

## A IMPORTÂNCIA DE SER DIFERENTE

Ian MacWhinney

Palestra pronunciada em reunião do Royal College of General Practitioners, Aberdeen, 1996.  
Traduzida do British Journal of General Practice, 46, 443-6. Jul.1996. - tradução Vera Drehmer

É uma honra proferir uma Conferência William Pickles, e especialmente agradável que tal aconteça nesta parte da Escócia, tão próximo ao local de nascimento de James Mackenzie. Mackenzie e Pickles foram dois dos mais eminentes cientistas que a Medicina Generalista produziu. Mackenzie desenvolveu suas pesquisas originais em Burnley na encosta ocidental dos Pennines; Pickles em Aysgart, na encosta oriental, tão somente a 35 milhas de distância. Pickles deve ter conhecido Burnley muito bem uma vez que casou com uma moça de lá. Não temos indicação de que os dois tenham se encontrado. Mesmo assim, Pickles foi profundamente influenciado pelos trabalhos de Mackenzie. Foi lendo, em 1926, de Mackenzie, "Principles of Diagnosis and Treatment in Heart Conditions" que Pickles se inspirou para iniciar suas pesquisas na epidemiologia das doenças infecciosas.

Tanto Mackenzie como Pickles utilizaram aspectos fundamentais da prática generalista como base metodológica para suas pesquisas. Mackenzie com a observação da evolução natural das doenças do coração, correspondente ao atendimento prestado a seus pacientes durante anos seguidos. Pickles acompanhando a propagação das infecções, e utilizando os dados colhidos no atendimento individualizado de cada um de seus pacientes, durante sua prática na vida rural.

Ontem como hoje, nossa maior contribuição para a medicina resulta de aspectos que nos fazem diferentes.

Em artigo com base a entrevistas com 12 médicos generalistas trabalhando dentro das universidades e outra amostra de generalistas em tempo integral na Escócia, Reid<sup>1</sup> relatou a discriminação que padeciam tanto dentro da universidade, como de seus colegas na prática profissional. Na universidade sentiam-se eles 'marginais'. A prática generalista desenvolveu enormes progressos desde então, mas, ainda hoje, eu acredito que eles não se sentem de todo a vontade no meio acadêmico. Para serem aceitos, é dito, os generalistas tem que deixar de ser tão pragmáticos, tornarem-se mais teóricos e produzir mais em pesquisa quantitativa.

Minha visão é diferente; para mim a prática generalista é marginalizada pelo fato de diferir de maneira fundamentalmente distinta da prática hegemônica da academia e que nossa contribuição para a medicina se faz, exatamente, por tais diferenças. Com muita segurança, eu penso que, a atuação dentro da academia tende mais a se tornar parecida com a nossa que o oposto. Descreverei quatro maneiras pelas quais a prática generalista é diferente, a maioria das quais compartilhadas por outras disciplinas de atenção primária.

1. É a única disciplina que se define em termos relações, particularmente da relação médico-paciente

Outros campos se definem por seus conteúdos: doenças, órgãos, sistemas ou tecnologias. Outros clínicos desenvolvem relações com seus pacientes, mas na prática generalista o relacionamento é prioritário no cotejo dos conteúdos. Nos conhecemos as pessoas antes de saber qual será sua doença. Com respeito aos conteúdos que cabem ao generalista, poder-se-ia definir com base às doenças mais comuns no trabalho que o espera, num determinado território, e em determinado tempo. Mas com mais certeza o conteúdo se definirá pelas eventuais condições que seus pacientes venha a apresentar.

Outras relações também definem nosso trabalho. Cuidando dos vários membros da família, o médico de família passa a se tornar peça do complexo das relações familiares, e muitos de nós compartilhamos de seu habitat e de sua comunidade.

Definindo nosso campo de trabalho nestes termos, resultam aspectos positivos e negativos. Não estar restrito a uma particular tecnologia ou a grupo limitado de doenças, tem conseqüências libertadoras. Concede à prática generalista a qualidade do imprevisto, e a flexibilidade para a adaptação frente a mudanças. Mas, por outro lado é mal entendido numa sociedade que parece dar espaço cada vez menor para relações.

Uma outra conseqüência é que nós não nos sentimos a vontade com a metáfora mecanicista que domina a medicina, ou do dualismo corpo/mente que deriva de tal. Ainda mais, o valor que damos as relações influenciam nossa avaliação do conhecimento. Aqueles que valorizam as relações tendem a conhecer o mundo mais pela experiência do que pelo que Charles Taylor<sup>2</sup> designa razão instrumental ou desengajada. A experiência engaja tanto nosso sentimentos como nosso intelecto. As emoções assumem papel significativo na prática generalista, e como afirmarei, estão sendo seriamente negligenciadas na medicina como um todo.

## 2. Os médicos generalistas tendem a raciocinar mais em termos dos pacientes individualmente do que com abstrações generalizadas

Quando nos, os generalistas, falamos sobre doenças, nós costumamos dizer: 'Isto me lembra o Sr A'. Nos temos dificuldades em pensar numa doença desligada da pessoa que a padece. Reid<sup>1</sup> observou com os generalistas entrevistados que muitos deles 'não tinham condições de se referir à sua prática, exceto em termos de seus pacientes.' Esta peculiaridade, eu acredito, nasce da intimidade da relação médico - paciente na prática generalista. Quanto mais nos aproximamos de uma pessoa mais preocupados nos tornamos das particularidades individuais, e mais difícil se torna vê-los como parte de uma classe. 'Nos instintivamente recusamos', escreveu William James<sup>3</sup>, 'ver um objeto, sobre o qual nos envolvemos emocionalmente e afetivamente, sendo tratado pelo intelecto como qualquer outro objeto. O primeiro tratamento que o intelecto faz com um objeto é classificá-lo, como qualquer outro. No entretanto um objeto que é infinitamente importante para nós, desperta nossa afeição, e o temos como sui generis e único.'<sup>3</sup>

Classificando, nós nos distanciamos da experiência. No romance de Umberto Eco "O nome da rosa"<sup>4</sup> o irmão Guilherme explica a Adso como identificar o cavalo do abade, enquanto eles galgam a encosta do mosteiro: 'Se você vê alguma coisa distante, e você não percebe bem o que seja, você já fica contente definindo-o como um animal, mesmo não sabendo ainda

distinguir se se trata de um cavalo ou jumento. Quando mais perto, você alcança defini-lo como um cavalo, mesmo sem ainda conhecer seu nome . Somente a uma distância apropriada você pode afirmar tratar-se de Brucellus, o cavalo do abade; isto, finalmente, significa o conhecimento pleno, o aprendizado do singular.’ Quanto mais perto estivermos, melhor nosso conhecimento das singularidades. Quanto maior a distância, maior o grau de abstração.

A medicina ganhou muito em poder preditivo distanciando-se o suficiente do paciente individual, para perceber as abstrações (as doenças) mais do que os indivíduos. É o que designamos diagnóstico, ainda que, antigamente, os médicos falassem mais de diagnosticar um paciente, não uma doença. Se os olharmos de perto, cada paciente é, de alguma maneira, distinto. É no cuidado do paciente que o conhecimento do singular se torna crucial. Cuidar tem a ver com atenção ao detalhe. ‘Atender não tem que ver com categorias,’ escreveu Arthur Frank<sup>5</sup>, refletindo sobre sua própria doença. ‘Um larga familiaridade com particularidades,’ disse William James<sup>3</sup>, ‘freqüentemente nos torna mais sábios do que a posse de fórmulas abstratas, por mais profundas que sejam.’

Por certo temos necessidade de abstrações, de forma particular para tirar inferências causais e na aplicação de potentes tecnologias. O ideal é a integração destas duas formas de conhecimento: habilidade para perceber o universal no particular. Resultam prejuízos em se fixar demais numa ou noutra. Os médicos que se detêm demais nas particularidades correm o risco de esquecer a floresta pelas árvores, mas para aqueles que se fixam nas abstrações, o risco estará em desprezar a experiência pessoal do paciente e tornar-se menos sensível a seus padecimentos. As abstrações produzem um acúmulo de experiências, que desligadas do seu correspondente componente afetivo, distanciam-se da realidade da vida.

As duas formas de conhecimento são ilustradas por Alfred Korzybski<sup>6</sup>, pela sua expressiva metáfora de mapa e território. Nos podemos tomar conhecimento do território estudando seu mapa, que é construído abstraindo alguns pormenores e ignorando outros. O mapa pode nos indicar o caminho, mas conhecer o território pelo mapa não é o mesmo que conhecê-lo lá vivendo. Um nativo conhece seu território sentindo-se parte dele. Seu conhecimento é visceral, muito dele tácito e difícil de expressar, como ocorre com o lavrador que percebe antecipadamente que determinada técnica não dará certo em seu campo, mas que não tem condições de expor as razões ao técnico. Não podem experimentar a beleza ou o terror de uma paisagem pela leitura de seu mapa. Fazer um bom diagnóstico provoca uma emoção (permitindo nós nos localizarmos no mapa), e pode haver beleza numa radiografia. Mas não é mesmo que aquilo que o paciente experimenta com sua doença-- e os pacientes rapidamente percebem a diferença. Se temos que ser curadores e ao mesmo tempo técnicos, temos que, a determinado momento, colocar de lado nossos mapas e caminhar pelo território, de mãos dadas com nossos pacientes.

Na universidade moderna as abstrações e a razão desengajada reinam supremas. O conhecimento apartou-se da experiência, o pensamento do sentir. O desafio educacional que encaramos é corrigir, nas palavras de Margaret Donaldson<sup>7</sup>, ‘o desequilíbrio entre o desenvolvimento intelectual e emocional.’ Em medicina o método diagnóstico padrão constitui um exemplo do desequilíbrio. Ao médico se exige classificar a doença, mas não assistir os sentimentos ou entender a experiência do paciente. Stephen Toulmin<sup>8</sup> compara o novo

paradigma do conhecimento com aquele que dominou as pessoas cultas da Renascença, quando os eruditos estava 'tão preocupados com questões circunstanciais em medicina, leis ou moral, como com assuntos universais, atemporais da teoria filosófica.' Com a chegada do Iluminismo, tais preocupações foram substituídas por um paradigma que separou o conhecimento de seu contexto: 'os axiomas abstratos eram considerados, enquanto a diversidade concreta desconsiderada, princípios gerais considerados, enquanto casos particulares desconsiderados.' Suspeito que parte de nosso desassossego dentro da escola de medicina se deve às nossa distintas avaliações do conhecimento.

### 3. 3.A prática generalista tem por base uma metáfora biológica mais organísmica do que mecanicista

As metáforas que usamos em medicina freqüentemente revelam muito sobre a forma como pensamos. A metáfora do corpo humano como uma máquina diz muitíssimo sobre a idéia dominante sobre cura. Ainda que o organismo humano tenha muitos elementos próprios das máquinas, tudo que se faz pela saúde depende dos poderes curativos da natureza. O organismo humano conta com propriedades que nenhuma das máquinas possui: crescer, regenerar, curar, aprender, auto -organizar - se e transcendência. Nos momentos de maior sucesso a medicina atua apoiando estes processos naturais. Os cirurgiões drenam abscessos, reparam fraturas e ferimentos, corrigem obstruções. A imunização reforça a resistência do organismo. As drogas mais potentes são as que apoiam as defesas do organismo e mantém o equilíbrio do meio interno. Os regimes tradicionais de alimentação balanceada, repouso, sono adequado, exercício, alívio da dor e da ansiedade, e mais o apoio pessoal, são todas medidas que reforçam os poderes de cura do organismo.

Que significa pensar organismicamente ? Um organismo é um particular que 'ocupa uma lugar no espaço, persiste durante algum tempo, tem limites e seu meio ambiente<sup>9</sup>'. O aspecto peculiar dos particulares é que seu comportamento não se explica ou se prevê simplesmente aplicando as leis gerais da ciência. Se uma lei vai ou não se aplicar sobre um particular, depende de sua história e de seu contexto ou ambiente. Existe uma inerente incerteza sobre aplicações de princípios científicos gerais sobre os particulares. Quanto mais complexo é o particular, maior a incerteza, e uma pessoa doente constitui um organismo extremamente complexo. Pensar organismicamente é pensar complexidade e aceitar incerteza. As generalizações deverão ser imaginadas em termos tais como: dada um determinado contexto, o seguinte provavelmente se aplicará. De todas as disciplinas clínicas a prática generalista é a que opera com o maior nível de complexidade.

Pensar organismicamente é pensar não linearmente e pensar em vários níveis. Os organismos se mantêm em estado de equilíbrio dinâmico através fluxos circulares ou recíprocos de informações, em todos os níveis, e também entre o organismo e seu ambiente. Dados estes canais a múltiplos níveis, qualquer mudança em um dos componentes repercute sobre todo o organismo, bem como seu entorno. A necessidade de um fluxo constante de informações é percebido nos efeitos desestabilizadores nas pessoas privados de sensibilidade. A informação é transportada em forma de mensagens transmitidas por símbolos, símbolos estes decodificados em níveis apropriados do organismo. Nos níveis inferiores, a informação é transmitida por hormônios e neurotransmissores. Para o organismo como um todo as

informações se transmitem por estímulos que atingem sensores especiais; entre as mensagens estão as palavras, bem como outros símbolos emitidos nas relações humanas. Daqui vimos acumulando conhecimentos a respeito do impacto das relações no binômio saúde/doença.

A transição do pensamento mecanicista para o organimista exige radical mudança na concepção de causa das doenças. A medicina vem sendo dominada pela doutrina da etiologia específica: uma causa para cada doença. Fomos formados no conceito do agente causal como uma força atuando de forma linear sobre um objeto passivo, como uma bola de bilhar em movimento chocando noutra bola parada. Nos sistemas auto-organizados, como são os organismos, a causa é não linear. As múltiplas alças de retro-informação entre o organismo e seu meio, e entre os vários níveis do organismo, obriga a pensar em redes causais e não em linhas retas. Ainda mais, o organismo não é um objeto passivo. A causa específica de uma doença pode não ser mais que fator desencadeador de um processo potencial ao organismo. As causas que mantêm a doença, ou inibem a cura, podem ser distintas das que deram origem à doença; aqui podemos incluir um comportamento mal-adaptativo do organismo. Medidas terapêuticas podem atuar não sobre o agente causal, mas sobre as defesas humanas, como parece ser o caso das medidas benéficas providas das relações humanas. Num sistema complexo, causa e efeito podem não estar tão próximos no tempo e no espaço, e como os processos orgânicos são mantidos ou alterados por múltiplas influências, é difícil prever conseqüências de uma intervenção<sup>10</sup>. É verdade que podemos isolar uma ligação isolada dentro de uma rede ou sistema causal, como no momento de iniciar um antibiótico, mas mesmo nesta circunstância devemos atentar para todo o sistema sobre o qual estamos operando, e sobre os efeitos recíprocos de nossa intervenção. A complexidade dos processos de doença com os quais nos deparamos na prática generalista, torna natural para nós pensar desta maneira.

Falta de apoio social causou depressão, ou a depressão levou ao isolamento? Foi tal evento na vida pessoal que levou à depressão ou só liberou a depressão numa pessoa susceptível? Em ciências humanas, podemos estabelecer relações entre eventos, mas fica difícil estabelecer causa. Disto implica impotência terapêutica? Não, mas exige mudança do raciocínio causal simplista para o raciocínio de como uma mudança pode ser facilitada dentro de sistemas complexos.

Com a transição do pensamento mecanicista para o orgânico as questões ou uma ou outra se tornam sem sentido, especialmente aquelas que tomam a forma de – É a doença A psicogênica ou orgânica? Recente editorial do New England Journal of Medicine dizia: – ‘A hemicrânia é uma doença neurobiológica, não uma doença psicogênica’<sup>11</sup>. Porque não pode ser ambas?

Em sua capacidade de auto-organização, aprendizado ou auto-transcendência, organismos se comportam de forma consciente. Não é simplesmente ‘consciente’ no cérebro mas de uma forma que é imanente a todo o corpo. Cada nível do organismo — da molécula para cima — tem capacidade de ativar-se de forma autônoma e de integrar sua atividade com o todo. Cada nível pode transmitir e receber mensagens codificadas significantes. O sistema imune, por longo tempo considerado isolado, é ligado reciprocamente com sistemas neuroendócrinos através redes neurais e neurotransmissores circulantes. O sistema imune pode aprender com a

experiência e pode distinguir o eu do não - eu. Um extenso campo de evidências indica que as emoções podem influir sobre a função imune, desta forma provendo uma conexão fisiológica entre a experiência de vida e o curso ou prognóstico da doença<sup>12</sup>. Como previu John Cassel<sup>13</sup>, as relações atuam no nível intermediário da resistência do hospedeiro, não como agentes causais para determinadas doenças. O isolamento social, por exemplo, aumenta a mortalidade de praticamente todas as causas de morte. A noção de um grupo de doenças psicossomáticas é obsoleto. Em qualquer doença, os fatores sociais podem fazer parte da teia causal e as relações humanas parte do processo de cura.

A consciência imanente conhece o mundo através as sensações. A separação de pensamento de sensibilidade, e o relegar da emoção para um papel secundário, tornou-se insustentável pela ciência cognitiva. Psicólogos desde Freud até Piaget demonstraram que pensar e sentir não ocorrem isoladamente: a emoção é necessária para o conhecimento, especialmente para dar sentido à experiência. A neurociência atualmente nos ensina que a conexão está incorporada na estrutura e função do cérebro<sup>14</sup>. As experiências que nos são significativas ficam depositadas como memória em nossos circuitos neurais, com a tonalidade afetiva que os impregna de sentido para nos. Os acontecimentos de nossa vida estão enovelados numa narrativa pessoal que nos dá não só nosso senso do eu, como cria condições para interpretar e fornecer sentido pessoal a cada nova experiência<sup>15</sup>. O 'corpo como máquina' é substituído por nova metáfora — a consciência incorporada — e nossa nova linguagem fala de corpo-mente, e não mais de corpo e de mente. Nosso conhecimento advém das experiências corpóreas do mundo, interpretado sempre em termos de nossa história pessoal. Tal abordagem leva muito a sério o conhecimento derivado da experiência. E, quando aplicada à medicina, torna as experiências dos pacientes sobre suas doenças um importante aspecto do conhecimento médico. Este é o campo da pesquisa qualitativa — campo natural de indagações para a prática generalista.

Acredito que estamos vivendo a fase final de esgotamento da visão dualística do mundo — situação de profundas implicações para nós, no momento que passamos para a quarta diferença.

4. A prática generalista é o único campo majoritário que transcende a divisão dualística entre corpo e mente

O dualismo corpo/mente acompanha a medicina como uma falha geológica. A maioria das disciplinas médicas se situam de um ou do outro lado: medicina interna, cirurgia e pediatria de um lado; psiquiatria, psicopediatria, psicogeriatría do outro.

Taxonomias de doenças ficam separadas; tratados de medicina interna ou cirurgia de um lado e Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders do outro. De um lado a terapêutica física e do outro a psicológica. Na prática os clínicos e cirurgiões não trabalham as emoções, enquanto os psiquiatras não examinam o corpo. Dado que a prática generalista se define em termos de relacionamentos ela não pode aceitar a divisão

Sem a barreira artificial, criada pelo referido dualismo, as relações entre o médico e seu paciente pode ir se desenvolvendo no correr de vários encontros de todo tipo de doenças. Examinando e atendendo o corpo podemos, simultaneamente, ir atendendo a mente. Os

estados da mente podem se expressar pela postura, pelo movimento ou tonus muscular; examinar o corpo pode desencadear a expressão do sentimento. Terapêuticas para o corpo podem curar a mente, e terapias para a mente podem cicatrizar o corpo. A psicoterapia não necessita ser separada da terapêutica para o corpo: por certo, na prática generalista não se vai falar de 'psicoterapia'. Para a maioria de nós, eu entendo, é uma questão de ouvir, apoiar, recuperar, encorajar a expressão dos sentimentos e a reinterpretação das percepções, que nós designamos terapia cognitiva.. É como atuamos frente a todos nossos pacientes, e não só para aqueles com 'enfermidade' psiquiátrica.

Quanto mais aprendemos do efeito placebo, mais nos convencemos sobre o poder curativo da relação médico - paciente, pelos atos simbólicos e a ritualística inerentes<sup>17</sup>. Adquire particular importância, para nós, os generalistas, atentar para o fato de que a cada nova experiência de relacionamento, o efeito se reforça. Com o correr do tempo o relacionamento com o seu médico passa a fazer parte da própria vivência do paciente.

Iniciei esta fala dizendo que nós não dispomos de tecnologia própria. Altero, agora, para afirmar que nós mesmos constituímos um recurso terapêutico, num relacionamento curativo—o medicamento 'médico' como afirmou Balint<sup>18</sup>.

Por outro lado, o método clínico que herdamos do século XIX trazia a herança do dualismo, método que transferia para os psiquiatras a atenção das emoções.

Não surpreende que a reformulação tenha partido da prática generalista. Da essência do método centrado sobre o paciente <sup>19</sup>é ter o médico que atender os problemas de sentimentos, emoções e humores, ao lado de catalogar a doença. Que significa atender aos sentimentos, emoções e humores? Entender as emoções se faz pessoa a pessoa, e nós não podemos atender as emoções de uma pessoa sem atender às nossas próprias. A habilidade básica está no ouvir atentamente. Ouvir uma pessoa com atenção total, e não dividida, é uma das mais preciosas dádivas que podemos conceder<sup>20</sup>. Não é ouvindo só com nossos ouvidos, mas com todas nossas faculdades, especialmente com o coração aberto. Estamos impedidos de fazê-lo se nossos olhos estão fixados em nosso 'mapa' ou se estamos preocupados no que dizer em seguida, ou se estamos envolvidos com nossas emoções negativas. Se pudermos alcançar esta abertura, iremos descobrir que nossas respostas ao paciente surgem com naturalidade de dentro de nós. Needleman<sup>21</sup> descreve este estado de atenção como de um 'amor impessoal, não egoísta', amor que designamos caridade (do grego ágape). Não é uma emoção no sentido usual e não depende de afeição. O bom samaritano fez o que era de melhor para o homem que salvou, e seguiu seu caminho. Como médicos podemos fazer o mesmo, qualquer que seja nossa disciplina. Para o generalista, no entanto, existe uma dimensão a mais – a relação no correr do tempo-- no curso do qual a afeição se acentua. Das quatro formas de amor – afeição, amizade, eros e caridade – C.S. Lewis<sup>22</sup> diz que a afeição é a mais humilde e a mais difundida. Quando associada à caridade, o calor da afeição transmite um efeito curativo, mas com um preço, uma vez que o relacionamento do médico com seu paciente está sujeito a estresses e fraquezas como em qualquer outra relação humana. Estão juntos amor e ódio, confiança e desconfiança, deslealdade e perdão, irrecuperável separação, ou reatamento superando as dificuldades. Emoções negativas não identificadas, como medo,

desespero, angústia, ódio, sentimento de culpa, podem comprometer a atividade do médico na forma de fuga, indiferença, rejeição e mesmo crueldade.

A própria necessidade de afeição por parte do médico pode ser mais forte que sua disposição para concedê-la. São as emoções egoístas, tão destruidoras das relações humanas, que nos impedem de responder ao sofrimento com nossos sentimentos mais autênticos. O sacerdote e o levita, passaram ao largo, sem dúvida dando a si mesmos boas razões.

Só temos condições para atender os sentimentos e emoções de nossos pacientes, se conhecemos os nossos, mas o auto - conhecimento é negligenciado durante a formação profissional, muito provavelmente porque o caminho é longo e árduo. Disposições egoístas freqüentemente vêm dissimuladas de virtudes, e todos nos dispomos de uma bastante boa disposição para nos iludir. Existem porém formas de se alcançar este conhecimento e a educação médica bem que pode utilizá-las. Pode a medicina se transformar numa disciplina auto - reflexiva? A idéia pode parece pretensiosa, mas eu acredito que deve sim, se pretendemos ser curadores e técnicos competentes. Vivendo num mundo de abstrações e negligenciando nosso próprio desenvolvimento emocional, nós erigimos uma barreira invisível entre nós e nossos pacientes. Protegemo-nos construindo uma carapaça muito dura que não se deixa permear, e nossos pacientes interpretam isto como indiferença fria ou rejeição. Um romancista contemporâneo refere-se às emoções mal - elaboradas de nossa profissão<sup>23</sup>.

Mesmo a psiquiatria não é um modelo de auto - reflexão. Como Bettelheim<sup>24</sup> e Needleman<sup>21</sup> observaram, a psiquiatria dirigiu sua atenção mais para as 'emoções dos outros'. Mais do que dirigir nossa atenção para dentro de nós mesmos, orientamos nossa cultura no sentido de dar fé a abstrações como teoria de sistemas, não percebendo que, quão úteis possam ser nossos 'mapas', eles se interpõem entre nós e nossos pacientes.

As quatro distinções que enumerei são partes de um todo. Estabelecendo o primado das relações a longa prazo, dirigimos nossa atenção para os particulares da doença; por outro lado a complexidade da doença no contexto das relações, torna difícil pensar em termos mecanicistas ou dualísticos. Mas nós, ainda, mal vislumbramos as vantagens de nossa posição. Ultrapassar a 'falha geológica' fará da prática generalista o ambiente terapêutico ideal para muitos distúrbios, como a dor crônica, que não se situa bem em nenhum dos dois lados. Quanto melhor percebermos o que representa o apoio em câncer, e noutras doenças crônicas, mais evidente ficará a inadequação da 'falha'<sup>25,26</sup>. Para perceber nosso potencial, entretanto, temos outra tarefa pela frente. Pensar da forma que descrevi pode parecer muito natural, mas ainda é muito difícil, para todos nós, prisioneiros que somos de um método clínico não atualizado, e da linguagem de causação linear e do dualismo corpo/espírito.

A 'falha' atinge o método clínico que nega o afeto, método que impera na escola médica moderna. Enquanto tal não se supera não teremos, em medicina, lugar que merecem as emoções e as relações.

Finalmente. Para se tornar auto - reflexiva, a medicina tem necessidade de passar por uma enorme transformação cultural. No caminho da transformação, a prática generalista já abriu uma boa vantagem. A importância de ser diferente está em que nós podemos liderar a caminhada.