

O MÉTODO ESTÁ NU! - LUPICÍNIO, LATOUR E A MEDICINA MODERNA-

MARCO ANTONIO PORTO

“Vocês estão vendo aquela mulher de cabelos brancos,
Vestindo farrapos, calçando tamancos,
Pedindo nas portas pedaços de pão?
A conheci quando moça, era um anjo de formosa,
Seu nome é Maria Rosa, seu sobrenome Paixão.
Os trapos de sua veste não é só necessidade
Cada um, para ela, representa uma saudade
Ou de um vestido de baile,
Ou de um presente talvez,
Que algum de seus apaixonados lhe fez.
Quis certo dia, Maria, pôr a fantasia dos tempos passados,
Pôr em sua galeria uns novos apaixonados.
Essa mulher, que outrora a tanta gente encantou,
Nenhum olhar teve agora, nenhum sorriso encantou.
Então, dos velhos vestidos, que foram outrora sua predileção,
Mandou fazer essa capa de recordação.
Vocês, Marias de agora, amem somente uma vez, {
Prá que mais tarde essa capa não sirva em vocês.” { BIS
(“Maria Rosa” - Lupicínio Rodrigues)

RESUMO: O método está nu! - Lupicínio, Latour e a medicina moderna - O discurso médico - harmoniosamente inserido no projeto da modernidade - elegeu o corpo biológico como objeto e o método científico como possibilidade exclusiva de intervenção, avaliação e legitimação. Contudo, a prática médica (que hoje, basicamente, significa consumo de tecnologia) configura-se, na verdade, como uma rede de mediações, onde o médico se vê forçado a usar condutas “impuras” ou “ilegítimas”. Neste contexto, as metodologias de avaliação e as tentativas de reordenamento desta prática (ensaios clínicos, meta-análises, conferências de consenso e guias práticos, entre outros), têm produzido resultados de pouca repercussão.

O presente trabalho busca discutir, não apenas estas constatações, como a possibilidade de novos objetos e abordagens para a prática médica. Para esse fim, concentra sua discussão no saber que sustenta o discurso médico-científico e, finalmente, nas implicações que o conceito de “moderno”, e seus correlatos, trouxeram para as práticas de saúde.

ABSTRACT: The method is naked! - Lupicínio, Latour and the modern medicine - The medical discourse - harmoniously inserted in the project of modernity - has elected the biological body as the object and the scientific method as the exclusive possibility of intervention, evaluation and legitimation.

Revista da SBHC, n. 12, p. 99-106, 1994

However, the medical practice (which basically means technology consumption, nowadays) depicts itself, in fact, as a net of mediations, where the physician is forced to use "impure" or "illegitimate" practices. In such a context, the assessment technologies and the attempts to reordain this practice (clinical essays, meta-analysis, consensus conferences and practical guides, among others) have produced results of little repercution.

This paper seeks to discuss, not only these ascertainings, but also the possibility of new objects and approaches for the medical practice. Thus, it concentrates the discussion in the knowledge that sustains the medical-scientific discourse and, finally, in the implications that the concept of "modern", and its similars, have brought into the health practices.

A partir do "nascimento da clínica", no século XIX, a medicina começou a tornar-se moderna. Com a transformação da relação entre o "visível" e o "invisível", através de um olhar fundador organizou-se sua linguagem racional; com a síntese proporcionada pela abertura do cadáver, o olhar médico se deslocou de um espaço ideal, pré-clínico, para o espaço real, corporal; ao estabelecer um caminho entre as dimensões heterogêneas do sintoma e dos tecidos, criou-se um novo espaço: o corpo doente. A doença passou a se localizar no corpo e a lesão de um órgão passou a explicar os sintomas. Para diagnosticar a doença, o olhar médico começou a penetrar verticalmente no corpo; da superfície sintomática à tissular. Produziu-se, então, a ilusão de que seria possível desenvolver uma ciência positiva, que dissesse respeito apenas a uma certa "natureza humana". Assim, sucintamente, a medicina moderna constituiu-se como um discurso de base anatomo-fisio-patológica, sendo o corpo biológico seu objeto e principal referência.

De outro lado, cabe distinguir, a prática médica é uma rede de mediações. O médico que se restringir a operar nas bases preconizadas pelo discurso médico científico, estará simplesmente imobilizado. Como esclarece Almeida (1988), a medicina exercida no hospital tem possibilidade de aplicar sua racionalidade, com significativo sucesso, a uma clientela específica, selecionada, com forte componente orgânico. Entretanto, a medicina extra-hospitalar, que se refere à imensa maioria da clientela, e que surge do amplo processo de medicalização da sociedade - onde várias situações de vida e sensações físicas se tornaram objeto de atenção médica - ultrapassa a todo momento os parâmetros preconizados. Brevemente, ilustram esta afirmação o descompasso entre o quadro nosológico e a lista dos medicamentos mais prescritos; a freqüente constatação de que sintomas físicos não apresentam base orgânica (Mayou, 1991); a confirmação, após revisão dos prontuários de 1.000 pacientes, acompanhados durante 3 anos, de que, embora testes diagnósticos tenham sido realizados em 2/3 dos casos, a etiologia orgânica só foi demonstrada em 16% (Kroenke e Mangelsdorff, 1989); as significativas diferenças encontradas, entre países desenvolvidos, para taxas de cesarianas (Vayda et al., 1992) e tratamentos (O'Brien, 1984); a ampla e significativa variação geográfica no uso dos mais variados procedimentos (Chassin et al., 1987; Leape et al., 1990). Portanto, constata-se, no âmbito da prática médica, uma radical relativização do ato médico enquanto realização de um puro objetivo técnico: diagnóstico e tratamento.

Neste contexto, as metodologias de avaliação e as tentativas de reordenamento da prática médica acabaram por produzir resultados de pouca repercussão. Apenas como ilustração, cito alguns exemplos mais notórios:

a. O ensaio clínico randomizado tem produzido, repetidamente, alguns resultados tidos como indubitáveis, mas jamais incorporados à clínica (Chakmaers, 1984; Lamas et al., 1992);

b. A meta-análise não pode ser aceita como uma ciência estatística exata, que forneça respostas simples para problemas complexos e que possa dizer aos clínicos como tratar um paciente individual (Thompson e Pocock, 1991);

c. A conferência de consenso é posta em dúvida sob diversos aspectos, desde questões éticas e epistemológicas (Jennings, 1991; Tong, 1991), até sua real efetividade em avaliar e fornecer elementos para a formulação de políticas públicas (Caws, 1991; Veatch, 1991). Segundo Relman (1991), as avaliações do conhecimento atual realizadas em conferências de consenso, por mais sofisticadas e rigorosas, não têm como ir além deste conhecimento e, por isso, raramente geram alguma informação nova. O que era desconhecido antes do estudo permanece desconhecido a seguir, e as maiores controvérsias acabam não resolvidas. Assim, quando o tema é complexo e importante, e os dados não são esclarecedores, painéis de especialistas costumam produzir interpretações conflitivas;

d. Guias para a prática médica são produzidos com crescente freqüência na América do Norte e na Europa, na assunção de que sua disseminação, isoladamente, irá alterar práticas inapropriadas. Mas, por

exemplo, Kosecoff e cols. (1987) e Lomas e cols. (1989) concluem que estas publicações têm sido notavelmente incapazes de influenciar os médicos. Em editorial do *The New England Journal of Medicine*, Kassirer (1992) questiona se todo o esforço dirigido à elaboração de guias está valendo a pena. “Os médicos irão mudar seu comportamento? A qualidade dos cuidados irá melhorar? Verbas serão economizadas?”. A simples publicação de guias parece ter efeito restrito e, em alguns estudos, a adesão a eles se mostrou pequena, mesmo quando os médicos estavam inteiramente advertidos a seu respeito. Estes resultados concordam com os achados de outras avaliações nesta área (Hill et al., 1988; Fowler et al., 1989), ressaltando-se o fato de que a prática médica é influenciada por muitos aspectos externos às evidências de uma pesquisa, mesmo quando estas assumem a forma de recomendações claras e concretas. Como o demonstram Kanouse e Jacoby (1988), na ausência de estratégias concomitantes capazes de superar estas outras influências - “poderosas forças não-científicas” - a disseminação dos resultados de pesquisas, sob a forma de guias práticos tem pouca possibilidade de produzir efeitos.

Basicamente, minha reflexão sobre a chamada crise da prática tecnológica na saúde (Porto, 1995), bem como da crise dos seus métodos de avaliação, se situa num campo teórico-metodológico que procura entendê-la em sua dimensão histórica - considerando-a, portanto, submetida a múltiplas e diferenciadas determinações e articulações. Entretanto, tem-se pretendido relacioná-la, centralmente, a uma crise inerente ao saber que a sustenta, as suas contradições com a demanda da clientela e com o modelo em que é exercida. Tal tarefa, entre várias dificuldades, padece de uma em particular: legitimidade. “A época contemporânea”, afirma Castoriadis, “incerta de tudo, gosta de julgar-se certa de pelo menos uma coisa: de seu saber” (1987, p. 161). Entretanto, não cabe mais esconder o que se faz evidente. Dedo em riste, a prática médica (dita, moderna), meio irônica e iconoclasta, denuncia o óbvio: “o método está nu!”.

Proponho, então, três questões, para podermos avançar um pouco mais nestas reflexões:

1. Será lícito adjetivar a prática médica, tal como a caracterizamos, de “moderna”?
2. Será o “corpo biológico” um objeto adequado a esta prática?
3. Será o método científico a única possibilidade de intervenção, avaliação e legitimação desta prática?

A primeira resposta se inicia por uma nova pergunta: o que significa ser “moderno”? Toda a polêmica relativa a este adjetivo, e seus correlatos, tende a produzir polarizações pouco criativas. Na verdade, tanto os que continuam a acreditar em promessas não cumpridas (modernos); os que se fecham em uma postura reacionária e pregam, sumariamente, um retorno ao passado (antimodernos); quanto aos céticos que, recusando as duas opções anteriores, ficam suspensos entre a dúvida e a crença na modernidade (pós-modernos), todos compartilham de um mesmo referencial: reconhecem um certo corte que fundou uma nova temporalidade, separando nossa sociedade, “moderna”, das demais. “O que é um moderno?”, indaga Bruno Latour (1994). “Através do adjetivo moderno, assinalamos um novo regime, uma aceleração, uma ruptura, uma revolução do tempo ... ”Moderno” ... é duas vezes assimétrico: assinala uma ruptura na passagem do tempo; assinala um combate no qual há vencedores e vencidos” (Latour, 1994, p. 15). “O obscurantismo das idades passadas, que misturavam indevidamente necessidades sociais e realidade natural, foi substituído por uma aurora luminosa que separava claramente os encadeamentos naturais e as fantasias dos homens” (Latour, 1994, p. 40).

Entretanto, Latour propõe uma questão radical: “Mas ... e se jamais tivermos sido modernos?” (1994, p. 15). E responde, afirmando que, de fato, o mundo moderno jamais existiu, no sentido de que jamais funcionou de acordo com as regras de sua Constituição. Quanto menos os modernos se pensam misturados, mais se misturam. Quanto mais a ciência é absolutamente pura, mais se encontra intimamente ligada à construção da sociedade. O que se constata é que a Constituição moderna acelera ou facilita o desdobramento dos produtos desta mistura - que Latour denomina “Híbridos” - mas não permite que sejam pensados.

“A modernidade jamais começou. Jamais houve um mundo moderno. O uso do pretérito é importante aqui, uma vez que se trata de um sentimento retrospectivo, de uma releitura de nossa história. Não estamos entrando em uma nova era; não continuamos a fuga tresloucada dos pós-pós-pós-modernistas; não nos agarramos mais à vanguarda da vanguarda ... Não, percebemos que nunca entramos na era moderna. Esta atitude retrospectiva ... eu a caracterizo através da expressão não moderno (ou amoderno). É um não-moderno todo aquele que levar

em conta, ao mesmo tempo, a Consituição dos modernos e os agrupamentos de híbridos que ela nega" (Latour, 1994, p. 51).

Em nossos dias, o quadro de demanda por assistência médica, sobretudo ambulatorial, apresenta altíssima incidência de casos "diagnosticados" como funcionais, não orgânicos, vagos ou mal definidos. Esta vasta categoria inclui a imensa romaria que vaga desamparada em busca de sucessivas consultas especializadas, de um interminável rol de exames complementares, de receitas de psicotrópicos, em suma, de tecnologia médica. Trata-se de um sintoma de superfície do profundo descompasso e da inadequação dos conceitos e referenciais do discurso médico científico, da "linguagem racional", que se espalha por diversos outros aspectos. Por isso, a medicina não pode (não consegue) ser moderna: porque após a instalação de um processo de medicalização indefinida, agora que nada mais lhe é externo; agora que a tecnologia é uma mercadoria num mercado de ações de saúde; em plena era dos estudos de custo-benefício ou tecnologicamente referidos, os objetos da prática médica não podem ser considerados puros ou, sequer, purificáveis, isto é, modernos.

Quanto à segunda questão, fica evidente que, na clínica cotidiana, a "doença" surge como uma categoria cultural relativa, e não como exclusiva realidade biológica, em si. Como expressa Helman, "a moderna biomedicina tende a procurar por "doenças" como entidades universais, sem respeito ao contexto no qual elas aparecem" (Helman, 1991, p. 1080). Assim, se tivermos concordado que o exercício da medicina não constitui uma prática "moderna", que o médico, para agir, opera uma série de mediações "ilegítimas" ou "impuras", haveremos de admitir que seu objeto originalmente reivindicado apresenta-se por demais precário e insuficiente, devendo esta "prática médica não-moderna" referir-se a uma realidade mais radical e abrangente do que o corpo biológico: a vida. Não mais a vida fisiológica, de que tratou Canguilhem (1990), mas a vida humana. "A necessidade de superar e transcender a idéia de natureza", esclarece Garagorri, "procede precisamente de que não pode valer esta como realidade autêntica, mas que é algo relativo ao intelecto do homem, o qual por sua vez não tem realidade tomado à parte e solto ... mas funcionando em uma vida humana" (Garagorri, 1958, p. 41).

Esse novo objeto se fundamenta no conceito orteguiano da "realidade radical da vida", na aceitação do fato de que a vida não é fundada por nenhum princípio que lhe seja transcendente e que ela é, então, o fundamento de todos os princípios, o limite de qualquer outra realidade. "O homem vai hermeticamente fechado em sua vida; o vivido delimita o âmbito de toda realidade ou, o que é o mesmo, que a vida é a realidade absoluta, que inclui todas as demais e de quem todas as demais dependem" (Ortega y Gasset, 1984, p. 109). Entretanto, Garagorri adverte: "não que se pretenda que a vida humana seja a realidade absoluta, tal como se pretendeu da natureza ou da consciência; afirma-se que é a realidade radical, isto é, que toda realidade efetiva ou presumida tem que justificar-se ou arraigar-se nela" (Garagorri, 1958, p. 87). A aceitação da vida humana como objeto da prática médica, se por um lado legitima a aflição, o luto, o mal estar no mundo como pertinentes ao seu exercício, por outro, não exclui a lesão orgânica ou a disfunção fisiológica do seu interesse; apenas não as reconhece como verdade absolutas, mas como realidades que não podem ser entendidas ou abordadas sem estarem arraigadas em uma outra realidade, radical.

Terceira questão. O método científico, historicamente engendrado para ocupar o lugar específico do pólo moderno, poderia mostrar-se satisfatoriamente efetivo como estratégia de intervenção ou de avaliação para a prática médica, se acabamos de reconhecê-la como inadequada a este pólo? O conhecimento científico tradicional só pode reconhecer o determinismo. Privilegiando o matematizável, domina os fenômenos graças às técnicas de medição, experimentação e manipulação, mas só retém aquilo que pode ser formalizado e operacionalizado. O fenômeno, enquanto tal, dissolve-se: já não há singularidades, nem individualidades, nem seres. "A razão fechada rejeita como inassimiláveis fragmentos enormes de realidade, que então se tornam a espuma das coisas, puras contingências ... A poesia e a arte, que podem ser toleradas ou mantidas como divertimento, não poderiam ter valor de conhecimento ou de verdade", escreveu Morin (Morin, 1982, p. 213). Ao longo do tempo, se desenvolveram repertórios especializados para falar das relações do homem com seu corpo e com sua saúde. A fisiologia, a filosofia, a anatomia patológica, a psicologia, a história da medicina, e epistemologia, todas têm ótima reputação, conquanto que permaneçam isoladas. Caso o pesquisador se referencie a várias delas, sua análise começa a padecer de legitimidade.

Enquanto consideramos separadamente estas questões, continuaremos prisioneiros do projeto moderno de purificação (mesmo considerando que ele se concretiza através da proliferação de híbridos). Superar a assimetria entre natureza e cultura é um trabalho de mediação, é a construção de um método simétrico de compreensão da realidade radical da vida humana. Este trabalho não exige apenas que o pesquisador considere vários fatores, mas que esteja situado em um novo lugar, em um ponto médio, de onde se possa acompanhar, ao mesmo tempo, a atribuição de propriedades não humanas e de propriedades humanas. Como afirma Latour,

“enquanto éramos modernos, era impossível ocupar este lugar, já que não ele não existia ... Tudo muda de figura, conforme descobrimos, quando, ao invés de alternar sempre entre os dois pólos da dimensão moderna, apenas, nós descemos ao longo da dimensão não moderna. O não lugar impensável torna-se o ponto de irrupção ... do trabalho de mediação. Longe de estar vazio, é lá que os quase objetos proliferam” (1994, p. 95).

Então, o encaminhamento das questões aqui lançadas, impõe a tarefa preliminar do reconhecimento desse novo espaço, não moderno, de condensação de idéias e formulações; a delimitação desse novo lugar de onde examinar a prática medicotecnológica que envolve, necessariamente, a relativização do universalismo naturalista e a conseqüente valorização de modelos teóricos fundados no plano cultural. A razão complexa começa por abrir espaço para a desrazão ou, mais exatamente, para outras razões, e o conhecimento passa a ser, portanto, um fenômeno multidimensional, no sentido de que é, ao mesmo tempo e de forma inextricável, biopsicosociocultural.

Não temos outra escolha: nem a natureza nem os seres humanos irão tornar-se modernos. Cabe-nos, então, mudar a forma de compreendê-los. O modernismo - por sua audácia, sua pesquisa, sua inovação - proliferou híbridos inestimáveis para, a seguir, não admitir sua paternidade e renegá-los. Cabe agora adotar estes bastardos, conhecê-los. É em torno deles que se reunirá, de agora em diante, o desafio e o esforço metodológicos. Em nosso caso, isso implica em criar espaço e ferramentas conceituais que tornem possível produzir coerência, articulação e efetividade entre o discurso teórico e a prática clínica. Temos que conceber as errâncias, os desvios, os “híbridos”, os “refratários”, a ordem normatizadora da linguagem e a irrequieta desordem das práticas. É evidente que os diferentes discursos biológicos têm um lugar fundamental neste processo; apenas não lhes cabe mais uma posição hegemônica em relação aos demais, e se impede, assim, a representação do ser humano como apenas uma máquina anátomofuncional, constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos. Evita-se também que os métodos de avaliação da prática medicotecnológica se restrinjam a quantificações descontextualizadas, rígidas e mecanicistas.

As questões da tecnomedicina - suas práticas e avaliações - são propriamente complexas, porque se referem a um tecido, a uma trama, aonde é possível distinguir vários e heterogêneos componentes. Não é cabível, porém, desmembrá-los, isto é, reduzi-los, isolá-los de seu ambiente e de seu observador, estabelecer sobre eles um conhecimento simples e mensurável. Nós modernos, que amávamos tanto as revoluções, os cortes, as rupturas, as quantificações, a cientificidade, como ficamos, agora, que as fantasias dos tempos passados já não nos encantam? Agora que, cada uma, para nós, representa uma saudade? Agora, que se tomou indifereável nossa nudez?

Cabe, talvez, recuperar a trajetória de “Maria Rosa”. Isto é, ao contrário da advertência conservadora de Lupicínio, não há que se arrepender dos vários amores de outrora. Será com a capa simetricamente formada pelos retalhos de todas as “paixões modernas”, que cobriremos a fragilidade e a nudez das metodologias de investigação e avaliação. Assim, a vida humana será o objeto transdisciplinar dos vários discursos específicos, bem como a âncora que os manterá referidos a uma realidade radical. O espaço não-moderno será o lugar que o pesquisador deverá ocupar para, através de uma rede de mediações, procurar recompor o enigmático tecido das naturezas-culturas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, ELV.** *Medicina Hospitalar - Medicina Extra-Hospitalar: Duas Medicinas?* Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro: xerox, 1988.
- CANGUILHEM, G.** *O Normal e o Patológico.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- CASTORIADIS, C.** *As Encruzilhadas do Labirinto I.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987,
- CAWS, P.** Committees and Consensus: How many heads are better than one? *J Med Philos*, 1n. 16, p. 375, 1991
- CHALMERS, TC.** The impact of controlled trials on practice of medicine. *Mt Sinai J Med*, n. 41, p. 753, 1984
- CHASSIN, MR; KOSECOFF, J; PARK, RE; WINSLOW, CM et al.** Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? A study of three procedures. *JAMA*, n. 258: p. 2533, 1987.
- FOWLER, G; MANT, D; FULLER, A; JONES, L.** The "Help your patient stop" initiative: evaluation of smoking prevalence and dissemination of WHO/UICC guidelines in UK general practice. *Lancet*, n. 1, p. 1253, 1989.
- GARAGORRI, P.** *Ortega, una reforma de la filosofia.* Madri: Revista de Occidente, 1958.
- HELMAN, CG.** Limits of biomedical explanation. *Lancet*, n. 337, p. 1080, 1991.
- HILL, MN; LEVINE, DM; WHELTON, PK.** Awareness, use and impact of the 1984 Joint National Committee Consensus report on high blood pressure. *Am J Public Health*, n. 78, p. 1190, 1988.
- JENNINGS, B.** Possibilities of Consensus: Toward democratic moral discourse. *J Med Philos*, n. 16, p. 447, 1991.
- KASSIRER, JP.** Clinical trials and meta-analysis. What do they do for us? (Editorial) *New Engl J Med*, v. 327, n. 4, p. 273, 1992
- KANOUSE, DE; JACOBY, I.** When does information change practitioners' behaviour. *Int J Tech Assess Health Care*, n.4, p. 27, 1988;
- KOSECOFF, J; CHASSIN, MR; FINK, A.** Obtaining clinical data on the appropriateness of medical care in community practice. *JAMA*, n. 258, p. 2538, 1987.
- KROENKE, K; MANGELSDORFF, D.** Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome. *Am J Med*, n. 86, p. 262, 1989
- LAMAS, GA; PFEFFER, MA; HAMM, P; WERTHEIMER, J; ROULEAU, J-L e BRAUNWALD, E.** Do the results of randomized clinical trials of cardiovascular drugs influence medical practice? *New Engl J Med*, v. 327, n. 4, p. 241, 1992
- LATOUR, B.** *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica.* Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.
- LEAPE, LL; PARK, RE; SOLOMON, DH; CHASSIN, MR; KOSECOFF, J; BROOK, RH.** Does inappropriate use explain small-area variations in the use of health care services? *JAMA*, n. 263, p. 669, 1990.
- LOMAS, J; ANDERSON, GM; DOMNICK-PIERRE, K; VAYDA, E; ENKIN, MW; HANNAH, WJ.** Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med*, n. 321, p. 1306, 1989.
- MAYOU, R.** Medically unexplained physical symptoms. *B M J*, n. 303, p. 534, 1991.
- MORIN, E.** *Ciência com Consciência.* Sintra: Europa-América, 1982.
- O'BRIEN, B.** *Patterns of European diagnoses and prescribing London:* Office of Health Economics, 1984.
- ORTEGA Y GASSET, J** *Que es Conocimiento?* Madri: Alianza Editorial, 1984.
- Revista da SBHC, n. 12, p. 99-106, 1994**

- PORTO, MAT.** *Um Espectro na Máquina* - abordagem cultural da tecnologia médica. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro: xerox, 1995.
- RELMAN, AS. SHATTUCK LECTURE** - The Health Care Industry: Where is it taking us? *New Engl J Med*, v. 325, n. 12, p. 854, 1991.
- THOMPSON, SG; POCOCK, SJ.** Can meta-analyses be trusted? *Lancet*, n. 338, p. 1127, 1991.
- TONG, R.** The epistemology and Ethics of Consensus: Uses and misuses of "Ethical" expertise. *JMED PHILOS*, n. 16, p. 409, 1991.
- VAYDA, E; MINDELL, WR; RUTKOW, IM.** A decade of surgery in Canada, England and Wales, and the United States. *Arch Surg*, n. 117, p. 846, 1992.
- VEATCH, RM.** Consensus of Expertise: the role of consensus of experts in formulating public policy and estimating facts. *J Med Philos*, n. 16, p. 427, 1991.

MARCO ANTONIO PORTO é Professor Adjunto do Instituto de Saúde da Comunidade (UFF) e Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
Endereço: Rua Engenheiro Ernâni Cotrin, 90 - Aptº 101- 20510-260 - Tijuca - RJ - Brasil
Tel. (FAX): (021) 208-7759.

Revista da SBHC, n. 12, p. 99-106, 1994