Tratamento biológico e tratamento psicológico; em busca de um modelo integrado. *Revista de Psiquiatria do RS*, v.14, n.2, p.85-88, 1992.
- 62.LEWEY M. A clinical model for selecting psychotherapy or pharmacotherapy. In: WEISSMAN, S, SABSHIN. M.; EIST, H. *Psychiatry in the new millennium*. Washington: American Psychiatric Press Inc, 1999, p 193-215.
- 63.LIPOWSKI, ZJ. To reduce or to integrate: psychiatry's dilemma. *Canadian Journal of Psychiatry*, v.31, p.347-51, 1986.
- 64.LUHRMANN, TM. Of two minds; the growing disorder in American psychiatry. New York: Alfred Knopf, 2000, *apud* GABBARD, GO; KAY, J. The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *American Journal of Psychiatry*, v.158, n.12: 1956-1963, December 2001.
- 65.MABILDE, LC et al. Considerações sobre o tratamento farmacológico e psicodinâmico dos transtornos de ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.21, n.1, p.41-51, 1999.
- 66.MALTERUD, K. The art and science of clinical knowledge; evidence beyond measures and numbers. *The Lancet*, v.358, p.397-400, August, 4, 2001.
- 67.MARCUS, ER. Integrating psychopharmacotherapy, psychotherapy, and mental structure in the treatment of patients with personality disorders and depression. *Psychiatric Clinics of North America*, v.13, n.2, p.255-263, 1990.

- 68.MARMOR, J. The adjunctive use of drugs in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v.1:312-5, 1981.
69. McALISTER, FA et al. The management of hypertension in Canada; a review of current guidelines, their shortcomings and implications for the future. *Canadian Medical Association Journal*, v.164, n.4, p.517-522, 2001.
- 70.McHUGH, P.; SLAVNEY, P. *As perspectivas da psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989 [1983].
- 71.MEYER, A. Progress in teaching psychiatry. *JAMA*, v.69, p.861-863, 1917.
- 72.MEZAN, R. Psicanálise e neurociências; uma questão mal-colocada. In: JUNQUEIRA Fº, LCO, org. *Corpo-mente; uma fronteira móvel*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995, p.267-277.
- 73.MICHELS, R. Medication use during psychoanalysis: a survey (commentary). *Journal of Clinical Psychiatry*, v.56, n.5, p.179, 1995.
- 74.NEVINS, DB. Psychoanalytic perspectives on the use of medication for mental illness. *Bulletin of Menninger Clinic*, v.54, p.323-339. 1990.
- 75.O'BRIEN, B et al. Moving from evidence to action: Economic analysis. In: GUYATT, G; RENNIE, D. *User's guide to the medical literature. A manual for evidence-based practice*. Chicago: AMA Press, 2002.
- 76.OSÓRIO, CMS. Supervisão em clínica psiquiátrica. In: MABILDE, LC. org. *Supervisão em psiquiatria e em psicoterapia analítica; teoria e técnica*. Porto Alegre: SPRS, Mercado Aberto, 1991, cap.13, p.155-165.
- 77._____.Problemas relativos à concomitância de psicoterapia com psicofarmacoterapia: questões conceituais no campo da psiquiatria. I Congresso Gaúcho de Psiquiatria [tema livre] 1991 Jul 18-21; Gramado, Brasil [manuscrito].
- 78.OSORIO, CMS et al. Unidade e diversidade na psiquiatria; perspectivas de integração do pensamento psiquiátrico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.42, n.3, p.133-1388 1993.
- 79.OSORIO, CMS. Por que o paciente melhora? *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v.4, n.3, p.223-235, 2002.
- 80.OSÓRIO, CMS et al. Pesquisa em psicoterapia.psicanalítica;questões éticas e epistemológicas. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, Porto Alegre, v.5, n.1 , p.113-120, 2003.

- 81.OSÓRIO, CMS; GOLDIM, CL; EIZIRIK, CL. Lidando na prática clínica com incertezas e ambigüidades: como dar más notícias em aconselhamento genético. Porto Alegre, UFRGS, Faculdade de Medicina, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria, Mestrado, 2002-2004.
- 82.OSTOW, M. *Drugs in psychoanalysis and psychotherapy*. NY, Basic Books, 1962, apud KARASU, TB. Psychotherapy and pharmacotherapy; toward and integrative model. *American Journal of Psychiatry*, v.139, n.9, 1982. [Ostow é considerado pioneiro no tratamento combinado por Kahn, 1990].
- 83.OXMAN, A. et al. Summarizing the evidence [revisões sistemáticas e metanálises]. In: GUYATT, G; RENNIE, D. *Users guide to the medical literature. A manual for evidence-based practice*. Chicago, AMA Press, 2002.
84. PACO,O; PEÑA, A; PERALTA. Epistemological beliefs and knowledge among physicians; a questionnaire survey. *Medical Education Online*, v.7: 4. 2002. www.online-eduonline.org. [consulta em outubro, 2003].
- 85.POLANCZYK, CA. Estudos de custo-efetividade na área médica. In: PPG Epidemiologia. *Análise de evidência clínico-epidemiológica. Leitura básica e exercícios*. Porto Alegre, UFRGS, 2003.p.79-94.
86. POPPER, KR. O balde e o holofote; duas teorias do conhecimento [Naturgesetze und theoretische Systeme]. In: _____. *Conhecimento objetivo; uma abordagem evolucionária*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999 [1948,1972]. Apêndice, p313-332.
- 87.REISER, MF. Are psychiatric educators “losing the mind”? *American Journal of Psychiatry*, v.145, n.2, p.148-153, 1988.
- 88.ROUNSAVILLE, BJ, KLERMAN, GL, WEISSMAN, MM. Do psychotherapy and pharmacotherapy for depression conflict? Empirical evidence from a clinical trial. *Archives of General Psychiatry*, v.38, p.24-9, 1981
- 89.SANDERS, C. et al. Reporting on quality of life in randomised controlled trials: bibliographic study. *British Medical Journal*, v.317, p.1191-1194, 31 October 1998.
- 90.SCHESTATSKY,S.; FLECK, M. Psicoterapia das depressões. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.21, Supl., p.s41-s47, 1999.
91. SCHMIDT, MI.; DUNCAN, BB. Medicina baseada em evidências. In: DUNCAN, BB; SCHMIDT, MI; GIUGLIANI, E. *Medicina ambulatorial; condutas clínicas em atenção primária*. 2.ed Porto Alegre, Artes Médicas, 2004 , cap.1, p.7-10.
- 92.SCHMIDT, MI; DUNCAN, BB. Epidemiologia clínica e medicina baseada em evidências. In: ROUQUAYROL, M.; ALMEIDA Filho, N. *Epidemiologia e Saúde*.6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

93.SHAPIRO, S. Meta-analysis/shmeta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, v.140, n.7, p.771-778, 1994.

94.SKRABANEK, P.; McCORMICK, J. *Follies and fallacies in Medicine*. Glasgow, Tarragon, 1986.

95.SMITH, GD; EGGER, M; PHILLIPS,AN. Meta-analysis; beyond the grand mean? *British Medical Journal*, v.315, p.1610-1614, 13 December 1997.

96.STONE, AA. Law, science, and psychiatric malpractice; a response to Klerman's indictment of psychoanalytic psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, v.147, n.4, p.419-427 [ver: *letters to the editor*, v.148, n.1, p.139-145; e v.148, n.3, p.387-390, March, 1991.

97.STRENGER C.; OMER, H. Pluralistic criteria for psychotherapy; an alternative to sectarianism, anarchy, and utopian integration. *American Journal of Psychotherapy*, v.46, n.1, p.111-130, 1992.

98.SULLIVAN, M. et al. Psychotherapy vs. pharmacotherapy: are psychiatrists polarized? A survey of academic and clinical faculty. *American Journal of Psychotherapy*, v.47, n.3, p.411-422, 1993.

99.TONELLI, MR. The philosophical limits of evidence-based medicine. *Academic Medicine*, v.73, n.12, p.1234-1240.

100.WAGNER, MB. Significância com confiança? *Jornal de Pediatria*, v.74, p.343-346, 1998.

Sites de Interesse

Psiquiatria: <http://www.ufrgs.br/psiq>

Bioética: <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/bioetica.htm>

Epidemiologia: <http://famed.ufrgs.br/ppg/PPG Epi/principal.htm>

Artigos e busca bibliográfica/revisões, metanálises, Cochrane Library: <http://www.cochrane.org/>

COCHRANE Collaboration publica a Cochrane Library::um esforço internacional, de uma organização não-governamental, dirigido a preparar.manter e disseminar revisões sistemáticas dos efeitos dos cuidados de saúde.

Busca Bibliográfica PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
Oxford Center for EBM

CONSORT. Consolidated Standards on Reporting.

<http://www.ipa.org.uk>. Fonagy, P. An open door review of outcome studies in psychoanalysis. 2nd ed rev. 2002 Feb. Available from: URL

<http://www.acponline.org/journals/acpjc/jcmenu.htm> ACP Journal Club and Evidence-Based Medicine

<http://www.ebonncall.co.uk/JSP/RESOURCE/GUIDE.htm#B> : site do projeto Evidence-Based Medicine On-Call, capaz de responder algumas questões relativas a problemas médicos comuns.

<http://www.evidence.org> : Clinical evidence; uma concisa avaliação do estado atual de conhecimento, desconhecimento e incerteza quanto à prevenção e tratamento de condições clínicas comuns e importantes. Tornado público, na Internet, de dois em dois anos.

<http://www.docnet.org.uk/drfulix/medtut.html>: uma lista de tutoriais planejados para orientar os usuários os diferentes sistemas MEDLINE, de acordo com o seu nível de experiência.

EMBASE. Excerpta Medica.

<http://www.sportsci.org/resource/stats/effectmag.html>
resources@sportsci.org

Bibliografia Recomendada

SACKETT, DL et al. *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. 2.ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.

FLETCHER, RM RH; FLETCHER, SW. WAGNER, EH. *Epidemiologia clínica* Elementos essenciais. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

GOODMAN, SN & ROYALL, R. Evidence and scientific research. Commentary. *American Journal of Public Health*, v.78, n.12, p.1568-1574, 1988.

GOODMAN, SN. p Values, hypothesis tests, and likelihood; implications for epidemiologic of a neglected historical debate. *American Journal of Epidemiology*, v.137, n.5, p.485-496, 1993.

_____. Towards evidence-based medical statistics. I. The p value fallacy. *Annals of Internal Medicine*, v.130, p.1005-1013, 1999.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, FAMED, PPG Ciências Médicas: Psiquiatria
Dissertação de Mestrado de Cláudio Maria da Silva Osório
Ambigüidade e incerteza: sua importância na formação médica

ERRATA PARA O CD [em destaque as correções feitas em

p.68, última linha
questões éticas daí decorrentes (146, 147, 148).

p.178
5ª. referência
CHOMSKY.... São Paulo: EDUSP, 1995 [1985], p.197-237

p.180
1ª. referência
FODOR, J..... Cognition, v.9, 139-96, 1981, apud GARDNER

9ª. referência
FRAPPIER-MAZUR..... São Paulo: Hedra, 1999, cap.5, p.217-238

p.235
Uma Revisão Histórica e Comentada, 6 e 7ª. linhas
... desmentiram algumas crenças e mitos do tipo *discutir questões perturbadoras relacionadas com conflitos atrapalharia os benefícios da psicofarmacoterapia*