

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

**A Narrativa na e sobre a Clínica na Atenção Primária: uma
reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo à
integralidade e ao cuidado em saúde**

Cesar Augusto Orazem Favoreto

**Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor em Saúde
Coletiva, Curso de Pós-graduação em Saúde
Coletiva — área de concentração em
Planejamento, Administração e Políticas do
Instituto de Medicina Social da Universidade
do Estado do Rio de Janeiro.**

Orientador: Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Rio de Janeiro
Outubro 2007

Catálogo na Fonte
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

F275 Favoreto, Cesar Augusto Orazem.

A Narrativa na e sobre a Clínica na Atenção Primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo, à integralidade e ao cuidado em saúde/ César Augusto Orazem Favoreto. – 2007.

.220f.

Orientador: Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Tese(doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Cuidados com os doentes – Teses. 2. Narrativas pessoais – Pacientes – Teses. 3. Clínica Médica – Teses. 4. Diagnóstico – Teses. 5. Médico e paciente – Teses. I. Camargo Junior, Kenneth Rochel. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.253

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UERJ
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL-IMS**

**A Narrativa na e sobre a Clínica na Atenção Primária:
Uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido ao
diálogo, à integralidade e ao cuidado em saúde.**

Aluno: Cesar Augusto O Favoreto

Banca Examinadora:

**Prof. Kenneth Rochel de Camargo Jr (orientador)
IMS-UERJ**

**Prof. Aluísio Gomes da Silva Jr
UFF**

**Prof. Octávio Andrés Ramón Bonet
UFJF**

**Prof. Ricardo Donato Rodrigues
FCM-UERJ**

**Prof. Ruben Araújo Mattos
IMS-UERJ**

**Rio de Janeiro
Outubro 2007**

A Rose e Lucas, por construírem comigo uma bela estória para ser vivida.

A Italo, Christina e Ana, pelo carinho e dedicação recebidos ao longo da vida.

**"Uma parte de mim
é todo mundo;
outra parte é ninguém;
fundo sem fundo.
Uma parte de mim
é multidão;
outra parte estranheza
e solidão.
Uma parte de mim
pesa, pondera;
outra parte
delira.
Uma parte de mim
almoça e janta;
outra parte
se espanta.
Uma parte de mim
é permanente;
outra parte,
se sabe de repente
Uma parte de mim
é só vertigem;
outra parte,
linguagem.
Traduzir uma parte
na outra parte
— que é uma questão
de vida e morte
será arte?**

(Ferreira Gullar, 1980)

Agradecimentos

Às pessoas que, como médico e professor, tive a oportunidade de conviver nesses muitos anos de trabalho e com quem aprendo todos os dias o sentido da humanidade, da singularidade, da compaixão, da criatividade e da busca por um mundo mais justo.

Ao Prof. Kenneth Rochel, que com sua amizade, incentivo, carinho e competência aceitou a proposta de orientar este trabalho e transformou esta tarefa em uma parceria alegre, leve e enriquecedora.

A Rose, minha grande companheira, que contribuiu direta e indiretamente em mais uma etapa de minha vida pessoal e profissional.

Aos mestres e amigos Ricardo Donato e Michael Deveza pelo companheirismo e generosidade intelectual que abriram caminhos, reais e imaginários, para a minha vida profissional e para o desenvolvimento deste trabalho atual.

Aos amigos e parceiros da Medicina Integral, que assumiram muitas das minhas atividades para que eu pudesse me dedicar à este trabalho e se dispuseram por vezes a discutir e contribuir em minhas reflexões sobre a tese.

Às colegas do grupo de discussão do doutorado pela acolhida e reflexão sobre minhas idéias, particularmente à Carla que com sua clareza intelectual contribuiu na organização deste projeto.

A Christina pelos esforços em revisar este extenso material.

A Verônica Alcoforado, Paulo Pratto, Pedro Rocha e Luiz Ubner e todos os profissionais das equipes do PMF de Niterói pela acolhida e ajuda que, tão prontamente, viabilizaram e facilitaram o trabalho de campo realizado.

Sumário

Resumo	8
Abstract.....	9
Lista de Siglas	10
Introdução.....	11
Um olhar sobre a clínica: a articulação entre uma estória pessoal e um contexto.....	11
Por que abordar a clínica no contexto da APS?	19
As barreiras para desenvolver uma clínica integral no contexto da APS.....	21
A aproximação com a narrativa como um modo de abordar a clínica.....	26
A organização do texto: as partes e o todo	28
Capítulo I: Os Impasses da Clínica na Perspectiva do Cuidado Integral à Saúde	30
A Biomedicina e a Integralidade	30
A dimensão hermenêutica da clínica: o impasse entre o conhecimento científico e o saber prático.....	34
Os impasses dialógicos nas relações dos sujeitos envolvidos na clínica.....	39
Capítulo II: A Narrativa na Medicina como uma Ferramenta na Ampliação do Saber Clínico	44
A narrativa como uma característica do ser humano	44
O desenvolvimento do conceito de narrativa na clínica	49
Dando corpo a uma medicina baseada na narrativa	53
As estruturas constituintes da narrativa do adoecimento na clínica.....	55
O tempo na narrativa.....	56
Intersubjetividade e narrativa.....	57
Narrativa em seu meio sócio cultural.....	59
Relação entre os gêneros narrativos e a singularidade na clínica: vozes pessoais e os repertórios técnico-políticos.....	62
Confrontos latentes entre um gênero narrativo generalizante e a singularidade	66
Integração de diferentes dimensões narrativas no encontro clínico.	68
A Construção das Narrativas Pessoais sobre o Adoecimento.....	73
A atribuição de causalidade na formação das narrativas	75
Dimensão moral das narrativas	77
Possíveis formas e sentidos encontrados nas narrativas pessoais do adoecimento.....	78
Capítulo III: A Competência Narrativa do Médico.....	82
O método clínico, sua racionalidade e o modo de operar a prática clínica.....	82
A racionalidade clínica estruturada na forma de uma narrativa.....	89
Ampliando o universo interpretativo das narrativas médicas na clínica.....	92

Capítulo IV: A Escuta e Interpretação das Narrativas Médicas no PMF..	107
Objetivo Geral	107
Objetivos específicos	107
Metodologia do Trabalho de Campo	108
O campo e a percepção da produção das narrativas médicas	108
A análise do material da pesquisa de campo	114
Contextos das Práticas Influenciando a Narrativa na Clínica.....	117
As características do Programa Médico de Família de Niterói.....	117
O processo de trabalho das equipes básicas no PMF	119
Espaço e contexto dos módulos influenciando nas narrativas dos médicos	122
Analisando a influência das condições de vida nas narrativas médicas.....	126
A relação das narrativas dos médicos com a forma de organizar a atenção clínica na APS	132
A identidade e legitimidade do saber clínico a partir da especificidade do modelo de atenção	136
A integralidade do modelo versus a fragmentação no discurso da clínica	138
Conflito das demandas dos pacientes com os papéis técnico e institucional do médico	143
Os impasses provocados pela proximidade e o vínculo com os pacientes.....	148
Análise dos Elementos Dialógicas dos Saberes e Práticas dos Médicos	
Atuando na APS.....	154
A proximidade e a continuidade no desenvolvimento da competência dialógica ..	154
Comunicação versus diálogo na clínica	155
A possibilidade de perceber padrões narrativos	157
Aspectos envolvendo a singularidade e o significado das narrativas na clínica....	160
Análise do Desenvolvimento da Competência Narrativa da Clínica	167
A dificuldade de estruturar as habilidades dialógicas como uma competência e um saber	167
Dificuldade de integrar o conhecimento biomédico com a competência dialógica na clínica.....	176
Arranjos pessoais na formação de uma competência narrativa na clínica	179
Conclusões	186
A identidade do médico atuando na APS formada a partir do modelo assistencial e não como um saber.	190
As competências narrativas assumidas como habilidades pessoais ou do modelo de atenção e não como uma teoria da prática.	194
A racionalidade biomédica como obstáculo epistemológico para o desenvolvimento de um saber dialógico e hermenêutico na clínica	200
Perspectivas de Ampliação do Saber Clínico	203
Bibliografia.....	206
Anexos	216

Resumo

A incorporação do sujeito que adoece e suas expectativas de cuidado é um apelo que acompanha as propostas de mudança da prática clínica no campo da APS. Esta perspectiva implica em um novo modo de ver o processo de adoecimento que procura romper com o reducionismo biomédico onde a clínica e sua ação são, praticamente, independentes do discurso do paciente.

Este trabalho usou a narrativa, aplicada como uma ferramenta conceitual e prática na clínica na APS, para investigar as possibilidades de ampliar o universo discursivo e interpretativo, isto é, a competência narrativa do médico, para além de um modelo biomédico restritivo.

Foi realizada uma busca, não sistemática, na literatura médica e de ciências sociais procurando identificar os aspectos conceituais, significados e perspectivas que podem ser assumidos para substantivar a narrativa como um conceito/idéia e suas possíveis interfaces e aplicações na clínica. Esta apropriação da narrativa instrumentalizou a observação participante nos módulos do Programa Médico de Família de Niterói, assim como a realização e análise dos resultados de entrevistas semi-estruturadas com seus médicos.

Observou-se que a formação da identidade e da legitimidade profissionais do médico de família é dirigida, principalmente, pelo arranjo organizacional promovido pelo modelo de atenção e não pelo desenvolvimento de um saber que o diferencie e qualifique. Identificou-se que as capacidades dialógicas desenvolvidas nas experiências com a clínica na APS eram compreendidas e assumidas pelos médicos como habilidades pessoais e/ou como aspectos morais. Percebeu-se que este modo de pensar dá margem a uma tensão, externada por um discurso ambíguo e fragmentado, entre a proximidade, o vínculo e o diálogo com o paciente e a estruturação do saber e da prática clínica.

A limitação dos médicos em incorporar novos saberes a partir de suas vivências, associada à forma como a racionalidade biomédica dirige a clínica, se constituem como obstáculos epistemológicos e práticos para a ampliação da competência narrativa e interpretativa médica. Estas são condições que dificultam o desenvolvimento de um estilo de pensamento médico que reflita, desenvolva e integre o saber prático e os saberes não biomédicos como algo legítimo, sistematizável, avaliável e reproduzível no âmbito da clínica.

Palavras chave: Clínica Ampliada; Narrativa na Medicina; Atenção Primária à Saúde; Competência Narrativa Médica

Abstract

Narrative in and about primary health clinic: reflection on the way of thinking and acting concerned with dialogue, integrality and health care

The incorporation of the fellow who falls ill and his expectations of care is an appeal of the proposals to change primary care clinical practices. This perspective implies a new viewpoint of the sickening process which tries to break with the biomedical reductionism in which the clinic and its action are almost apart of the patient's discourse.

This work employed the narrative as a conceptual and practical tool in primary care clinic to investigate the possibilities of enlarging the universe of discourse and interpretation, that is, the physician's narrative competence beyond a restrictive biomedical model.

A non-systematic search was carried out, in medical and social sciences literature, trying to identify the conceptual aspects, meanings and perspectives that can be assumed to turn the narrative into a concept/idea, and its possible interfaces and applications to clinic. This appropriation of narrative instrumentalized the participant observation in the Family Health Program, in Niterói, as well as the analysis of results of semi-structured interviews with physicians.

We noticed that the formation of the family doctor's professional identity and legitimacy is mostly guided by the organization promoted by the healthcare model, and not by the development of knowledge able to distinguish and qualify it. We found that the dialogic abilities developed in experiences in primary care clinic were apprehended and assumed by physicians as personal abilities and/or moral aspects. This thought created tension, translated in an ambiguous and fragmented discourse among proximity, liaison and dialogue with patients, and the formation of knowledge and clinical practice.

The physicians' limitations to incorporate new knowledge, based on their own experience, and the way biomedical rationality guides clinic, are epistemological and practical obstacles to enlarge medical narrative and interpretative competences. Such conditions hinder the development of a type of medical thought to reflect, develop and integrate practical knowledge and non-biomedical knowledge as legitimate, able to be systematized, evaluated and reproduced within the clinic.

Key words: Broad clinic; medicine narrative; primary health care; medical narrative competence.

Lista de Siglas

AIDS: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
APS: Atenção Primária à Saúde
AVC: Acidente Vascular Cerebral
BMJ: British Medical Journal
DM: Diabetes Mellitus
FMS: Fundação Municipal de Saúde
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV: Vírus da Imunodeficiência Adquirida Humana
MBE: Medicina Baseada em Evidência
MBN: Medicina Baseada na Narrativa
MF: Médico de Família
NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB: Norma Operacional Básica
OMS: Organização Mundial de Saúde
OPAS: Organização Pan-americana de Saúde
PMF: Programa Médico de Família
PSF: Programa de Saúde da Família
SPA: Serviço de Pronto Atendimento
SUS: Sistema Único de Saúde
WONCA: World Organization of Family Doctors

Introdução

Ao introduzir o leitor neste trabalho, que analisa e propõe a narrativa como fio condutor da perspectiva de ampliação da prática clínica na Atenção Primária à Saúde, buscarei manter coerência com o tema expondo, inicialmente, a história e os enredos que o envolveram. Neste sentido, parece que expor as relações historicamente construídas entre o sujeito e o objeto das observações e das reflexões que serão desenvolvidas neste texto, tornará mais fácil ao leitor identificar e argumentar sobre as questões investigadas e analisadas.

Um olhar sobre a clínica: a articulação entre uma estória pessoal e um contexto

Como médico e professor de medicina integral, mantenho, nos últimos 15 anos, a atenção e o esforço voltado para o ensino de uma prática clínica ambulatorial que busca incorporar os sujeitos a quem ela se dirige na produção de um cuidado mais integral das situações de adoecimento. Este caminho profissional e acadêmico prosperou no ambiente da Disciplina de Medicina Integral (hoje Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária) onde se delinearam algumas das premissas, objetivos e questionamentos que compõem o presente trabalho. Entre as premissas merecem destaque:

- A compreensão de que a organização e reorganização dos saberes e das práticas em saúde são constituídas em um movimento histórico e ideológico, promotor de determinadas práticas e reprodutor de determinados saberes;
- A noção de que a integralidade não se limita à articulação de técnicas ou de determinadas formas de intervenção em saúde, isto é, a sobreposição de ações promocionais, de prevenção e/ou curativas. Ao contrário, sigo uma

concepção de integralidade que se fundamenta no resgate do indivíduo e do coletivo como elementos singulares e históricos que se constituem num processo dialético e referenciado na práxis, qual seja, em uma dinâmica que busca reconduzir o indivíduo e a sociedade ao centro do cenário da prestação da atenção à saúde;

- O entendimento de que os conceitos de saúde e as regras que foram estabelecidas entre o que é normal e patológico, ou mesmo o entendimento dos processos biológicos envolvidos nas doenças, não devem ser resumidos, exclusivamente, aos processos fisiopatológicos subjacentes. [...] Neste sentido, mesmo a visão tridimensional biopsicossocial do processo saúde-doença exige uma quarta dimensão que é dada pelo observador. E, assim, o que era paradoxal (ou dicotomizado) pode ser entendido como fenômeno que se inter-relaciona, e cuja ênfase é dada não aos fenômenos em si, mas à interconexão entre eles. (RODRIGUES, DEVEZA E ANDERSON, 1998)
- O reconhecimento de que os atos e as atitudes dos serviços e dos profissionais não são apenas um conjunto articulado de técnicas neutras, mas, sim, fruto de um processo histórico, político e ideológico. Portanto, uma determinada política de saúde e seu respectivo modo de organizar a atenção à saúde (ou seu modelo assistencial) não são elementos naturais ou que estão preestabelecidos. Refletem concepções relacionadas ao binômio saúde-doença, aos objetivos a serem alcançados e ao público a quem está dirigido, isto é, seguem uma determinada racionalidade e respondem a interesses estruturais e conjunturais hegemônicos na sociedade.

Outro elemento desta estória são as transformações políticas, ideológicas e tecnoassistenciais que vêm ocorrendo com a reestruturação da atenção à saúde e,

em especial, da APS em vários países, assim como tem ocorrido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estas mudanças trouxeram para o debate várias questões e contextos que têm servido de combustível e contribuído para caminhar, nos dias atuais, no sentido de operar mudanças na prática clínica. Nesta direção, Bury (2001) relaciona algum destes fatores, como:

- A relevância epidemiológica das doenças crônicas obrigando a prática clínica a lidar com perspectivas como manejo e cuidado no lugar de se limitar ao tratamento e à cura. Esta mudança de objetivos e finalidades torna-se fundamental na abordagem das situações de adoecimento, principalmente, das doenças crônicas. Nestas condições de adoecer estão envolvidos e implícitos os aspectos que guardam uma relação direta com a vida cotidiana: o trabalho, casa e a família. As doenças crônicas e as estratégias de tratamento, mais do que suas relações com o risco de morrer, implicam em rupturas do modo de andar a vida (usando a expressão de George Canguilhem), da identidade social destas pessoas e de sua autonomia. Estas rupturas são implicações do processo de adoecer sobre a vida das pessoas que devem, necessariamente, compor o universo interpretativo e terapêutico do médico.
- As críticas aos crescentes custos das intervenções médicas e a preocupação de reduzi-los que têm centrado a atenção no modo como vem ocorrendo a incorporação desenfreada das tecnologias médicas. A partir destas críticas, têm surgido questionamentos quanto à centralidade do hospital na atenção à saúde que desembocam em uma revalorização da atenção ambulatorial, em particular, na implantação e qualificação de estratégias de atenção primária.
- A ênfase na ampliação e a qualificação do campo da atenção primária à saúde que tem provocado um fortalecimento do papel e das funções dos médicos

generalistas. Por sua vez, entre estes profissionais e devido a suas características e os cenários de suas práticas, cresce a discussão sobre a medicina holística e sobre a importância da fala do paciente¹ e, conseqüentemente, a preocupação em ampliar as concepções ideológicas destes médicos.

- A necessidade, cada vez mais premente, de democratização das relações entre o médico e o paciente devido à compreensão e ao respeito quanto à argumentação dos pacientes em relação às práticas a eles dirigidas. Neste contexto, torna-se imperiosa a necessidade do direcionamento do cuidado, de modo que ele se torne mais democrático, acessível e amigável ao usuário dos serviços de saúde. Para alcançar esta qualidade do cuidado, a autoridade e o paternalismo médico vão tendo que ser relativizados, dando espaço para aflorar e legitimar a perspectiva promovida pela narrativa do paciente em relação a suas demandas.

Ao mesmo tempo em que, como profissional, compartilho da emergência deste conjunto de situações que obrigam a flexibilização e ampliação do olhar e das ações dos médicos na clínica, percebo que este empreendimento ainda é uma realidade distante e contra-hegemônica no campo da atenção à saúde, inclusive nas ações e serviços voltados para a atenção primária.

Mesmo com as transformações ocorridas nos modelos assistenciais, na organização das práticas e nas relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, ainda são grandes as dificuldades de abordar, mais profundamente, a temática do

¹ Na literatura que questiona o saber médico baseado apenas na técnica biomédica e que enfatiza a abordagem da narrativa na medicina, assim como, da relação médico-paciente, há uma predominante presença de trabalhos oriundos de pesquisadores vinculados aos departamentos ou serviços de atenção primária e de medicina de família.

cuidado individual, e da clínica em particular. Esta dificuldade está presente no desenvolvimento dos projetos de reforma dos sistemas de saúde, nas propostas de mudanças da organização dos serviços e das práticas em saúde e da formação acadêmica dos profissionais, particularmente, a dos médicos.

Ao lidar com a atenção individual, a tendência que predominou no campo da Saúde Pública e do Planejamento em Saúde, foi de abordar a temática da clínica com uma conotação negativa advinda, principalmente, da percepção que a responsabiliza pelo formato e pelas mazelas do modelo médico hegemônico vigente e pela estruturação do modelo liberal da medicina (CAMPOS, 1994).

A partir desta perspectiva o planejamento, a organização e a avaliação da atenção à saúde persistiram considerando a prática clínica limitada, apenas, ao escopo do método anátomo-clínico e da biomedicina. Não são abertas, portanto, perspectivas para perceber que a clínica, apesar de seguir no contexto dos fundamentos da biomedicina (como foi bem definido nas análises do campo da Saúde Coletiva), tem seguido teimando em ser mais um monte de outras coisas (CAMPOS, 1997).

É neste sentido que Campos (1994) alerta para o fato de que os esquemas que vêm sendo utilizados para explicar a prática médica e a clínica, têm se limitado a compreensões teóricas e fechadas, não estão abertos à percepção de possíveis discontinuidades e contradições entre o modelo científico biomédico e as práticas clínicas.

Freqüentemente, são constatadas no campo da Saúde Coletiva as limitações ou as incongruências do modelo biomédico, mas as alternativas a ele, geralmente, limitam-se a propostas que visam reordenar, normatizar e avaliar os atos médicos, usando a epidemiologia e/ou o planejamento para tal fim. Contraditoriamente, estes meios para operar as mudanças têm como referência (ou representam) disciplinas e

saberes originários no próprio conhecimento biomédico ou são integrantes da mesma racionalidade técnico-científica que fundamenta a tão criticada clínica.

Assim, as propostas desenvolvidas no campo da Saúde Coletiva, no sentido de imprimir transformações e produzir um maior controle sobre o ato médico individual, têm geralmente partido da articulação da epidemiologia com a clínica.

Desta forma são indicadas várias estratégias que, apesar de se intitularem como transformadoras do modelo assistencial, limitam-se a corroborar a trajetória técnico-científica da prática biomédica tradicional como, por exemplo:

- a organização da atenção tendo por base programas verticais de saúde;
- a utilização de mecanismos de gerenciamento e racionalização dos atos médicos, lançando mão da Epidemiologia Clínica ou de sua mais moderna apresentação a Medicina Baseada em Evidências²;
- a organização de estruturas administrativas para controlar, principalmente do ponto de vista dos gastos, a realização de procedimentos médicos, como o “*managed care*”.

Estas medidas que visam reorganizar e operacionalizar a prática clínica utilizam uma racionalidade técnico-científica externa às relações entre os sujeitos e aos saberes envolvidos na prática clínica. Por outro lado, são estratégias que trazem, em seu bojo, objetivos direcionados à racionalização/diminuição dos gastos em saúde pelo setor público ou privado.

² Segundo Lourenço (1999), a prática da medicina baseada em evidências estaria orientada pelas seguintes premissas: (1) as decisões clínicas devem estar baseadas na melhor evidência científica disponível, orientada pelo raciocínio epidemiológico e bioestatístico; (2) o problema clínico deve determinar o tipo de evidência a ser obtida; (3) as conclusões originadas em evidências identificadas e abordadas criticamente têm que ser capazes de influir na conduta clínica ou nas decisões de cuidados em saúde; e (4) o desempenho clínico deve ser constantemente avaliado. Ver também Sacket et al (1996).

Este modo de olhar a clínica não vem favorecendo o reconhecimento ou a valorização das possíveis fraturas conceituais e técnicas presentes, ou em desenvolvimento, no interior das práticas regidas pela biomedicina. Rupturas estas que podem estar sendo produzidas pelos sujeitos envolvidos no cotidiano da atenção à saúde, nas relações entre profissionais e a clientela ou entre os serviços e a comunidade.

Provavelmente, não bastam para a construção de um novo olhar clínico, como não bastou no século XVIII, apenas conjunturas políticas e culturais propícias. O desenvolvimento de novos saberes e de novas práticas implica em uma nova disposição para conhecer a realidade, assim como uma transformação da clínica condizente com as diversas dimensões envolvidas no processo de adoecer, que inclua não somente o olhar anatomo-clínico, mas, também, as percepções subjetivas, sociais e culturais do processo saúde-doença.

“Não se trata, portanto, de negar a existência do olhar anátomo-clínico que revela as lesões, mas de identificar e repensar — a partir do cotidiano e das relações dos sujeitos envolvidos nas práticas — um novo sistema de valores e crenças que possibilitem a transcendência do determinismo da biologia positivista e mecanicista que marcou tão fortemente a clínica” (FAVORETO, 2002: 85).

Neste trabalho o foco que é dirigido à clínica limita-se a sua aplicação como um saber e uma prática central na medicina³ e, mesmo ela sendo muito próxima do cotidiano do autor, faz-se necessário reconhecer os vários sentidos que ela adquire no campo da atenção à saúde. Portanto, distinguem-se significados e papéis dados por médicos, pesquisadores ou gestores do campo da saúde como os de prática médica hegemônica, de modelo anatomo-clínico, de biomedicina, de algoritmos para

³ Este foco não significa a inexistência de outras práticas, realizadas por outros profissionais de saúde, que também podem ser compreendidas como uma prática clínica. Estas várias formas de exercer a clínica foram muito bem explicitadas e argumentadas por Merhy quando afirma que “todos os trabalhadores de saúde fazem clínica, sendo este o campo principal no qual operam as tecnologias leves, como articuladoras das outras configurações tecnológicas” (MERHY, 1998 p. 107)

diagnósticos e tratamentos, de pronto atendimento, de ações paliativas, entre outras formas usadas a critério de quem e/ou por que se fala da clínica.

Contudo, esta definição torna-se mais simples e perene quando quem fala é o paciente. Para este, a essência da clínica se explica no cuidado, isto é, na resposta ao sofrimento e às incertezas advindas de processos que limitam sua capacidade de caminhar em seus projetos de vida.

Sendo assim, considero a clínica, assumindo-a na perspectiva de uma ação, inserida em um contexto social e cultural que se instrumentaliza de um conjunto de ferramentas técnicas biomédicas — homogêneas e homogeneizantes — para procurar dar respostas singulares às necessidades e às demandas em saúde de pessoas que a ela recorrem. Para tanto, ela precisaria se configurar como um momento de interpretação, de percepção de signos e significados e que busca a criação de novas representações e novos significados terapêuticos para aqueles que estão sofrendo⁴.

Esta configuração, que amplia o escopo da clínica, a vincula à terapêutica e lhe confere como um dos seus referenciais o sentido construído por Canguilhem para quem: "... A clínica é inseparável da terapêutica e a terapêutica é uma técnica de instauração ou de restauração do normal, cujo fim escapou à jurisdição do saber objetivo, pois é a satisfação subjetiva de saber que uma norma está instaurada." (CANGUILHEM, 1982:185).

Tendo em vista estas considerações, parece pertinente passar a compreender e a valorizar a clínica como um campo dinâmico de saberes e práticas, no qual ocorrem tensões, construções e rupturas surgidas no cotidiano das relações entre terapeutas e pacientes. Neste campo, diversos elementos como saber e ciência, arte e técnica,

⁴ Corroborando com esta perspectiva ver Campos (2003) e Camargo Jr (2003).

diagnóstico e terapêutica, a subjetividade e a dimensão social do humano estão intrinsecamente envolvidos e dirigem o enfoque da clínica para um olhar mais próximo do seu cotidiano e das relações e concepções dos sujeitos nela envolvidos.

Estas premissas e a estreita relação do autor com o cotidiano da clínica e com seu ensino estiveram, desde o princípio, orientando as escolhas e as trajetórias percorridas nesta investigação. Portanto, estes elementos estavam imbricados e integrados na construção do objetivo do trabalho, ou seja, **na idéia de analisar as possibilidades, criadas no âmbito da atenção primária, de reestruturar e ampliar os saberes e as práticas envolvidas na clínica para além de um modelo biomédico restritivo.**

A integração entre as premissas teóricas e as experiências pessoais também foi responsável pela forma e o campo a ser seguido nesta análise. Neste sentido, a análise do saber e da prática clínica, isto é, a compreensão do modo de pensar e agir dos médicos e as transformações que podem advir foram balizados por três referenciais: a incorporação de conteúdos não biomédicos, a valorização da sabedoria prática e o significado da dimensão dialógica e da narrativa no exercício da clínica.

Por que abordar a clínica no contexto da APS?

A eleição do cenário e do contexto da atenção primária, para analisar as possibilidades de ampliação do saber e da prática clínica, foi direcionada pela configuração e pela importância que esta modalidade de atenção vem adquirindo para a organização dos modelos assistenciais e para a própria formação médica nas duas últimas décadas. O reconhecimento da APS como um campo que se abre para a ampliação da clínica está baseado nos conceitos e nas propostas que pautam

como atributos deste modelo de atenção: a acessibilidade e a perspectiva de ser um primeiro contato com o sistema de saúde; a integração dos aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde; e a responsabilidade, a coordenação e a continuidade da atenção prestada aos pacientes. (STARFIELD, 2002).

Estes são atributos que se formaram a partir da crítica ao modelo médico flexneriano hegemônico e às propostas de medicina simplificada (como a Medicina Comunitária). Eles têm representado avanços teórico-conceituais e apontado para novos arranjos políticos e técnico-operacionais voltados à estruturação da atenção em saúde e, conseqüentemente, têm imposto a discussão de mudanças na abordagem da clínica nela desenvolvida (FAVORETO, 2002; FAVORETO & CAMARGO JR, 2002).

Estes movimentos de mudança (ou de reforma, para alguns) dos modelos assistenciais têm procurado inverter a lógica hospitalocêntrica, medicalizadora e baseada na produção de procedimentos médicos dos modelos médico-hegemônicos tradicionais.

São reformas que vêm procurando responder a questões como a aproximação dos serviços das necessidades de saúde das populações; a integração das modalidades assistenciais de modo a aumentar a efetividade e melhorar a relação custo benefício das ações de saúde; as mudanças dos processos em saúde investindo em uma relação mais horizontal e dialógica entre eles; assim como, a incorporação de novos atores, saberes e práticas que desenvolvam, valorizem e legitimem as ações básicas e, particularmente, o trabalho de médicos generalistas.

Outro aspecto que influenciou esta escolha foi a forma como vêm se delineando as propostas de organização das competências e das práticas de médicos generalistas no contexto da APS. Neste sentido, tanto as agências intergovernamentais (OPAS,

OMS e WONCA), assim como o próprio Ministério da Saúde do Brasil, têm incorporado em seus documentos questões como a necessidade de que os médicos generalistas sejam responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procurem, independentemente da idade, sexo ou afecção; cuidem de indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a autonomia dos seus pacientes; negociem planos de ação com os seus pacientes que integrem fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais, recorrendo ao conhecimento e à confiança gerados pelo contacto próximo e repetido; exerçam o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento ou paliativos, quer diretamente, quer através dos serviços de outros, consoante com as necessidades de saúde e os recursos disponíveis no seio da comunidade servida. (OPAS/OMS, 2002, 2004; WONCA EUROPA, 2002).

Estes são aspectos da formação e da prática dos médicos na APS que fazem referência à importância de uma reconfiguração das competências na clínica, com vistas a ampliar a integralidade, a continuidade e a resolutividade da atenção individual à saúde. Portanto, o sentido que estas propostas vêm assumindo justificaram a decisão de tomar a atenção primária como campo de observação e análise das possibilidades existentes para a ampliação do escopo teórico conceitual e técnico operacional da prática clínica dirigida pela integralidade e pelo cuidado em saúde.

As barreiras para desenvolver uma clínica integral no contexto da APS

A estruturação de novos serviços e espaços de práticas em saúde — determinados na maioria dos casos por pressões externas à própria prática médica ou aos

médicos — tem valorizado e ressignificado a figura do sujeito e da intersubjetividade nas intervenções preventivas e/ou curativas da clínica. Mas a incorporação deste sujeito ainda vem se fazendo de modo incipiente ou descontextualizado, com uma frágil percepção de suas necessidades em saúde e das intervenções mais apropriadas a serem realizadas.

As questões acima referidas trazem para a agenda do campo da saúde a relevância de temas como as dimensões do cuidado em saúde e as relações dos profissionais com seus clientes na construção de uma atenção integral no âmbito dos serviços de saúde.

Neste contexto, a integralidade, mais do que uma temática ou um conceito, passa a assumir o papel de uma lente que amplia o olhar sobre o planejamento do sistema de saúde, a estruturação dos serviços e a organização de suas práticas (MATTOS, 2001). Por outro lado, ela baliza este olhar sobre a realidade por estar, em essência, referenciada nos princípios políticos e ideológicos relacionados à cidadania em suas prerrogativas como a universalidade e equidade do acesso e da atenção.

Deste modo, a integralidade se estabelece como uma imagem-objetivo que promove novos patamares para a abordagem das questões da saúde, seja em relação à definição de estratégias de expansão de serviços de saúde ou de mudanças do modelo assistencial e de suas práticas.

A integralidade, quando centra no sujeito (em suas necessidades e expectativas) o objeto da atenção dos serviços e de seus profissionais, obriga a discussão de questões que são transversais às ações de saúde como a efetividade, continuidade e terminalidade do cuidado ofertado. Dá relevo às relações entre os sujeitos envolvidos no projeto do cuidado e, por conseguinte, abre o cenário dos serviços e das práticas para o diálogo entre diferentes saberes (biomédicos e não biomédicos).

Foi observado que as mudanças na organização do sistema de saúde, principalmente da atenção primária como a promovida com a implantação do PSF no Brasil, mudaram os cenários de práticas; os papéis e as exigências feitas aos profissionais de saúde; introduziram novos discursos como o da Promoção da Saúde; instrumentalizaram os serviços com um forte apelo à incorporação da epidemiologia e de elementos relacionais como vínculo e acolhimento no direcionamento das intervenções em saúde. Entretanto, como foi apontado por Franco e Merhy, este direcionamento não havia, necessariamente, ampliado o papel da clínica nas práticas dos médicos do PSF:

“sua matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da vigilância à saúde [] Não dá valor ao conjunto da prática clínica, nem toma como desafio a necessidade de ampliação da abordagem individual nela inscrita, no que se refere a sua atenção singular, necessária para os casos em que os processos mórbidos já se instalaram” (FRANCO & MERHY, 2001: 2).

Uma observação da inconsistência da abordagem individual, em particular, do desenvolvimento da relação médico-paciente em serviços de PSF foi realizada por Franco et al (2005) na Bahia onde os autores constataram que a dimensão psicossocial ainda não havia sido incorporada pelos profissionais na abordagem que faziam em suas consultas clínicas.

Entre as causas apontadas para a fragilidade do papel da clínica no PSF ressalta-se a incorporação, parcial e desintegrada, de questões relacionadas ao social ou à subjetividade no bojo dos saberes, práticas e valores da clínica. (FAVORETO & CAMARGO JR, 2002)

Já Bonet (2003) considerou que no discurso e nas práticas dos médicos de família havia uma importante valorização da integralidade e da integração biopsicossocial. Este pesquisador avaliou que o olhar desses médicos estaria permanentemente

navegando numa espécie de “sincretismo hierárquico” entre duas epistemologias⁵ “uma dualista, cristalizada e hegemônica, a da biomedicina, e outra que estaria em construção, que seria a de uma epistemologia integral e holista” (BONET, 2003: 266).

Apesar de não existir consenso sobre a existência de mudança do paradigma assistencial no campo da saúde, certamente, a medicina de família e a prática dos médicos na estratégia saúde da família têm propiciado novos contextos e significados na relação entre o saber biomédico e uma abordagem mais integral do processo saúde-doença-cuidado.

Em síntese, a clínica viria sendo influenciada por novos contextos e expectativas de atenção à saúde produzidos pelas transformações da estrutura assistencial, como as mudanças que vêm ocorrendo na atenção primária e em seus novos arranjos e cenários de práticas. A atenção primária se constitui, assim, em uma modalidade assistencial que aproximaria os médicos dos contextos sociais, culturais e afetivos em que vivem os usuários. Deste modo, possibilitaria, em tese, tornar viva e inerente uma relação cotidiana dos profissionais com os aspectos sociais e subjetivos constitutivos do processo de adoecer e implicaria na construção de um maior vínculo e diálogo entre os médicos e pacientes e seria capaz de ampliar a perspectiva integral na clínica.

Contudo, eram, e ainda são, perceptíveis as limitações existentes no saber e na prática clínica dos médicos que atuam na APS, no que tange ao reconhecimento e integração de questões não biomédicas e da sabedoria prática como componentes

⁵ Bonet usa o termo epistemologia no sentido usado por Bateson: “Em Bateson este conceito não alude à filosofia da ciência, sim como pensamos, as regras do pensamento, as premissas nas quais percebemos; quer dizer, o conjunto de pressupostos que estão na base de toda comunicação e interação entre as pessoas” (BONET, 2003: 8)

estruturantes do processo de adoecimento e das intervenções clínicas. Portanto, verificava-se a existência de impasses epistemológicos e práticos que dificultam a realização de uma clínica inserida em uma perspectiva integradora das dimensões biopsicossociais do adoecimento e voltada para o cuidado em saúde (FAVORETO, 2002, 2004).

Foi considerando a existência destas limitações para ampliar o escopo da clínica, mesmo em contextos que favoreceriam esta ampliação, que este trabalho se propôs a analisar como se dispõem, na visão do médico, os fatores do modelo da APS que, em tese, seriam potencializadores de um redirecionamento da clínica.

A investigação realizada, ao mesmo tempo que objetivava estudar estes aspectos potencializadores, buscava entender as dificuldades existentes para a ocorrência de mudanças no âmbito da clínica praticada pelos médicos generalistas.

Neste sentido, o estudo utilizou a abordagem da narrativa do adoecimento e a noção de competência narrativa médica como ferramentas de análise, isto é, como referência para compreender o modo de pensar dos generalistas. Mas, por outro lado, o uso destas referências guardava, também, a intenção de explorar formas de ampliar a discussão e de indicar perspectivas para a construção de um saber e de uma prática clínica que seja mais próxima da perspectiva da integralidade e do cuidado em saúde.

Com estes objetivos, e com muitos desejos implícitos, esta tese se desenvolveu em torno de duas abordagens que, por vezes são paralelas, outras vezes se cruzam ou mesmo se tornam contíguas. Uma delas foi a que buscou, na literatura médica e nas abordagens do campo das ciências sociais, identificar caminhos e propostas teóricas que descortinassem os elementos constituintes da clínica e contribuíssem para repensar seus saberes e suas práticas. A outra abordagem do trabalho foi a de

valorizar as experiências de médicos envolvidos na APS, buscando em suas narrativas identificar a forma como articulam, em seu modo de pensar e agir, os diferentes saberes que envolvem a clínica, isto é, a sabedoria prática, os saberes dialógicos e o conhecimento biomédico.

A aproximação com a narrativa como um modo de abordar a clínica

Com o objetivo de estudar as possibilidades de ampliação do saber e da prática da clínica na APS, o trabalho trazia como uma questão subjacente a perspectiva de construção da integralidade no âmbito dos saberes e das práticas médicas na e sobre a clínica.

O desafio que se colocava para o estudo era o de contemplar a abordagem da clínica, tendo em vista a integração das dimensões biopsicossociais na atenção aos sujeitos adoecidos e à imponderabilidade dos arranjos e significados desta perspectiva integral quando o olhar do observador se aproxima do cotidiano das situações vividas por médicos e pacientes nos encontros. A resposta a este desafio foi, paulatinamente, se delineando com a apropriação da idéia de usar a narrativa como uma ferramenta metodológica que facilitaria a percepção e a interpretação dos textos produzidos pelos sujeitos.

Deste modo, o uso da narrativa, para entender os saberes e fazeres na clínica, se ajustava aos objetivos do trabalho, visto que a narrativa se estrutura, justamente, a partir de uma perspectiva semântica e hermenêutica que integra, a partir de um processo e uma perspectiva dialógica, os sujeitos com seus contextos e suas ideologias.

A narrativa se apresentava, assim, como uma ferramenta metodológica para entender os saberes e fazeres dos sujeitos envolvidos na clínica, mas, também, se

delineava como uma estratégia para pensar e propor caminhos no sentido da **integração das diferentes dimensões, conhecimentos, contextos, desejos, necessidades e demandas presentes no ato clínico.**

A aproximação com a idéia da narrativa surgiu a partir de uma coletânea de artigos, publicados pela revista médica BMJ⁶. Estes trabalhos propunham o desenvolvimento de uma Medicina Baseada na Narrativa como alternativa à hegemonia que a Medicina Baseada na Evidência vem assumindo na organização da prática clínica.

A partir destas publicações foi realizada uma revisão não sistemática que utilizou a associação de termos narrativa/medicina e narrativa/adoecimento nas bases de dados Medline e Scielo. Esta revisão identificou um grande número de autores e produtos em sua grande maioria ligados ao campo das ciências sociais (Antropologia Médica, Sociologia da Medicina, Literatura na Medicina e Lingüística), possibilitando construir um entendimento, mais amplo, da noção da narrativa e de suas possíveis implicações para a abordagem da clínica.

Este arcabouço teórico consolidou e reforçou a idéia de que a análise do saber e da prática clínica deveria se aproximar do cotidiano dos médicos e, em especial, de suas narrativas. Este pareceu ser um caminho adequado para perceber a forma como os médicos generalistas lidam com os diferentes saberes e práticas que envolvem sua atividade clínica na APS. Também representava uma forma de identificar quais os elementos e processos que vêm contribuindo ou dificultando a ampliação do saber clínico no sentido da integralidade e do cuidado em saúde.

⁶ Coletânea, organizada por Trisha Greenhalgh, de 4 artigos em uma série dirigida à Narrativa na Medicina, publicados pelo British Medical Journal em 1999 composta pelos artigos de: Elwyn & Gwyn (1999); Greenhalgh (1999); Launer (1999); Greenhalgh & Hurwitz (1999)

Construíram-se, assim, as bases para o trabalho de campo e para o processo de análise do material encontrado.

A organização do texto: as partes e o todo

Ao leitor é preciso explicar o formato que foi dado ao texto que se segue. Um olhar mais atento sobre ele deixa claro que ele reflete, principalmente, o próprio caminho teórico e empírico que o autor percorreu. Apesar de sua organização fazer separações entre o material teórico e o empírico, cabe dizer que esta diferenciação não consegue traduzir a dinâmica deste empreendimento pessoal e acadêmico.

Não espelha uma dinâmica onde a busca e seleção das referências teóricas foram motivadas e orientadas pela experiência prática e pelas expectativas do próprio autor no campo da clínica. De outro modo, o trabalho empírico tornou-se imperioso para abordar a clínica na APS. Esta necessidade se formou justamente porque o material teórico, advindo das ciências sociais, mostrou a importância de dirigir o olhar para o cotidiano quando o objetivo da pesquisa é entender a construção de significados e a organização dos estilos de pensamento pelos sujeitos em situação.

Mesmo considerando estas observações houve a necessidade de fazer algumas divisões no texto. Assim, ele está dividido em duas partes. No capítulo 1 da primeira parte são abordados os **impasses conceituais**, percebidos e estudados, para a clínica se desenvolver no sentido da integralidade e do cuidado à saúde. Em seguida, o trabalho aprofunda a discussão sobre **as características e as possibilidades criadas pela narrativa na medicina** e explora os elementos que a instituem e constituem como um caminho dialógico para ampliar o saber clínico. No terceiro capítulo deste bloco, a discussão deságua na reflexão sobre **o desenvolvimento de uma competência narrativa** e analisa a forma de incorporá-la

no saber e fazer dos médicos na clínica, discutindo sua potencialidade como um elemento integrador e articulador de novas formas de abordar o adoecimento e o processo clínico-terapêutico.

A segunda parte do trabalho apresenta a **análise do material de campo**. Esta análise foi estruturada tendo como eixo a relação das narrativas médicas sobre o adoecimento e a clínica com o contexto onde elas se formam, com o desenvolvimento da capacidade dialógica dos clínicos a partir de suas experiências e, por fim, com a análise dos obstáculos encontrados pelos médicos de família para a valorização e sistematização da competência narrativa como um saber no campo epistemológico da clínica.

Capítulo I

Os Impasses da Clínica na Perspectiva do Cuidado Integral à Saúde

A Biomedicina e a Integralidade

A trajetória da medicina nos últimos dois séculos se afastou do sofrimento como objeto de ação, se legitimou centrando sua atenção na doença, na lesão (RODRIGUES, 1980; CAMARGO JR, 1997) e na incorporação e valorização de uma tecnologia instrumental, diagnóstica e terapêutica, que significou o que Merhy (1998) chama de “medicina centrada no procedimento

Para inverter este direcionamento, no sentido de que a prática médica venha a ter como objeto e objetivo o cuidado integral e a autonomia das pessoas, fazem-se necessárias novas construções teóricas e técnicas a serem incorporadas pelo saber clínico e legitimadas socialmente.

O percurso para adquirir esta credibilidade política, social e cultural passa por demonstrar que uma abordagem integral do adoecer permite uma melhor compreensão do processo de adoecimento, uma identificação mais contextualizada das lesões e uma aplicação de condutas mais resolutivas em relação ao sofrimento e, por conseguinte, promover um cuidado mais efetivo para as pessoas.

O Complexo Médico Industrial, que opera a atenção à saúde, tem a biomedicina como seu modelo teórico-conceitual. Modelo que Camargo Jr (2003 b) considera representar um claro obstáculo epistemológico para a estruturação do cuidado integral. Este autor compreende que a ênfase que a biomedicina promove nos aspectos biológicos, a sua perspectiva fragmentada e fragmentadora e a hierarquização implícita dos saberes biomédicos são questões que se opõem às idéias agregadas sob o rótulo do cuidado e da integralidade.

O obstáculo epistemológico da tecnobiociência referido por Camargo Jr (2003b) residiria no fato de que sua maior eficácia é alcançada ao reduzir completamente a experiência do sofrimento ao domínio biológico, mas essa redução se faz ao pesado preço de excluir precisamente tal sofrimento, origem do pedido de cuidado por aquele que sofre.

Deveza (1983) e Castiel (1999) são autores que consideram que a atividade clínica é realizada por médicos que não são educados para lidar com a dimensão do sofrimento embutida nas manifestações dos processos de adoecer. Bonet (1999: 126), por sua vez, compreende que os médicos em sua prática biomédica convivem com uma “*tensão estruturante*” entre o material e o espiritual, o profissional e o humano e o saber e o sentir. Para Castiel (1999) haveria um ceticismo por parte dos praticantes da Biomedicina que tendem a minimizar, no momento da intervenção, os fenômenos da chamada subjetividade ou, então, tentam controlá-los, tal como está dimensionada no interior deste campo como efeito dito psicofisiológico ou placebo.

Apesar do distanciamento do sujeito, induzido pela biomedicina, ao eleger a categoria doença como seu objeto de estudo e intervenção, a dimensão do sofrimento está, inerentemente, presente no cotidiano da prática dos médicos.

Esta prática obriga a clínica a conviver em uma dualidade entre uma face “ciência” — que busca relações estáveis entre eventos que podem ser generalizados mediante leis invariantes e que têm como premissa a precisão e a replicabilidade — e a outra, a face “sabedoria prática”, que se constitui como um meio de operar no mundo, implicada na questão de compreender o melhor modo de agir em situações particulares que não são (nem podem ser) apropriadamente expressas em leis gerais (HUNTER, 1996).

Sobre a face “científica” da prática médica, Camargo Jr (1997, 1998, 2003a) argumenta que ela recorre, com intensa flexibilidade, ao seu arsenal teórico, muitas vezes prosseguindo sem teoria nenhuma, sem que isto represente, necessariamente, uma desqualificação da atividade profissional, ao que este autor completa:

“O papel exercido pela teoria científica com a prática médica não é de determinação, embora as formulações científicas sejam fundamentais do ponto de vista da legitimação social da prática, o papel exercido pela teoria no exercício profissional é contingente”.
(CAMARGO JR, 1997:53)

Esta flexibilidade na relação do saber clínico com os conteúdos das biociências — que poderiam parecer eventuais rupturas epistemológicas ocorridas no curso das bases teórico-conceituais da medicina — não implica em abandono do saber “velho”. Este saber é representado pelo conjunto de racionalidades fundadas no mecanicismo e na casualidade linear oriundos da física clássica, e na concepção positivista em relação às escolhas teóricas e práticas que estruturam a face científica da biomedicina. (CAMARGO JR, 2003a, RODRIGUES, 1999)

Foucault (1980) expôs como a ideologia da “verdade científica” foi extremamente bem sucedida no desenvolvimento e na legitimação política, social e cultural do projeto técnico-científico da medicina. Esta ideologia introjetou, de modo subliminar, no imaginário e nas práticas dos médicos, a dicotomia entre ciência e arte e entre a subjetividade do adoecer e as lesões e doenças visíveis e diagnosticáveis.

Por outro lado, Herzlich (1984) fez críticas às visões da biomedicina que desnaturalizam a doença e são profundamente relativistas. Esta autora argumenta que as concepções relativistas tratam a medicina apenas como simples resposta simbólica ou como pura ideologia, sem referência à positividade do seu saber ou à eficácia de sua prática. Estas visões seriam carregadas de uma crítica cultural e

impediriam, segundo a autora, o entendimento do funcionamento e a análise da eficácia das intervenções da medicina.

No sentido de redimensionar as críticas feitas pelas ciências sociais à biomedicina, Carrara (1994) sinaliza como a AIDS tem representado um dos elementos de uma nova conjuntura. Esta doença e, principalmente, o modo como vários grupos sociais vêm se organizando para enfrentá-la estaria forçando a sociologia da ciência a assumir outras posições, buscando uma relação não tão belicosa entre as ciências sociais e biológicas.

Quando são questionadas as limitações da ciência que dá suporte à clínica, não se pretende substituí-la por um novo saber universal. Logo, não há a pretensão de encontrar um novo saber que carregue o mesmo caráter de “verdade absoluta” da ciência moderna, ou onde compreensões gerais e determinações universais respondam sobre os diferentes e incontroláveis aspectos do sofrer e do existir.

Buscar leis universais ou modelos interpretativos rígidos para estruturar o saber da clínica seria persistir na mesma trajetória de restabelecer um novo império das verdades absolutas, objetivo criticado quando abordamos a dimensão assumida pela ciência moderna⁷ e o desenvolvimento das tecnobiociências que têm caracterizado a biomedicina.

⁷ A perspectiva e as limitações advindas desta perspectiva assumida pela ciência moderna são comentadas por Boaventura de Souza Santos (2000), em particular, no que tange ser um paradigma que compreende o conhecimento científico como única forma de conhecimento válido, que impõe uma inesgotável especialização e profissionalização do conhecimento, que se orienta pelos princípios da racionalidade formal ou instrumental, que produz um discurso que se pretende rigoroso, antiliterário, sem imaginação nem metáforas, analogias ou outras figuras da retórica, mas que, com isso, corre o risco de se tornar, mesmo quando falho na pretensão, um discurso desencantado, triste e sem imaginação, incomensurável com os discursos normais que circulam na sociedade.

A dimensão hermenêutica da clínica: o impasse entre o conhecimento científico e o saber prático.

Sem negar a importância e o progresso representado pela ruptura epistemológica, fincada no paradigma da ciência moderna, Boaventura Souza Santos (2000) propõe que ela deve ser relativizada no interior de uma racionalidade envolvente que, em tese, representaria o reencontro da ciência com o senso comum. Essa dupla ruptura proposta não significa um retorno a uma condição precedente, ou onde a segunda neutralize a primeira e que, assim, se regresse a um estado antecedente, a situação anterior à primeira ruptura (aquela que se opôs ao senso comum).

A nova configuração do saber, como é compreendida por Santos (2000), visa garantir o desejo de que o desenvolvimento tecnológico contribua para o aprofundamento da competência cognitiva e comunicativa e, assim, se transforme em um saber prático e nos ajude a dar sentido e autenticidade a nossa existência.

A constituição deste saber implicaria na valorização da prática, tornando possível que a técnica se convertesse numa dimensão da prática e não, ao contrário do que hoje se sucede, que a prática se converte numa dimensão da técnica (SANTOS, 2000).

Também voltado a uma revalorização da sabedoria prática, Ayres (2000) vislumbra um ato assistencial como o encontro clínico como capaz de integrar o outro e sua alteridade, entretanto, considera que para alcançar este objetivo é necessário o desenvolvimento de um outro tipo de saber. Neste sentido, refere-se à “phrónesis ou sabedoria prática, que não cria objetos, mas realiza sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo” (AYRES 2000: 119).

Com este enfoque Ayres (2000) inclui, nas perspectivas dos sujeitos e nos diálogos que eles estabelecem com as práticas em saúde, um saber prático que reflete outros

desejos e intenções possíveis de existir nos sujeitos. Estas intenções podem estar referidas a percepções como os “sonhos sonhados”, os “desejos construídos”, ou melhor, os significados do bem viver e da felicidade, que podem não estar em consonância com as normas estabelecidas pelos conhecimentos técnico científicos da biomedicina e da saúde pública.

Entretanto, Ayres (2000) do mesmo modo que Boaventura de Souza Santos (2000) ressalva que não se trata de abolir a ciência do âmbito desses regimes, mas de resgatar a dignidade de outros tipos de sabedoria na construção das verdades úteis para a construção da saúde:

“desde os conhecimentos acadêmicos não-nomológicos, como a filosofia, o direito e certos ramos das ciências humanas, até as diversas sabedorias práticas transmitidas secularmente nas diversas tradições culturais”. (AYRES 2001: 70)

Para Hunter (1996a) a clínica não seguiria uma visão que compreenda sua teoria e sua prática de modo único. Nela haveria uma tensão entre a episteme (o conhecimento científico) que funciona através de objetos estáveis e generalizáveis do conhecimento e a phronesis (razão prática) que opera através de um tipo de conhecimento usado quando os objetos são mutáveis ou ideográficos⁸.

“A medicina clínica, diferentemente de outras áreas das ciências humanas como o direito, a economia, a antropologia, não reconhece, explicitamente, seu caráter interpretativo, ou as regras que usa na negociação dos significados. Por outro lado, a medicina ignora tanto os paradoxos inerentes à sua epistemologia prática e os meios que ela tem herdado para sua expressão e mediação — entre as quais estão as competitivas, contraditórias e compreensivas regras de influência estabelecidas como um senso comum — e, ao invés, avoca-se como uma ciência” (HUNTER, 1996b: 229).

A razão apontada por Hunter (1989, 1996b), ao reconhecer como uma falácia este enquadramento da clínica como uma ciência, é que o conhecimento científico pode

⁸ Ideográfico seria o método das ciências que tratam de fatos singulares como a história e a arte

bem ser conduzido sobre um campo de práticas, entretanto, quando o processo racional é situacional e interpretativo, considerado como um caso particular, então a episteme ou a razão científica é demasiadamente generalizante e abstrata para dar conta do uso clínico. Portanto, para esta autora, apesar da clínica ter na ciência seu padrão ouro, o conhecimento quando aplicado ao cuidado de pessoas incorpora um saber moral e interpretativo, isto é, uma razão prática.

Esta dimensão hermenêutica da clínica esta presente mesmo nas situações em que diante de evidências científicas generalizantes e reprodutíveis, logo, com maior confiabilidade e reprodutibilidade, o médico precisa fazer escolhas e adequações para aplicá-las em cada caso individual (HUNTER, 1989).

Para Hunter, (1989, 1996b), a epistemologia resolutiva natural da medicina é parte da acomodação, contradição, competição e, aparentemente, de regras paradoxais que capacitam os médicos, simultaneamente, a expressar e a ignorar esta situação desagradável de tensão entre ciência e razão prática.

Quando os médicos se referem à sabedoria prática como um elemento da clínica, eles o fazem através de referências como a “arte médica” ou apenas admitem, como uma questão menor porém inevitável, que o escopo da clínica não está limitado aos conhecimentos biomédicos. Entretanto, estas concessões não representam uma contradição do ponto de vista médico hegemônico que compreende que a prática clínica está fundamentada e se legitima numa concepção cientificista.

Esta relação da prática com a ciência biomédica pode ocorrer em intensidades e formas diversas, mas, invariavelmente, configura um discurso e um estilo de

pensamento⁹ médico e social. O modo como este imaginário se desenvolveu na medicina dita científica tem sido uma barreira que limita a valorização do saber prático, assim como o seu desenvolvimento através da integração de outros conhecimentos e saberes não biomédicos (porém ligados ao homem, seu espaço e seu sofrimento). Este estilo de pensar determina, portanto, repertórios interpretativos que dicotomizam o saber prático do conhecimento biomédico no ato clínico.¹

O produto mais evidente deste estilo de pensamento médico na prática clínica moldada na racionalidade biomédica e inserida no desenvolvimento do complexo médico industrial no século XX, seria o que Campos (2003) chama de “Clínica clínica”¹⁰(ou a clínica oficial). Este autor considera que neste caso a medicina opera com um objeto de estudo e de trabalho reduzido aos aspectos biomédicos e epidemiológicos, o que traria implicações negativas tanto para seu campo de saberes quanto para seus métodos e técnicas de intervenção.

Ao se responsabilizar pela enfermidade e deixando em segundo plano a pessoa enferma, a clínica oficial se desresponsabiliza da integralidade dos sujeitos. Seu objeto de estudo e intervenção estaria reduzido em suas múltiplas dimensões a um enfoque predominantemente biológico. Esquecendo-se do subjetivo e social, aborda-se mais a doença que o indivíduo e mesmo quando este é considerado, pensa-se em um indivíduo fragmentado (DEVEZA, 1983; CAMARGO JR, 1997; CAMPOS, 2003).

⁹ A percepção da construção e sobre-determinação deste imaginário ou pensamento seria próxima das noções de Fleck (1986) de existência de um coletivo de pensamento e de um estilo de pensamento em uma determinada comunidade de pessoas que compartilham e trocam idéias mutuamente, construindo e reproduzindo um campo de conhecimentos, uma forma particular de olhar e interpretar a realidade.

¹⁰ Este autor faz uma distinção entre uma clínica oficial, realizada dentro dos parâmetros ideais da prática médica, de uma Clínica degradada onde os profissionais atuariam em condições tecnicamente insuficientes para implementar o saber biomédico em sua totalidade (CAMPOS, 2003).

Como alternativa a uma clínica tradicional ou oficial, Campos (2003) propõe a “Clínica do Sujeito” que buscaria superar o mecanicismo, a fragmentação e o tecnicismo biologicista. O autor argumenta que este modo de operar a clínica funcionaria com projetos terapêuticos amplos, que explicitem os objetivos e técnicas da ação profissional, com um papel ativo do sujeito e, tendo como eixo, a reconstituição de vínculos entre o clínico de referência e sua clientela.

Esta reflexão sinaliza para a promoção de uma clínica dirigida a reconhecer, interpretar e atuar sobre as necessidades de sujeitos que buscam o cuidado. Ela se construiria a partir da praxis, isto é, na reflexão sobre os encontros e as conversas (TEIXEIRA, 2003). Portanto, a clínica passa a ser entendida como um campo onde as práticas e saberes biomédicos e não biomédicos interagem, são refletidos e retornam reflexivamente para os cuidadores e cuidados, de modo a promover novas sínteses e modos de atuar em saúde.

De certo modo, desenvolver uma visão onde a clínica assuma o diálogo entre o saber científico e o saber prático e compreenda a importância do saber dos pacientes na construção do projeto terapêutico, pode apontar no sentido de uma reconciliação entre a tecnociência e valores e significados pessoais delineados pelas pessoas ao longo de suas vidas como é proposto por Ayres (2001).

Tendo como objetivo este encontro e a produção de novas sínteses que avancem sobre as limitações epistemológicas produzidas pela biomedicina e reedifiquem a dimensão do cuidado na clínica, podem ser mapeados alguns caminhos como: (1) a reorganização das práticas e do processo de trabalho em saúde; (2) os mecanismos de acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos com a incorporação de modo

mais dialógico e compartilhado de tecnologias leves e leves/duras¹¹; (3) a incorporação e integração de novos atores e novos saberes não biomédicos aos cenários de práticas, promovendo encontros e reflexões sobre os impasses cotidianos da prática clínica (CAMPOS, 1994 & 2003; MERHY, 1998, 2000; CECÍLIO, 2001; FAVORETO, 2002).

Este texto segue enfocando o papel e a importância da clínica para o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde tendo como eixo a valorização, reflexão e instrumentalização dos conteúdos cognitivos, dos modos de agir e de comunicar presentes nas relações intersubjetivas do cotidiano das práticas em saúde.

Os impasses dialógicos nas relações dos sujeitos envolvidos na clínica.

No cotidiano da clínica, quando se busca observar sua perspectiva dialógica, isto é, os aspectos relacionais que aproximam médico e paciente para posições mais eqüidistantes, esta perspectiva é facilmente obstaculizada pela distância pré-determinada entre estes sujeitos. Este distanciamento é imposto, a princípio, pela posição de poder e hegemonia ocupada pelo médico na relação que estabelece com o paciente. Este poder médico, legitimado historicamente através de sua articulação com o cientificismo biomédico, é constituinte de uma tríade formada pela relação entre medicina, ciência e poder. Por sua vez, a posição central do médico nesta tríade estabelece um modo específico dele olhar para o mundo e de expressar-se, usando uma linguagem própria e codificada pelo saber que o identifica e pelo poder que o legitima.

¹¹ Ver Merhy (1998)

Este distanciamento do médico em sua relação com o cliente determina pouco espaço — talvez pouca necessidade — para que ele assuma a existência do outro como sujeito na explicação e intervenção sobre o adoecimento. No modelo biomédico, a realização do ato médico pode se limitar a explorar, na relação com o paciente, apenas os elementos objetivantes definidores do diagnóstico e do tratamento das lesões. Conseqüentemente, predominaria na clínica tradicional uma comunicação de caráter informativo, investigativo, normativo e limitador da liberdade e da autonomia do outro.

Neste tipo de comunicação estão ausentes os pressupostos para o estabelecimento da conversa, pois é menosprezado ou ignorado que o outro (o paciente) também possui um saber, o qual produz um modo de compreender e uma representação sobre seu corpo e seu adoecer que, por sua vez, criam uma expectativa sobre o cuidado que procura.

Logo, este modo do médico interagir e se comunicar no encontro clínico desvaloriza e/ou desconhece o significado da sabedoria prática do paciente sobre o seu processo saúde-doença-cuidado. Sabedoria que foi construída a partir de suas vivências e é exposta através de suas narrativas sobre o processo de adoecimento. Entretanto, o próprio paciente reconhece este saber como insuficiente para responder às suas necessidades frente ao sofrimento e à sua busca por preservação da vida e restabelecimento de novas formas de viver, fazendo-o procurar a atenção nos serviços de saúde.

Enfim, a mudança da clínica, no sentido de uma prática mais dialógica, compreenderia um empreendimento para além das transformações dos cenários e da organização dos processos de trabalho, pois envolveria repensar o papel social e das posturas ideológicas ocupadas pelo médico e a integração de novos saberes e

atores à sua prática. Implicaria, também, no desenvolvimento de elementos da sabedoria prática do médico que não são inatos ou simplesmente frutos de um profano “bom senso” como a estruturação da:

- fala e da escuta dos sujeitos envolvidos no cuidado em saúde que pressupõe a concepção de que o limiar entre a saúde e a doença é singular, ainda que seja influenciado por planos que transcendem o estritamente individual, como o cultural e o sócio-econômico conforme sinalizam Coelho e Almeida Filho (1999).
- noção de autonomia das pessoas no processo saúde-doença-cuidado. A autonomia que na relação médico-paciente implicaria no reconhecimento de que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo com respeito às diferenças de valores, expectativas, demandas e objetivos entre eles (SOARES, 2000).
- dimensão terapêutica da relação médico-paciente, compreendida como um ritual, onde são construídos símbolos que, independentemente de operarem resultados de cura, são capazes de produzir outros tipos de mudanças que podem ocorrer no nível da psicologia individual e da vida social dos pacientes.

No universo dos encontros clínico-terapêuticos, a sabedoria prática dos médicos, envolvida pela ideologia do cuidado, pode buscar integrar, às suas práticas, elementos como:

- a escuta capaz de contextualizar as “estórias” de vida das pessoas;
- o silêncio receptivo capaz de traduzir a acolhida sem preconceitos com aqueles que buscam atenção;
- o toque que não apenas escrutina o interior dos corpos mas que oferece materialidade e humanidade à relação que se estabelece entre duas pessoas;

- as posturas corporais e um discurso que incorporem a ética através de uma relação mais eqüidistante entre aquele que cuida e quem é cuidado

Mesmo em cenários mais amigáveis como na atenção primária ou em modalidades assistenciais como o Programa Saúde da Família ou a Medicina de Família, estes elementos dialógicos da clínica ainda são pouco explorados e valorizados, seja na organização do modelo de atenção ou das práticas realizadas pelos profissionais. Esta limitação ainda reflete a dificuldade de superar os impasses epistemológicos e dialógicos produzidos pela biomedicina no direcionamento do estilo de pensamento e do fazer médico. Desta forma, estes obstáculos se mantêm como barreiras à aplicação de discursos, posturas e ações que aproximem a clínica da perspectiva da integralidade e de sua dimensão terapêutica e cuidadora.

No sentido de redirecionar a clínica para a perspectiva da integralidade este estudo dirige seu olhar para a idéia de valorizar e modificar a narrativa médica, de modo que ela possibilite a compreensão, mais clara e contextualizada, do sujeito em suas necessidades além de suas demandas. Vislumbra-se, portanto, a narrativa como um modo a ser usado para entender a prática clínica e, por outro lado, como um elemento que pode facilitar o diálogo no encontro clínico e promover uma maior efetividade das intervenções terapêuticas. (CASTIEL, 1999; GREENHALGH & HURWITZ, 1999; SHAPIRO & ROSS, 2002; HAIDET & PATERNITI, 2003)

A narrativa, assim compreendida, estaria integrada à clínica não só como uma ferramenta diagnóstica, mas, também, como um elemento terapêutico e de resgate da autonomia do paciente frente a seu adoecer.

A forma pela qual a narrativa pode contribuir nesta direção estaria relacionada à aproximação do saber técnico do popular (ou do senso comum na perspectiva de Boaventura Souza Santos); à sua capacidade de dar um significado histórico à

doença e ao sofrimento; a identificar as representações e os desejos não explícitos de quem procura o cuidado; a possibilitar ao paciente a flexibilidade de seu próprio processo de adoecer e, por conseguinte, a reestruturar novas formas e normas de vida, saúde e prazer.

A investigação deste conjunto de elementos — relacionados ao desenvolvimento da sabedoria prática através da ampliação e re-significação da dimensão dialógica e do universo interpretativo dos médicos nas relações clínico-terapêuticas — será abordada nos próximos capítulos, tendo como foco a discussão do uso da narrativa como uma ferramenta conceitual e prática de modo a ampliar a resolutividade e efetividade do ato clínico.

Capítulo II

A Narrativa na Medicina como uma Ferramenta na Ampliação do Saber Clínico

“Nature and the world do not tell stories, individuals do”.

C K Reissman¹²

Antes de abordar o uso da narrativa na prática clínica, é necessário situar qual a noção e qual o enfoque que será desenvolvido sobre este tema neste trabalho. Com esta proposta o texto buscará, inicialmente, localizar quais dos aspectos conceituais, aplicações e significados apresentados pela literatura que serão assumidos, como referência, para substantivar a narrativa como um conceito/idéia e identificar suas possíveis aplicações na clínica. Portanto, será a partir desses enunciados teóricos que este texto buscará compreender e delimitar o uso da narrativa como uma ferramenta conceitual e prática para abordar as questões relacionais envolvidas nos saberes e práticas da clínica na medicina.

A narrativa como uma característica do ser humano

Em um sentido mais corrente e geral, o conceito de narrativa pode ser atribuído a um conjunto de estruturas lingüísticas e psicológicas transmitidas cultural e historicamente, delimitadas pelo nível do domínio de cada indivíduo e pela combinação de técnicas sócio-comunicativas e habilidades lingüísticas. (BROCKMEIER & HARRÉ, 2003).

Em termos conceituais a narrativa pode ser entendida em sua intrínseca ligação com a existência humana, pois, a racionalidade humana consiste em si mesma e está integrada a uma estrutura narrativa (BURY, 2001). Logo, como um elemento da

¹² Reissman CK. Narrative analysis. California: Sage Publications, 1993: 2.

realidade humana, a narrativa tem por característica essencial ser um guia, destacadamente sensível à fluida e variável condição humana (BROCKMEIER & HARRÉ, 2003).

Esta compreensão da narrativa torna-a um elemento para a compreensão dos textos e dos contextos mais amplos, diferenciados e mais complexos da experiência das pessoas e o modo específico com que elas fazem a construção e constituição de suas vivências. Com este entendimento, a narrativa representaria, ao mesmo tempo, modelos do mundo e modelos do self pelos quais construímos a nós mesmos como parte de nosso mundo (BROCKMEIER & HARRÉ, 2003).

As palavras e enunciações são consideradas por Bakhtin (2004) como elementos centrais das narrativas e as responsáveis pela produção de significados pelos sujeitos. O papel da palavra é compreendido por este autor como o de um fenômeno ideológico por excelência e capaz de representar a forma mais pura e sensível do estabelecimento da relação social. Assim sendo, a palavra é fruto dos próprios meios do organismo individual e do consenso existente entre os indivíduos (BAKHTIN, 2004).

As palavras e as formas de comunicá-las permitiriam trazer à tona o mundo interior, isto é, expressar os significados produzidos pela consciência individual e construídos no contexto social em que o indivíduo realiza-se como pessoa. Deste modo, a palavra e a enunciação por ela expressa têm o papel de materializar a vida semiótica interior. (BAKHTIN, 2004)

Esta capacidade de materializar os signos interiores decorreria das propriedades das palavras como: pureza ideológica, neutralidade ideológica, implicação na comunicação humana ordinária, possibilidade de interiorização e sua presença

obrigatória como fenômeno acompanhante em todo ato consciente¹³ (BAKHTIN, 2004: 38).

Entretanto, para este filósofo da linguagem as manifestações verbais estão ligadas aos demais tipos de manifestações e de interações de natureza semiótica como a mímica, a linguagem gestual, os gestos condicionados entre outras formas, isto é, as outras formas de comunicação não verbal.

enunciações e por elas são construídas em um processo ininterrupto e dialético de interação verbal social dos locutores:

“A enunciação enquanto tal é um puro produto da interação social, quer se trate de um ato de fala determinado pela situação imediata ou pelo contexto mais amplo que constitui o conjunto das condições de vida de uma determinada comunidade lingüística.” (BAKHTIN, 2004:121)

Ao compreender as enunciações como uma forma de materialização da consciência infere-se que a narrativa, compreendida como uma forma de organizar e expor estas enunciações, ao ser constituída, passa a ter materialidade para a pessoa que a produziu. Desta forma, a narrativa apresentaria uma forte capacidade de influenciar o próprio ser que a elaborou ao interagir, dialeticamente, com sua atividade mental. Entende-se, neste caso, que a narrativa teria o papel de estruturar e reestruturar a consciência que a pessoa tomou em relação à situação de vida ou às questões nela envolvidas como a experiência do adoecimento do passado ou do presente.

Em decorrência deste papel estruturante das percepções dos narradores, a narrativa seria capaz de definir posturas e perspectivas para o que a pessoa viverá e, portanto, assume uma força social e subjetiva que dá à narrativa uma expressão ainda mais definida e mais estável.

Este papel da narratividade — de integrar o contexto de vida das pessoas e a construção de suas realidades e identidades — é compreendido por Hydén (1997) como fruto de uma síntese de discursos políticos e morais, criados pelas pessoas para entenderem e julgarem as circunstâncias e situações em que vivem. A importância da narrativa para o indivíduo estaria, assim, nas possibilidades que ela cria de percebermos, vivenciarmos e julgarmos nossas ações e o curso de nossas vidas.

Nesta perspectiva, como aponta Geertz (1983), a narrativa não seria uma forma neutra, dissociada da estória ou da linguagem e não se limitaria a ser apenas uma forma de representação secundária em relação ao fato ou situação que ela representa. Uma vez constituída, ela passa a ser parte da realidade e promotora de novos contextos individuais e sociais.

Conseqüentemente, a importância da narrativa no mundo social advém não apenas do “que” as pessoas falam, mas também do “como” elas falam, na medida que, é através da narratividade que vamos conhecer, entender, mas, principalmente, dar sentido ao próprio mundo social em que se vive.(HYDÉN, 1997).

Ao analisar o papel da narrativa na sociedade ocidental, no contexto de uma cultura pós moderna, Abma (2002) considera que não estaria ocorrendo uma perda de poder das grandes narrativas (como a da ciência ou a da medicina) nas respostas às experiências cotidianas e ao adoecimento das pessoas. Para esta autora, haveria, contudo, uma atenção maior para a perspectiva de que a realidade é produto de um processo ativo de construção de significados realizados através das interações sociais. Por conseguinte, o interesse na observação e análise da narrativa pessoal do adoecimento não recairia tanto sobre o produto (a ciência, ou seus produtos como a doença),mas, também, sobre o processo de sua construção.

Contudo, esta atenção maior para as narrativas pessoais não excluiria a tensão e a luta pela hegemonia entre as grandes narrativas e as narrativas particulares ou entre os atores sociais que as representam. O poder destas grandes narrativas agiria sobre as estórias construídas pelas pessoas — não apenas pelo uso de uma linguagem apropriada como, também, pela incorporação de narrativas pré-existentes (como a narrativa da medicina) — para dar sentido às percepções e significados que se deseja expressar. Estas estórias pré-formadas são transmitidas culturalmente e

incorporadas pelas pessoas, podendo ser usadas por elas para dar sentido e expressar suas identidades, suas vidas e as práticas que adotam. De outra forma, as narrativas pessoais, estruturadas por enunciados da ciência ou da medicina, podem correr o risco de estarem esvaziadas em sua composição das experiências individuais e das narrativas do cotidiano (ABMA, 2002; HODGKIN, 1996).

Apesar da forte influência de discursos estruturados e estruturantes (como o da medicina e da ciência) na formação das narrativas pessoais do adoecimento elas, na perspectiva de quem adoece, podem representar uma forma poderosa de expressar o sofrimento e as experiências relacionadas a ele.

Emerge desta valorização das narrativas pessoais do adoecimento o questionamento de como esta noção da narrativa surge e se desenvolve no campo da medicina e como ela passa a ser proposta ou se aplicaria como uma ferramenta para ampliar prática clínica, de modo que esta possa ser capaz de transcender aos limites impostos pela abordagem exclusivamente biomédica do adoecimento.

O desenvolvimento do conceito de narrativa na clínica

Ao propor uma maior penetração das ciências sociais na prática clínica, Kleinman e Eisenberg (1980) justificam que as variáveis psicossociais influenciam não apenas o social e os significados pessoais do adoecimento, mas, também, o risco de adoecer, a natureza da resposta terapêutica e seu prognóstico. Para estes autores, a questão não seria a diminuição do papel das ciências biomédicas, mas, sim, a suplementação da medicina com a aplicação dos saberes das ciências sociais com objetivo de permitir uma maior compreensão do adoecimento e uma maior capacidade de cuidar.

A atenção exclusiva ao fisiológico no campo da clínica biomédica tradicional teria levado a um empobrecimento da função cuidadora da medicina. Esta seria uma consequência que para Good & Good (1980) justificaria uma re-conceitualização fundamental das relações entre o ordenamento das palavras médicas e o ordenamento das coisas médicas como base para a reformulação da teoria biomédica e da racionalidade clínica.

Portanto, os impasses epistemológicos e práticos decorrentes de um emprego estreito do modelo biomédico na prática clínica justificariam para Good & Good (1980) a introdução de reflexões oriundas da antropologia e da sociologia na racionalidade clínica. Para estes autores, a incorporação destes saberes não biomédicos através da valorização da narrativa na prática clínica, abriria novas perspectivas, na medida que romperia com o modelo dominante da racionalidade clínica que interpreta sintomas apenas como manifestações de uma realidade biológica.

O diálogo e o confronto das ciências sociais com a biomedicina foram uma das razões para o questionamento do uso da narrativa na discussão da prática clínica. A introdução da abordagem da narrativa na medicina poderia ser, portanto, justificada pela possibilidade que ela criaria de ultrapassar as limitações do saber técnico biomédico e de se organizar e se expressar de modo diverso a ele.

Todavia, a aplicação da narrativa na medicina tem tido muitas vertentes e objetivos nas últimas três décadas. Uma delas é a que compreende que a narrativa representaria uma ferramenta conceitual que possibilitaria evidenciar as ligações entre a identidade da pessoa, sua experiência do adoecimento e a cultura a que ela pertence e em que está envolvida (Bury, 2001). Outro enfoque é o que aponta a

narrativa como “conceito operativo central” para a abordagem e compreensão da identidade das pessoas adoecidas (HYDÉN, 1997).

Para Hunter (1996a), a narrativa espelhariá detalhes da experiência humana que são, por sua vez, a fonte da força da narrativa e de seu valor. Incorpora e ordena os eventos, subjetiva e cronologicamente, na medida que produz um enredo que integra causa e efeito do adoecimento com as variáveis do caráter humano e da motivação pessoal. A narrativa do adoecimento, portanto, envolveria em seu texto formulações morais, julgamentos éticos e princípios gerais da ciência em suas implicações concretas nas vidas das pessoas, adquirindo a capacidade de evidenciar a integração de aspectos gerais e individuais.

Na perspectiva de Kleinman (1988) a narrativa é valorizada como uma ferramenta de análise que objetiva identificar a maneira como os pacientes dão forma e voz aos seus sofrimentos de modo diferenciado de como a biomedicina os representa.

Há, desde a década de 70, diferentes enfoques produzidos pelas linhas de estudo da narrativa quanto à sua relação às questões da saúde, ao adoecimento e/ou à prática médica. Os objetivos das investigações variaram considerando a narrativa em relação à natureza do raciocínio clínico, ao significado da ética na clínica e a uma terceira abordagem que toma a narrativa como elemento central na construção da identidade humana tanto individual como coletiva. (JORDENS & LITTLE, 2004)

Na reconstituição da trajetória dos usos conceituais e práticos da narrativa no campo de investigação da medicina e do adoecimento Hydén (1997) identificou que houve, também, uma grande variação das abordagens em relação à temática escolhida, às teorias em que se basearam e à metodologia usada na realização dos estudos.

Tematicamente, a ênfase dos estudos na década de 70 estava centrada no papel da narrativa, na formulação de uma posição hermenêutica entre a ciência médica e o paciente. Considerava-se que o sofrimento e o adoecimento constituíam-se em um texto que deveria ser lido e interpretado pelo clínico.

Já a partir dos anos 80 ganhou força o estudo da narrativa do adoecimento, motivado, principalmente, pelo fracasso no controle das doenças crônicas causado pela baixa adesão aos programas de tratamento. O objetivo destes estudos era identificar as formas como os pacientes dão forma e voz aos seus sofrimentos de modo diferenciado de como a biomedicina os representava.

Teoricamente, a narrativa tem sido mais trabalhada e investigada na atualidade com o objetivo de observar as implicações dela (narrativa) na construção da identidade dos pacientes (novamente tendo como referência principal o doente crônico) e de analisar como os clínicos, através das narrativas do adoecimento, podem lidar melhor e responder às necessidades do que os pacientes dizem.

Metodologicamente, vem se tornando cada vez mais significativo o papel dos fatores situacionais na construção das narrativas. Investigam-se as imponderáveis possibilidades de construção de novas narrativas em cada novo contexto, particularmente, a cada interação entre o narrador e o ouvinte e vice versa. Esta incorporação do papel do contexto na construção das narrativas tem tornado possível estudar a experiência de adoecimento do paciente e o mundo em que ele está inserido como uma realidade social. Esta visão, que envolve diretamente o contexto social e cultural no processo de adoecimento, contrapôs-se aos conceitos e definições mecanicistas e fragmentadas presentes na racionalidade biomédica.

Dando corpo a uma medicina baseada na narrativa

A partir da metade da década de 90 ressurgiram publicações que abordam a narrativa na prática clínica. A motivação principal destes estudos era fazer um contraponto com a avalanche provocada pela Medicina Baseada na Evidência (M.B.E.) no direcionamento da prática clínica. Estes trabalhos se organizaram sob a sigla da Medicina Baseada na Narrativa (MBN) e tiveram como fundamentação teórica e conceitual os enfoques sobre a narrativa produzidos nas décadas anteriores (acima descritos).

Portanto, a MBN surge no bojo da discussão sobre formas de melhorar o cuidado e ampliar as concepções ideológicas dos médicos generalistas, propondo o rompimento com a estreiteza conceitual e metodológica presente na prática da medicina científica e em sua imagem mais contemporânea, a M.B.E. (BURY, 2001)

Greenhalgh (1999, 2002b) justifica a MBN e o enfoque que ela traz argumentando que a genuína prática clínica baseada na evidência pressupõe, e é precedida, de um paradigma interpretativo no qual a experiência do paciente sobre o adoecimento e o encontro clínico são suas bases. Esta pesquisadora preocupa-se em deixar claro que não pretende negar a epidemiologia clínica, contudo, vislumbra a possibilidade de complementar o escopo da M.B.E com uma maior competência clínica, capaz de perceber a narrativa e as dimensões subjetivas e sócio culturais do adoecimento.

Para Greenhalgh (1999; 2002b) a Medicina Baseada na Evidência estaria sendo incorretamente interpretada como se a observação clínica fosse um método científico totalmente objetivo, criado a partir de uma analogia entre o método de diagnóstico clínico e o processo de elucidação das ciências naturais. Esta visão compreenderia uma racionalidade clínica baseada na reprodutibilidade e na impessoalidade e em um processo onde se torna cada vez maior a objetivação do

processo clínico e terapêutico, logo, restringindo ainda mais o espaço de subjetivação nos encontros clínicos.

As teses sobre o papel da narrativa na clínica têm dado foco para a narrativa criada pelas e para as pessoas. Têm considerado que ela pode representar um conceito operativo e uma ferramenta que avança sobre os limites da tecnociência médica ao produzir uma síntese dos discursos políticos (como os discurso médico ou o popular sobre saúde e doença) e morais (os valores e significados pessoais).

Apesar da percepção de que a narrativa possa contribuir à prática clínica — ao criar condições que facilitariam ao médico compreender o significado e fazer um julgamento mais ampliado das circunstâncias e situações de adoecimento das pessoas (HYDÉN, 1997) — ainda não está claro, nas discussões sobre o tema, o modo como operar esta integração entre a narrativa do adoecimento, a clínica, a tecnociência e os contextos e modelos assistenciais.

Alguns autores procuram demonstrar as possibilidades desta integração,

so-4.33117YDo
construindo r ao to-4.33117(ç)-0.295585(a)]TJ 274.962 0 Td [(d)-252.3418(m)-7.49466(é32.418

“Os elementos constituintes das narrativas (a cor, o foco e as nuances do retrato/situação) são expressos e precisam ser percebidos, em grande parte das vezes, de maneira indireta, isto é, na comunicação não verbal; na ênfase dada a alguns aspectos do processo de adoecimento em detrimento de outros; no desenvolvimento dos fatos relacionados à trajetória de vida que situam temporalmente a narrativa, isto é, na sua historicidade; na forma da comunicação verbal, ou seja, na entonação da voz, nas pausas e silêncios; nas analogias usadas para descrever seus sintomas; na utilização da cultura médica (seus termos e suas ameaças); ou nas representações sociais que estão implícitas em seu discurso”. (FAVORETO, 2004:216)

Como elementos que caracterizam a estruturação das narrativas, como uma forma própria de expressar o significado do adoecer, pode-se apontar a sua relação com o tempo, a perspectiva intersubjetiva que a institui e sua construção a partir do contexto sócio cultural em que está inserida.

O tempo na narrativa

Referir-se à narrativa como uma construção e constituição da realidade a partir da experiência no mundo e aplicá-la ao campo das práticas e saberes da clínica, implica em observar e valorizar de modo diferente a dimensão temporal das estórias, ou seja, considerá-la como uma dimensão transcendente ao mero ordenamento ou sequenciamento de fatos.

“O tempo, na narrativa, tem um papel na articulação e transformação dos sintomas e das rupturas produzidas pela doença em uma totalidade temporal e espacial, isto é, em um todo compreensível, criando o mundo do adoecimento” (HYDÉN, 1997:56)

A noção de totalidade temporal e espacial, construída e observada a partir da narrativa, representa um elemento analítico importante na interpretação e compreensão de seu significado (HURWITZ, 2000).

Para Hunter (1989) a narrativa traz a ousadia de incorporar a subjetividade e o envolvimento da noção temporal de um modo particular. Como ela ordena os

eventos — subjetivamente e cronologicamente — a narrativa sustenta algumas relações causais entre os eventos, explora o caminho onde causa e efeito estão enredados e confusos com as variáveis do caráter humano e da motivação aos atores.

Por ressaltar a temporalidade na narrativa Castiel (1999) prefere a idéia de que as pessoas (e os pacientes em particular) narram uma “*hestória*” e não uma história, pois, esta última, estaria limitada (principalmente na clínica) a observar uma cronologia objetivante dos fatos.

A história clínica tradicional limita-se ao tempo presente, não explora as relações com o futuro ou com as interpretações do passado, e procura restringir o foco da escuta aos aspectos factuais surgidos a partir da doença e seus sintomas presentes na história. Para Greenhaulgh (2002a), a narrativa pode ser mais profunda que a história porque ela vai além da evidência objetiva da doença ao incorporar a experiência sobre os fatos. Por outro lado, a narrativa na medicina se diferencia da perspectiva estritamente ficcional da narrativa literária, que contém um forte senso de “*storyteller*”, enquanto a narrativa na medicina enfatiza a inclusão e o sentido de aspectos não ficcionais presentes na estória. (HUNTER, 1996^a; VERGHESE, 2001).

“A narrativa captura a experiência presente na ficção ou na história e oferece isto ao leitor ou ao ouvinte que apreende não apenas a partir do conteúdo apresentado, mas, também, através do processo interpretativo que dá sentido ao que é lido ou ouvido” (HUNTER, 1996:306).

Intersubjetividade e narrativa

Mais do que ver a narrativa como uma unidade de discurso ou como uma performance virtuosa de um orador, Loewe et al (1998) compreendem que a narrativa é mutuamente construída pelos participantes do encontro de acordo com

as regras estabelecidas entre eles. Estes autores fixam-se em um conceito amplo de narrativa como uma conversa interativa ou uma interação pessoal.

Este enfoque dialógico da narrativa ressalta seu caráter dinâmico e as interações que produz no narrador e no ouvinte. É através da construção do diálogo que a narrativa do paciente interage e cria novas formas e significados ao que é narrado e compreendido, gerando, a partir desta interação dos sujeitos no ato da clínica, novos fatos e novas formas de contá-los.

Em relação à produção de significados e à criação de novas realidades discursivas a partir da interação de sujeitos, Foucault (1987) compreende a existência de uma interação de formas de subjetivação e não, simplesmente, de sujeitos. Neste sentido, Foucault (1987) identifica que o encontro de diferentes formas de subjetivação seria responsável por produzir novos objetos e novos sujeitos através dos discursos e de suas práticas discursivas.

No diálogo entre o paciente e o médico esta presente uma interação social entre estes sujeitos que estão buscando criar um enredo, sendo assim, as narrativas estão em constante mudança e sendo continuamente negociadas, dependendo das mudanças de perspectivas e de modificações que ocorrem no processo de adoecimento. Ambos (médicos e pacientes) precisam procurar um modo de entender, explicar e articular a doença a um sentido mais amplo. Nesse caso, a narrativa assume um caráter de uma contínua negociação visando a construção de um novo e diferente desfecho. (HYDÉN, 1997)

O resultado do encontro clínico seria, portanto, o produto da narrativa de médicos e pacientes e da interação destes sujeitos. Por sua vez, esta influência mútua produz novas realidades através de uma construção compartilhada. Este enfoque dialógico do ato clínico aproxima-se da intenção proposta por Ayres (2001) de elevar a

condição do sujeito, não a uma individualidade objetivada produtora de ações, mas considerá-lo como um ser em processo contínuo de construção de sua identidade a partir das relações que desenvolve e que são desenvolvidas com o outro.

Mas este sujeito, seu processo de adoecimento e sua narrativa, assim como seus interlocutores, não estão nas nuvens, isolados do mundo em que vivem. A singularidade ou individualidade do significado da narrativa do adoecimento esta inserida e é constituída em relação a um contexto social e cultural a que ambos, pacientes e médicos (alternando papéis de narradores e ouvintes) compartilham com os objetivos que ambos trazem e os dirigem no encontro clínico.

Narrativa em seu meio sócio cultural

A personalidade da narrativa é mediada e está envolvida por um contexto, isto é, os símbolos que interagem a partir do meio sócio-cultural — e se exteriorizam na narrativa — não são apenas meras expressões, instrumentos ou coisas correlatas de uma existência biológica, psicológica e social, eles são os pré-requisitos da narrativa pessoal (GEERTZ, 1983; HUNTER, 1996A; DONALD, 2002).

Em outras palavras, não é apenas a narrativa que faz a mediação, expressa e define a cultura, mas também a cultura define a narrativa. Isso torna ainda mais difícil definir a narrativa como tal, isolada dos contextos de discurso nos quais ela é inserida por diversas convenções culturais (BROCKMEIER & HARRÉ, 2003).

Para Bakhtin (2004), cada estória e cada palavra são polifônicas e seus significados são determinados por incontáveis contextos em que foram previamente utilizadas. Logo, o discurso está envolto em uma dialogia onde cada palavra, enunciado ou narrativa carregaria consigo os traços de todos os sujeitos, possíveis e reais, que já empregaram tal palavra, enunciado ou narrativa.

É pertinente considerar que é a partir dos contextos onde as pessoas estão inseridas que são constituídas suas representações sobre a saúde e a doença. Entretanto, para Herzlich (2005) a dinâmica entre as representações sociais e as condutas individuais não pode ser entendida como um processo de determinação ou causalidade entre estas dimensões.

Ao negar esta percepção mecanicista, Herzlich (2005) propõe que a representação social não seja vista como um simples reflexo do real, mas, sim, como uma “construção que ultrapassa cada um individualmente e chega ao indivíduo, em parte, de fora dele” (HERZLICH, 2005:62)

Assim, o papel das representações sociais no processo de adoecer seria o de poder evidenciar os códigos a partir dos quais se elaboram significações ligadas às condutas individuais, logo, as representações ajudariam a compreender como se formam e se constituem os focos das condutas múltiplas e complexas adotadas pelos indivíduos. (HERZLICH, 2005)

Na discussão sobre as representações de caráter coletivo e os significados assumidos pelos indivíduos, Brockmeier e Harré (2003) reconhecem na narrativa um repertório especial de instruções e normas sobre o que deve e o que não deve ser feito na vida e que, no plano individual, a narrativa deve ser integrada a um padrão generalizado e culturalmente estabelecido.

O padrão cultural pode ser percebido nos enunciados apresentados pelos falantes através da linguagem por eles usada e na bagagem de enunciações construídas social e temporalmente¹⁵, assim como, pelos posicionamentos assumidos em

¹⁵ Spink (1999) para trabalhar com o contexto discursivo se apropria da noção de tempos, procura observar os contextos discursivos através de 3 tempos: “ **tempo longo**” que marca os conteúdos culturais, definidos ao longo da história da civilização; “**tempo vivido**”: compreendido pelas

relação ao próprio enunciado. Contudo, trabalhar a compreensão da narrativa pessoal no nível da produção de sentidos implicaria, além de contextualizá-la culturalmente, em observar a linha da história que lhe dá significado. Neste caso, a análise do curso histórico dos padrões culturais possibilitaria entender a construção social dos conceitos que são utilizados no cotidiano para dar sentido ao mundo expresso através das narrativas individuais. (SPINK, 1999)

Contudo, as narrativas ao serem criadas não deixam claro o caminho percorrido, reconhecem-se apenas as imagens que foram criadas e elas passam a serem consideradas como uma imagem real. Assim, as narrativas, uma vez produzidas, ganham materialidade, permitem a criação de novas realidades, novas estórias para viver e novas categorias normativas, mesmo quando não é perceptível o caminho percorrido na formulação destes atos criativos. (DONALD, 2002). Cabe a quem as escuta, analisa e com elas interage dialogicamente, articular narrativas gerais e particulares, a partir de pontos de vista particulares e localizados em vozes singulares. (BROCKMEIER & HARRÉ, 2003).

Portanto, o caminho e o contexto da criação das narrativas não podem ser considerados unicamente como uma invenção pessoal ou individual, nem, tão pouco, representam uma simples descrição objetiva das coisas tal como ocorreram ou refletem uma tradução literal dos aspectos sociais e culturais em que os sujeitos e suas narrativas estão envolvidos.

Esta relação entre o contexto das narrativas e suas expressões (seus textos particulares) torna-se relevante quando se pensa a escuta médica das narrativas individuais. Esta escuta pode se instrumentalizar do que Jordens & Little (2003)

denominam de gêneros técnico-políticos (*policy genres*) da narrativa, mas, por outro lado, necessitam perceber os diferentes significados individuais percebidos e expressos pelos pacientes a partir de seu sofrimento e da busca pela atenção e cuidado.

Ao procurar compreender e interpretar as narrativas dos pacientes sobre o adoecimento, o médico se defronta com um caleidoscópio, onde várias imagens se formam e se desfazem a partir das relações estabelecidas entre elementos como: as representações sociais do adoecer, os cenários de atenção, as situações nas quais as pessoas buscam o cuidado, as relações estabelecidas entre discursos técnico-políticos organizados (como o da ciência, da medicina, da cultura de medicalização da vida social, das tecnologias médicas, das propagandas etc) e as falas individuais expressadas pelos pacientes nos encontros clínicos. Contudo, observar as imagens produzidas pelas narrativas pessoais e interpretá-las é, e continuará sendo, um desafio conceitual e prático para aqueles que buscam se aproximar, interpretar e intervir nas situações de sofrimento.

Para buscar este objetivo de ampliar a capacidade dos médicos para abordar e interpretar as situações de sofrimento, considerando a complexidade presente nos atos de fala e interpretação envolvidos no cuidado em saúde, pode ser útil a aproximação e manuseio de unidades interpretativas como as dos gêneros narrativos e das práticas discursivas.

Relação entre os gêneros narrativos e a singularidade na clínica: vozes pessoais e os repertórios técnico-políticos.

Os padrões culturais são considerados por Jordens & Little (2003) como criadores de um espectro de situações típicas que os médicos aprendem a esperar e reconhecer. Cada uma das situações típicas tem uma representação verbal que se

desdobraria em um texto que é reconhecido e procurado pelos médicos. Tradicionalmente, este texto forma um gênero narrativo que se caracteriza pelo seu caráter generalizante e que está baseado na reprodutibilidade das situações de adoecimento a serem identificadas a partir da fala dos pacientes, tendo como referencial a identificação da doença.

Tendo em vista a existência de padrões e gêneros narrativos, a análise da narrativa na clínica pode, a princípio, considerar dois grandes gêneros de fala: o gênero que se caracteriza como uma estória, geralmente apresentado pelos pacientes, logo, marcado pela singularidade das experiências de vida e sofrimento com o adoecer; e o gênero técnico-político (“*policy genres*”) — mais ligado aos técnicos (no caso aos profissionais de saúde) e que conjugariam saberes científicos e práticos — que constrói uma rotina de comportamento ou um modo prático de proceder em determinadas circunstâncias e, assim, viabilizando a continuidade e reprodutibilidade do trabalho clínico.

Os gêneros narrativos técnico-políticos, como apresentado por Jordens e Little, podem ser entendidos como **expressão de uma linguagem social**¹⁶ que Bakhtin (2004) compreende representar os discursos peculiares a um estrato específico da sociedade (como uma profissão, um grupo etário, etc), num determinado contexto e momento histórico.

Entretanto, Spink (1999) considera que, apesar de que qualquer fenômeno social possa ser visto à luz de suas regularidades, se procurarmos entender os sentidos que algo (como uma doença) assume no cotidiano das pessoas, precisa-se focalizar

¹⁶ “O contexto moldaria a forma e o estilo ocasional das enunciações, isto é, os **gêneros de fala (speech genres)**, que segundo Bakhtin são as formas mais ou menos estáveis de enunciados, que buscam coerência com o contexto, o tempo, e os interlocutores.[] **Discurso, linguagem social ou speech genres** são conceitos que focalizam, portanto, o habitual gerado pelos processos de institucionalização”. (SPINK 1999:45).

para além da linguagem social, isto é, identificar a linguagem em uso, ou seja, observar a não regularidade e a polissemia (diversidade de significados) das práticas discursivas¹⁷.

Os arranjos e elementos constitutivos destas práticas discursivas são, para Spink (1999), seus **enunciados orientados por vozes**. Por sua vez, as formas como essas vozes são assumidas seguem os **gêneros de fala** (*speech genres*) e seus conteúdos que são os **repertórios interpretativos**.

Para esta autora, as vozes compreendem os interlocutores no diálogo e os enunciados são como o ponto de partida para a organização e compreensão do diálogo. Já os repertórios interpretativos são, em linhas gerais, as unidades de construção das práticas discursivas — o conjunto de termos, descrições, lugares comuns e figuras de linguagem — que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos lingüísticos específicos (*speech genres*). Logo, o sentido das falas das pessoas no cotidiano pode ser encontrado ao se observar o uso que é feito dos repertórios interpretativos de que os falantes dispõem.

Tanto o médico como os pacientes expressam suas narrativas através de enunciados que são formulados com base nos repertórios interpretativos e metáforas trazidas para o encontro clínico. Estes enunciados, de algum modo, espelham os padrões sócio culturais e ideológicos e as inserções institucionais (os cenários e condições de atenção) dos sujeitos em diálogo, assim como, os padrões

¹⁷ Práticas discursivas compreenderiam a linguagem em ação, isto é, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas suas relações sociais cotidianas (SPINK, 1999). Esta categorização de práticas discursivas se aproxima da noção de narrativa até aqui desenvolvida, ou melhor, pode-se perceber a narrativa como um tipo de prática discursiva.

das projeções metafóricas construídas sobre o adoecimento e suas implicações na vida (MABECK & OLESEN, 1997; REISFIELD & WILSON, 2004).

Poindexter (2004) sinaliza que, apesar dos repertórios interpretativos pré-estabelecidos facilitarem aos médicos a tomada de decisões, eles (os repertórios) podem conduzir a erros ou omissões diagnósticas quando um grupo de características são supervalorizadas em detrimento de outras¹⁸. Neste caso, esta autora alerta que os elementos que estruturam a escuta e a narrativa médica devem ser ampliados para além de preconceitos ou estruturas interpretativas fechadas que não consideram a diversidade, a singularidade e a complexidade das situações de saúde e doença.

Um outro ponto a ser analisado sobre o uso pelos médicos de estruturas interpretativas fechadas é o da existência do confronto entre os diferentes enunciados trazidos por médicos e pacientes — que expressam e significam inserções e posturas sociais, culturais e ideológicas diversas — produzindo tensão na relação estabelecida no encontro clínico. Esta tensão pode se dar de forma explícita ou não, tornando subliminar a disputa por hegemonia entre as diferentes visões de mundo que são constituintes dos gêneros discursivos dos sujeitos em foco.

Por outro lado, o encontro clínico também é uma arena onde se reflete a dualidade entre a linguagem social e institucional com a linguagem em uso, isto é, com as vozes e os usos que os sujeitos fazem dos repertórios interpretativos que dão forma e significado às suas narrativas singulares. Em outras palavras, pode-se verificar na clínica a existência de um confronto latente entre os discursos técnico-políticos,

¹⁸Poindexter (2004) toma como exemplo uma situação em que os médicos não identificaram a infecção pelo HIV pois não consideraram que uma mulher jovem e de boa condição socioeconômica e familiar estivesse sob risco da infecção.

generalizantes e objetivantes, sobre a saúde e a doença e a narrativa de pacientes e médicos que representam suas experiências e vivências, ou seja, a subjetividade e singularidade dos participantes deste encontro.

Confrontos latentes entre um gênero narrativo generalizante e a singularidade

Entre os conflitos que surgem a partir das narrativas sobre o adoecimento entre médicos e pacientes, o mais freqüente ocorre quando não há acordo entre a experiência do sofrimento pelo paciente e a formulação, feita pelo profissional de saúde, deste sofrimento como uma doença. Este conflito tem, como base ideológica, o fato de que o adoecimento é um reino que a pessoa doente habita, contudo, a categoria doença representaria um mapa frio que os médicos usam para interpretar as experiências das pessoas adoecidas (DONALD, 2002).

Os conflitos se acirram e os resultados terapêuticos tornam-se indesejáveis quando os clínicos usam suas narrativas, formadas pela categorização das doenças, para dominar as narrativas de adoecimento das pessoas de tal modo que a fala dos pacientes é obstruída, eles são desmoralizados e, conseqüentemente, mal diagnosticados (DONALD, 2002).

Nestas ocasiões, os médicos não levam em consideração que o potencial do paciente para entender e incorporar as explicações médicas da situação de adoecimento depende das experiências pessoais, isto é, “do modo como o paciente associa as imagens abstratas produzidas pelos médicos com suas experiências pessoais, com as sensações corporais ou com a visão de mundo dos pacientes” (MABECK & OLESEN, 1997: 278).

No encontro clínico, a dicotomia entre uma dimensão geral e uma singular é alimentada pela presença de uma tensão entre o discurso científico da biomedicina

que orienta o discurso e a escuta do médico — que pode ser entendido como um gênero narrativo ou uma meta-narrativa — e as experiências de adoecimento na formação das narrativas dos pacientes.

Neste sentido, é compreensível assumir que nos encontros clínicos haja — por parte do médico e do paciente — um repertório corrente de fórmulas dirigidas para um auditório organizado. Do mesmo modo, é pertinente considerar que estes discursos pré-existentes têm características e intencionalidades diferentes, visto que, foram influenciados por posições e inserções culturais, ideológicas e institucionais diversas e, também, ocupam posições diferentes nas relações de poder que antecedem ao encontro. As diferenças ideológicas e contextuais dos discursos de médicos e pacientes podem promover a tendência a transformar este encontro em um confronto de disposições discursivas monocórdicas, principalmente por parte do poder médico e do discurso científico hegemônico.

Entretanto, na clínica este confronto entre enunciados de caráter geral e singular ou entre discursos baseados no coletivo e no individual não segue fluxos de determinação lineares ou mecânicos. A dimensão prática e dialógica onde a clínica se insere, assim como, a subjetividade e a singularidade dos sujeitos envolvidos estão inerentemente presentes nas vozes dos pacientes, dos médicos e nas possibilidades de interação entre estas e, por conseguinte, criam possibilidades e realidades de diálogo que podem romper as dicotomias e se refletirem dialeticamente entre os participantes.

Mesmo quando as narrativas individuais sofrem obstruções no encontro clínico — seja pelo discurso técnico científico ou pelas disposições culturais, sociais e institucionais dos médicos ou pacientes — há a produção de uma nova realidade discursiva para cada um dos sujeitos em ação. Este produto é uma nova narrativa a

ser assumida pelos sujeitos que pode refletir e incorporar as negações e obstruções ocorridas a partir do confronto entre as expectativas e desejos trazidos para o encontro e a imposição de gêneros discursivos mais organizados e generalizantes.

Entretanto, ao limitar a observação do que ocorre nos encontros clínicos a estas pré-condições discursivas, confinam-se os fatos do cotidiano e a realidade dialógica inerentes à clínica, isto é, à interação dos sujeitos em foco (entre o médico e o paciente). Esta abordagem engessa as possibilidades dialógicas do encontro clínico, não considera a possibilidade de construção de novas enunciações individuais e de novas tomadas de consciência a partir da situação onde os sujeitos estão envolvidos. Também não contempla a relação dialética desenvolvida entre a consciência interior e as expressões externas produzidas e refletidas na interação com o outro e com os outros a quem ela se dirige e esta envolvida (o auditório).

Seria esterilizar as falas e isolá-las do meio social ou do psiquismo do qual elas se originam. Seria pensar em linguagem (a do médico e a do paciente) e não em enunciação que existe quando da interação entre os falantes, ou seja, pensar o diálogo e as ideologias presentes no encontro clínico como um processo que não evolui, isto é, que pode ser recortado no tempo e na história. (BAKHTIN, 2004)

Integração de diferentes dimensões narrativas no encontro clínico.

Para Bury (2001) as narrativas pessoais podem ser capazes de expressar o diálogo, a integração, entre dimensões discursivas diferentes como a técnico-científica e o senso prático ou entre enredos gerais e singulares. Em uma perspectiva construtivista do encontro é possível apontar na direção desta integração, de forma que transcenda a presença isolada dos elementos que constituem estas aparentes dualidades. Representaria, assim, o resultado da dimensão relacional das situações

de adoecimento, isto é, de interação entre o adoecimento, a doença e as contingências do cotidiano (o trabalho, o contato com os serviços de saúde, etc).

Este produto da interação das diversas dimensões e discursos envolvidos no contexto prático do encontro clínico é capaz de embaçar a percepção das fronteiras entre o modo de pensar leigo e profissional ou a delimitação onde cada um começa ou termina. É possível pensar a possibilidade de integração entre estas diferentes dimensões e gêneros narrativos (o generalizante e o singular) a partir da exploração do próprio caráter relacional onde a clínica se realiza como uma prática e um saber.

Portanto, o aprofundamento do caráter relacional do encontro clínico pode trazer uma perspectiva de complementariedade e integração entre o discurso técnico biomédico e a dimensão prática que é produzida pela sabedoria de pacientes e médicos e constituída a partir de suas experiências anteriores e dos sentidos assumidos em cada situação.

É importante ressaltar que esta possibilidade de diálogo antes referida não implica em pré-estabelecer uma posição simétrica entre os sujeitos, suas narrativas e intenções na relação médico-paciente. Também, não pressupõe uma determinação causal entre as disposições prévias ao encontro e o estabelecimento do diálogo, da negociação, ou melhor, da possibilidade de compartilhamento dos significados dos fatos e sentimentos que compõem os enunciados nas narrativas destes sujeitos.

A assimetria existente na relação médico-paciente e o papel social e cultural do médico no processo terapêutico tornam importante que seja dele o movimento de facilitar a criação do diálogo, de abrir canais de participação para que o paciente expresse suas narrativas pessoais. Do mesmo modo é esperado que ele desenvolva um repertório interpretativo que o capacite a compreender as situações e significados do processo de adoecer para cada paciente.

Para tanto, a escuta, os repertórios e a capacidade interpretativa das narrativas dos pacientes precisam ser percebidas e valorizadas, assim como, instrumentalizadas pelos médicos. Estes elementos, que constituem o universo interpretativo do clínico, necessitam ser ampliados de modo que ele seja capaz de reconhecer os contextos narrativos onde as falas, sentidos e as demandas dos pacientes estão inseridos, logo, permitindo-lhe perceber além do repertório biomédico ou da pura e simples coleta de dados sobre a doença.

A percepção e o uso dos gêneros narrativos (os contextos do adoecimento e de atenção) dos pacientes pelos médicos pode facilitar o estabelecimento do diálogo e a identificação do significado individual do adoecer. Para entender as demandas trazidas e seus significados, é preciso que os profissionais englobem, em seu universo interpretativo, questões referentes aos contextos narrativos do adoecimento como: as repercussões sociais e econômicas da doença sobre o indivíduo e sua coletividade; expressões de culpa, preconceito ou risco existentes em algumas situações de adoecimento ou em algumas doenças; os sentimentos, construídos socialmente e psicologicamente, como a perda de identidade ou de ruptura ocorrido no curso de sua vida por conta do adoecimento entre outros.

A incorporação na clínica destes possíveis enredos, formados pelo adoecimento e suas interações sociais, econômicas e culturais sobre o indivíduo e seu meio, podem se constituir em enunciados facilitadores da abordagem dos pacientes, capazes de abrir canais de diálogo entre o médico, o paciente e a demanda existente pelo cuidado.

Por outro lado, a compreensão dos contextos e enredos que se apresentam através das falas e das demandas dos pacientes, pode promover uma escuta mais ampliada do sofrimento provocado pelo adoecimento e facilitar a construção e negociação de

estratégias de recuperação e restauração da autonomia, perdidas com a ruptura produzida pelo adoecimento.

Entretanto, a instrumentalização pelo médico dos contextos narrativos, visando facilitar o diálogo e a percepção do significado da narrativa do paciente, pode se tornar ineficaz, ou mesmo iatrogênica, caso não seja relativizado o papel destes contextos mais gerais e gêneros de fala na interpretação dos sentidos do adoecimento para as pessoas. Relativizar, neste caso, significa compreender estes contextos sem excluir a singularidade, o significado do adoecimento construído por cada indivíduo a cada experiência vivenciada.

Esse é o direcionamento dado por Spink (1999) que entende que há discursos oriundos de grupos com identidades culturais ou institucionais próprios, mas que estes não excluem em suas ações, como práticas discursivas, as singularidades presentes nos diálogos e nas narrativas que são expostas.

Neste caso, o médico, em sua prática clínica, precisa buscar perceber a heterogeneidade, o aspecto particular e individual em situações e contextos que parecem, a princípio, gerais ou homogêneos.

O uso dos gêneros narrativos para facilitar a expressão e a percepção do significado individual do adoecimento depende de que o profissional faça um movimento de lidar de modo integrador e dialético com os vários enunciados presentes no encontro clínico. Lidar com os contextos da grande narrativa em que está inserido como o da ciência (como uma verdade), da biomedicina, das representações sociais, dos significados culturais do adoecer e das relações de poder entre médicos e pacientes. Por outro lado, o médico precisaria perceber e interpretar enunciados oriundos das experiências de adoecimento e de atenção vividas pelos pacientes, das expectativas em relação ao cuidado e do sentido do adoecimento para cada pessoa que o sofre.

A relação entre os contextos narrativos e as percepções pessoais do adoecimento pode ser exemplificada no caso de uma consulta onde um resultado de uma sorologia positiva para o HIV é comunicado. É possível que o profissional traga consigo um conjunto de questões que envolvem a construção social da infecção pelo HIV e que podem permear o entendimento e o significado da AIDS para as pessoas que atendem como: a eminência da morte, os preconceitos existentes em relação à doença e às opções sexuais, a culpabilização pelas condutas individuais, o isolamento social e as perdas econômicas, a privacidade entre outros. Ter em mente estes contextos e compreendê-los como geradores de narrativas sobre a infecção pode instrumentalizar o profissional para estabelecer o diálogo e aproximá-lo de possíveis situações que o paciente possa estar vivenciando.

Entretanto, ter em mente estes contextos narrativos não implica que estas questões são pertinentes a todas as pessoas ou que sua existência tenha o mesmo significado e importância para cada indivíduo (Poindexter, 2004). A escuta e valorização da narrativa individual pode ser um modo do profissional perceber e interpretar qual é o arranjo, a cronologia, a hierarquia e o sentido que estes elementos contextuais assumem em cada caso. Possibilita que o profissional faça escolhas e hierarquize suas ações com o objetivo de promover um processo de entendimento do adoecimento que recupere a autonomia e o curso da vida, rompida pela situação produzida pelo HIV e por suas implicações.

A tomada de consciência e o discurso interior produzido pelas pessoas frente a uma situação de adoecimento podem ser acompanhados de diferentes entonações e significados, a percepção desta dimensão singular das narrativas do adoecimento será explorada a seguir nos próximos tópicos do texto.

A Construção das Narrativas Pessoais sobre o Adoecimento

O papel da narrativa na medicina é o de ser uma história contada pelo paciente e que outros recontam, para dar coerência para eventos distintos pertencentes ao curso do sofrimento vivido. Entretanto, esta narrativa pessoal não reflete meramente a experiência do adoecimento, mas contribui para a experiência dos sintomas e do sofrimento experienciados (KLEINMAN, 1988).

Em sua dimensão pessoal a narrativa seria um elemento de ligação entre o adoecimento e o significado que ele assume para a pessoa em um determinado momento e lugar. Para cumprir este papel, a narrativa se instrumentaliza de uma linguagem onde a palavra, as enunciações e as formas de comunicá-las têm o papel de expressar o material da vida semiótica interior (BAKHTIN, 2004). Deste modo, a narrativa pode ser entendida como formas de linguagem que possibilitam trazer à tona o mundo interior e a consciência individual sobre o significado do processo de adoecimento construídos no contexto social em que o indivíduo realiza-se como pessoa.

Como uma expressão externa da consciência interior, a narrativa se constitui em uma expressão ideológica, isto é, a trajetória da narrativa partiria de uma tomada de consciência, de um discurso, de um estilo e de uma entoação interior que dão significado e valores e hierarquizam um determinado fato ou situação.

A tomada de consciência e o discurso interior frente a uma situação de adoecimento pode ser acompanhada de diferentes entoações que, por sua vez, estão envolvidas “por contextos sociais e culturais como o preconceito, inferioridade social, fragilidade, culpa entre outros que geram modelos e formas de enunciações correspondentes” (BAKHTIN, 2004:116).

Neste processo de significação cria-se uma relação dialética entre a consciência interior de uma pessoa e as expressões externas que ela produz. Uma vez formulada a expressão externa ela exerce um efeito reversivo sobre a atividade mental, isto é, interagindo na estruturação da própria vida interior da qual se originou. Deste modo, a consciência, uma vez materializada através da linguagem, ganha uma expressão ainda mais definida e mais estável, constitui-se em um fato objetivo e uma força social (BAKHTIN, 2004).

A narrativa do adoecimento, ao se realizar, pode ser capaz de explicar e dar significação ao paciente de seu sofrimento. Por outro lado, como um signo a narrativa interage na percepção e formação de novos signos interiores.

Com esta perspectiva, a narrativa pode ser assumida como uma forma das pessoas estruturarem e reestruturarem a consciência que produzem em relação à situação de adoecimento e dar, aos signos formados em seu mundo interior, uma expressão exterior, uma materialidade, capaz de assumir uma força social e subjetiva (BAKHTIN, 2004).

Este processo de formação das narrativas é capaz de produzir registros das imagens não apenas no cérebro, mas principalmente no corpo, na musculatura, no sistema nervoso autônomo e no domínio amplo dos sentimentos como os de raiva, dor, medo etc. (DONALD, 2002). Esta ligação dos símbolos nos sentimentos corporais é talvez uma das principais razões por que as narrativas assumem um grande poder no direcionamento das ações das pessoas e nos resultados terapêuticos (CROSSLEY, 2003).

Como já referido anteriormente, a narrativa pessoal do adoecimento tem um papel na articulação e transformação dos sintomas e das rupturas produzidas pela doença em uma totalidade temporal e espacial, isto é, em um todo compreensível, criando o

mundo do adoecimento (HYDÉN, 1997). Nesta perspectiva, buscar e desenvolver um sentido para o adoecimento pode possibilitar às pessoas restabelecer a relação entre sua identidade de uma pessoa adoecida, o ambiente em seu entorno e seu corpo. Desta forma, a pessoa é capaz de dar sentido ao adoecimento em relação à vida e/ou reconstruir a narrativa de sua identidade (HYDÉN, 1997).

A facilidade e a profundidade com que as pessoas adoecidas formulam suas narrativas são relacionadas por Anna Donald (2002) ao fato de que as narrativas podem permitir aos pacientes navegar e ordenar os sentimentos e o mundo em que vivem, habilitar as pessoas a vivenciar novas experiências e integrá-las socialmente.

As narrativas do adoecimento são diferentes de todas as outras promovidas pelas pessoas, entretanto, não são homogêneas entre si. As narrativas variam entre as diferentes situações de adoecimentos de um mesmo indivíduo, entre as pessoas que adoecem ou de acordo com as circunstâncias de atenção em que estão ou não inseridos.

A atribuição de causalidade na formação das narrativas

A explicação causal é um dos fatores implicados na constituição das narrativas dos pacientes. Na atribuição de causalidade as pessoas consideram e integram diferentes aspectos da sua experiência como pessoa e como doente. Neste empreendimento interpretativo elas procuram lidar com as crenças e os conhecimentos sobre os fatos que influenciam o aparecimento do adoecimento, a forma como os sintomas emergiram, as experiências anteriores com sensações semelhantes e seus efeitos imediatos ou tardios sobre o corpo, a identidade e outros aspectos da vida. Freqüentemente, ao realizarem esta explicação causal, os

pacientes incorporam e integram o discurso científico e médico em sua cultura para estruturarem os seus conceitos sob a doença e o adoecimento (BURY, 2001).

Geralmente, realizam um movimento de integrar a visão típica do modelo biomédico — que se baseia nas alterações entre o normal e o patológico, onde sinais e sintomas objetivos e considerados anormais são identificados e relatados — com uma perspectiva pessoal e social do adoecimento, onde a diferenciação entre doença e moléstia (*disease and illness*) é uma questão de intensidade e colocada em função do processo cultural e social (BURY, 2001; OLIVEIRA, 2002).

Portanto, a interação produzida pelas narrativas pessoais entre o conceito biomédico de doença e as contingências do cotidiano (o trabalho, as relações familiares, o contato com os serviços de saúde, etc) está envolta em uma dimensão relacional. Esta perspectiva de integração, por vezes, é tão intensa que torna difícil perceber as fronteiras entre o modo de pensar leigo e profissional.

Um exemplo desta integração entre o discurso técnico e leigo pode ser percebido na forma como as pessoas encaram a causalidade e os riscos epidemiológicos. Comumente, quando são confrontadas com questões como a relação da doença e do risco de adoecer, com a hereditariedade, os estilos de vida, as condições sociais ou o ambiente elas produzem argumentações que são paralelas aos conhecimentos biológicos e epidemiológicos. Contudo, o fluxo seguido para explicar o adoecimento tem como fator determinante, na maior parte das vezes, a busca das pessoas em preservar sua auto-estima e sua identidade como uma pessoa cultural e socialmente competente.

Dimensão moral das narrativas

Na formação de suas narrativas a dimensão moral compreenderia o movimento feito de atribuição de valor ao processo de adoecimento, tendo como balizamento sua inserção como uma pessoa adoecida no contexto social em que vive.

As construções morais das narrativas voltam-se à manutenção de uma aparência externa de normalidade e preservação de um tipo de virtuosismo como indivíduo social (ROOT & BROWNER, 2001). Estes aspectos morais têm como parâmetros as perspectivas e representações que a cultura e o contexto social determinam. Neste sentido, as pessoas procuram adaptar suas falas de modo a dar um sentido mais aceitável às relações que estabelecem socialmente (BURY, 2001).

Os aspectos morais das narrativas envolvem a necessidade das pessoas de lidarem com questões como a culpa, o preconceito, as restrições sociais, a auto-estima ou a expectativa por ajuda.

Pode-se imaginar, por exemplo, a organização de narrativas que tentam responder ao contexto atual de culpabilização das pessoas, vítimas de comportamentos de risco, que cresce no bojo da cultura da promoção da saúde. Este contexto cultural vem se desenrolando por meio das políticas e das intervenções médicas na cultura popular que utilizam e, mesmo, impõem referenciais técnico-científicos sob risco e estilos de vida na sociedade. Neste contexto, as explicações do adoecimento pelas pessoas têm como parâmetro a noção de virtude e procuram moldar suas falas de modo a se justificarem frente à noção de que o adoecimento seria fruto de um comportamento inapropriado.

São identificáveis outras questões morais que podem direcionar as narrativas pessoais como o medo de tornarem-se dependentes, de serem consideradas

desabilitadas e perderem sua autonomia, de não serem vistas como capazes de cumprirem suas responsabilidades sociais, entre outros sentimentos e expectativas que podem estar associados às situações de adoecimento.

Por outro lado, Frank (1997) aponta a possibilidade de existência, a partir do adoecimento e das relações estabelecidas com os profissionais, de uma dimensão moral positiva. Através dela as pessoas se capacitariam a superar os obstáculos e a aprenderem com o sofrimento, conseqüentemente, a desenvolverem seus valores pessoais e o senso de autonomia.

Cabe destacar como este “sucesso”, valorizado socialmente e culturalmente, pode ter um aspecto religioso ou, por outro lado, significar um juízo negativo daqueles que não conseguem se adaptar às limitações provocadas pelo adoecimento (BURY, 2001).

Possíveis formas e sentidos encontrados nas narrativas pessoais do adoecimento

As pessoas podem considerar os eventos e dar-lhes formas nos termos em que se sentem em relação a si mesmos ou aos outros. Se as formas de apresentação das narrativas são conscientes ou inconscientes é menos importante, talvez, do que o fato de que tais formas narrativas são avaliáveis pelas pessoas como recursos culturais com os quais formatam suas experiências.

Assim, as pessoas podem usar uma série de gêneros que podem ser subliminares às formas das narrativas. Estes gêneros podem incluir o épico, heróico, trágico, cômico, irônico, romântico, didático, entre outros possíveis. De acordo com Bury (2001), os gêneros narrativos podem jogar os pacientes para cima ou para baixo e não seria possível prever, a priori, estas interações.

As formas narrativas podem ser percebidas e interpretadas em suas diferentes qualidades em relação ao desenvolvimento de uma maior autonomia. Na análise das formas narrativas, Bury (2001) classifica-as como podendo ter sentidos estáveis, progressivos ou regressivos. Uma forma narrativa e sua seqüência progressiva moveria o paciente a objetivos pessoalmente valorizáveis por ele, a regressiva moveria para longe destes objetivos e a estável sustentaria as pessoas na mesma posição em relação aos valores e objetivos.

Os possíveis usos das narrativas pelas pessoas que as formulam foram apresentados por Hydén (1997) a partir das relações entre o adoecimento e quem o sofre e a do paciente com o seu meio. Os usos e as formas das narrativas teriam alguns comportamentos possíveis, delineados a partir das relações estabelecidas pelo paciente:

- A construção narrativa do mundo do adoecimento

A narrativa teria um papel na articulação e transformação dos sintomas e das rupturas produzidas pela doença em uma totalidade temporal e espacial, isto é, em um todo compreensível, criando o mundo do adoecimento.

- A narrativa na reconstrução da estória de vida

Ao desvendar um sentido para o adoecimento, estaria procurando restabelecer a relação entre a identidade de quem está adoecido, o ambiente em seu entorno e seu corpo. Deste modo, a narrativa possibilitaria ao paciente dar sentido ao adoecimento em sua vida e/ou reconstruir a sua identidade.

- A narrativa explicando e compreendendo o adoecimento

A narrativa cumpriria o papel de tentar explicar as causas das doenças e integrar o adoecimento como parte da própria vida e, assim, classificá-lo e padronizá-lo de modo a transformá-lo em parte da própria vida e cultura.

- A narrativa como um plano estratégico

A narrativa como estratégia dirigida a produzir efeitos na interação social e/ou para explicar ou desculpar ações ou comportamentos.

- Transformar experiências pessoais em experiências coletivas

Como forma de coletivizar a experiência de adoecimento, construir uma identidade coletiva, tornando a situação pessoal como parte de uma narrativa e de um contexto político e social mais amplo.

Considerar estas possíveis formas e usos da narrativa pessoal sobre o adoecimento pode representar um elemento na constituição da compreensão médica da narrativa, na medida que pode facilitar sua escuta e interpretação das falas dos pacientes (DONALD, 2002).

Uma outra implicação da percepção e valorização da perspectiva do paciente sobre o adoecimento, tendo em vista o momento atual de desenvolvimento das práticas em saúde, está associada ao direcionamento das ações e serviços direcionados à atenção primária. Neste campo de práticas, a narrativa pode significar a introdução de um poderoso mediador no impacto sobre a qualidade da atenção clínica prestada pelos médicos generalistas.

Entre as implicações da narrativa do adoecimento na qualificação da clínica na APS pode ser destacada a construção de uma entrevista clínica que compartilhe as visões e falas tanto do médico como do paciente, e a perspectiva de que ela (a

narrativa) possibilite uma prática baseada num constante processo de negociação das intervenções diagnósticas e terapêuticas.

Outro benefício, advindo da inclusão da narrativa na abordagem da entrevista clínica, estaria na sua dimensão terapêutica. Ao permitir que os pacientes compartilhem suas perspectivas sobre o processo de cuidado através da organização e exposição de suas narrativas, as pessoas adoecidas satisfazem a necessidade humana de expressão que pode, por si mesma, ter um valor pedagógico e terapêutico (HAIDET & PATERNITI, 2003). O resultado deste processo de diálogo e negociação seria o de um impacto positivo na adesão dos pacientes aos tratamentos, a maior rapidez na resolução dos sintomas e a melhoria nos parâmetros biomédicos (pressão arterial, glicemia) relacionados às condições de risco à saúde e ao adoecer.

Em relação a esta perspectiva terapêutica Anna Donald (2002) considera a possibilidade de que o encontro clínico seja capaz de promover a construção de narrativas mais seguras sobre a situação de adoecimento, isto é, que promovam uma re-significação do adoecimento na vida de cada paciente. Entretanto, para esta autora, estas narrativas mais seguras para os pacientes não são, necessariamente, aquelas que incluem a cura ou mesmo o alívio dos sintomas, “mas são aquelas em que quem sofre é reconhecido e legitimado socialmente, permitindo que quem sofre seja incluído intimamente em sua comunidade interpretativa”. (DONALD, 2002, p 23)

Para possibilitar esta qualificação e resolutividade da clínica, em especial daquela desenvolvida na APS, faz-se necessário ampliar os saberes e as práticas realizadas pelos médicos no cotidiano dos serviços. Tendo em mente esta preocupação, o texto prossegue buscando analisar as questões envolvidas na ampliação da competência narrativa dos médicos.

Capítulo III

A Competência Narrativa do Médico

“[...] ao eleger o nível biológico, a medicina emudece o homem que fala”
(RODRIGUES, 1980: 78).

O método clínico, sua racionalidade e o modo de operar a prática clínica

Em nenhum momento desta discussão pretende-se subestimar o valor da ciência biomédica para a medicina e para o aumento da expectativa de vida das pessoas, logo, não se trata de superá-la e sim, como aponta Kleinman & Eisenberg (1980), ampliá-la e complementá-la. Este objetivo se justifica porque, quando a prática médica leva em conta somente os aspectos técnicos científicos da biomedicina, ela perde a noção da totalidade da vida, não sendo, com isto, fiel à completude real do seu campo de atuação, em particular, sua dimensão cuidadora (GUIMARÃES, 2005).

Os impasses epistemológicos para o desenvolvimento de uma clínica, ampliada em sua dimensão cuidadora e terapêutica, já foram abordados nos capítulos anteriores deste trabalho. Foi apontada, anteriormente, a limitação de identificar e valorizar a medicina apenas como um saber científico, particularmente, quando a expressão desta cientificidade é a de um conhecimento reducionista em sua dimensão biológica e que incorpora uma perspectiva de “*verdade*” que se tornou inquestionável na sociedade ocidental. Como consequência desta noção de ciência tornam-se ilegítimos outros saberes não biomédicos e o próprio saber dos sujeitos envolvidos na medicina ou na relação clínica.

Camargo Jr (2003a) responsabiliza boa parte dos equívocos que são identificados na medicina ocidental ao fato dela ter se deixado dominar por uma miragem técnica

biomédica onipotente, pondo de lado tudo o que pudesse ser subjetivo, mutável, complexo e infinitamente variável, considerando estas questões como elementos não científicos — precisamente os atributos que talvez melhor caracterizem nossa humanidade.

Configura-se deste modo um reducionismo biomédico que acompanha a racionalidade das ciências naturais que, por sua vez, aponta para ideais normativos muito claros — de reprodutibilidade, previsibilidade, exatidão, matematização, entre outros — e onde as ocorrências individuais pouco significam ou são meras reiterações de leis universais ou anomalias (CAMARGO JR, 2003a).

O fato de a medicina e os médicos se assumirem como aplicadores de uma prática científica, isto é, como uma prática tecnobiomédica, dirige sua eficácia para um êxito técnico e não, necessariamente, para um sucesso prático. Para tal, há a necessidade de reduzir completamente a experiência do sofrimento ao domínio biológico, mas essa redução se faz ao pesado preço de excluir, precisamente, tal sofrimento, origem do pedido de cuidado de quem sofre (CAMARGO JR, 2003b).

Esta dimensão técnica na medicina é elaborada revestindo-se de uma identidade acrítico e ahistórica e considerada por seus praticantes como uma ação livre e soberana de interferências e determinações (políticas ou sociais). A naturalização da técnica, ou melhor, do conhecimento técnico científico na prática clínica, faz que as circunstâncias em que a técnica é questionada ou contextualizada, sejam compreendidas apenas como desvios do que deveria ter sido e não uma propriedade da técnica (SCHRAIBER, 1993).

Apesar da clínica ter nas ciências biológicas seu padrão ouro, sua referência e sua legitimação, Hunter (1989) considera que este conhecimento, quando aplicado ao

cuidado de pessoas, incorpora um conhecimento moral e interpretativo que se assemelha à área das ciências humanas como o direito ou a economia, isto é, a uma razão prática e hermenêutica (LEDER, 1990).

Esta razão prática torna-se necessária para o reconhecimento das situações e para a aplicação das regras do saber clínico pelos praticantes da medicina. Logo, o sucesso prático na clínica implica, necessariamente, mas em níveis diferentes, em uma razão interpretativa e em um procedimento circular e hermenêutico que requer a adaptação dos princípios disciplinares às particularidades através dos chamados casos (HUNTER, 1989, 1996b).

Entretanto, nos discursos acadêmicos sobre a constituição da clínica, as mensagens são propositalmente contraditórias. Por um lado, bons clínicos são os que minimizam ou eliminam as histórias e os casos individuais dos processos de diagnóstico e tratamento — ao reforçar a deferência às evidências biomédicas e epidemiológicas o papel da história se tornaria muito mais como o de uma concessão, uma concordância e, mesmo, um objeto de suspeita — mas, por outro lado, o caso clínico ainda é um aspecto impossível de ser erradicado e torna-se essencial quando se refere ao cuidado com o paciente. Portanto, quando há um ataque forte ao uso do caso como elemento central na clínica, sempre surgem advertências quanto ao seu poder e ao seu valor (HUNTER, 1989, 1996b).

Outro elemento formador da racionalidade na clínica e do ensino do médico são regras subliminares que Hunter (1989, 1996b) compreende como sendo máximas existentes para guiar o pensamento e as ações dos médicos. Propositalmente, essas máximas se estruturam e são transmitidas por meio de referências concorrentes como: a “medicina é uma ciência x a medicina é uma arte” ou “o paciente está lhe contando o diagnóstico x sempre realize uma revisão de sistemas”.

Estas máximas são constituídas a partir de aspectos subjetivos e circunstanciais, funcionando na clínica como regras orientadoras do pensamento médico. Elas são identificáveis nas ponderações de Fleck (1986) que as concebe como fruto de uma tensão permanente entre o desejo de unificação teórica — que só se pode alcançar por meio de uma abstração — e a necessidade de afirmações objetivas. Portanto, esta tensão seria uma das razões que obrigaria que, na formação do pensamento clínico, fossem incorporados uma multiplicidade de enfoques que, a princípio, podem parecer contraditórios ou concorrentes.

“O saber médico é como uma corrente sem fim em que certas idéias metódicas e pensamentos diretivos acabam formando pontos de vista dominantes. Entretanto, estes pensamentos são sempre meras concepções específicas e temporais que se transformam dinamicamente em novas orientações” (FLECK, 1986:19)

Assim as diversas regras de pensar e se comportar frente às situações clínicas organizam-se em arranjos que constituem um tipo de visão dominante. Entretanto, ao lidar com o pensar na clínica, deve-se considerar as transformações permanentes e contextuais de suas regras, assim como não menosprezar a importância das dicotomias existentes entre um olhar que privilegia regras técnicas (as evidências biomédicas e epidemiológicas) e outro fundado em orientações subjetivas e em elementos circunstanciais da prática. Esta visão dominante ou esse estilo de pensamento médico seria o responsável pela reprodutibilidade do ensino da medicina e da prática clínica.

Na visão de Hunter (1996b) a relação entre as regras gerais e os casos seria um elemento formador do pensamento clínico. Esta relação seria intermediada pelo raciocínio clínico que, para a autora, funcionaria de um modo pendular, entre uma forma de pensar que partindo do conhecimento e da taxonomia biomédica das doenças (constituindo-se em regras gerais e abstratas), procura enquadrar as

situações de adoecimento das pessoas (da generalização → caso ou de cima para baixo), constituindo-se em um raciocínio hipotético-dedutivo e em outro que se faz no sentido de baixo para cima (do caso → a generalização), isto é, através de um raciocínio indutivo (LOPEZ, 2001).

Seja qual for o modo e a direção existente entre a observação particular e as regras gerais, o raciocínio hipotético-dedutivo ou indutivo, elas caracterizam-se pela sua forma linear de explicar o adoecimento com base na doença. Logo, este tipo de raciocínio não é capaz de promover um formato processual nem configuracional do adoecer.

Apesar de aparente, não ocorre contradição entre as regras de pensamento que individualizam e flexibilizam as relações entre médicos e pacientes (regras práticas) e as orientações gerais definidas pelo conhecimento biomédico exato e pleno de certezas. Pelo contrário, elas se inserem em um jogo onde estes diferentes aspectos e formas de pensar médico são seus elementos. Assim, apesar de no raciocínio clínico existirem disposições que partem de pressupostos contraditórios, elas participam do mesmo jogo e, juntas, formam uma visão dominante que objetiva visualizar a doença nos doentes.

Neste jogo de enunciados e de coisas as aparentes incoerências, presentes no pensar na clínica, se desfazem ao estarem incorporadas a um só paradigma e a um mesmo estilo de pensamento. Desta maneira, o jogo e os jogadores são assumidos em um mesmo campo ideológico, definido pela teoria científica e pela racionalidade biomédica, dirigido à visualização da doença.

Neste campo perceptivo, onde se estabelecem os discursos e os saberes da clínica, o papel das máximas e sua articulação no pensamento médico são dirigidos a possibilitar uma adaptação e acomodação da prática da clínica baseada na

biomedicina às incertezas e à heterogeneidade dos casos, sem haver perdas em sua lógica ou em seus objetivos.

Uma outra questão que envolve a flexibilização do pensamento clínico, é estabelecida através de regras dirigidas ao aspecto relacional da clínica. Estas são regras de conduta e de atitudes que, comumente, são apreendidas como uma dimensão ética e formulada como uma arte na medicina. Entretanto, esta arte à qual os médicos se referem, é percebida como uma habilidade inata, que os tornaria capazes de se relacionarem com as questões sociais, culturais e subjetivas presentes nesta prática.

Ao analisar o modo como esta questão da arte está presente na medicina tradicional, Shraiber (1993) considera que esta dimensão, ao ser incorporada como um elemento da prática clínica, assume referências da esfera pessoal como o respeito, o afeto, a dedicação, a sensibilidade, a fraternidade entre outras. Restrita a uma questão pessoal do médico, como um “dom” natural, este elemento relacional da atividade do médico é, portanto, concebido distante das interferências políticas, sociais e ideológicas. Logo, a dimensão arte é disposta no pensar e no agir médico como um ideal de boas intenções que teria o papel de relativizar a objetividade da técnica biomédica.

Portanto, do ponto de vista hegemônico da medicina as dimensões técnica e relacional não são tomadas como uma totalidade, como um só mundo (HERMAN, 2001). A dicotomia entre as dimensões da técnica e da arte na prática clínica torna a ética (aqui tomada como elemento nas relações entre os sujeitos) uma dimensão externa à substância técnica do trabalho médico. Por conseguinte, a técnica biomédica se torna imune às influências dos contextos relacionais e éticos da clínica. Conseqüentemente, a concepção hegemônica da relação entre o

afetivo/dialógico e o técnico, na prática clínica, parte de uma desqualificação da presença da subjetividade, própria da racionalidade científica moderna, e onde a técnica está desprovida de apreciações valorativas por parte dos sujeitos (SCHRAIBER, 1993).

As incertezas, assim como as particularidades dos casos, são fatores inerentes ao processo diagnóstico e terapêutico que afastam e assustam o médico de sua perspectiva de encarar a prática clínica como uma ação mecânica, reprodutível, previsível e exata. Para lidar com estas incertezas, os clínicos procuram um discurso dogmático como forma de responder, de darem uma conotação convincente a suas afirmativas e de não serem paralisados pela dúvida (HUNTER, 1996a). Estas afirmações dogmáticas são, geralmente, constituídas na forma de regras gerais e expressas como verdades, mesmo quando oriundas de bases singulares ou circunstanciais.

Outro modo de lidar com a incerteza e com as particularidades do adoecimento é realizado por meio da incorporação, cada vez mais intensa, de tecnologias instrumentais (exames diagnósticos¹⁹), rotinas e protocolos baseados em ferramentas da epidemiologia clínica e em relatos médicos de casos. Estes são mecanismos para criação de padrões de observação/explicação dos casos (padrões diagnósticos) e para direcionar as condutas de tratamento. Desta maneira, as ferramentas dirigidas à instrumentalização da observação/visualização procuram ser cada vez mais específicas, visando explicar as situações de adoecimento,

¹⁹ Os dados laboratoriais também influenciam a perspectiva universalizante e homogeneizante da medicina. As descobertas do laboratório justificam padronizações sobre diagnósticos e condutas terapêuticas sobre o adoecimento sem a devida intermediação de elementos da individualidade ou de contextos sociais e culturais inerentes aos processos terapêuticos. A perspectiva de universalização e de vulgarização de achados laboratoriais atende, portanto, também às possibilidades de implementação de estratégias mercadológicas constituintes do complexo econômico e industrial da saúde.

enquadrando-as em taxonomias e classificações de doenças e adequando-as às estratégias de tratamento (KEATING & CAMBRÓSIO, 2000).

Portanto, as estratégias do raciocínio clínico, usadas pelos médicos para lidar com os casos e dar sentido à confusão de detalhes presentes nas situações de adoecimento, são os conhecimentos científicos e a familiaridade com as tramas e textos de casos similares. Com estes recursos cognitivos os médicos seguem classificando as situações através do diagnóstico diferencial das doenças e testando hipóteses de doenças em relação aos detalhes do caso (HUNTER, 1989).

A racionalidade clínica estruturada na forma de uma narrativa

Os elementos da racionalidade clínica, de sua forma de pensar e justificar suas idéias e práticas formam para Foucault (2002) uma prática discursiva capaz de organizar e dar sentido à existência do próprio saber médico.

Dentre as características do discurso que institui a medicina como um saber²⁰ Foucault (2002) destaca que ele se caracterizaria menos pelos seus objetos ou conceitos do que por um certo estilo e um certo caráter constante de enunciação. Estas enunciações que unificam e dão sentido à medicina, se estruturam a partir de um corpo de conhecimentos que supõem uma mesma visão das coisas; um mesmo esquadrinhamento do campo perceptivo; uma mesma análise do fato patológico segundo o espaço visível do corpo; um mesmo sistema de transcrições do que se percebe no que se diz (mesmo vocabulário, mesmas metáforas); enfim, para

²⁰ “Ao conjunto de elementos, formados de maneira regular por uma prática discursiva e indispensável à constituição de uma ciência, apesar de não se destinarem, necessariamente, a lhe dar lugar, pode-se chamar de saber. Logo, um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um status científico”. (FOUCAULT, 2002: 205)

Foucault (2002), a clínica parece se organizar e reproduzir seu saber através de um conjunto de enunciados descritivos

A constituição da clínica como um saber, estruturado a partir de um conjunto de enunciações, contrapõe-se à idéia de uma prática construída apenas por elementos da natureza ou a partir de um conhecimento natural e verdadeiro como o da biologia e incorpora a perspectiva de uma construção social e cultural deste saber.

É desta forma que Fleck (1986) compreende a constituição do saber médico, isto é, através de seus condicionantes sociais e culturais que formam seu próprio estilo de pensamento. Este autor não compreende uma relação de causalidade linear dos condicionantes socioculturais na formação deste saber, concebe um movimento circular nas relações que se estabelecem entre o meio social, os enunciados, o saber e os objetivos deste saber.

O estilo de pensamento médico, ao ser formatado, representa um ver e uma observação que Fleck (1986) compreende como um ver formativo (gestáltico), pois é instrumentalizado e dirigido pelas experiências anteriores e pela iniciação teórico-prática no campo do saber médico. Contudo, esta disposição para perceber de forma orientada seria adquirida à custa da perda da percepção de um modo heterogêneo e arbitrário (pessoal) àquele do campo onde o saber médico está inserido.

Neste sentido, a estruturação da narrativa do médico seria fruto de uma organização temporal e causal onde os objetos e objetivos são dirigidos por um certo estilo de pensamento que define a forma de abordar e interpretar o adoecimento. Assim, a narrativa médica estaria envolvida por um estilo de pensamento onde há um objeto prefixado que, no caso em questão, é a doença e um objetivo que é o de compreendê-la como um problema e como uma verdade a ser conhecida.

Hunter (1996b), especificando o papel da narrativa na prática do médico, compreende que a própria estruturação do raciocínio clínico é narrativa em sua organização, em sua forma de ser armazenado na memória, mas, sobretudo, a narrativa representaria o próprio processo de pensar e formular na clínica. Para esta autora a narrativa cumpriria o papel de integrar as noções gerais da ciência à prática individual e, neste sentido, os médicos desenvolveriam uma narrativa onde o foco e o paradigma que seguem é abordar, interpretar e dialogar com a doença e não com o doente²¹.

Neste caso, a história do paciente e o exame físico são interpretados e formatados em um enredo, através de uma versão médica construída à luz das informações clínico-científicas e, então, comparadas com as prováveis doenças existentes nos livros textos e com enredos de casos comparáveis e transmitidos pelas experiências de outros médicos.

“O diagnostico que emerge é a interpretação médica dos eventos e sinais do adoecimento e coloca o paciente no centro de uma reconhecível estória de doença” (HUNTER, 1989: 208).

A narrativa médica é composta de uma linguagem e um conjunto de signos que criam a própria identidade de ser médico, capacitando-o a compartilhar de um coletivo de pensamento formado por outros médicos. As características que diferenciam esta narrativa de outras seriam: seu objetivo de ajustar sintomas e sinais à casuística e à taxonomia das doenças, de se organizar de modo a permitir ao profissional compartilhar suas visões sobre o diagnostico e tratamento com seus pares, de adequar princípios gerais aos casos individuais e alcançar um grau de

²¹ Esta relação da clínica com a biomedicina, o modelo anátomo clínico e a epidemiologia produzem repertórios interpretativos baseados na noção de adoecimento como doença, diagnóstico de lesões, cura ou controle.

generalização que tanto é prática como permite a reprodutibilidade do próprio saber clínico.

Em síntese, a narrativa médica que se constitui e é constituída no bojo do saber clínico, representa uma unidade dos processos cognitivos e de linguagem que orientam a capacidade de ver e interpretar as situações de adoecer das pessoas. Mesmo os elementos do método e da racionalidade na clínica que possam parecer contraditórios, se integram através desta forma de organizar e operar a narrativa médica. Esta, uma vez estruturada, consegue fazer a síntese e dar complementaridade a estas diferentes direções tomadas pelo raciocínio na clínica.

Ampliando o universo interpretativo das narrativas médicas na clínica

A motivação e o campo para a ampliação conceitual e prática do saber clínico podem ser entendidas a partir de novas condições sócio culturais e ideológicas onde este saber e seus sujeitos se inserem. No presente, têm surgido novas condicionalidades e novos contextos, principalmente no campo da atenção primária, que têm apontado para a necessidade de incorporar uma dimensão cuidadora e terapêutica à clínica. Esta incorporação teria como objetivo alcançar uma maior qualificação e efetividade das intervenções individuais na assistência à saúde.

As mudanças apontadas nesta direção podem ser compreendidas a partir de dois níveis de abordagem que, no entanto, são intimamente imbricados. No nível macro, refere-se à organização dos modelos assistenciais, já, no nível micro, as mudanças são dirigidas ao objeto das práticas e à relação entre os sujeitos nas práticas em saúde. Neste último caso estaria em jogo a mudança do objeto da clínica, isto é, a incorporação do sujeito que adoecer e suas expectativas de cuidado, determinando,

assim, um novo modo de ver e compreender o processo de adoecimento sem perder os elementos da ciência biomédica existentes.

Vários motivos podem ser apontados para justificar a dificuldade de avanço das propostas voltadas à ampliação das narrativas médicas, no entanto, este trabalho volta a se fixar naqueles referentes à constituição do saber e do pensar médicos na clínica e nas possíveis mudanças que podem existir.

No campo da prática clínica hegemônica, as dicotomias entre doença e o doente ou entre um saber técnico-científico e um saber prático são possíveis de serem aceitas e integradas ao discurso dos médicos. Estes, se perguntados sobre os aspectos envolvidos na clínica, certamente apontarão elementos da subjetividade e das relações sociais além das tradicionais alterações fisiopatológicas presentes nas situações de adoecimento. Entretanto, este discurso, provavelmente, demonstrará compreender estas diferentes dimensões de forma compartimentalizada e fragmentada.

Do mesmo modo, se forem consultados os livros textos que são referência para a formação do clínico, principalmente os destinados à medicina de família, encontram-se capítulos discorrendo sobre os aspectos sociais e psicológicos do adoecimento. Entretanto, quando em seus capítulos abordam as doenças, inclusive as crônicas, eles se limitam à descrição dos fenômenos fisiopatológicos, às manifestações orgânicas como sinais e sintomas e às alternativas de tratamento. Portanto, as referências teóricas do saber médico, ao discorrer sobre a doença, esquecem a pessoa adoecida, por outro lado, nos capítulos ou artigos que focam a pessoa e suas circunstâncias de adoecimento ou a relação médico-paciente, a doença esta ausente.

Assim, tanto as narrativas médicas como os discursos teóricos na clínica demonstram e reafirmam, como uma característica central da racionalidade médica, a fragmentação e compartimentalização dos aspectos biopsicossociais (DEVEZA, 1983).

Schraiber (1993) especifica esta fragmentação quando aponta que os fatos e os problemas sociais são deslocados de sua qualidade de constituintes da vida, consubstanciais com o natural, tornando-os, apenas, circunstâncias exteriores a este último. O mesmo movimento de externalização ocorre no que diz respeito às dimensões propriamente humanas do mundo natural, isto é, a psicologia de cada um.

Desta forma de pensar na clínica decorrem muitas das dificuldades de um ver integrador e de uma percepção ampliada do processo de adoecimento. Dela emerge uma narrativa médica que para Good & Good (1980) representa, na clínica, uma perspectiva indiscutivelmente reducionista, particularmente, em relação à dimensão do cuidado.

Nesta racionalidade a tarefa do médico na clínica seria, fundamentalmente, a de decodificar o discurso do paciente para buscar evidências de doenças nos sinais e sintomas apresentados. A partir desta identificação, o clínico empreende um movimento de explicação das ocorrências, relacionando os sintomas a suas referências biológicas com o objetivo de diagnosticar uma doença ou de excluí-la e, neste caso, classificando as situações de sofrimento como questões psicológicas ou sociais.

Portanto, a visão do diagnóstico na medicina restringe-se a um processo explicativo que procura converter a evidência observada — dados obtidos a partir do exame de um paciente — em nomes de doenças ou considerar as doenças como entidades

médicas conceituais que identificam ou explicam as anormalidades na evidência observada. Entretanto, estas duas direções tomadas pelo método clínico apenas reafirmam uma mesma visão da prática na clínica (GOOD& GOOD, 1981, RODRIGUES, 1980).

Todo este empreendimento cognitivo e discursivo centrado no diagnóstico das doenças e em suas respectivas lesões — através de uma busca incessante de recursos diagnósticos, armados ou não, capazes de dar cada vez maior visualização às alterações patológicas explicativas do adoecer — reduzem a importância da escuta da narrativa do paciente.

“Os médicos além de não permitirem o desenrolar da narrativa, fazem um movimento de escuta seletiva buscando na estória dados que se enquadrem numa história da doença” (HEATH, 2002:85)

Logo, este modo de pensar e agir, baseado em um reducionismo biomédico, torna a clínica e sua ação um empreendimento praticamente independente do discurso do paciente (GOOD& GOOD, 1980; OLIVEIRA, 2002).

Como conseqüência, as habilidades de escuta e interpretação das estórias dos pacientes foram cada vez menos enfatizadas e desenvolvidas entre os médicos. As observações de consultas têm demonstrado, repetidamente, a limitação da possibilidade dos pacientes exporem seus sintomas e suas considerações sobre o adoecimento devido às interrupções feitas pelos médicos²² (SLOBIN, 2000).

Com o objetivo de ampliar o papel cuidador na clínica, Good & Good (1980) propõem uma re-conceitualização fundamental das relações entre o ordenamento das palavras médicas e o ordenamento das coisas médicas como base para a reformulação da racionalidade clínica. As bases conceituais desta mudança

²² Slobin (2000) cita trabalhos que observaram que os doentes são interrompidos pelos médicos num prazo muito curto (em média aos 18 segundos) após iniciarem suas falas.

proposta por estes autores seriam a compreensão do adoecimento humano como uma questão fundamentalmente semântica ou significativa e a prática clínica compreendida como uma ação, implicitamente, interpretativa.

No modelo clínico interpretativo proposto por Good & Good (1980), a escuta e a capacidade interpretativa da narrativa médica incorporariam a noção de que um sintoma ou uma moléstia condensa uma rede de significados para quem os sofre. Nesta trama estão envolvidos aspectos como o stress da vida, medos e expectativas sobre o adoecimento, reações sociais dos amigos e parentes e experiências terapêuticas prévias entre outras questões que dão especificidade e personalidade ao adoecer. Como elementos integrantes e formadores das narrativas dos pacientes eles precisam ser percebidos pelo médico no encontro clínico.

Esta capacidade de escuta e interpretação dos casos é denominada por Rita Charon (2001) de **competência narrativa do médico**. Para esta autora, este termo compreenderia uma modelagem da prática médica com caráter mais humano e efetivo. Envolveria a maior habilidade do médico em lidar com situações narrativas centrais à medicina como a existente entre o médico e o paciente, entre o médico e si próprio e seus colegas e do médico e a sociedade (CHARON, 2001).

A competência narrativa representaria, portanto, a capacidade do médico de entender e interpretar o significado e a importância das histórias, a habilidade para discernir e analisar os elementos inconscientes que podem estar refletidos nas formulações narrativas apresentadas pelos pacientes e a possibilidade dos médicos direcionarem suas ações a partir das perspectivas dos pacientes (JONES, 1997).

A ampliação da competência narrativa médica compreenderia desenvolver a capacidade de perceber o adoecimento, não como um simples reflexo da produção

da doença, mas que a relação entre doença e a cultura se configura através de uma integração semântica.

Deste modo, a noção de competência narrativa pode representar um caminho para a ampliação da clínica, pois, ao entender melhor a complexidade do adoecimento, torna-se mais claro o papel que ela (prática clínica) deve desempenhar no cuidado dos pacientes, tanto na dimensão técnica-biomédica como relacional que envolve o significado do adoecer.

Em relação à organização do trabalho clínico, a competência narrativa possibilitaria ao profissional usar melhor o tempo do encontro clínico, mais rápida e adequadamente ouvir e interpretar o que o paciente tenta dizer e identificar suas demandas. Por outro lado, esta competência compreenderia a aplicação do conhecimento biomédico a partir do que é dito e da forma como é relatada a experiência do adoecimento e não o contrário (CHARON, 2004).

Ampliando sua competência narrativa, o médico se capacitaria para observar que há padrões diferentes de expressar uma mesma doença ou um mesmo sintoma e que uma mesma doença pode ser representada de diferentes formas e intensidades dependendo do significado que é assumida por quem a sofre. O profissional precisaria perceber que, dado um mesmo corpo de sensações, as pessoas podem selecionar queixas diferentes sobre o sofrimento e procurar a ajuda de profissionais por alguns sintomas e não por outros. Por sua vez notaria que a variabilidade das narrativas podem estar refletindo diferenças existentes entre os membros de um determinado grupo cultural e/ou das singularidades/experiências vividas de modo diferente entre estes.

Ao seguir a proposta de Good & Good (1980), de promover uma re-conceitualização das palavras e das coisas na clínica, busca-se conciliar sua dimensão técnico

biomédica a uma dimensão prática do cuidado em saúde. Neste sentido, é preciso repensar os objetivos e as intencionalidades desta prática que, para Ayres (2001), não devem se limitar às intenções de curar, tratar, controlar, visto que todas estas ações/intenções supõem, no fundo, uma relação estática, individualizada e individualizante e objetificadora dos sujeitos-alvo das intervenções. Como mudança Ayres (2001) propõe uma medicina dirigida ao servir, assistir, aconselhar e/ou orientar o paciente:

“A medicina do servir, do assistir, do aconselhar ou orientar o paciente parece pois ter cedido lugar a uma medicina em que tratar, medicar, curar ou recuperar, sob qualquer base de intervenção, isto é, seja ela associada ou não a uma assistência global destinada ao doente, são os novos referenciais de valor. Com tais paradigmas parece não haver espaço na prática para que o cuidado relativo aos sentimentos pessoais — da alegria ao sofrimento — siga pertencendo à totalidade do assistir.” (idem, 71)

Ayres (2001), em síntese, afirma a necessidade de incluir, na escuta e interpretação das narrativas, os textos e as perspectivas dos sujeitos e não apenas as normas ou desejos pré-determinados pelo conhecimento biomédico e seus ideais de controle das doenças (HAIDET & PATERNITI, 2003).

A proposta de ampliar a competência narrativa do médico implica, necessariamente, em uma mudança na racionalidade na clínica, no seu estilo de pensamento e, em decorrência, em promover um olhar e uma escuta capazes de incorporar e integrar as dimensões sociais, culturais e subjetivas ao discurso técnico biomédico da doença.

O caminho desta integração ocorreria através da percepção e interpretação do significado do adoecimento para a pessoa, considerando sua inserção sociocultural, suas vivências e expectativas. Neste caso, **a narrativa do paciente torna-se uma**

unidade integradora destas dimensões do adoecer e do sofrer e permite a contextualização temporal e vivencial das situações apresentadas.

A doença não é excluída, pelo contrário, procura-se o sentido que ela assume no caso em questão. A doença, seu significado e as transformações que produzem no indivíduo, são tomadas como um norte para entender o processo de adoecimento e a definição das estratégias terapêuticas a serem escolhidas e negociadas.

O modo do médico se aproximar desta competência narrativa compreende um pensar que não está limitado a um raciocínio linear e causal cujos elementos são as conceituações gerais da doença e os sintomas e sinais individuais referentes ao caso. Seria necessário passar a perceber e pensar o adoecer através de uma perspectiva configuracional. A construção deste pensamento configuracional se realizaria através da incorporação de elementos como o contexto e os significados do adoecer. A importância destes elementos está em dar corpo, sentido e movimento aos outros elementos dispostos no adoecimento.

O contexto e os significados do adoecer são dispostos através de uma unidade discursiva (a narrativa) que compreende não apenas o que é comunicado, mas, também, a forma como a pessoa organiza e expõe sua narrativa sobre o adoecimento.

Através de uma percepção tridimensional, o adoecer deixa de ter uma característica estática ou de mera determinação causal. **O adoecer passa a ser assumido como um processo, na medida que é percebido em movimento e que é considerado ter uma dinâmica própria em cada pessoa.** Logo, ao ser apreendido como uma imagem tridimensional, o processo de adoecer adquire forma e identidade próprias, a partir da sua unidade e singularidade e não pelos elementos isolados que o compõem.

O outro eixo que pode direcionar o médico para uma maior competência narrativa, seria referente à sua capacidade de estabelecer o diálogo. Compreenderia o movimento do médico de oportunizar a fala do paciente, de modo que ele possa expor não só os elementos constituintes do adoecimento, mas que seja capaz de organizá-los como uma narrativa em que expõe os significados do adoecer e as razões que motivam a demanda pela atenção médica.

A competência médica para promover este diálogo muitas vezes é compreendida como uma habilidade nata e pessoal e considerada como uma dimensão arte e diferenciada da técnica. Entretanto, esta visão não valoriza ou organiza o conjunto de habilidades e atitudes necessárias para este empreendimento de promover o diálogo. (HAIDET & PATERNITI, 2003; PLATT ET AL, 2001). Limitar esta competência de dialogar do clínico a uma habilidade nata não possibilita o desenvolvimento de uma nova disposição ideológica e técnica capaz de ampliar a escuta e o ver sobre o processo de adoecer. Esta capacidade de estabelecer o diálogo, de escutar e interpretar a narrativa deve ser compreendida também como uma técnica a ser desenvolvida no bojo do saber e da prática clínica.

Na Figura 1, procura-se fazer uma síntese da relação entre o contexto das narrativas, sua escuta e interpretação e as intervenções clínicas que podem ser influenciadas por esta abordagem no encontro clínico-terapêutico.

Figura 1 Relação da abordagem dos elementos da narrativa na organização da competência narrativa médica:

Pré-condições das narrativas		Semiótica das narrativas	Intervenções baseadas nas narrativas
Representações sociais Manifestações das doenças Significados pessoais do adoecer Rupturas morais e socioeconômicas Experiências prévias com atenção médica	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Gêneros narrativos</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Formação narrativas do adoecimento</div> <p style="text-align: center;">↑</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Singularidade</div> </div>	Contexto cultural Dimensão temporal Atribuição de causalidade Estratégias morais de enfrentamento Itinerários assistenciais Adaptação às rupturas socioeconômicas Expectativas de cuidado	Estruturação dialógica do acolhimento Integração de novos enredos à interpretação clínica Organização e hierarquização das ações Promoção de novas narrativas pessoais que aumentem resiliência e autonomia

Fonte: Favoreto, 2006: 192.

Para compor esta competência narrativa, ter elementos para promover o diálogo e capacidade de interpretar a narrativa dos pacientes, parece ser necessário empreender mudanças na formação e nas práticas dos médicos. Estas transformações implicam em um novo estilo de pensamento que pode ser promovido a partir da incorporação pelo profissional de novos enredos e novas questões ao seu universo interpretativo. Neste sentido, a seguir, serão relacionadas algumas das questões que podem ter esse papel de potencializar a narrativa na clínica:

1 - O reconhecimento pelo médico de que o paciente possui um saber, instituído através de um senso prático, que representa o aprendizado a partir de suas experiências do cotidiano da vida. Compreender que este senso prático é um campo

onde se confrontam as informações médicas e os saberes populares. É neste campo que as pessoas produzem um sincretismo que envolve conceitos do mundo da ciência e das vivências para compreenderem o mundo do adoecimento e organizarem estratégias subjetivas, sociais e culturais para enfrentá-lo.

O médico precisaria compreender a linguagem produzida pelo senso prático a partir do próprio contexto onde ele se constitui como um saber para o paciente. Assim, o clínico torna-se mais habilitado a poder dialogar com as estruturas lingüísticas, as metáforas e o psiquismo formadores da narrativa do paciente.

2 - Para desenvolver a competência narrativa do médico com uma perspectiva dialógica pode ter-se como ponto de partida a integração, pelo raciocínio clínico, do saber técnico científico ao saber prático do médico na clínica. Voltando ao que disse Schraiber (1993) seria preciso compreender a dimensão relacional no encontro médico-paciente como uma dimensão também técnica, logo, capaz de ser organizada em seus elementos constituintes, de ter parâmetros para avaliação e condições de reprodutibilidade. Evidente que esta operação se faria sobre um paradigma diferente daquele como se organiza a técnica biomédica.

3 - Outro elemento a ser considerado é a necessidade de instrumentalizar o médico de universos interpretativos e gêneros de fala que possibilitam ao profissional aproximar-se dos contextos socioculturais e dos significados que são estruturantes das situações de adoecimento. Neste caso, podem ser destacadas algumas questões como:

- os contextos assistenciais (serviços e suas organizações), ou seja, onde e como é prestada a atenção à saúde. Em relação a esta questão caberia ao médico reconhecer que as pessoas percorrem itinerários assistenciais onde se expõem a

situações em que suas falas são negadas ou obstruídas ou onde se submetem a determinados discursos e procedimentos médicos que influem sobre sua auto percepção e imagens do corpo e do adoecimento.

O papel das experiências prévias dos pacientes com os serviços de saúde, com as práticas e intervenções médicas tornam-se bagagens interpretativas dos médicos das narrativas sobre o adoecimento. Passa-se a assumir a possibilidade de que os contatos presentes ou passados com os serviços de saúde podem influir: na produção pelo paciente de novas representações sobre o corpo; na medicalização de diferentes aspectos da vida; na organização da demanda por procedimentos diagnósticos; na expectativa positiva ou negativa de se expor a novas intervenções médicas. Esses, entre muitos outros aspectos relacionados às vivências anteriores de atenção, são fatores co-responsáveis na formação da narrativa do adoecimento, no direcionamento das demandas e/ou na aceitação de estratégias terapêuticas.

- A compreensão de que cada doença pode trazer um conteúdo de representações coletivas que podem influir na construção das narrativas do adoecer e determinar a capacidade ou não de superação de obstáculos e rupturas produzidas pela doença. Alguns exemplos destas imagens coletivas e produtoras de gêneros narrativos podem ser citados: o preconceito relacionados à sexualidade, envolvendo a infecção pelo HIV; o significado ameaçador (“como uma bomba relógio”) em pessoas com dor precordial; a vergonha de ser considerada “uma pessoa de vida desregrada” presente em portadores de tuberculose, entre várias outras que não cabe listar. Considerar estas representações na abordagem do adoecimento significa compreendê-lo não só pelos efeitos físicos das doenças, mas, também, por suas construções históricas,

culturais e sociais que não apenas co-determinam a narrativa do adoecimento, como podem influir sobre a adesão e efetividade da terapêutica.

- A compreensão de que os sentimentos vivenciados sobre a doença podem influir na forma como as pessoas dispõem as noções de tempo e causalidade em relação ao adoecimento em suas narrativas. Sentimentos experimentados pelas pessoas como o medo de uma doença mais grave (a cefaléia ser o mesmo tumor cerebral que ocasionou a morte de uma vizinha); a culpa por não seguir o estilo de vida recomendado; a ira por ter sido acometido por uma infecção; o desamparo produzido pela perda da autonomia em um idoso; ou a repulsa pela deterioração da imagem corporal causada por lesões dermatológicas são exemplos de sensações que determinam arranjos causais e temporais para os sintomas nas narrativas pessoais.

4 – A competência narrativa pode ser ampliada quando os médicos são capazes de perceber as projeções imaginativas baseadas em metáforas produzidas pelos pacientes. Estas projeções são pré-condições narrativas que ajudam a sustentar a coerência e a lógica do pensamento dos pacientes, tornando-os capazes de compreender os fatos e situações de adoecimento vividas. (Mabeck & Olesen, 1997; Arroliga, Newman, Longworth, 2002). O médico, portanto, precisaria estar atento aos recursos imaginativos (as metáforas) que permitem ao paciente dar sentido às explicações médicas. Por outro lado, o médico pode adequar suas explicações às projeções metafóricas que as pessoas trazem para o encontro clínico e, assim, responder mais diretamente às questões trazidas como: O que está errado comigo? O que aconteceu? O que significa para mim? Como isto vai influenciar minha vida?

Estes, entre outros sentimentos, são percepções sobre o adoecimento ou sobre sensações corporais que podem significar rupturas no curso da vida e/ou

representarem perdas sociais e afetivas e que implicam em formatos temporais e causais próprios na narrativa pessoal.

Reconhecer estes sentimentos permite compreender o movimento que a pessoa fez

cenários do PMF e da análise das narrativas de seus médicos em relação aos saberes e as práticas da clínica.

Capítulo IV

A Escuta e Interpretação das Narrativas Médicas no PMF.

A partir da argumentação desenvolvida anteriormente no texto, compreendeu-se a necessidade de aprofundar a observação e a análise do modo como os saberes envolvidos na clínica se estruturam entre os médicos que atuam em cenários de APS. Parte-se, como já foi justificado na introdução, da compreensão de que os cenários dos serviços de Saúde da Família e de Medicina de Família são, em tese, campos políticos-ideológicos e técnico-organizacionais facilitadores do surgimento de uma nova disposição dos discursos, das palavras e das coisas no saber clínico.

Neste sentido, a investigação procurou identificar como os discursos e as ações produzidas pelos médicos nestes espaços vêm enfrentando os obstáculos epistemológicos e dialógicos produzidos pela biomedicina para o desenvolvimento de uma clínica que se aproxime mais da idéia de uma prática integral e voltada para o cuidado em saúde.

Objetivo Geral

Investigar o papel da narrativa na medicina, como um conceito/idéia para a clínica, no sentido de ampliar o universo discursivo e interpretativo do médico para além de um modelo biomédico restritivo.

Objetivos específicos

- Analisar o papel da narrativa como uma ferramenta conceitual e prática na ampliação do universo interpretativo e ideológico dos médicos envolvidos na atenção primária.

- Observar as influências e tensões criadas pelos cenários de atenção, os discursos e as ações, no que tange a ampliação da competência narrativa dos médicos e a prática da clínica nos serviços de atenção primária à saúde.

Metodologia do Trabalho de Campo

O campo e a percepção da produção das narrativas médicas

A pesquisa de campo foi realizada com dois eixos metodológicos de investigação. Em um deles foi realizada a observação participante, no período de setembro de 2006 a fevereiro de 2007, do cotidiano do trabalho das equipes de Médico de Família em oito módulos do Programa Médico de Família do município de Niterói, distribuídos em duas áreas de coordenação. A observação contemplava, também, os encontros de supervisão e discussão de casos clínicos entre supervisores de clínica médica e pediatria com os médicos. O outro eixo do trabalho foi a realização de entrevistas semi-estruturadas com vinte médicos de família que estavam atuando nas equipes dos módulos onde foi aplicada a observação (vide Anexo 1 que demonstra a distribuição e características dos módulos e Anexo 2 que sistematiza algumas características objetivas dos médicos de família entrevistados).

Ao apresentar e discutir a trajetória percorrida no trabalho de campo, há necessidade de abordar duas questões que estão diretamente ligadas ao objetivo e à forma como ele se desenvolveu. Em primeiro lugar deve-se esclarecer que, ao realizar a observação participante nos módulos do PMF, não havia a intenção de avaliar o modelo de atenção (PMF) ou o desempenho dos profissionais que nele atuavam. A motivação para estar próximo dos cenários de práticas era a de compreender o contexto onde poderiam estar se formando as narrativas médicas sobre o adoecimento e sobre a clínica. Compreendia-se, a priori, que esta

proximidade permitiria ao pesquisador contextualizar e entender melhor a dinâmica de formação e reprodução do pensamento do médico de família sobre a clínica.

O outro ponto que deve ser esclarecido é relativo ao próprio observador. Como médico, clínico e professor ligado a um departamento acadêmico envolvido com a formação médica na área da atenção primária, a figura do pesquisador, muitas vezes, se confundiu com a dos próprios profissionais que atuavam no PMF ou com a dos supervisores que acompanhavam as visitas. Esta condição do pesquisador, um “quase nativo” em relação ao campo, foi considerada no desenho da pesquisa. Neste sentido, admitiu-se, no planejamento do trabalho de campo, as dificuldades que o observador encontraria para assumir uma posição mais distanciada em relação aos sujeitos e às práticas a serem observadas. Esta consideração determinou a opção de não desenvolver uma observação direta das consultas, limitando a pesquisa a uma observação dos espaços compartilhados pelos profissionais das equipes e destas com a supervisão.

Contudo, esta posição ocupada pelo pesquisador facilitou o diálogo com os profissionais e a contextualização de suas narrativas sobre a clínica e o adoecimento, particularmente, na aplicação das entrevistas semi-estruturadas. A proximidade profissional e de linguagem também foram responsáveis por promover algumas situações em que os médicos buscaram uma interlocução com o pesquisador. Em geral, procuravam discutir problemas que vinham vivenciando na relação deles com a gerência do programa ou nos conflitos ocorridos com pacientes. Estas conversas possibilitavam aos médicos exporem a perplexidade e a dificuldade que encontravam para entender a forma e a dinâmica das relações estabelecidas com seus pares e com seus pacientes. Na maioria destes encontros, os profissionais buscavam explicação e/ou aprovação para seu modo de pensar e de abordar

situações, consideradas por eles como limítrofes tanto para o saber como para as práticas que realizavam.

Os dois eixos da pesquisa de campo, isto é, a observação participante e as entrevistas semi-estruturadas, representaram momentos diferentes, mas que estavam integrados e, por vezes, eram contíguos em relação ao tempo, ao cenário em que ocorriam e aos sujeitos envolvidos. Havia, portanto, um grau de indissociabilidade entre estes diferentes momentos, que foi trabalhada como reflexo da proximidade do pesquisador com o cotidiano e com o processo dinâmico de produção de narrativas.

Este fato foi entendido como decorrente das próprias características das narrativas médicas sobre o trabalho no PMF e sobre o adoecimento, que se constituíam em um processo contínuo de interações dos sujeitos com os cenários de atuação e com o cotidiano de seus discursos e práticas. Deste modo, ganhava concretude a idéia de considerar a narrativa como um momento de síntese, expresso através de uma linguagem onde a palavra, as enunciações e as formas de comunicá-las têm o papel de exprimir o material da vida semiótica interior e, conseqüentemente, o modo de pensar dos médicos.

O fato do objeto da pesquisa não ser a avaliação do modelo ou de suas práticas, mas a observação de como os médicos atuantes na APS pensam a clínica e o adoecimento, foi determinante na escolha do PMF como cenário da pesquisa. Ao fazer a opção deste programa que tem uma trajetória de 13 anos de desenvolvimento e uma qualidade reconhecida²³, procurava-se reduzir, ao máximo,

²³ O município de Niterói foi um dos primeiros municípios brasileiros a ser credenciado como gestor do sistema de saúde pelos critérios da NOB 96 e, atualmente, é Gestor Pleno do Sistema de Saúde (NOAS 2000). O PMF tem tido um desenvolvimento contínuo desde 1992, hoje a cobertura assistencial do programa é de 80% da população carente do município. Um exemplo do

os problemas técnico-operacionais decorrentes de contextos assistenciais em que há uma implantação recente de estratégias de APS como a de Saúde da Família²⁴.

Portanto, o fato do PMF fazer parte de um sistema de atenção à saúde²⁵ já consolidado, que tem a APS como eixo de uma mudança de orientação do modelo assistencial, foi um dos motivos centrais para a sua escolha como campo desta pesquisa. Em Niterói, a atenção primária tem sido considerada não apenas como porta de entrada, mas como centro do sistema de atenção. Compreendia-se que este quadro poderia ser capaz de aumentar a possibilidade de trabalhar em um cenário de práticas em que houvesse uma maior qualificação e resolutividade das ações clínicas realizadas neste nível de atenção.

Outro aspecto que foi considerado na escolha do PMF, era a intensidade com que o trabalho do médico de família de Niterói é direcionado para as atividades fora do consultório e da unidade de saúde. Este direcionamento obrigaria o médico a um maior contato com o contexto social e cultural da vida da comunidade que assiste. Como a pesquisa objetivava observar a influência desta proximidade do médico com os aspectos socioculturais e com os saberes comuns das pessoas na constituição e nos avanços da clínica na APS, este processo de trabalho dos médicos em Niterói foi importante na definição do PMF como cenário de investigação.

Um elemento do trabalho de campo que ainda merece melhor consideração, foi a opção de acompanhar os supervisores de clínica médica e de pediatria em suas visitas de supervisão. Esperava-se que, nestes momentos de supervisão, os

reconhecimento externo da experiência do PMF foi o prêmio intitulado *Gestão Pública e Cidadania* pela Fundação Getúlio Vargas e pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social.

²⁴ Ver Favoreto e Camargo Jr (2002b) onde são discutidos os impactos sobre a prática clínica frente a diferentes processo de implantação do PSF.

²⁵ Para maiores informações sobre o processo político e organizacional da implantação do PMF e o modo como ele se organiza e alcança uma qualificação está presente no trabalho de Goulart (2002) e Mouzinho (1999)

médicos apresentassem os casos atendidos e, por conseguinte, suas interpretações das narrativas dos pacientes sobre o adoecimento.

Em geral esta expectativa não se confirmou, fosse porque em várias ocasiões os supervisores já conheciam os pacientes e seus problemas ou porque, na maioria das ocasiões, os médicos procuravam a supervisão apenas para responder a questões pontuais e objetivas em relação a exames e/ou medicações. Entretanto, em algumas oportunidades, principalmente em situações que vinham gerando conflito entre os profissionais e a clientela, pode-se perceber o entendimento que os médicos tinham das narrativas dos pacientes e a forma como desenvolviam seu modo de pensar e operar as relações dialógicas na clínica.

Na concepção inicial das entrevistas semi-estruturadas, o público alvo seriam os médicos que estivessem exercendo a prática clínica na Medicina de Família e/ou no PSF há pelo menos cinco anos, trabalhando a pelo menos dois anos no mesmo módulo e atendendo à mesma população adscrita. Estes critérios foram pensados no sentido de especificarem condições que, em tese, selecionariam profissionais com maior experiência no programa e maior vivência em um mesmo território.

Estes critérios, entretanto, não puderam ser seguidos devido à alta rotatividade dos profissionais no programa²⁶, que produzia grande heterogeneidade em relação ao tempo de inserção dos médicos no PMF e nos módulos. Para evitar constrangimentos para o pesquisador, devido à opção de fazer entrevistas apenas com os médicos dos módulos onde fosse realizada a observação participante, tomou-se a decisão de incluir todos os médicos atuantes nas unidades pesquisadas, independentemente do tempo de experiência no PMF.

²⁶ A maior rotatividade é um fenômeno comum ao PSF e no caso do PMF. Ela se tornou maior nos últimos anos devido à expansão do número de equipes e a maior oferta de trabalho para médicos de família com a expansão dos programas de saúde da família em outros municípios do estado.

Contudo, dos resultados do trabalho de campo, surgiram elementos que demonstraram que a questão da experiência no programa não era um requisito central para a formulação de narrativas mais ampliadas em relação à clínica e ao adoecimento. Verificou-se que a formação profissional, o contato com outras racionalidades médicas, a motivação para o trabalho no PMF, entre outros perfis dos médicos, apareceram como questões tão ou mais importantes na disposição de uma narrativa ampliada sobre o saber clínico.

As entrevistas semi-estruturadas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para serem analisadas²⁷. Elas ocorreram na forma de conversas, mas tinham um roteiro que orientava o entrevistador no sentido de que fosse possível observar o universo narrativo e interpretativo dos médicos entrevistados. Este roteiro seguiu as seguintes questões norteadoras:

- A formação médica a que teve acesso e sua adequação para o trabalho clínico no PSF;
- A trajetória profissional e as motivações que o levam a trabalhar no PSF;
- A percepção sobre as características do trabalho clínico na APS em relação a outros cenários e arranjos assistenciais;
- A comparação do perfil dos pacientes atendidos na atenção primária com o de outros cenários de atenção;
- A identificação dos cenários e dos tipos de ações clínicas realizadas no PSF e o questionamento quanto à especificidade deles em relação aos aplicados em outros tipos de serviços;

²⁷ Na transcrição e reprodução das falas dos entrevistados foi preservada a identidade dos informantes.

- A percepção de fatores relacionados à prática clínica exercida próximo aos territórios onde a população adscrita reside e a interferência que esta situação pode produzir no cuidado individual;
- A influência na prática clínica da proximidade das relações intersubjetivas familiares e comunitárias;
- As estratégias usadas para aumentar a adesão e a efetividade às intervenções médicas.
- As técnicas que utiliza para estabelecimento do diálogo nos encontro clínicos;
- O papel da comunicação verbal e não verbal na apreensão do significado do adoecer dos pacientes;
- A relação entre o saber prático e a tecnociência biomédica no contexto da clínica;
- A perspectiva interpretativa da prática clínica;
- A percepção da singularidade do adoecer e seu significado para a clínica em relação às determinações mais técnicas e generalizantes do adoecer;
- A forma como estrutura os elementos tempo, subjetividade e cultura em sua narrativa sobre as situações de adoecimento;
- A maneira como lida com as incertezas na clínica;
- O papel da negociação na prática clínico-terapêutica;

A análise do material da pesquisa de campo

Devido a estas características do campo e dos sujeitos, optou-se por fazer uma única análise dos resultados da pesquisa, isto é, integrando os diferentes momentos

da investigação. Deste modo, a forma escolhida para apreciação destes resultados foi a de examinar e interpretar os diferentes elementos que constituíram e direcionaram as narrativas dos médicos sobre a prática clínica, independentemente da forma como eles surgiram no curso da investigação.

Contudo, é importante ressaltar que a identificação e interpretação em separado de aspectos contextuais, conceituais e práticos que emergiram das falas dos médicos nas entrevistas, se configuraram como um artifício de análise necessário para a construção de um texto que buscava integrar os diferentes elementos e formas presentes nas narrativas observadas na pesquisa.

Mesmo utilizando-se deste artifício, procurou-se manter a noção de que o significado das narrativas e o estilo de pensamento que as direciona, só se tornam claros quando as narrativas são compreendidas como uma unidade discursiva. Conseqüentemente, na análise, era inevitável que se tivesse em conta a possibilidade de que os sentidos adquiridos pelas narrativas dos médicos viessem a se cruzar, a se complementar, ou mesmo se transformarem, dependendo do foco dado pelos narradores e pelo observador.

A análise destes sentidos das narrativas tem como pressuposto a idéia de que elas revelam uma verdade — não uma verdade objetiva, mas a verdade da experiência. Neste sentido, o modo como um dado evento narrativo é organizado reflete a experiência do narrador, a forma como ele tem ou não tem sido capaz de trabalhar subjetivamente sobre esse evento, de dar a ele significado e integrá-lo à sua biografia. (VILLE & KHLAT, 2007)

Partiu-se da noção de que o significado das narrativas é produto de uma disposição espacial, temporal e relacional dos sujeitos que a produzem, formando um enredo sobre o qual explicam seu modo de pensar, agir e interpretar os eventos que

vivenciam. Para perceber estes enredos foram usadas categorias relacionadas às experiências vividas pelos médicos e, nas quais, foram integradas as falas dos médicos.

Assim, a análise das narrativas dos médicos sobre a clínica será abordada a partir das relações que estes sujeitos estabeleciam com os contextos de suas práticas e com os saberes e experiências que nelas se desenvolviam, buscando entender a forma como os narradores as integram e dão sentido a elas.

Na apresentação dos resultados desta análise, inicialmente, será feita uma descrição dos cenários onde os médicos de família atuam, mais especificamente, da forma como o PMF é pensado e organizado como uma política de atenção primária para o município de Niterói. Em seguida, será discutido o modo como as narrativas dos médicos se diferenciavam entre os módulos estudados na pesquisa e quais aspectos que poderiam estar influenciando nesta distinção.

Ainda explorando a relação entre os médicos e os cenários em que realizavam suas práticas, procura-se analisar o tipo de influência do perfil socioeconômico da população atendida pelas equipes sobre as concepções relativas ao processo saúde-doença e a clínica que praticam.

A parte seguinte desta análise entra, mais propriamente, na discussão dos aspectos diretamente ligados ao cotidiano da prática clínica. Neste sentido, inicia-se examinando a relação da clínica com o modelo de organização das práticas na medicina de família, tendo como foco principal a abordagem da proximidade com os usuários, a continuidade do cuidado e a integração de ações curativas com as de promoção e prevenção à saúde. Além de abordar as visões dos profissionais sobre este modelo de atenção, serão analisadas as situações de conflito produzidas pelo encontro entre médicos e pacientes no contexto deste modelo de atenção.

A partir da análise do contexto de atenção e das relações dele com a clínica, procura-se examinar suas influências na ampliação da escuta e da interpretação médica das narrativas do adoecimento dos pacientes atendidos e a forma como este saber se coloca diante do saber técnico científico biomédico.

Com este percurso procura-se discutir e analisar a influência desta conformação da prática da atenção primária à saúde na organização da dimensão relacional do trabalho na clínica, assim como na produção de novas competências e novos saberes para seus praticantes.

Contextos das Práticas Influenciando a Narrativa na Clínica

As características do Programa Médico de Família de Niterói

O PMF, que está implantado no município de Niterói desde 1992, teve como referência o modelo do médico de família desenvolvido em Cuba. Ao seguir o modelo cubano, o PMF adotou, na formação da equipe básica, responsável pela atenção à saúde da população, a presença de um médico com funções de generalista e de um auxiliar de enfermagem morador na área de atuação. Esta composição difere da proposta pelo Ministério da Saúde para o Programa Saúde da Família (PSF) que é de um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e 6 a 8 agentes comunitários de saúde.

Cada equipe básica do PMF é porta de entrada do sistema e responsável pela atenção continuada para, aproximadamente, 200 famílias residentes em um determinado território. Um conjunto de 3 a 6 equipes trabalham juntas nos chamados **módulos do PMF**, que podem ser instalações exclusivas para o programa ou compartilhadas com outros tipos de serviços de atenção primária ou especializada. As estruturas físicas destes módulos ainda são heterogêneas, alguns

módulos funcionam em instalações novas, planejadas especialmente para abrigar as equipes do programa, outras estão localizados em construções precárias, adaptadas para o trabalho do PMF e ainda havendo equipes instaladas em unidades de saúde maiores como policlínicas.

As construções voltadas, especificamente, para o trabalho do programa têm de 2 a 3 consultórios (adaptados também para o atendimento ginecológico), sala de curativos, farmácia, sala de vacinas e medicações, sala de grupos ou reunião e sala de espera.

A partir de 2004 o PMF acelerou o processo de implantação de novas equipes e em 2005 houve uma redistribuição dos territórios com o objetivo de ampliar a população adscrita por cada equipe. Com estas ações o programa teve uma ampliação do número de equipes e da cobertura populacional atendidas por cada uma delas. No momento da pesquisa o programa contava com 109 equipes básicas, compostas por médicos e auxiliares de enfermagem, alcançando a cobertura de 40% da população de 34 áreas de risco social do município que corresponde a 180.000 pessoas.

Para facilitar o gerenciamento do programa, foram implantadas cinco áreas de coordenação, que têm a função de gerenciar de 5 a 6 módulos e suas equipes, sendo um elo de ligação com a gerência central do programa e desenvolvendo um processo de regionalização das ações de saúde. Neste sentido, cada coordenação é responsável pela organização e regulação das referências à atenção secundária e terciária, assim como, realizar e executar um planejamento regional. As equipes de coordenação são formadas pelo coordenador e os membros da equipe de supervisão que são médicos especialistas em clínicas básicas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia), sanitaristas e profissionais de saúde mental, serviço social e enfermagem.

Desde o início do programa a gestão do PMF optou por fazer parcerias com as associações de moradores para a implantação do programa nas comunidades. A Fundação Municipal de Saúde de Niterói repassa recursos para as associações visando a contratação dos médicos e auxiliares. Entretanto são as coordenações que fazem o gerenciamento dos recursos humanos, desde a organização do processo seletivo, a definição da política salarial e do processo de trabalho, treinamento, avaliação de desempenho e remanejamento dos profissionais. Portanto, os profissionais do PMF têm dois patrões, o presidente da associação de moradores e a Fundação Municipal de Saúde representada pelos gestores do PMF. Apesar de haver alguns relatos de atritos entre a gerência e equipes do PMF e os presidentes das associações, esta parceria parece ter sido bem sucedida na maioria das comunidades (GOULART, 2002).

O processo de trabalho das equipes básicas no PMF

As diretrizes teórico-conceituais e técnico-operacionais do PMF incorporam a noção de um conceito ampliado de saúde e a perspectiva da integralidade e da responsabilidade sanitária na organização de seus serviços de APS. Devido a esta direção, as equipes são orientadas a enfatizarem a implementação de ações de prevenção e promoção à saúde além das práticas curativas. (GOULART, 2002)

O formato das equipes do PMF, diferentemente do PSF que conta com a enfermeira e os ACS, responsabiliza, diretamente, o médico pela realização de ações de prevenção e promoção a serem realizadas fora dos consultórios²⁸, no tempo destinado ao denominado trabalho de campo.

²⁸ No Programa Saúde da Família as ações de prevenção e promoção à saúde, realizadas na comunidade, são realizadas principalmente pelos agentes comunitários sob a coordenação da enfermeira.

Metade da carga horária dos profissionais é alocada na realização de ações de promoção e prevenção na comunidade²⁹. Este período destinado ao trabalho de campo é ocupado com atividades como: cadastramento das famílias; identificação de riscos à saúde das famílias; reuniões com os moradores dos territórios adscritos; consultas domiciliares à pacientes acamados; busca ativa de faltosos ao agendamento dos programas e acompanhamento de pacientes internados. Este tempo também é destinado à realização de grupos de educação em saúde na comunidade ou no próprio módulo, coleta e consolidação de informações gerenciais e de saúde e discussões de casos com a supervisão. A outra metade do tempo dos profissionais é dedicada ao atendimento nos consultórios aos pacientes agendados nos programas de saúde (Hipertensão, Diabetes, Puericultura, Pré-natal, coleta de exame preventivo ginecológico) e às consultas de pronto atendimento.

A preferência pela contratação de auxiliares de enfermagem que sejam moradores da área, objetiva facilitar a intermediação entre a comunidade e o serviço de saúde. Esta mediação propicia a contigüidade entre o mundo da comunidade e o dos serviços no processo de identificação de riscos à saúde e de necessidades de atenção especial de algumas famílias, facilitando o acolhimento das demandas dos pacientes. Portanto, os auxiliares de enfermagem além das ações de campo, realizadas em conjunto com o médico, são responsáveis por organizar o acesso às consultas de pronto atendimento; a marcação e entrega de resultados de exames e pareceres, afóra executarem os procedimentos técnicos típicos de enfermagem.

A atenção individual, nos consultórios, é prestada pela prática generalista de um médico. Esta prática, a grosso modo, compreende o atendimento clínico de pessoas de todos os grupos etários com a aplicação de conhecimentos teóricos e práticos

²⁹ A carga horária contratual dos médicos e auxiliares de enfermagem é de 40 horas que devem ser cumpridas em turnos de 8 horas diárias nos cinco dias da semana.

das especialidades clínicas básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia, obstetrícia e saúde pública). Entretanto, a maioria dos médicos contratados não tem uma formação pós-graduada como generalistas³⁰ e precisam ser capacitados em serviço através de treinamentos específicos e de supervisões clínicas regulares.

Além das ações de prevenção e promoção e do trabalho clínico é solicitado que o médico desenvolva atividades gerenciais, identifique problemas presentes em seu território, colete e consolide informações em saúde, planeje intervenções individuais e coletivas e gerencie o funcionamento do módulo em parceria com os membros das outras equipes.

Outro aspecto, que é muito particular do modelo do PMF, é a existência de uma equipe de supervisores por área que é responsável pela supervisão clínica dos casos, a educação continuada dos profissionais, a avaliação das equipes, o gerenciamento dos módulos e a regulação dos pedidos de exames especiais ou de pareceres aos especialistas. Portanto, os supervisores, além de terem uma função de apoio clínico, têm a tarefa de intermediar a relação das equipes com a gerência do programa e de promover a educação continuada dos profissionais.

A rotina de supervisão compreende duas visitas semanais aos módulos por cada supervisor. Estas visitas representam espaços para os médicos e auxiliares dos módulos trazerem dúvidas relacionadas à condução de casos clínicos, cobrarem a resolução de problemas de referência às especialidades ou a realização de exames, além de permitirem a discussão de problemas organizacionais do módulo ou dos territórios pelos quais são responsáveis.

³⁰ Para melhor especificação da formação pós-graduada dos médicos ver Anexo 2

Espaço e contexto dos módulos influenciando nas narrativas dos médicos

A observação do cotidiano e das falas dos profissionais pertencentes às equipes de oito diferentes módulos, incluídos em duas áreas de coordenação, mostrou que os módulos visitados tinham contextos muito diferentes³¹entre eles.

Foi possível perceber nas observações de campo que o programa, embora tenha uma estrutura gerencial central que estabelece um processo de trabalho homogêneo para as equipes, apresenta contextos diversos em cada módulo e que estes influenciavam a produção de padrões narrativos próprios entre os profissionais de uma mesma unidade de médico de família.

Compreende-se como contexto dos módulos a disposição de fatos e de coisas que constituem suas realidades como: o processo de sua implantação, seu tempo de existência, sua estrutura física, o compartilhamento do espaço com profissionais e serviços baseados no modelo tradicional (como o caso dos módulos implantados dentro de policlínicas), o perfil social e cultural da comunidade assistida, a convivência com outras instituições (igrejas, escolas, polícia etc) e o relacionamento com as formas de organização comunitária existentes.

Observou-se, portanto, que o modo como as equipes básicas compartilham o espaço físico de um módulo e como são estabelecidas as relações entre seus profissionais e entre estes e a comunidade, supervisores e a gerência do programa, produzem uma identidade e a maneira de operar a atenção à saúde que influem na produção de um padrão narrativo de seus atores que é diverso em cada módulo do PMF.

A especificidade observada no padrão narrativo dos participantes de cada módulo também parece ser influenciada pelas características de seus profissionais como: o

³¹ Para maior esclarecimento de características dos módulos observados no estudo ver o Anexo 1

número de equipes existente no módulo, o tempo de trabalho no programa, as motivações que têm para trabalhar no PMF, os caminhos de sua formação profissional e, principalmente, as relações pessoais e técnicas estabelecidas entre os membros das equipes e destas com a equipe de supervisão.

O processo de implantação e a estrutura física são diferentes em cada módulo e pôde-se verificar que estes aspectos influenciam a organização dos padrões narrativos de seus profissionais. Em relação a estes aspectos, chamou a atenção a diferenciação existente entre o processo de implantação de módulos em prédios exclusivos para o PMF e o ocorrido em locais onde as equipes compartilham o espaço com profissionais de serviços básicos ou especializados operando no modelo tradicional de atenção.

Além da divisão do espaço físico, a convivência com profissionais atuando sob bases assistenciais diferentes acentuava impasses latentes, semelhantes aos observados em municípios onde o PSF convive com serviços tradicionais³². Entre os impasses pode-se citar a dificuldade de compreensão e aceitação de um outro tipo de modelo de atenção, de compatibilizar o acesso de usuários cadastrados ao PMF com os que procuram o outro serviço, além das diferenças de vínculo contratual e da condição salarial entre os profissionais. Por sua vez, esta convivência de diferentes modelos de serviços de saúde dificulta o entendimento, por parte da população, dos objetivos do programa médico de família e da diferenciação no tipo de acesso e de ações implementadas.

As falas dos profissionais destes módulos, que são híbridos, tendem a ver as modalidades de atenção específicas do PMF como elementos que se agregam à

³² Vide trabalho de Favoreto & Camargo Jr, (2002) que analisou a de implantação do PSF como proposta de mudança do modelo assistencial.

clínica realizada no modelo tradicional. Conseqüentemente, suas visões quanto às ações de educação em saúde, ao aconselhamento e a dinâmica relacional do trabalho do médico na comunidade, são consideradas como espaços de práticas em saúde específicos e não integrados à clínica.

“na verdade nosso trabalho como médico não muda (não é diferente daquele exercido no modelo tradicional), você tem que atender paciente, fazer diagnóstico e tem que tratar. Mas é uma forma diferente porque você consegue mais um pouquinho. Este trabalho dá a possibilidade de poder ir além do diagnóstico ou do tratamento da doença, abordar outras questões da saúde, outras questões que não estão na cura ou na doença”. (Médica A; Módulo Cinza)

“Ele (o modelo de atenção) tem uma diferenciação, não em relação à terapêutica porque ele usa a mesma do modelo tradicional, mas porque o médico convive no território, com a família, com o pacientes em diversas circunstâncias permite você ter como agregar outras variáveis ao processo saúde doença”. (Médica D; Módulo Vermelho)

“Nós precisaríamos fazer sala de espera diariamente para melhorar a adesão. Isso é pouquíssimo trabalhado aqui, o espaço físico não favorece, a porta de entrada é ruim, as pessoas dispersam muito”. (Médica D; Módulo Vermelho)

Nas narrativas dos médicos de equipes instaladas em unidades exclusivas do PMF percebeu-se maior proximidade entre os profissionais e destes com o projeto político ideológico do programa. Talvez a ausência dos impasses, citados anteriormente, e o maior convívio entre as equipes nestes módulos, contribuam para um movimento coletivo de enfrentamento das dificuldades de implantar um modelo de atenção diferenciado. Por conseguinte, estas características pareciam facilitar a busca dos profissionais pela maior aceitação e valorização pela comunidade e pela sociedade médica do trabalho realizado. Neste caso, são freqüentes falas que evidenciam estratégias adotadas pelas equipes para quebrar as resistências externas a um trabalho que visa promover de modo mais integral as ações de saúde.

“Eu acho o programa maravilhoso, a intenção é excelente, mas eu acho que a comunidade tem que ajudar, se eles conseguissem perceber...” (Médica A; Módulo Amarelo).

“Eu acho que a gente não é valorizada. Nós fazemos um trabalho muito bonito, mas não somos valorizados pelos colegas de outros serviços. Eles nos vêm como médicos frustrados, que não entendemos nada de medicina”. (Médica A; Módulo Amarelo)

A proximidade e o domínio maior do espaço e dos processos organizacionais e de atenção à população facilitam que os médicos participem, ativamente, do fluxo dos usuários no módulo e dos problemas vividos por profissionais das outras equipes. Este contexto se reflete em falas onde foi possível perceber maior compartilhamento da equipe na gerência das ações realizadas no módulo (como no caso do acolhimento às demandas espontâneas) e dos problemas tanto clínico como de relacionamento com os usuários.

“É lógico que às vezes existem problemas com alguns pacientes, com as referências, com a política, mas a gente não fica sozinha para enfrentar estas questões”. (Médica A; Módulo Amarelo)

“Há possibilidade de discutir os casos entre os colegas e a supervisão, a gente acaba sabendo os casos importantes dos colegas. A gente se ajuda um atende o caso do outro. Isto na atenção básica dá para fazer”. (Médica D; Módulo Amarelo)

“Eu acho que marcar um consulta para um mês não é PSF. Tem que ver o problema logo [...]”. (Médica C; Módulo Amarelo)

“Aqui a gente tem cada profissional oriundo de uma das áreas e assim nos temos uma auto supervisão”. (Médica A; Módulo Preto)

Cada módulo parece assumir um caráter particular, desenvolve uma unidade interna e uma imagem externa, que o diferencia dos demais. Esta identidade se expressa nas suas formas de organização interna que vão desde o cafezinho até a escolha das estratégias de acolhimento, o apoio entre os profissionais, a adoção ações de educação em saúde e os modos de dialogar com a comunidade, com a supervisão e com a gerência do programa.

Além da diversidade em relação às questões mais objetivas, observou-se que os cenários e contextos dos módulos influíam nas narrativas dos médicos, pois

delineavam e dirigiam o foco e a forma como as falas dos profissionais se organizam em cada unidade de saúde do PMF.

A existência de padrões narrativos em cada módulo não significou, entretanto, a existência de uniformidade entre as narrativas de cada profissional em particular, assim como não denotou que o contexto das práticas fosse um determinante isolado das falas dos médicos. Contudo, esta conjuntura dos módulos representou um aspecto capaz de influir na hierarquia e no balizamento da narrativa que os médicos produziam sobre a clínica e que, por sua vez, precisou ser considerado na interpretação e análise do rumo, das escolhas e do significado das suas falas.

O que se conclui desta análise é que há possibilidade de formação de padrões narrativos diferentes entre as unidades de saúde participantes de um mesmo sistema de atenção que, aparentemente, compartilham de uma mesma estrutura teórico-conceitual e organizacional como é o caso do PMF. Outro aspecto que emergiu desta análise, é a possibilidade de que um elemento operacional como a estrutura física de um módulo, que a princípio não parecia ser relevante, ganhe destaque na construção das narrativas dos médicos.

Ainda no sentido de compreender a importância dos contextos e de suas relações com os saberes e as práticas na clínica será analisada a influência das condições dos moradores das comunidades e da proximidade do médico com elas nas falas sobre o saber e a prática clínica.

Analisando a influência das condições de vida nas narrativas médicas

Seguindo a trajetória de discussão dos resultados do trabalho de campo parece pertinente analisar a relação das características socioeconômicas e a dinâmica do território na formação e direcionamento das narrativas médicas sobre a clínica.

A partir da divisão da área de cobertura dos módulos, cada equipe básica torna-se responsável por um setor que, se possível, deve corresponder a um determinado conjunto de famílias de um território contíguo. Estes territórios compreendem principalmente áreas do município que apresentam baixos níveis socioeconômicos, logo, populações que possuem um maior risco social e sanitário.

Estes critérios de delimitação das áreas de atuação do PMF não refletem, entretanto, uma homogeneidade social e sanitária entre as áreas de um módulo ou entre setores de um mesmo território. Portanto, apesar da tentativa de estratificação através dos indicadores sociais, existem diversidades relacionadas às condições socioeconômicas, de habitação, de saneamento básico, de escolaridade, de utilização dos serviços de saúde, religiosas e de convivência com o crime organizado, entre as regiões do município cobertas pelo PMF, assim como, entre os setores abrangidos por cada módulo em particular. O contraste social também era percebido pelos médicos que, em suas narrativas, faziam observações quanto ao reflexo das diferenças sociais sobre o processo de atenção à saúde.

“Neste setor onde eu estou atuando há famílias com grandes diferenças sociais, algumas de classe média. Estas no início não queriam ser cadastradas, mas agora com a redução do poder aquisitivo, estas pessoas estão procurando o MF. Houve inclusive aumento das pessoas assistidas pelo PMF neste setor”. (Médica A; Módulo laranja)

“Acontece é que o meu setor, as pessoas dizem que é a zona sul da ilha. Elas conhecem suas doenças, têm planos de saúde, vêm para um complemento ou porque perderam o plano, elas têm um manejo bom da doença, portanto, eu tenho um pouco mais de facilidade. Este setor não espelha bem a realidade da ilha” (Médica C; Módulo Vermelho)

Nas falas dos médicos que assistem setores onde se localizam famílias vivendo em bolsões de grande pobreza (lixões ou áreas de invasões recentes), esta referência

ao social se tornava mais intensa e, por vezes, direcionava toda a narrativa sobre suas práticas e sobre a clínica.

“Você tem que assumir que aquele contexto faz parte dos sintomas, não dá para admitir que aquilo ali não faça mal para as pessoas: calor, poeira, mal cheiro, mosca para todo lado por vinte quatro horas por dia”. (Médica A; Módulo Verde)

A ênfase nos determinantes sociais do processo saúde-doença estava presente nas narrativas de médicos, mesmo daqueles que trabalhavam em áreas onde, comparativamente, as condições de vida são melhores. Este fato pode ter explicações no contraste e no impacto vivenciado por estes profissionais com relação à sua própria situação social e aos valores dela advindos. Por outro lado, esse impacto com a realidade social pode ter contribuído para o surgimento de falas que expressavam angústia e frustração decorrente da dificuldade de vislumbrar mudanças nas condições de vida da população adscrita.

Este olhar, capturado pelas dificuldades socioeconômicas, parecia distorcer a percepção do processo cultural e histórico em que a comunidade está inserida, dando margem, inclusive, a interpretações apressadas e superficiais deste processo. Esta visão superficial do contexto político e cultural onde se desenvolvem as precárias condições de vida das famílias dava margem a falas que expressavam uma perplexidade, ou até a idéia de culpa das pessoas, devido a uma provável passividade da comunidade pela forma como convivem com suas precariedades.

“Uma das coisas que eu sempre falo para as pessoas é que elas ficam muito esperando que chegue o governo, que ele faça tudo. Mas se ele não faz, a comunidade como um todo deveria ter mais organização para conseguir as coisas. [...] É claro que aqui há um abismo social, mas a comunidade precisa se organizar. [...] Nestes termos a população fica um pouco passiva”. (Médica B; Módulo Preto)

“Você está ali dentro está olhando, tá chamando. Tem uma família que vive numa sujeira crônica, eu acho que a sujeira já faz parte da

vida deles. A gente dá aquela orientação, mas aquilo não muda. Me frustra!” (Médica B; Módulo Amarelo)

“Existe diferença entre a população daqui com a de lá de Eldorado. Lá é um povo miserável, só que eles faziam questão de mostrar que são miseráveis. Preferiam andar com a roupa rasgada, suja, imunda, para mostrar para as pessoas que eles eram miseráveis”. (Médica C; Módulo Lilás)

Essa frustração dos médicos parecia não advir apenas da impossibilidade de serem agentes de transformação social do coletivo das pessoas assistidas. Ela também se refletia na relação com a clínica, pois as precárias condições socioeconômicas da população eram percebidas pelos médicos como barreiras a uma prática médica considerada tecnicamente ideal.

“No trabalho de campo surge uma coisa interessante, aí, quando a gente deveria dar orientação maior como a prevenção, surgem as coisas socioeconômicas, o chefe de família desempregado, a água que não chega todos os dias, não existe uma coleta adequada do lixo”. (Médica B; Módulo Preto)

“O que adianta falar de alimentação adequada, balanceada, se as pessoas não têm trabalho. Têm que se contentar comendo arroz, feijão e ovos fritos. Esta parte que a gente fica um pouco desestimulado” (Médica B; Módulo Preto)

“Uma boa parte da população daqui não tem planejamento para a semana seguinte, o máximo que conseguem planejar é no almoço planejar a janta. A gente começou a conseguir que eles comparecessem às consultas quando passamos a avisar na véspera que eles tinham consulta no dia seguinte, aí eles lembravam”. (Médica A; Módulo Verde)

Outro aspecto a ser analisado era o modo como o contexto social adquiria um papel de legitimar (muitas vezes é citado como exemplo) um modo de pensar determinístico e mecanicista quando da formulação das narrativas sobre o processo saúde-doença. Neste caso, foram observadas falas que expressavam na atribuição de causalidade uma relação direta entre a situação socioeconômica e o aparecimento de doenças ou as possibilidades de intervenção terapêutica. Este estilo de pensamento foi particularmente mais freqüente quando era abordada a

adesão das pessoas aos tratamentos propostos e às estratégias de promoção e prevenção de agravos à saúde.

Ainda que os conhecimentos biomédicos e epidemiológicos corroborem, a princípio, com esta concepção linear de causalidade, este modo de pensar não se justificaria tendo em vista a proximidade e os vínculos que os médicos desenvolvem, cotidianamente, com a população. Esperava-se que a proximidade destes profissionais com os pacientes os ajudassem a integrar as restrições socioeconômicas com os valores culturais e os significados pessoais relativos ao adoecer e à prevenção dos agravos à saúde ampliando, assim, a tradicional visão determinística do social sobre o processo saúde-doença.

Contudo, a prevalência desta visão determinística nas narrativas dos médicos parece refletir uma submissão de seus discursos a um padrão técnico de explicação do adoecer baseado, apenas, no modelo biomédico e epidemiológico. Assim, a maioria dos discursos médicos que abordaram a relação entre as condições de vida e o processo de adoecimento, não parecia ampliar-se com as experiências e o convívio com a diversidade cultural da população e com a construção de significados pessoais.

“tem uma família que mora no alto do morro, numa casa de papelão com cinco filhos pequenos, só eu saber isso já me dá uma visão dos problemas de pele que recidivam, da verminose, enquanto eu não interferir nas condições de saneamento e moradia os problemas continuarão”. (Médica D; Módulo Vermelho)

“Talvez eu tivesse idéia, mas coisa que eu não dava importância. A gente vê doenças que se perpetuam por causa do ambiente em que a pessoa está inserida, você tenta tratar, mandar para o especialista mas você não consegue interromper aquele ciclo ali”. (Médica C; Módulo Vermelho)

“Justamente você conhecer a família como um todo, você conhece onde a paciente mora, as dificuldades sociais, as limitações de estudo, tudo que está causando doença no paciente você está vendo ali”. (Médica B; Módulo Lilás)

Entretanto, este discurso que atribui, de forma mecânica, aos determinantes sociais a causalidade do adoecimento, ficava esmaecido quando a narrativa do médico se aproximava da intimidade/singularidade do contato e das intervenções realizadas com as pessoas adoecidas. Nestes relatos havia uma maior integração dos aspectos relacionados ao ambiente de vida das famílias com as suas relações interpessoais e culturais no que tange ao processo de adoecimento e, principalmente, às escolhas e à forma das intervenções terapêuticas preconizadas aos pacientes.

“Eu sempre tento me colocar no lugar do paciente, eu compreendo que é difícil aderir a um tratamento para a vida toda (fala num tom de voz mais baixo) é difícil mesmo, para nós é difícil. Para sempre é pesado”. (Médica C; Módulo Amarelo)

“Eu acho que é mesma coisa (não considera que há diferenças em relação ao nível social ou ao ambiente ou ao programa), mas depende de como isto vai ser tratado por cada paciente”. (Médica A; Módulo Lilás)

Comparando este dois tipos de falas percebe-se uma dualidade entre uma narrativa ligada ao fazer na clínica e o discurso que a subsidia. Esta aparente contradição expõe o embate entre a necessidade de legitimação de um conhecimento médico estático — decorrente de de on ráe dáutimnááicoo f a 3(n)5.67474(a)-4.33117(r)2.80439(r)2.8

ciência, mas que você tenha um mínimo de bom senso, você tem que adaptar suas condutas”.(Médica A; Módulo Verde)

Em algumas ocasiões observou-se a formação de uma narrativa em que o médico assumia que a convivência com as difíceis condições sociais da população havia sido capaz de produzir um novo sentido ao seu saber e a sua prática. Quando estas falas surgiram, demonstraram a necessidade percebida pelos médicos, de valorizar esta vivência cotidiana. Identificavam como os elementos dialógicos e interpretativos adquiridos os instrumentalizavam e os legitimavam a questionar, ampliar e flexibilizar concepções e normas técnicas.

“Eu acho que o saber e as expectativas são muito diferentes. O saber hoje, se eu fosse voltar à faculdade eu jamais conseguiria ficar naquilo mesmo”. (Médica A; Módulo Verde)

“Então é fazer, diante da realidade de vida deles, e com aquilo que eles têm ao alcance, com que eles tenham uma qualidade de vida melhor”. (Médica C; Módulo Amarelo)

“A terapêutica: Influi porque muitas vezes você vê que o que vai resolver o problema do paciente não é o remédio, muitas vezes você deixa de medicar mesmo, fica só na conversa mesmo e o paciente sai satisfeito”. (Médica B; Módulo Laranja)

A relação das narrativas dos médicos com a forma de organizar a atenção clínica na APS.

De um modo geral, os médicos reconheciam como positiva a forma como o modelo de atenção do PMF é organizado para prestar os serviços de atenção às famílias. Destacaram em suas falas os benefícios alcançados pela realização de uma prática em saúde que possibilita a **proximidade** com a comunidade, a **continuidade** e **longitudinalidade** do cuidado e a **transversalidade** na atenção das famílias.

“É muito interessante você poder entender a família toda, ver o movimento familiar, ver as relações entre seus membros, o que eles falam, a família, a casa, como é vivida a história da doença na família, tudo isso é muito interessante”.(Médica C; Módulo Laranja)

“É a possibilidade de estar próximo e o fato de a gente atender os diferentes ciclos de vida de uma pessoa e atendê-la em diferentes situações sobre diferentes ângulos.” (Médica A; Módulo Laranja)

A proximidade com a comunidade e com o modo de vida das famílias era insistentemente apontada como um aspecto central do programa. Os médicos compreendiam que ela possibilitaria a incorporação dos fatores ambientais, sociais e psicológicos como subsídios para o trabalho clínico e induziria a formação dos vínculos entre os médicos e usuários. Desse modo, a proximidade com a moradia e o território era, por princípio, entendida como elemento importante em uma atenção integral. Entretanto, a maioria das falas construía uma narrativa onde o enfoque, dado à proximidade com o território, estava dirigido, apenas, para a possibilidade de criar oportunidades para as equipes implementarem intervenções preventivas e de promoção à saúde.

“Sempre enfocando a saúde, a busca do bem estar, a gente consegue entrar nos problemas internos da família, explicando a necessidade das pessoas se responsabilizarem com a saúde delas, que esta não é de responsabilidade exclusivamente do médico.” (Médica A; Módulo Cinza) ,

“Essa possibilidade de estar ali intervindo mesmo, como agente de saúde informando, educando, às vezes sendo mesmo ditador, dizendo para fazer isso e não fazer aquilo.” (Médica C; Módulo laranja),

A proximidade com a comunidade teria sua maior materialidade no trabalho de campo que facilita o reconhecimento das condições e da dinâmica de vida das famílias e, também, da forma como os pacientes estão se relacionando com os processos de adoecimento e com as condutas preconizadas nos consultórios.

“Você vê no consultório, vejo na casa dela, atendo ao marido, com o tempo você vai conhecendo melhor a realidade daquela pessoa.” (Médica A; Módulo Laranja),

“A outra questão boa é o trabalho de campo, apesar de que este também poderia ser realizado na unidade tradicional. Mas esta visão globalizada que a gente tem é difícil para o especialista”. (Médica A; Módulo Laranja)

Muitas das falas demonstravam, contudo, uma concepção parcial deste contato tão próximo com a realidade e com o modo de viver e de adoecer das pessoas. Neste caso, o significado desta proximidade parecia ficar restrito à coleta de informações mais precisas sobre os riscos ou agravos à saúde e a adoção de medidas preventivas e curativas que, dentro da perspectiva técnico-biomédica, possam ser mais efetivas.

“Você tem como buscar estas respostas, saber, eu vou lá e vejo se melhorou da ferida, se marcou a mamografia, melhorou a gripe, controlou a diabetes, isso é bom.”(Médica C; Módulo Laranja)

“Esta atendendo um paciente você tem que ter em vista a prevenção, tem que pensar nas doenças e detectá-las, mesmo que a demanda do paciente não seja aquela.”(Médica D; Módulo Amarelo)

“Você chega na casa e o potinho está cheio de comprimidos. Você pergunta ‘A senhora tomou o remédio direito Dna Regina’ ela responde ‘Tôô’ A visita domiciliar contribui muito para a terapêutica dar certo.” (Médica C; Módulo Amarelo)

Na relação do modelo com a prática clínica, era enfatizada a possibilidade, criada pelo programa, de fazer o **agendamento de consultas** que viabilizaria a realização de encontros clínicos mais demorados, maior oportunidade de conversar e de aprender com as trocas de experiência entre o médico e o paciente. Também as **visitas domiciliares** eram entendidas como uma forma de prestar assistência que influenciaria a prática clínica por permitir ao médico compreender, mais intensamente e melhor, a dinâmica familiar dos pacientes que atende.

“As vezes é a questão do tempo, numa consulta que está marcada, nós sempre procuramos fazer isso, avaliar a pessoa como um todo, falar um pouco de si também, eu aprendi isto também, isto deixa o paciente mais a vontade, com um exemplo seu eles ficam mais a vontade de falar. Às vezes também de ir à casa, ajuda também.”(Médica B; Módulo Laranja)

Uma questão que espelhava uma consequência direta do modelo de atenção, era o modo como o médico e o auxiliar de enfermagem estavam envolvidos e se sentiam

responsáveis pelo paciente e com o cuidado a ser dispensado a ele. No contato com a supervisão as equipes se tornavam interlocutores de seus pacientes, faziam cobranças freqüentes quanto à realização de exames, ao acesso a consultas especializadas ou à implementação de intervenções sociais na comunidade. Deste modo, os profissionais se colocavam como parceiros dos pacientes e responsáveis por conseguir soluções possíveis para seus casos.

Este envolvimento dos profissionais do PMF com os pacientes e a comunidade e a diversidade de cenários de atuação demonstraram uma ampliação das práticas clínicas na APS em relação ao que é encontrado no modelo tradicional de atenção. Contudo, raramente emergiram narrativas, por parte dos médicos, que associassem a proximidade com o território e o vínculo com as pessoas, ampliando a competência diagnóstica e terapêutica na clínica.

Quando este tipo de fala surgiu, demonstrou a possibilidade do vínculo poder ampliar a capacidade de perceber e interpretar as linguagens, os significados e as necessidades dos pacientes no encontro clínico.

“Esta coisa de você conhecer a família, dela acreditar no seu trabalho cria um vínculo incrível. Eu acho muito bom, porque você conhece onde ele mora, as co-morbidades que têm dentro da casa, você sabe onde ele trabalha, as pessoas que trabalham com ele. Isso aí influencia em você pensar ns diversas possibilidades em relação ao que está ocorrendo.”³³. (Médica A; Módulo Vermelho)

‘As vezes chegam pessoas com problemas somáticos, a coisa da ansiedade, queixando-se de dores no peito. Mas nós sabemos que alguém faleceu. Você tem intimidade, para ela contar o que está acontecendo e, às vezes, não é nada, é só ansiedade.’ (Médica A; Módulo Vermelho)

³³ Nesta entrevista a médica demonstrou uma competência de perceber e analisar, de modo mais amplo e organizado, as situações de adoecimento. Esta diferenciação pode estar associada a uma construção ideológica a que ela se aproximou durante a graduação, quando se aproximou de outras racionalidades médicas que lhe possibilitaram aproximar-se de outros modelos explicativos da relação entre mente e corpo e/ou por ter feito uma residência em medicina de família onde teve a oportunidade de observar a prática clínica do seu preceptor, que abria espaço para os pacientes organizarem suas narrativas, para dialogarem e expor seus sentimentos.

“Você entra na casa das pessoas, acaba virando um pouco psicólogo. As vezes as pessoas não querem apenas dizer que estão com uma dor lombar, ela quer que você dê uma atenção diferente, que converse, fale, fale..... Ela quer chorar no teu ombro”. (Médica B; Módulo Amarelo)

Estas narrativas dos médicos compreendiam que o vínculo pode ampliar o papel da clínica na abordagem das questões subjetivas diretamente expressas ou não em suas demandas, na medida em que oportuniza ao paciente um espaço de diálogo em que ele se sente mais à vontade para expor problemas relacionados à subjetividade.

“Tem aquelas pessoas que têm vários problemas conjugais, sofre violência domestica e só quando você aborda este tipo de problema, que ela se coloca e aí sim é se estabelece uma boa relação médica paciente, mas até então você tem que estar garimpando, porque sempre tem um motivo por traz da doença”. (Médica B; Módulo Lilás)

“De modo geral esta entrada na família, o nosso trabalho facilita esta intervenção na família, facilita perceber qual o foco é preciso dar para aquela família.” (Médica A; Módulo Lilás)

Nesta perspectiva, o vínculo entre o profissional e a comunidade e o conhecimento de aspectos da vida e dos comportamentos dos usuários, parece potencializar a ampliação da escuta do médico e pela sua capacidade de abordar e reconhecer aspectos do adoecimento e de seu significado pessoal que não foram ditas. Possibilita a abordagem e a compreensão de situações em que os pacientes, para se protegerem do medo ou do preconceito que envolve seu adoecimento ou suas demandas, expõem seus problemas através de subterfúgios, atitudes, isto é formas narrativas em que só a proximidade com o contexto do adoecimento permite reconhecer.

A identidade e legitimidade do saber clínico a partir da especificidade do modelo de atenção

As características do modelo de atenção eram assumidas como elementos diferenciadores da prática do médico de família em relação àquelas desenvolvidas

pelos clínicos que atuam no modelo tradicional. As falas atribuíam ao modelo a função de construção de um campo profissional para o médico de família, assim como de legitimação e valorização corporativa e social de sua atuação.

Era tão grande o significado do modelo na construção desta identidade médica que a ele chegava a ser atribuída a capacidade de promover uma “humanização” da pessoa e do trabalho do médico.

“Eu acho que eu dei uma humanizada em mim, eu consigo ver a família, a casa de uma outra maneira que eu não via. A minha visão antiga se limitava a diagnosticar, a tratar, resolver o problema e ir embora.” (Médica B; Módulo Amarelo)

Porém, o discurso sobre a especificidade e qualidade do trabalho do médico de família era baseado na crítica ao modo como as práticas são organizadas no modelo tradicional. Neste sentido, julgavam, negativamente, a realização isolada das ações curativas, a falta de acolhimento e a impessoalidade do atendimento nos serviços tradicionais de saúde.

“As formas como os serviços funcionam é um horror, não tem acolhimento nenhum, as pessoas são maltratadas” (Médica A; Módulo Amarelo)

“O médico que está fora do campo da saúde da família e da saúde pública está muito centrado na doença. Em diagnosticar e tratar e acaba por aí. O que a gente faz na Medicina de Família trabalha-se muito a prevenção”. (Médica B; Módulo Amarelo)

Mesmo a identificação dos ganhos de competência clínica, possibilitados pelo trabalho no PMF, tinha como parâmetro o modelo tradicional. Neste sentido, a melhoria da prática clínica surgia como advinda da capacidade do programa de promover a continuidade do cuidado, de conhecer os resultados das intervenções produzidas e de reconhecer como o adoecimento se desenvolve na família e entre seus membros.

“Por exemplo, se você vai ao cardiologista ele só vai ver o coração. Mas, também, não é todo especialista que tem esta visão fragmentada não, nem que nós sejamos melhores que eles, mas como nós temos mais facilidade de ver todas as facetas da vida das pessoas, permite que tenhamos uma visão mais integral do problema do paciente”. (Médica A, Módulo Laranja)

“A diferença de modelo é total, no tradicional você fica na doença o tempo inteiro, desde que eu me formei trabalhei o tempo todo em plantões, aí além de ver só a doença você não tem a continuidade. O médico de família é o contrário disso aí, tem a coisa do acolhimento, de ver o paciente inteiro, ter que conversar “(Médica C; Módulo Vermelho)

“Eu acho que a gente não é valorizada. Nós fazemos um trabalho muito bonito, mas não somos valorizados pelos colegas de outros serviços. Eles nos vêm como médicos frustrados, que não entendemos nada de medicina”. (Médica A; Módulo Amarelo)

Portanto, o entendimento dos médicos sobre a clínica e a valorização dos saberes e das práticas desenvolvidas não passavam por uma maior elaboração teórica ou conceitual. Os profissionais apresentavam como referência para esta compreensão e julgamento suas experiências profissionais prévias nos serviços tradicionais comparando-as com a prática atual no PMF.

Geralmente, eram as críticas e o desconforto com as atitudes e práticas de colegas, atuando em serviços tradicionais, que compunham os argumentos mais significativos para a valorização do trabalho médico no modelo do PMF. Estas foram referências que apareceram em muitas das falas que procuravam justificar a decisão de trabalhar como médico de família e, ao mesmo tempo, buscar a diferenciação e o reconhecimento social e profissional de seus pares e da comunidade que assistem.

A integralidade do modelo versus a fragmentação no discurso da clínica

O estilo de pensamento pragmático do médico, fundado na racionalidade biomédica e nas visões e relações estabelecidas em seu campo profissional, pode explicar a limitação do discurso produzido sobre a integralidade na clínica no contexto da APS. Este modo de pensar estava presente nas falas em que os médicos de família se

limitavam a atribuir a perspectiva da atenção integral apenas como um produto do modelo de atenção, isto é, como fruto da forma como são organizadas as intervenções em saúde e como o médico nelas se insere.

Nesta concepção a integralidade na clínica do médico de família se apresentava como consequência dos cenários e dos modos de agir promovidos pelo arranjo assistencial do modelo do PMF. Deste modo, formava-se um discurso que não abordava a possibilidade de uma diferenciação no saber e nas competências clínicas dos médicos atuando no campo da atenção primária.

Quando a dimensão integral da atenção se refere apenas ao modelo e não ao saber desenvolvido por quem realiza as ações, as possibilidades, criadas pela proximidade do território e pela continuidade do cuidado, deixam de serem assumidas como fatores potencializadores de possíveis rupturas em relação ao saber e às práticas da clínica tradicional.

Esta concepção dimensiona os elementos da prática do MF apenas como produto de uma nova organização do processo de trabalho médico, que é visto como responsável por agregar um maior número de informações (coletadas de maneira mais precisa) e uma maior variedade de ações ao trabalho clínico.

Este enfoque, portanto, reafirma a idéia de que uma “boa prática” é fruto de um bom arranjo organizacional, mesmo que contido nos limites da abordagem da biomedicina, igualando, assim, a atuação do médico de família a de outros tipos de atuação profissional.

“Existem diferenças, mas são poucas. Porque aqui você já conhece o paciente, já sabe mais ou menos a família, a história familiar, aqui a gente trabalha como médico de família pega mais a parte familiar, não apenas o indivíduo.” (Médica C; Módulo Lilás)

“Ele tem uma diferenciação, não em relação à terapêutica porque ele usa a mesma do modelo tradicional, mas porque o médico convive no território com a família, com os pacientes em diversas circunstâncias permite você ter como agregar outras variáveis ao processo saúde doença.” (Médica D; Módulo Vermelho)

Este distanciamento da integralidade com a clínica se organiza em torno de uma concepção que compreende a existência de lugares diferenciados na clínica ocupados, por um lado, pelo saber médico (compreendido aqui como o conhecimento biomédico) e, por outro, pelas ações realizadas no cotidiano da clínica. Estas últimas seriam as que envolveriam a comunicação, a interpretação dos contextos de vida, a educação em saúde, o aconselhamento, enfim, toda a dinâmica relacional do trabalho clínico em uma comunidade.

Esta percepção da integralidade na prática dos médicos de família se baseava na idéia de que o modelo de atenção agregava, mas, não necessariamente, integrava aspectos do território e da vida social e cultural das pessoas a uma perspectiva de mudança na prática clínica. Estes elementos não eram vistos como capazes de influir na ampliação do saber clínico ou de serem indutores do

saber clínico. **Este modo de pensar constrói uma narrativa onde a percepção da integralidade está deslocada da clínica e vinculada, apenas, à possibilidade de intervir na prevenção e na promoção à saúde que são ações propostas e facilitadas pelo arranjo técnico assistencial do modelo de atenção.**

“Então, esse convívio próximo nos dá outra visão da clínica e nos leva a outras formas de atuação que não só a terapêutica.” (Médica D; Módulo Vermelho)

Nessa forma de pensar, a experiência cotidiana em uma prática médica que está próxima ao contexto de vida das pessoas, que favorece a construção de vínculos com os pacientes e, conseqüentemente, expõe o médico aos diferentes significado assumido em relação às situações de adoecimento, não está, necessariamente, relacionada à construção de um novo estilo de pensamento que amplie o saber clínico.

“Você tem oportunidade de tentar ver que outras maneiras e outras coisas podem estar gerando aquele processo de doença, de que maneira você pode estar melhorando o acesso daquele indivíduo ao

A falta de coerência e de clareza conceitual destas falas deu a dimensão da dificuldade dos médicos de elaborarem um modo pensar que fosse capaz de articular a idéia da integralidade com os saberes e as práticas que a constituem.

Contudo, a observação do contexto e do processo de construção destas narrativas indicava que estes profissionais estavam em uma constante busca por uma unidade e uma direção. Uma procura por conciliar um estilo de pensamento pragmático e fragmentado (centrado no saber biomédico e epidemiológico e nas relações com seus pares) com o contexto de saberes e práticas em que estão envolvidos e, através dos quais, percebem-se desenvolvendo novas competências clínicas.

A observação demonstrou que os médicos de família têm dificuldade de identificar, classificar e valorizar os ganhos de competência advindos dos contextos e das formas como desenvolvem suas práticas dentro da escala de valor e de legitimação aos quais estão próximos. Conseqüentemente, têm dificuldade de analisar e validar ganhos como o de **contextualizar, interpretar e negociar suas ações na clínica, levando em conta o significado do adoecimento e da terapêutica na vida e na cultura das pessoas**. Esta falta de legitimidade torna-se um obstáculo ainda maior quando se trata de conquistas que não estão limitadas apenas ao arranjo assistencial do modelo, mas que implicam, principalmente, na ampliação de um saber prático na clínica.

O modo encontrado na pesquisa de identificar e entender o significado da ambigüidade e das contradições presentes nas narrativas dos médicos e na formação de seu estilo de pensamento foi privilegiando a análise das situações consideradas, pelos próprios médicos, como de conflito.

Conflito das demandas dos pacientes com os papéis técnico e institucional do médico

Como foi anteriormente destacado, as narrativas dos profissionais ao abordarem a relação entre o médico de família e o modelo de atenção do PMF expressavam duas faces que se embaralhavam. Uma delas decorria do papel das equipes básicas como porta de entrada do sistema local de saúde que as torna representantes do programa e, por conseguinte, do SUS de Niterói. A outra face se estrutura a partir da perspectiva de que o trabalho no PMF confere a seus profissionais um tipo de identidade e de valorização social e corporativa.

Como representantes do SUS é sobre os médicos e auxiliares de enfermagem que são depositadas as demandas e, por sua vez, as insatisfações das pessoas que são causadas pelas falhas do sistema de atenção à saúde. Eles têm que lidar com queixas em relação à lentidão do atendimento especializado, à demora na marcação de exames, à baixa resolutividade das referências ou à falta de integração e de comunicação entre os diferentes serviços de saúde.

Contudo, o que mais parecia incomodar aos médicos eram algumas manifestações críticas dos usuários quanto à forma

3117(r)2.80439(a)5167295585(a)]3117()-128açãomon
pe(u)-4.33117((h)-4.33117(a)-4.33117(

médica, gineco-obstetrícia e pediatria), o agendamento de consultas e a utilização de parte do tempo dos profissionais em ações de prevenção e promoção à saúde realizadas no trabalho de campo, que, na visão dos usuários, reduzem a oferta de consultas nos módulos e limitam o pronto atendimento às suas demandas.

“Eu acho que ele é excelente (o PMF) e vai ficar maravilhoso daqui a uns 20 anos, quando a população entender, porque a população custa a entender.” (Médica C; Módulo Laranja)

“Esse módulo existe há quase 12 anos e a população ainda valoriza o médico especialista e o pronto socorro, é o desejo da população é ser atendida pelos especialistas. Hoje ainda chegam pessoas aqui que perguntam se tem pediatra, ginecologista, ou como fazem para marcar uma consulta com o ginecologista.” (Médica C; Módulo Laranja),

As situações que expressavam este tipo de conflito (entre o modelo de atenção e os usuários) foram muito valorizadas nas narrativas de alguns médicos, chegando, por vezes, a influir nas suas percepções e concepções relacionadas ao estabelecimento do vínculo na prática clínica.

Este enfoque pode estar relacionado ao fato dos profissionais sentirem-se não correspondidos em suas expectativas e/ou na dificuldade de lidar com a proximidade e a intimidade existente entre o médico e os pacientes. Esta proximidade com a clientela, por sua vez, dá uma perspectiva pessoal tanto para o paciente como para o médico às questões gerenciais do programa que, de outro modo, se restringiriam apenas a uma esfera político-institucional e organizacional.

Assim, as queixas dos usuários em relação à forma de operar do programa passam a assumir o caráter de uma cobrança da figura e da pessoa dos membros da equipe que, por decorrência, experimentam o desconforto e se sentem desvalorizados quanto ao trabalho que realizam.

“Pode se traduzir em xingamentos, em desobediência às regras de funcionamento do posto. “Olha gente não estou na hora de

atendimento”, se puder esperar, é lógico em situações em que não há emergência, eu posso encaixar como em qualquer consultório você faz. Essa impaciência em aguardar, essa intolerância. O que está por traz desta intolerância é o desejo pelo atendimento de SPA, do atendimento rápido, de ter o remédio para aquela dor pontual, daquela aflição, daquela angústia, que ele não sabe traduzir e traduz em dor.” (Médica C; Módulo Laranja)

“Assim de paciente não vir no horário certo, de não esperar por um agendamento, tratando-se de um caso que não é urgência pode-se marcar uma consulta, mas o paciente não aceita, quer um atendimento de imediato, procura a coordenação para fazer queixa.” (Médica A; Módulo Laranja)

“O que eles gostariam, mesmo neste modulo que já tem 13 anos, é o pronto atendimento, ainda hoje eles questionam o agendamento. Eu acho que a população ficaria satisfeita se aqui fosse igual ao Rio, onde o Posto de Saúde distribui os números do dia e atende.” (Médica C; Módulo Vermelho)

As diferenças entre as expectativas e demandas da c

consideradas, poderiam ajudar na compreensão e interpretação pela equipe das falas e atitudes de resistência ao modo de atenção promovido pelo programa.

Ainda considerando a fragilidade deste modo de abordar estes conflitos, percebeu-se que ela não compreendia a influência que o processo de medicalização de aspectos da vida e da saúde, que implicam na transformação da saúde em um bem de consumo, pode promover na formação das demandas por atenção.

Observa-se que a visão dos médicos não considera as implicações desta perspectiva medicalizadora na produção de uma dinâmica social e cultural e de seus reflexos na construção do imaginário e na valorização de determinadas demandas pelos moradores das comunidades. Estes, em sua grande maioria, ainda se sentindo marginalizados do padrão hegemônico de consumo de bens e serviços de saúde, reivindicam o acesso aos procedimentos médicos valorizados pelo mercado e pela sociedade e divulgados na mídia em geral.

A cultura medicalizadora e o padrão de consumo de bens e serviços de saúde envolvem, além de um padrão coletivo de comportamento, também um significado cultural e pessoal de objetivação e fragmentação da imagem corporal. Neste sentido, a atenção a este corpo também estaria ligada à perspectiva produzida por esta objetivação e incorpora a noção de qualificação e diferenciação social dos indivíduos de uma mesma coletividade.

Esta dificuldade de interpretar a influência desse padrão social e cultural sobre a visão dos pacientes do processo saúde-doença-cuidado comprometia o entendimento pelos clínicos quanto à forma como se organizam as narrativas sobre o adoecer e, por conseguinte, as demandas por atenção. Sem considerar este contexto como eles poderiam compreender que uma concepção de “boa saúde” pode estar diretamente ligada ao consumo (quanto mais, melhor) do exame que

aparece na propaganda da televisão, do medicamento que alivia os sintomas, do remédio que emagrece, procedimentos estes capazes de ver ou consertar, prontamente, os defeitos da máquina em que o corpo se transformou.

A esta dificuldade de contextualização cultural e social das demandas se soma o conflito entre a perspectiva de saúde como bem de consumo e o discurso constituinte da proposta do PMF, assumido como uma identidade profissional pelos médicos de família, que propõe uma concepção ampliada do processo saúde-doença. Contudo, esta visão do processo saúde-doença ainda é muito distante do que é valorizado socialmente e culturalmente pela idéia de consumo de serviços de saúde, pois pressupõe uma noção de tempo futuro, de integralidade que é calcada em ações de promoção e prevenção na organização das práticas de atenção à saúde.

Surge, assim, o desencontro entre as propostas de APS que pensam a promoção e a educação em saúde como eixo do processo de trabalho médico, com as percepções, ainda hegemônicas, sobre atenção médica que se restringem à perspectiva de tempo presente dos procedimentos médicos.

Apesar dos médicos de família terem demonstrado dificuldade em reconhecer os elementos da realidade cultural e social dos usuários, eles, muitas vezes, pareceram ser capazes de superar as diferenças de perspectivas encontradas. Esta superação era observada quando eles adotavam estratégias de diálogo e negociação que avançavam para além de uma visão normatizadora de educação, promoção e prevenção à saúde, assim como, na integração entre os diferentes aspectos do adoecer.

Esta capacidade ficou evidente quando os próprios médicos admitiam que, uma vez estabelecido o diálogo nos consultórios ou nas visitas domiciliares, as narrativas dos

pacientes sobre o adoecimento tomavam outro caráter, passavam a abranger as dimensões psicossociais do adoecer e permitiam fortalecer os vínculos entre os pacientes e os profissionais da equipe.

“A população não está, a princípio, preparada para um trabalho de educação em saúde, um trabalho de cadastramento e vinculação, a população está acostumada com um pronto atendimento. Assim, foi um trabalho de longo prazo, de convencimento, onde se explicava que o PMF estava ali para um trabalho de promoção à saúde, de agendamento de consultas, mas a princípio chegavam para fazer um pronto atendimento. Atualmente esta relação da população com a equipe é entendida, a educação em saúde, a participação dos grupos de Educação em Saúde o agendamento das consultas “.(Médica A; Módulo Lilás)

“Eu acho que eles têm uma relação de amor e ódio com a gente. De ódio porque nós não somos o que eles queriam, reclamam que a consulta demora, fazem piadas como a que deveriam ter trazido a marmita. Mas, quando eles estão no consultório, eles gostam do atendimento, mas eles queriam ter aquela coisa mais imediatista”. (Médica C; Módulo Laranja),

“Eu acho que a gente tem que ter um pouco de calma porque as pessoas não mudam hábitos antigos e tão arraigados e que fazem parte de suas famílias, que é histórico para eles. Talvez o problema seja que nós queremos uma resposta mais imediata, isso demora não é em dois anos que se tem uma resposta mais definitiva”. (Médica C; Módulo Vermelho)

Os impasses provocados pela proximidade e o vínculo com os pacientes.

Um outro tipo de questão, observada na narrativa dos médicos sobre o adoecimento e a clínica, esta relacionada ao contato mais próximo e contínuo entre o saber técnico biomédico e o saber prático dos pacientes.

Foi perceptível que a proximidade com a clientela e, conseqüentemente, o maior envolvimento dos médicos com o cotidiano da comunidade e com os signos vivenciados pelas pessoas, traziam, para alguns, a dificuldade em localizarem seu papel social e sua identidade profissional na complexa relação que se estabelecia. Esta era uma questão que envolvia a dimensão relacional do trabalho em saúde e

os conflitos existentes entre os diferentes estilos de pensamento e de hierarquias sociais e culturais vivenciadas por médicos e pacientes na clínica.

Em relação a esta dimensão relacional, chamou à atenção a forma ambígua como os médicos abordavam o significado, os valores e os sentimentos que envolviam a construção de vínculos com os pacientes e a comunidade. Ao mesmo tempo em que os profissionais reconheciam o vínculo como algo **gratificante e importante para a compreensão do adoecimento e adoção de estratégias terapêuticas mais adequadas**, eles sinalizavam a existência de problemas decorrentes da proximidade e da intimidade com os usuários.

“Quanto mais tempo no setor mais vínculo você constrói, confiabilidade não se compra ou ganha, adquire-se”. (Médica A; Módulo Preto)

“É a convivência você vê sempre as pessoas e pode perceber algum detalhe, que alguma coisa mudou nessa pessoa, mas também pode passar por alto. Por isso que eu digo que a proximidade tem seus prós e contras.” (Médica B; Módulo Preto)

Os médicos de família sinalizavam que a intimidade lhes causava situações de desconforto quando, por exemplo, os pacientes, se sentindo menos distantes da autoridade técnica e institucional médica, tentavam impor-lhes suas demandas. Também apontavam que os pacientes, devido à intimidade que experimentam com o serviço e seus profissionais, passam a lidar mais informalmente com a figura do médico, chamando-o apenas pelo nome ou lidando como se estivessem encontrando um amigo.

As situações em que esta ambigüidade em relação ao vínculo mais surgia, eram aquelas onde o médico, por conta de seu papel institucional ou por seguir uma conduta técnica, contrariava uma demanda (ou uma expectativa) do paciente. Seria o caso, por exemplo, de circunstâncias em que o médico não considerava

necessária uma consulta de pronto atendimento, recusava-se a pedir determinado exame ou não prescrevia determinado medicamento por não reconhecer uma justificativa técnica para tal conduta solicitada pelo paciente.

A maior parte das situações em que os médicos reconheciam que o vínculo era responsável por conflitos, decorria de problemas ocasionados pelo acesso dos usuários às consultas ou por discordarem das demandas trazidas pelos usuários. Nestes casos, se sentiam constrangidos por demandas que contrariariam normas técnicas ou por terem que agir como autorizadores e reguladores de questões sociais e trabalhistas.

“A parte pior do desenvolvimento é porque você se envolve mesmo, você também confunde, aquela parte que eu falava que com a intimidade, o paciente confunde o papel de médico e de amigo, começa a pensar que a coisa é pessoal, isso acontece com a gente também, o paciente fala uma coisa para nós e nós tomamos como uma coisa pessoal, e pensa: “Pôxa a gente acolhe tanto ele e em um dia em que a gente não pode ele já fica chateado, e fala mal de mim?”. Aquilo fere muito a gente. Isso acontece muito” (Médica B; Módulo Laranja)

“Os pacientes hoje me procuram de forma diferente de antes, é diferente, tem a parte boa e a ruim. A boa que ele confia mais em você, se abre mais, fala mais, sem pudor. A parte ruim é que pela relação ser muito próxima, confunde um pouco a relação médico-paciente, ele te vê mais como um amigo e não com a figura do médico.” (Médica B; Módulo Lilás)

Responsabilizar o vínculo por estes problemas que se caracterizavam pelo conflito de interesses e de significados, transparecia a superficialidade da abordagem destas situações. Neste caso, a ambigüidade observada nas narrativas dos médicos em relação ao vínculo, pode ser atribuída à dificuldade deles identificarem, em um cotidiano que embaralha diferentes interesses, discursos e ações dos sujeitos envolvidos na atenção, as características e os limites dos papéis técnicos, institucionais e sociais do trabalho que realizam na APS.

Percebia-se a dificuldade dos médicos em compreender lugares, papéis e situações que se mesclam no cotidiano como, por exemplo, a mesma pessoa com que hoje o médico se confronta negando um atestado de trabalho, ontem, ele estivera na casa, tomara um cafezinho e atendera a mãe acamada.

A inserção e a percepção fragmentadas do médico neste complexo relacionamento cotidiano que ocorre em espaços formais como nos módulos e informais como nas ruas ou casas, são responsáveis por produzir uma interpretação reducionista do papel destes cenários e das interações que neles ocorrem.

“As vezes a pessoa vai se sentindo tão próxima que vai se sentindo no direito de tratar o médico como as pessoas de sua intimidade, por isso alguns problemas que acontecem são pela perda da respeitabilidade, se perde um pouco.” (Médica B; Módulo Preto)

Nesse caso, a proximidade e a informalidade com que as pessoas se dirigem aos médicos, chamando-os pelo nome e não de doutores, no lugar de ampliar os vínculos e a compreensão das narrativas do adoecimento, transformavam-se em um ruído na relação médico-paciente e em um conflito pessoal com sua identidade/autoridade social e profissional.

Ao analisar a formação deste conflito pessoal com sua identidade e valorização técnico-profissional é importante considerar como o médico estabelece o encontro de seu saber técnico biomédico (e tudo o que ele representa como legitimação social e profissional) com outros significados, valores e saberes vivenciados e presentes nas narrativas e nas demandas dos pacientes.

A proximidade com outros valores e saberes não biomAr es quostionomentns, tormulados o

autoridade profissional na forma como esta é conferida pelo conhecimento biomédico à medicina.

Entretanto, nas falas de muitos dos entrevistados, reconhecia-se como o conhecimento biomédico que os legitima não vinha sendo suficiente para lidar com as situações e narrativas com que são confrontados no cotidiano da clínica. Essas circunstâncias refletiam a dificuldade dos médicos em construir uma narrativa que integrasse o conhecimento biomédico com o saber prático de sua vivência profissional e com o saber do paciente sobre sua experiência de adoecimento. Enfim, uma narrativa sobre a clínica que o apoiasse e re-significasse seu papel profissional e social nas situações que vivencia no cotidiano.

Algumas narrativas de médicos entrevistados conseguiam demonstrar a superação destes obstáculos e não demonstravam esta ambigüidade entre o vínculo com a clientela e a clínica. Suas falas, apesar de também estarem referidas aos aspectos circunstanciais da prática, não apresentavam temor de perda de sua legitimidade técnico científica, de seu papel profissional em relação ao saber e às demandas da população ou conflito entre o saber prático e o biomédico. Pelo contrário, estes médicos pareciam conseguir aproveitar esta intimidade para ampliar sua competência clínica e reforçar sua identidade e seu papel como profissionais de saúde e terapeutas.

“Não eu acho que a proximidade não atrapalha não. Eu não costumo misturar não. Conhecer os problemas me ajuda a construir o perfil do paciente.” (Médica A; Módulo Vermelho)

“Mas no PMF eu desenvolvi uma capacidade de observar e sacar coisas daquela família que eu não via antes. Você entra na casa das pessoas, acaba virando um pouco psicólogo. Às vezes as pessoas não querem apenas dizer que estão com uma dor lombar, querem que você dê uma atenção diferente, que converse, fale, fale... Ela quer chorar no teu ombro.” (Médica B; Módulo Amarelo)

“As vezes chegam pessoas com problemas somáticos, a coisa da ansiedade, queixando-se de dores no peito. Mas nós sabemos que alguém faleceu. Você tem intimidade para ela contar o que está acontecendo e, as vezes, não é nada, é só ansiedade.” (Médica A; Módulo Vermelho)

Essas falas compõem uma narrativa onde a formação profissional e a experiência prática como médico de família são compreendidas como vivências que ampliaram o universo interpretativo da clínica através da organização de novas habilidades e práticas. Entre estas habilidades destacasse a capacidade de escutar, dialogar e interpretar os significados das situações trazidas pelos pacientes, assim como de organizar o cuidado a partir de uma compreensão ampliada do processo de adoecimento e da clínica. A seguir será abordada a relação dos médicos de família com as questões que envolvem os saberes dialógicas de suas práticas.

Análise dos Elementos Dialógicas dos Saberes e Práticas dos Médicos Atuando na APS

A proximidade e a continuidade no desenvolvimento da competência dialógica

A capacidade de escutar, dialogar e interpretar os significados das situações trazidas pelos pacientes, assim como de organizar o cuidado a partir desta compreensão, como considerado anteriormente neste texto, são elementos centrais da dimensão relacional do trabalho em saúde e compõem a base da prática clínica.

Ao analisar a dimensão relacional na clínica, tendo como referência as narrativas dos médicos, observou-se que ela se estruturava a partir de uma tensão entre um estilo de pensamento, constituído no campo da racionalidade biomédica, e o lugar social e cultural ocupados por médicos e pacientes no encontro clínico.

Nas falas dos médicos de família estava presente a idéia de que a proximidade com o contexto cultural, social e comportamental das pessoas e de suas famílias favorecia a ampliação da capacidade dos profissionais de estabelecerem o diálogo com os pacientes e, conseqüentemente, criava condições para uma maior compreensão da linguagem e dos signos compartilhados no encontro clínico.

“A gente acaba sendo parte da família dele, porque estamos dentro da comunidade, do domicílio e isto cria uma relação mais estreita. Vamos dizer assim, tentando estar explicando e dialogando no linguajar deles, sem deixar dúvidas, no dia a dia da relação médico-paciente, quanto à doença em si, à saúde em si. Tento estar falando dentro da linguagem do paciente”. (Médica A; Módulo Lilás)

“Em relação ao ouvir, você fica mais atento, percebe que aquela queixa não tem haver só com... exatamente com o que ele diz. Pode ter haver com a família, com o ambiente, pode ter a haver com o sistema em que ele (o paciente) está envolvido, mas nem sempre tem”. (Médica C; Módulo Amarelo)

No ponto de vista da comunicação, a proximidade e a continuidade da atenção expõem e facilitam a compreensão pelos médicos dos códigos de linguagem e dos conteúdos usados pelos pacientes quando expressam suas necessidades e

demandas por atenção. Na outra ponta da comunicação no encontro clínico, isto é, quando os médicos falam aos seus pacientes, a proximidade com a clientela permitiria, em tese, uma maior adequação da linguagem formada pelo discurso técnico biomédico em relação ao universo interpretativo dos usuários. Portanto, a proximidade com o contexto cultural e lingüístico dos pacientes parecia contribuir para reduzir a distância entre o discurso técnico biomédico e o senso comum.

“Eu estou até aprendendo os termos que eles usam. Por exemplo, você não pode perguntar se uma criança está com falta de ar e sim se elas estão cansadinhas, ou perguntar se elas estão com corrimento, mas sim se estão com inflamação.” (Médica A; Módulo Laranja)

“Você vai aprendendo a linguagem deles e tentando traduzir, nesta linguagem, o que eu quero dizer”. (Médica A; Módulo Laranja)

“Muitas coisas são difíceis para entender até hoje. O jeito de mostrar os problemas. Coisas grotescas. Tem uma história engraçada: uma mãe chegou dizendo que o piá estava para cima e para baixo”. (Médica A; Módulo Azul)

Comunicação versus diálogo na clínica

A competência narrativa, contudo, encontra dificuldade de se desenvolver quando a escuta é concebida apenas como uma habilidade de identificar os códigos e figuras de linguagem e não contempla a dimensão semiótica e ideológica da linguagem.

Esta limitação pôde ser percebida em narrativas onde os médicos, devido à posição técnica e cultural que ocupavam, sinalizavam para os obstáculos encontrados para dialogar e, principalmente, para entender os sentidos que se formavam a partir do universo cultural em que os pacientes se inseriam.

Reconheciam esta distância e a necessidade de promover outras formas de diálogo que aproximassem os sujeitos e os significados de suas narrativas no encontro clínico. Alguns médicos chegavam a esta conclusão ao perceberem que ocorria uma

maior possibilidade de troca de saberes e experiências quando os usuários compartilhavam de atividades em grupo, como os grupos de adesão.

“A outra vantagem do grupo é que ele acaba convivendo com outras pessoas iguais a ele, e a experiência dos outros que conseguiram mudar o estilo de vida e melhorar, fala mais fundo do que o que o médico diz”. (Médica A; Módulo Laranja)

Ao observarem estas situações, os médicos percebiam como a dimensão dialógica transcende o fato dos sujeitos usarem os mesmos códigos ou estruturas lingüísticas. Neste caso, o **diálogo significaria a possibilidade das pessoas compartilharem um mesmo imaginário e os mesmos significados construídos sobre o processo de adoecimento e sobre as estratégias terapêuticas a que estão submetidos.**

Quando a dimensão dialógica fica restrita aos meios e técnicas de comunicação, não são criados espaços de troca que aproximem os diferentes saberes, significados e lugares que os sujeitos ocupam no encontro clínico. Nesta forma, não são valorizados e incorporados ao encontro clínico o saber prático e a subjetividade das pessoas, elementos centrais na construção de sentido da linguagem e da identidade de quem está adoecido.

Uma concepção limitada da dimensão dialógica na clínica esteve presente em falas como a de uma médica que restringia o diálogo, entre o saber do médico e o produzido pelo paciente, às estruturas cognitivas oriundas de um conhecimento formal e organizado que aproximaria a linguagem das pessoas do discurso médico científico.

“A gente tenta usar o que eles trazem de linguagem para a gente, Mas o que eu estou falando é mesmo de instrução, de capacidade de entender”. (Médica B; Módulo Lilás)

“Tem pessoas que você fala, fala e você percebe que eles não estão entendendo nada. E têm outros que você conversa, que trocam

informações com você, que têm um nível cultural melhor. Principalmente, os jovens, que têm um nível escolar melhor, alguns por conta do esporte têm viajado.” (Médica B; Módulo Lilás)

Houve narrativas, por outro lado, que evidenciavam como os profissionais percebiam a importância de uma construção cotidiana de sua competência dialógica. Estas compreendiam a necessidade de promover uma escuta cada vez mais ampliada e mais próxima das questões da vida, do adoecimento e do sofrimento das pessoas. Esta percepção entendia a capacidade de escuta nos encontros clínicos como uma construção partilhada e contínua entre os sujeitos.

“O que mais ensina é como falar com o outro, como se relacionar com o outro, questão de relacionamento, de falar, isso aí é difícil, a gente está dia a dia aprendendo”. (Médica B; Módulo Laranja)

Compreendia que esta construção torna possível ampliar tanto as formas de linguagem usadas como o modo de apreender e compartilhar os significados do adoecimento.

A possibilidade de perceber padrões narrativos

A ampliação da escuta pode ser facilitada e instrumentalizada pela identificação pelos médicos de padrões culturais que dão sentido às falas e demandas dos pacientes. Estes padrões³⁵ representariam formas de direcionar e organizar as narrativas sobre o adoecimento que foram se delineando a partir do contexto social e cultural vivenciados pelas pessoas que os compartilham.

A interpretação dos padrões narrativos, portanto, pode influir na compreensão pelo médico do modo como os pacientes vêem seu processo de adoecimento e como

³⁵ Um exemplo da organização de um padrão narrativo pode ser encontrado nas narrativas das pessoas sobre a hipertensão. Muito freqüentemente, elas associam a idéia de hipertensão à de tensão, nervosismo, isto é, às manifestações corporais percebidas nas situações que provocam ansiedade ou angústia. Conseqüentemente, se percebem hipertensas apenas nos momentos em que sofrem com as manifestações relativas ao sofrimento emocional causado pela ansiedade. Quando estes sintomas não ocorrem, não se consideram hipertensas, logo, não compreendem porque continuar a tomar a medicação anti hipertensiva.

entendem a terapêutica. No trabalho de campo, os discursos dos médicos sinalizavam que, em algumas situações, eles conseguiam perceber estes padrões. Porém, esta percepção pareceu frágil e circunstancial, pois, em geral, tinha um caráter apenas indicativo e não explicativo de aspectos relacionados ao comportamento dos pacientes.

“No caso da HAS e DM, as pessoas tem dificuldade de reconhecer e admitir que têm uma doença, falam assim “eu não vou para médico depois eles arranjam um monte de doenças para a gente”. Eles têm muito essa cultura, se eu não estou sentindo nada, eu não tenho nada, então, principalmente, na fase inicial eles têm muita resistência a tratar”. (Médica A; Módulo Laranja)

Esta forma de compreender e interpretar as influências culturais que direcionam os padrões narrativos carece de uma maior competência cultural³⁶, capaz de integrar, de modo mais amplo e dinâmico, os gêneros de fala às queixas e demandas das pessoas.

A falta de uma percepção cultural mais ampliada foi verificada nas narrativas dos médicos, principalmente, quando demonstravam a dificuldade em considerar e validar outros saberes e outras formas de perceber e explicar o adoecimento que eram diferentes daquelas previstas no discurso técnico biomédico.

Observou-se, nas falas de alguns médicos, que eles reconheciam diferentes padrões psicológicos e culturais nas narrativas do e sobre o adoecimento. Contudo, estes aspectos, por serem entendidos como consequência da desinformação dos pacientes em relação à cultura médica, eram desconsiderados ou interpretados como elementos externos à abordagem clínica.

³⁶ Esta noção de uma competência cultural foi discutida nos capítulos anteriores e é baseada na perspectiva de desenvolvimento de um modelo clínico hermenêutico e cultural desenvolvido por Kleinman (1988) e por Good & Good (1980).

Estes padrões narrativos se tornam irrelevantes para a semiótica clínica, pois esta permanece limitada ao modo de pensar e narrar definidos pela medicina tecnocientífica. Neste caso, a forte noção de que os conhecimentos biomédicos compõem uma verdade objetiva e inquestionável invade a percepção cultural e as narrativas dos médicos e dos serviços de saúde. Esta noção, por sua vez, contribui ou mesmo induz a que a subjetividade e os padrões culturais, presentes na formação dos significados dos sintomas, se mantivessem ausentes ou periféricos à semiótica clínica na APS.

Esta separação produz um discurso e um modo de pensar os aspectos culturais que não incorpora a diversidade de gêneros e formas das narrativas sobre o adoecimento à clínica, principalmente, quando elas diferem do discurso e da perspectiva organizada pela racionalidade biomédica.

“Eu tendo a valorizar mais a história, às vezes eu me estendo demais na história, e exijo do paciente uma eloqüência, uma precisão que ele sente dificuldade.” (Médica A; Módulo Azul)

“Exijo dos pacientes detalhamento também, mas, principalmente, coerência, eu fico exigindo coerência. Eu vou e mostro as lesões na barriga dela perguntando: ‘e estas lesões que a senhora tem na barriga? A senhora não percebe que está com estas lesões?’ O paciente fica meio perplexo. ‘Eu estou vendo as lesões, você não vê?’” (Médica A; Módulo Azul)

Quando o médico fala de exigir do paciente “coerência” na organização de seus sinais e sintomas, ele restringe a percepção do adoecimento aos elementos semióticos da biomedicina, pois fora deste discurso biomédico o sofrimento torna-se incompreensível para ele. Confrontado com a dificuldade de entender algo fora do escopo da racionalidade biomédica, o profissional se apegua à arrogância e ao autoritarismo conferido por seu saber técnico científico.

Esta arrogância, construída no bojo do discurso e do saber técnico, pode ser responsável por grande parte dos ruídos observados na comunicação entre médicos

e pacientes. Além deste aspecto, este modo de pensar e agir pode produzir limitações semióticas para a aplicação do próprio saber biomédico na prática clínica. Reduz, portanto, a capacidade dos médicos em realizarem o diagnóstico da doença ou da não doença ou de promover a adesão aos tratamentos preconizados pela biomedicina.

Aspectos envolvendo a singularidade e o significado das narrativas na clínica

No trabalho de campo chamaram atenção as narrativas de alguns médicos que expunham uma visão mais organizada e mais reflexiva sobre o que era capaz de ampliar suas escutas e interpretações do processo de adoecimento. Estas narrativas reconheciam que a escuta do médico precisa perceber o que não é explicitamente dito pelo pacientes e, por conseguinte, compreendiam a necessidade de interpretar o significado do que era expresso por eles.

Suas falas sinalizavam a importância da escuta médica não se restringir a um inventário de sintomas e sinais que compõem uma história clínica. Desta forma, compreendiam a necessidade de identificar as motivações existentes na procura pelo paciente por atenção que podem, por sua vez, dar novos significados aos sintomas relatados. Percebiam que estes significados podem representar questões antes não formuladas como demandas para uma atenção clínica.

Esta percepção amplia a escuta médica na clínica de modo que ela contemple a possibilidade de que os sintomas podem representar um aspecto superficial das necessidades de atenção do paciente. Considera que os sintomas podem ser apenas superfícies de contato entre as pessoas e os serviços de saúde e que podem, por isso, camuflar a necessidade do paciente de ser escutado em relação a outros tipos de sofrimento, muitas vezes ligados às questões sociais ou subjetivas ou a ambas. Estes aspectos, apesar de não encontrarem formas de expressão na

maior parte das situações, são fundamentais para compreender o processo de adoecimento, a organização das narrativas e das demandas.

“O que eu observo aqui é que não é uma questão puramente técnica, eu já falei diversas vezes isso no treinamento. Ele vem à consulta por conta de uma ferida no pé, mas na verdade o que ele quer é conversar com uma pessoa, para falar que ele está sozinho em casa, que está tendo problema, o filho está bebendo muito, chegando muito tarde em casa”. (Médica B; Módulo Laranja)

“O médico de família faz muito isso, todo dia eu atendo alguém assim, a demanda inicial pode ser um resfriado, mas se você dá um pouco mais de conversa e pergunta “Como vão as coisas?”; eles colocam outros motivos para vir a consulta como “Ah doutora, meu pai está bebendo demais, estou preocupada”, aí, você vê que a demanda não é o resfriado, não é aquela coisinha ali, é uma coisa muito mais séria, mais profunda, muito mais uma necessidade de desabafo”. (Médica B; Módulo laranja)

Nestas falas verifica-se que esta capacidade de escutar e de interpretar as narrativas dos pacientes e os significados do adoecer não era compreendida, apenas, como uma decorrência da proximidade do médico com a clientela. Elas demonstram que os médicos são capazes de desenvolver um modo de ver que integre a pessoa, a situação como ela se coloca no encontro clínico (suas atitudes, sua forma de organizar sua narrativa, etc) e as demandas que apresenta.

Mesmo sem explicitar, as falas destes profissionais pareciam espelhar o desenvolvimento de um estilo de pensamento que reflete a construção de um modo de **ver configuracional**. Um olhar capaz de integrar e complementar a abordagem fragmentada do modelo biomédico. Este estilo de pensamento compreendia uma forma de ver que além de identificar as pessoas ou objetos (a doença e suas manifestações), apresentados no encontro clínico, também se abria para **perceber o conjunto, o movimento e a relação entre estes elementos**.

Compreende-se que este modo de pensar permite a percepção e compreensão do texto produzido pelos sujeitos no encontro e forma, por sua vez, uma imagem que

transcende à existência de cada um dos elementos da narrativa do adoecimento isoladamente. Portanto, em sua singularidade, esta imagem tem vida, ganha movimento e significado próprios que se realizam nas relações entre os sujeitos e destes com os objetos que, no caso, podem ser a doença, os serviços, os exames, os medicamentos etc.

Esta possibilidade de desenvolver um estilo de pensamento que possa integrar os aspectos envolvidos no encontro clínico, foi identificada em falas como “*ele tinha uma cara de sofrimento*”. De outro ângulo, este modo de ver e pensar pode facilitar o surgimento de novas formas de comunicação e de interpretação no encontro entre médicos e pacientes e passar a fazer parte do raciocínio clínico.

*“Por isso eu ouço o pai, a mãe, a criança, ouço o adolescente, vou na casa aí eu faço o retrato, aí eu consigo perceber qual o **retrato daquela família**. Perceber onde eles estão se enganando, onde estão tentando me enganar, ajuda bastante”.* (Médica C; Módulo Laranja)

“Tem caras e bocas, o paciente tem caras e bocas. Eu acho que isto te induz a muita coisa (referindo às caras e bocas dos pacientes) você percebe como você vai dar uma notícia”. (Médica A; Módulo Vermelho)

“Pela cara do paciente quando traz um exame você já percebe a ansiedade e você vai ter que começar a falar mais suave, abordar dando a volta para falar a mesma coisa. Só olhar para cara dela q você percebe q ela está ansiosa.” (Médica A; Módulo Vermelho)

Além desta escuta ampliada e de um ver integrador, a narrativa de uma médica indicava como a construção de significados do adoecer entre as pessoas se faz em movimento no curso da vida, ou seja, como ela está ligada a uma dimensão temporal que é singular para cada pessoa. De um modo empírico, ela compreendia que a percepção do paciente do adoecer e da terapêutica está em constante movimento. Em sua fala esta dimensão temporal da construção dos significados do

adoecer era expressa como um “click”, um “sininho”, um “estalo” dos pacientes e também dos médicos, sobre o processo de adoecimento em curso.

“Claro que temos o papel de estar explicando, mas isso vem muito do estalo de cada paciente. Paciente que está atento ao que é importante para ele, que está ciente da doença, da importância da dieta, da medicação, já foi esclarecido quanto aquilo, contudo não toca o sininho, o estalo do paciente, mas aquilo naquele momento não é importante para o paciente. É muito difícil pontuar como é este estalo, explicá-lo, depende muito do momento de vida de cada um, dele estar olhando para além daquele momento presente, do que vai ser importante para a própria qualidade de vida no futuro.” (Médica A; Módulo Lilás)

Esta constatação se desdobra, portanto, na idéia de que o adoecimento pode assumir diferentes significados em cada tempo vivido pelas pessoas. Assim, por exemplo, para uma pessoa ser portadora de hipertensão arterial pode passar a ter um significado muito diferente quando ela vivencia o adoecimento de sua vizinha que sofreu um AVC ou a necessidade de que a partir de agora ela precisará prover a criação de seus netos.

A expansão desta capacidade de escutar e interpretar as narrativas do adoecimento está estreitamente associada a uma percepção diferenciada e ampliada do processo saúde-doença e cuidado por parte do médico. **Está ligada a uma concepção ideológica que faz que o clínico compreenda a atenção à saúde como uma prática que não se restringe a eliminar as lesões, aliviar os sintomas ou prevenir os riscos à saúde.**

Neste sentido, observou-se que as mesmas narrativas que sinalizavam para a ampliação da competência narrativa e interpretativa dos médicos, enfatizavam que a intervenção do médico, na família, tinha que estar com foco na necessidade da família, ou melhor, em suas especificidades. Neste caso, as falas circundaram em

torno da idéia de que a atenção prestada seria uma construção voltada para o desenvolvimento de condições de “bem estar” para os indivíduos.

Esta é uma perspectiva que aproxima a clínica da idéia da produção do cuidado em suas ações e envolve a noção de qualidade de vida e promoção da autonomia às pessoas adoecidas. Desta forma, percebe-se uma visão da clínica que, de outro modo, estaria associada apenas à perspectiva de ofertar bens e serviços como meio de agregar mais saúde.

A importância da negociação no processo terapêutico foi outra questão que surgiu de forma associada à idéia do “bem estar” e integrada ao desenvolvimento de uma maior competência narrativa do médico. A necessidade de negociação aparece como uma questão indissociável de um contexto clínico de maior diálogo do saber médico com a cultura e o saber popular e de uma atenção médica voltada para perceber a singularidade no adoecimento.

“A terapêutica influi porque muitas vezes você vê que o que vai resolver o problema do paciente não é o remédio, muitas vezes você deixa de medicar mesmo, fica só na conversa mesmo e o paciente sai satisfeito”. (Médica B; Módulo Laranja)

Esta, entre outras falas dos médicos, demonstrava que a perspectiva da negociação da terapêutica na clínica era ampliada quando eles conseguiam perceber o lugar cultural e subjetivo que o outro ocupa nesta complexa relação entre paciente, o adoecimento e o cuidado.

Ao perceber o lugar e os desejos do outro no encontro clínico, criam-se possibilidades de ampliação e de redirecionamento da comunicação no sentido de fomentar a empatia do profissional com o usuário e, conseqüentemente, facilitar o desenvolvimento de estratégias de negociação quanto às intervenções preventivas e terapêuticas.

“Com o tempo a gente vai sabendo quando falar, como falar, o que falar a gente sabe. A gente tem que pensar que estamos lidando com seres humanos muito diferentes entre si, eu sempre me coloco no lugar deles”. (Médica A; Módulo Cinza)

Neste processo o médico e o paciente trabalham no sentido de compreenderem os significados presentes na construção das moléstias e na vivência das doenças e dos tratamentos propostos. Comportam-se como sujeitos que buscam entender a forma como estes fatos são construídos, isto é, seus elementos, sua disposição temporal e moral e, neste sentido, estabelecem novas bases de diálogo e abrem possibilidades de ampliar o saber dialógico na clínica e a efetividade de suas intervenções.

O relato de caso que se segue, pode clarear esta idéia de ampliação da clínica e de ressignificação do adoecimento para médicos e pacientes:

“Tinha uma mulher que chegou para consulta faltando 15 minutos para terminar o expediente. Trouxe trocentas mil queixas, a metade eram dores no corpo, lógico que eu comecei logo a pensar em fibromialgia. Ela continuava a falar de dores aqui, ali, aí quando deu 6 horas, eu já estava com muita raiva e falei: ‘volta aqui amanhã às 8 horas e escolhe uma queixa’.

No dia seguinte ela voltou e fez isso, escolheu uma queixa, esta já não era a mesma queixa principal do dia anterior que era cefaléia e já não lembrava mais de muitas das queixas anteriores. Fiquei mais uma meia hora com ela, fui extremamente grosseiro com ela, mas comecei a fazer o tratamento de fibromialgia. Nas consultas subseqüentes, apesar de ela não ter voltado animada, tinha tido alguma melhora nas dores, mas eu continuava a ter uma resistência contra ela.

Algum tempo depois eu fui a casa dela, conversei com ela, foi então que eu soube que naquele ano em que aquelas queixas de dor no corpo se iniciaram havia ocorrido o trágico assassinato de um de seus filhos, dentro de sua própria casa, na presença de um outro filho de 13 anos. Além disso ter me cortado o coração e me feito sentir um idiota, me fez entende-la melhor.

Eu antes a olhava como uma pessoa tão chata que dói, depois desse dia eu acho que mudou. Em relação a ela, eu passei a dar maior acesso a encaixes de consultas, ter maior compreensão, fiquei mais receptivo, escutar de uma forma mais desarmada, não considerava mais que a fala dela era uma agressão.

Conforme eu fui me aproximando dela mudei a minha opinião sobre ela. Deixei de achar que ela era a pessoa problema da família e passei a achar que ela era a solução da casa, é a pessoa mais estruturada da casa, ela cuida das crianças.

Hoje eu tenho uma visão completamente diferente da Maria e da irmã dela, Mônica, que era outra pessoa que chegava à unidade fazendo grandes barracos e hoje é uma seda. A Mônica tinha uma enxaqueca refratária a todos os remédios, os neurologistas já tinham desistido. Eu comecei uma profilaxia com Tegretol^r e Propranolol e, após ter alguma melhora das crises e com a melhora da Maria, ela passou a ter um ótimo relacionamento com a equipe do posto.

Elas percebem que modificaram a representação da doença para elas. As duas me consideram relativamente atípico, me chamam de doutor maluquinho, consideram que foi feita alguma coisa diferente naquele momento” (Médica A; Módulo azul)

Neste caso apresentado, médico e paciente passaram a construir uma nova narrativa sobre o adoecer e sobre as formas de cuidado. Esta nova narrativa se organizou a partir de idéias e ações que compreenderam a parceria entre o médico e o paciente na clínica, a aceitação das diferenças entre o discurso médico e o saber comum, de tolerância e, principalmente, de adequação das normas técnicas aos contextos de vida e de cultura das pessoas. Neste processo as relações passaram a fluir mais naturalmente e foram reduzidos os conflitos e preconceitos existentes entre os sujeitos e entre o saber técnico e o senso comum.

Apesar de ter observado nas narrativas dos médicos de família estes ganhos de competências dialógicas a partir de suas vivências, a forma heterogênea, circunstancial e pouco reflexiva como elas se apresentavam obrigam uma análise sobre os elementos facilitadores e os obstáculos para o seu desenvolvimento como um saber.

Análise do Desenvolvimento da Competência Narrativa da Clínica

A dificuldade de estruturar as habilidades dialógicas como uma competência e um saber

É importante sinalizar a inconsistência e as contradições observadas nas narrativas dos médicos sobre suas próprias habilidades dialógicas em relação ao saber e à prática clínica. Observou-se que os mesmos profissionais que narravam o desenvolvimento de uma escuta ampliada, como nas falas citadas na sessão anterior, em outro momento demonstravam dificuldade em analisar quais eram os elementos constituintes desta competência.

As falas dos médicos, em várias ocasiões, demonstraram que, para eles, esta ampliação da escuta e da interpretação na clínica não era um fruto isolado dos conhecimentos técnicos científicos da biomedicina ou do modelo semiótico da clínica tradicional que tiveram acesso em sua formação profissional.

“Essa questão de dar voz ao paciente, do ouvir, aquele “quezinho a mais” que a gente não presta atenção quando está muito centrado na coisa científica e metodológica, aquela palavrinha que ficou nas entrelinhas ou foi dita no final da frase e faz uma diferença enorme dentro daquele contexto.” (Médica A; Módulo Lilás),

Contudo, freqüentemente, os médicos demonstravam gr

como um saber, isto é, como um instrumento que pode e deve ser aplicado em diferentes situações encontradas no cotidiano de suas práticas como médicos de família.

Como consequência direta desta dificuldade foi possível identificar como a operação das habilidades dialógicas ocorria de forma empírica e circunstancial pelos médicos de família. A observação de seus discursos e, também, das relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários, demonstrou que este conjunto de habilidades, além de ainda não serem assumidas e estruturadas como uma competência e um saber não se inseriam direta e organizadamente na abordagem clínica.

Como decorrência desta falta de sistematização e de legitimação, verificou-se que os médicos aplicavam sua capacidade de escuta, de interpretação e de ação de modo diferente, pontual e fragmentado, isto é, ela era entendida e operada de acordo com a ocasião, o tipo de demanda dos usuários e o contexto que envolvia os encontros clínicos.

Este modo circunstancial e fragmentado de compreender e aplicar as capacidades dialógicas estava refletido nos diferentes enfoques e formas das narrativas e atitudes dos profissionais em relação aos pacientes e ao trabalho clínico. Em geral, os médicos produziam discursos que variavam de acordo com as situações que vivenciavam, tornando-se freqüentemente contraditórios em relação aos aspectos constituintes e instituintes da formação de uma competência narrativa na clínica.

Destaca-se, por exemplo, a entrevista com um médico que expôs um discurso consistente sobre o aprendizado prático cotidiano, onde se capacitava, continuamente, a escutar e a se relacionar com o outro, isto é, a entender necessidade de *“conversar e abrir um espaço para o paciente*

pacientes e suas famílias, demonstrando a fragilidade e a forma circunstancial como ele lidava com sua própria competência dialógica. Ao ouvir estes relatos e observá-los, pôde-se perceber a dificuldade do médico em aplicar sua capacidade de dialogar e de interpretar as narrativas dos pacientes no cotidiano de sua prática clínica.

Estes conflitos produziam tamanho ruído nas relações do médico com os usuários e com sua própria identidade profissional que ele fez questão de enfatizar, em sua fala, que a proximidade com os usuários seria responsável pelas crises que vivenciou. Ao analisar estas situações, demonstrava seu inconformismo e culpava a intimidade dos usuários com os médicos de família pelos conflitos. Neste caso, considerava que o paciente, devido ao vínculo mais próximo com o médico de família, confundia sua figura pessoal e profissional com a de um amigo, dando margem a questionamentos e a cobranças ao médico que o confundiam. Justificava-se criticando o fato de que esta intimidade estaria produzindo o envolvimento de sentimentos pessoais na relação entre médico e paciente no encontro clínico: *“Aquilo fere muito a gente. Isso acontece muito”*.

A dificuldade de desenvolver esta competência narrativa como um saber pode estar relacionada ao surgimento de obstáculos dialógicos entre médicos, usuários e serviços. Ao enfrentar estes obstáculos, os médicos realizam uma transferência de valores pessoais para a situação e, deste modo, fazem uma análise superficial e conjuntural das questões que aumentam os ruídos na relação com os pacientes.

Observando o encontro deste médico de família, acima citado, com seu supervisor e o pesquisador, pode-se perceber como a inconsistência destas habilidades dialógicas e interpretativas podem contribuir na produção de ruídos nas relações clínicas entre médicos e usuários dos serviços de saúde.

Relato de um encontro:

Logo que o supervisor chegou na sala de espera do módulo foi interpelado pelo médico, este dizia-se muito aborrecido pelo que vinha acontecendo e relatou, afobadamente, como a coordenadora da área havia questionado suas atitudes em relação a um paciente e sua família. O supervisor pediu que ele aguardasse até que entrassem em uma sala para continuarem a conversar. Na sala fui apresentado como um pesquisador, ao que o médico me cumprimentou com naturalidade e retomou a conversa que havia sido interrompida.

A fala do médico parecia conter um desejo de desabafar os sentimentos que estava vivenciando, mas, ao mesmo tempo, objetivava tentar ganhar o apoio da supervisão para suas atitudes. Relatou o caso de um paciente idoso, muito querido pela família e também pelos membros da equipe que o acompanhavam em atendimentos domiciliares, pois era acamado devido ser portador de insuficiência arterial em membros inferiores. Já havia sido amputado o pé direito do paciente há dois anos e o pé esquerdo estava evoluindo muito mal e teria também indicação de amputação segundo a avaliação do cirurgião vascular

Logo, após o médico iniciar seu relato o supervisor pediu licença e disse que teria de sair mais cedo para outro módulo e, por isso, teria que ir examinar uma criança com a outra médica e, assim, nos deixou a sós. Contudo, o médico continuou a contar o caso com o mesmo afimco que vinha fazendo antes da interrupção.

Fez questão de enfatizar que este paciente era visitado semanalmente por ele e por seu auxiliar, entretanto, um dia o paciente apresentou alterações que alarmaram a família e esta procurou o módulo para levar o médico até sua casa. Porém, neste dia, o médico encontrava-se em meio a consultas e falou para que a família acionasse o atendimento de emergência, coisa que a família já havia feito antes e, até o momento, não tinha tido resposta. Angustiado com a situação, a família acabou levando o paciente para a emergência em um carro particular, contudo, ele acabou morrendo dias depois da internação por infecção generalizada. A família deste paciente fez queixa do médico à direção do PMF e entrou com processo judicial contra ele e o programa.

O médico se defendia, dizia que tinha todas as visitas feitas ao paciente anotadas no prontuário, mas que o caso do paciente necessitava de cuidado que ele e sua auxiliar, ou mesmo as supervisões que também acompanharam o caso, não podiam oferecer.

Percebendo na narrativa do médico o esgotamento de suas explicações quanto à situação que ele vivenciava e sua ansiedade em legitimar sua atitude profissional, interferi em sua narrativa.

A partir deste momento expus, como uma hipótese, a possibilidade de que aquela família pudesse estar se sentindo desvalorizada, socialmente e emocionalmente, por não ter podido internar seu parente antes do surgimento dos problemas que o levaram ao óbito, ou mesmo, a dificuldade da família entender a manutenção de uma pessoa em atendimento domiciliar mesmo sendo portadora de problemas clínicos tão importantes.

Questionei se aquela família não pudesse estar se percebendo desgastada em conviver com a situação aflitiva e trabalhosa de cuidar, em casa, de um paciente crônico e acamado. Desse modo, sinalizei a possibilidade de que a família estivesse inconformada e mesmo se culpando por ter que manter em cuidado domiciliar uma pessoa que, segundo uma visão mais comum e hegemônica, deveria ser acompanhado em um ambiente hospitalar. Por fim, questionei se toda esta situação, envolvendo um imaginário de perplexidade e de desqualificação social e econômica da família, não pudesse ter alimentado um luto familiar. Reforçando a necessidade de culpar a atenção prestada pelos profissionais do programa pelo desfecho ocorrido, pois, desta forma, a dor e o luto que estavam vivendo passariam a ser mais compreensíveis para ela mesma e para o ambiente social em que vivia.

O médico concordou com este questionamento e começou a relembrar questões da dinâmica familiar e a ressignificar algumas situações ocorridas durante sua convivência com esta família, que poderiam dar sentido às questões que eu havia levantado.

A partir deste momento o médico pareceu ficar mais tranquilo, redirecionou o foco de sua narrativa, começou a relativizar o significado deste conflito e a dar uma visão sobre o conjunto do seu trabalho clínico, dos vínculos que havia construído com a população e da gratificação que sentia em desenvolver o trabalho como médico de família há quatro anos.

Cabe destacar, na situação acima relatada, a mudança de papel do pesquisador. De observador, o pesquisador passou a ser o interlocutor que o médico buscava para poder refletir e entender o que havia ocorrido naquele caso. A intervenção do pesquisador permitiu um outro enfoque sobre as ocorrências vividas pelo médico e possibilitou uma outra percepção dos significados das falas e atitudes da família em relação ao ocorrido. Deste modo, o ressentimento alimentado pela médica em relação à família deu lugar a uma narrativa que buscava dar um sentido mais estruturante aos problemas que vivenciou.

A análise desta experiência e de outras, no trabalho de campo, deu a impressão de que há dificuldade de sistematização e reflexão dos médicos sobre suas habilidades narrativas. Estas não se constituem em uma competência e um saber na clínica, dificultando o deslocamento do médico de um lugar de participante de um contexto sócio cultural para o de observador do cenário e das relações dialógicas estabelecidas com os usuários.

Este deslocamento pode estar relacionado à relação que Foucault (2002) estabelece entre o sujeito e as formações discursivas que compartilha, pois não é qualquer um que pode dizer qualquer coisa a qualquer momento. Quem fala, fala de um lugar e o lugar do médico no discurso tradicional está dado. Quando tenta de certa forma reinventar esse lugar, o médico de família como que “perde as coordenadas” e não sabe exatamente como se situar.

Ao se colocar apenas na posição de um nativo neste complexo contexto que envolve aspectos pessoais, ideológicos, sociais, culturais e institucionais, o médico parece perder a condição de ter um olhar mais amplo e reflexivo sobre as relações que estabelece com o paciente e sobre sua prática clínica. Uma visão que o permitiria perceber e analisar o significado das falas dos usuários e, também, o sentido de seu próprio discurso e suas atitudes nos encontros clínicos.

Sem esse deslocamento e a possibilidade que ele pode trazer de reflexão sobre a disposição que as palavras e as ações tomam nos encontros, as competências dialógicas e interpretativas que os médicos desenvolvem em seus contextos de práticas, ficam restritas às habilidades pessoais/morais e às experiências vivenciadas de modo pontual e fragmentado. Deste modo, os ganhos de capacidade dialógica não assumem a perspectiva de um saber estruturante da prática clínica.

Em síntese, a vivência do médico na clínica da APS parecia ser responsável, em grande parte, pela ampliação da capacidade de escuta e interpretação dos processos de adoecimento, assim como de sua capacidade de dialogar e negociar com os pacientes. Entretanto, estas capacidades dialógicas se desenvolviam em torno de um pragmatismo que limitava a possibilidade de entendê-las na perspectiva de construção de um saber, isto é, como algo sistematizado, reproduzível e avaliável nas diferentes situações vividas pelos profissionais.

A compreensão pelos médicos desta competência apenas como um elemento objetivo e circunstancial de suas práticas e não como um estilo de pensamento, limita a possibilidade deles terem um olhar mais instrumentalizado e reflexivo das falas dos usuários e de seus significados, assim como das atitudes tomadas pelos sujeitos nos diversos contextos que envolvem os encontros clínicos.

A questão que se coloca e precisa ser analisada, é a razão por que isto ocorre e como esta limitação é operada no modo de pensar do médico de família.

Uma das explicações para esta limitação pode estar referida à concepção que compreende a capacidade dialógica como algo formado naturalmente pelo contexto de suas práticas e pelas habilidades pessoais do médico. Quando a competência narrativa é atrelada à oportunidade do médico estar próximo da população, ela adquire uma característica focal e conjuntural que a torna um elemento periférico à clínica. Neste caso a competência não se coloca como um aspecto estruturante do saber clínico, como acontece em relação aos aspectos técnico-biomédicos.

Ao estar limitada às perspectivas e circunstâncias da prática, a competência narrativa passa a ser dependente da disposição e da forma como são organizados os cenários e contextos das intervenções na clínica. Com este tipo de inserção na clínica a competência narrativa se torna um simples reflexo do modelo de atenção,

da estrutura dos serviços, do tempo de consulta ou de outros elementos envolvidos na prestação da atenção.

Perde, portanto, sua qualidade e potencialidade de ser um saber instituinte de novos modos de operar sobre elementos da atenção como a escuta e interpretação das narrativas do adoecimento, assim como, de promover uma contextualização das ações de diagnóstico e terapêutica da clínica.

Outro enfoque é o que limita a competência narrativa na clínica as habilidades que são produtos de virtudes de comunicação ou de aspectos morais referentes à personalidade dos profissionais. Restrita à noção de uma virtude pessoal, a competência narrativa torna-se dependente das vozes que a expressam, logo, das dimensões, significados e valores diversos que ela pode assumir para cada profissional. Desta maneira, a competência narrativa não se institui como um discurso capaz de organizar, interna e externamente, os sujeitos que dele se utilizam em suas narrativas ou em suas práticas.

Esta visão da competência dialógica, como algo marginal a uma prática clínica biomédica, se institui no discurso médico sobre a idéia da arte na medicina. Esta perspectiva de arte, apesar de reconhecer a necessidade de contemplar ou agregar à abordagem clínica os elementos subjetivos, sociais, culturais, o faz situando estes aspectos de modo secundário e marginal quando os vincula às perspectivas pessoais e morais dos profissionais.

Esta inclusão da perspectiva da arte no processo de trabalho médico ocorre reforçando a idéia de uma virtude pessoal, de aptidão profissional, de um componente moral, ensejando um aspecto do fazer na clínica que é intangível. Ao situar a competência narrativa restrita a uma idéia de arte, a ideologia médica hegemônica limita a possibilidade de analisar, avaliar, sistematizar ou reproduzir os

elementos subjetivos e dialógicos da clínica como uma ação construída social, cultural e ideologicamente no bojo do saber e do fazer da clínica.

Estas duas direções para estruturar a forma de pensar e lidar com a competência narrativa não permitem envolver e redirecionar o modo de pensar dos sujeitos inseridos na atenção clínica. Elas impedem que seja ultrapassada uma perspectiva da competência narrativa médica que se limita a girar em torno das características pessoais ou dos contextos em que as ações práticas são desenvolvidas.

Vista como um aspecto prático e circunstancial, ou como uma questão dirigida pela idéia de arte, a competência narrativa se insere de modo periférico ao saber clínico. Desta forma, a competência narrativa representa um aspecto marginal à ideologia médica que compreende a clínica como uma prática orientada pela racionalidade biomédica.

Este lugar marginal que a dialogia ocupa é reforçado pela noção pragmática e conjuntural como a clinica tradicional trata a competência dialógica do médico. Esta visão deixa clara a fragilidade desta competência frente a força do discurso universalizante da biomedicina que orienta e qualifica não apenas a prática do médico, mas, principalmente, sua identidade, independente do lócus e do modo de suas ações.

A forma fluida e intangível como são apresentados os elementos subjetivos, culturais e dialógicos da clínica na medicina reforça, portanto, que eles se instituem como algo secundário, marginal e circunstancial no estilo de pensamento médico. Esta fluidez se contrasta e confronta, no imaginário de clínicos e da sociedade, com a perspectiva médico-científica da biomedicina que se institui como algo objetivo e verdadeiro, alguma coisa que pode ser quantificada e reproduzida universalmente.

Algo que cria uma linguagem e uma racionalidade homogênea que independe das pessoas, dos locais ou das situações em que a prática médica é aplicada.

Dificuldade de integrar o conhecimento biomédico com a competência dialógica na clínica.

A prática médica, concebida como uma ação baseada em um conhecimento técnico biomédico, monolítico e fechado, se confronta com a diversidade e singularidade dos contextos e sentidos dos encontros clínicos. Deste modo, a imprevisibilidade e heterogeneidade do cotidiano da clínica promovem grande dificuldade ao médico em aplicar, automaticamente, a forma de pensar, os discursos, os conhecimentos ou as normas aprendidas na sua formação acadêmica.

Este descompasso entre o discurso biomédico e as situações vividas pelos médicos se refletia no distanciamento entre o que os pacientes demandavam no encontro clínico, em termos de escuta, interpretação e possibilidades de intervenções e o que o médico tinha a oferecer em relação a um saber e uma prática dirigida apenas pela racionalidade biomédica.

“Eu tive que fazer essa concessão, não pude simplesmente negar o desejo da mãe, já aprendi isso também, que nem sempre você pode fazer coisas puramente técnicas. As vezes, até indo contra a lógica, você tem que ceder, porque se ela não vivenciasse aquilo a mãe não ia entender, não ia aprender” (Médica c; Módulo Laranja)

O médico de família, particularmente, convive intensamente com esse distanciamento, pois seu contexto de trabalho o expõe a um número infinito de variáveis na abordagem do processo de adoecimento. Ele exerce uma prática clínica fora do coerente e previsível ambiente hospitalar e o coloca em uma situação profissional que é contra-hegemônica em relação aos valores sociais e culturais hegemônicos que valorizam a especialização na atenção médica.

Estes fatos formam um quadro onde, inevitavelmente, o médico tem que conviver com sentimentos de desvalorização pessoal e de frustração profissional. Sentimentos que se acentuam pelo contraste da sua prática e dos saberes cotidianos nela desenvolvidos, com a visão concebida pela racionalidade biomédica para sua ação clínica.

Há um outro aspecto que envolve a dificuldade do médico em poder reconhecer e instituir a formulação de um saber a partir da sua experiência e da reflexão sobre suas práticas. Esta dificuldade pode ser atribuída ao modo como é instituído e vivenciado pelo médico o seu processo de aprendizado na formação acadêmica.

“Eu tenho observado uma certa deterioração teórica na minha clínica. Contudo, em outras coisas, eu acho que melhorei, eu aprendi muitas coisas, não sei se o que eu aprendi se ajusta à necessidade de minha prática. Por um lado tem muita coisa que eu perdi, de conteúdos mesmo, rola um fenômeno de desaprender muita coisa, de ter muita dificuldade de chegar em casa e estudar, eu chego esfolado em casa.” (Médica A; Módulo Azul)

A formação acadêmica é baseada no acúmulo de informações biomédicas e na assimilação de padrões de raciocínio e de atitudes apreendidos a partir do conhecimento de casos semelhantes³⁷. Neste processo pedagógico ainda prevalece uma concepção que compreende a prática do médico como um campo de aplicação do conhecimento biomédico sobre a doença e, por conseguinte, os casos são considerados modelos nos quais os aprendizes devem reconhecer e aplicar os padrões de manifestações das patologias nas ações diagnósticas.

Esta forma de produção e reprodução do conhecimento biomédico produz um estilo de pensamento e de aprendizado, na medicina, que não se abre à possibilidade de que um saber possa ser construído a partir de uma ação reflexiva e interpretativa

³⁷ Para melhor entender esta forma de reprodução dos padrões de pensamento prático da clínica Hunter (1996) considera que a medicina tem uma razão prática que é apreendida na formação médica a partir de dogmas explicitados no contato do aluno com um estoque de experiências clínicas

sobre a heterogeneidade e complexidade da prática. Portanto, este modo de pensar dissocia o saber do fazer na clínica, pois compreende o conhecimento médico como um produto fechado fruto do somatório de informações biomédicas.

As narrativas dos médicos expressam este conflito entre a ampliação da escuta e da capacidade de julgamento — que influi na compreensão e na tomada de decisão sobre cada caso — e o estilo de pensar desenvolvido pelo saber técnico biomédico. Frente a este conflito, a tendência do discurso médico é considerar sua competência narrativa como algo natural, simplesmente fruto da proximidade ou desvalorizá-la frente aos aspectos técnico-biomédicos da clínica. Por sua vez, esta naturalização e desvalorização dificultam que os médicos analisem o papel de sua competência narrativa e que identifiquem as ferramentas que vêm usando para desenvolver sua escuta e sua capacidade de interpretar e julgar na clínica.

A dicotomia entre a competência narrativa e interpretativa e a racionalidade biomédica se reflete na dificuldade dos médicos de integrarem estas duas dimensões em uma única narrativa que tenha como vetor e referência a narrativa do adoecimento. Surge, assim, o conflito, vivenciado pelo médico de família, de conviver com uma racionalidade técnico-científico distante das necessidades de sua prática e que não dialoga e interage com as competências que ele desenvolve a partir em sua vivência clínica. Entretanto, os médicos de família têm claro que é este saber técnico–biomédico que, apesar de ser insuficiente, é o saber que os legitima e autoriza a agir como profissionais de saúde.

“A minha capacidade de ouvir a gente melhora muito, infinitamente. Antes eu tinha uma angústia muito grande com a questão técnica, hoje em dia eu continuo me preocupando com a técnica, mas hoje eu me permito muito mais a deixar o paciente falar mais outras coisas, que antes eu era muito mais fechada na questão técnica.” (Médica B; Módulo Laranja)

Os médicos reconhecem que desenvolveram competências que transcenderam a uma simples incorporação e aplicação de conhecimentos biomédicos. Costumam se orgulhar da qualidade dos vínculos que estabelecem com os pacientes e das estratégias que aplicam para melhorar a atenção. Porém, estes elementos da atenção são dispostos em um modo de pensar que coloca de um lado, seus recursos pessoais e as especificidades do modelo de atenção e, em outro, seus conhecimentos técnico biomédicos.

“É lógico tem a teoria, mas não é receita de bolo, até porque as doenças se manifestam de modo diferente em cada pessoa, cada um tem bagagens diferentes.” (Médica A; Módulo Amarelo)

“Eu não saberia te dizer o que constrói um bom vínculo entre médico e paciente. Eu nunca havia pensado que estas questões poderiam ser ensinadas, terem uma forma de sistematização.” (Médica A; Módulo Azul)

Assim, a relação entre o saber técnico e o saber fazer na clínica é vista de modo segmentado e não como um processo integrado. Em consequência, os médicos não conseguem identificar e analisar os desenvolvimentos em curso, as habilidades de comunicação e interpretação e não as estruturam na forma de competências. Esta dificuldade de ver e incorporar este processo de ampliação das competências dialógicas reforça o estilo mecanicista e fragmentado de pensamento médico e dificulta a apreensão, a sistematização e a avaliação do próprio saber desenvolvido a partir das práticas cotidianas.

Arranjos pessoais na formação de uma competência narrativa na clínica

Mesmo considerando estes obstáculos conceituais que envolvem a relação entre a racionalidade biomédica e as competências dialógicas na clínica, há necessidade de reconhecer e analisar formas heterogêneas de os médicos de família organizarem e articularem o saber prático e as competências dele advindas com a clínica.

Em vista desta diversidade, questiona-se por que a narrativa de alguns médicos consegue desenvolver melhor as questões referentes à competência dialógica. As observações de campo, apesar de não terem dado respostas objetivas a este questionamento, indicaram a existência de elementos referentes às trajetórias e às identidades pessoais e profissionais dos médicos que podem ter contribuído para desenvolver um modo de ver e agir que ampliava as competências dialógicas destes médicos em relação à clínica.

Identificou-se que os médicos que apresentaram narrativas mais ampliadas sobre o processo de adoecimento não eram, necessariamente, aqueles que estavam, há mais tempo, trabalhando no PMF. A maioria desses profissionais indicava nas suas falas que, em algum momento de suas vidas acadêmica ou profissional, questionaram as bases teóricas e práticas da medicina tradicional e/ou tiveram dificuldade de se verem reproduzindo uma prática clínica limitada aos conhecimentos biomédicos. Assim, a dificuldade de lidar com a prática clínica tradicional, seja como estudante ou no início de suas vidas profissionais, foram várias vezes citadas como explicação para a tomada de decisões quanto à formação acadêmica, à especialização em que se envolveram³⁸ ou à motivação para ir trabalhar no PMF.

Algumas trajetórias, percorridas por estes médicos, aproximaram-nos de outras racionalidades não biomédicas e/ou levaram a optar por uma formação pós-graduada que estivesse próxima da perspectiva da integralidade na clínica (como no caso daqueles que optaram por fazer residência ou especialização em medicina de família e comunidade).

³⁸ Bonet (2003) em sua tese de doutorado aprofunda esse componente ideológico que leva o médico a se introduzir em um campo da medicina onde a idéia de totalidade se dissemina e que, dessa forma, se contrapõe com a clínica tradicional baseada na biomedicina.

Estas predisposições e as experiências delas advindas, de algum modo, podem ter influenciado as narrativas destes médicos. Estas vivências podem ter sido responsáveis por direcionar os médicos a operarem um raciocínio mais ampliado em relação à dimensão dialógica da clínica o que, por sua vez, facilitou que fossem capazes de incorporar outras dimensões do adoecer ao seu saber prático.

“Não sei se você aprende em algum lugar ou na vida. Muita coisa eu vi com o João. Como ele deixava o paciente à vontade para falar determinada coisa. Ele jogava as perguntas ‘Como é isto para você?’ Quando eu via, o paciente estava falando, estava chorando, botando pra fora. Você aprende a perceber qual o momento para fazer isto. Isso também é muito da pessoa, não sei ao certo não. Você aos poucos vai criando instrumentos para se sair melhor.” (Médica A; Módulo Vermelho)

O contato com outras concepções sobre o processo saúde-doença, presentes em outras racionalidades como a homeopatia e a acupuntura ou mesmo com a psicanálise, também pareceram ter criado oportunidades e legitimado o movimento destes profissionais de desenvolverem novas perspectivas e formas de pensar o adoecimento e o encontro clínico.

O contato com outros estilos de pensamento, como os presentes em outras racionalidades, ou a insatisfação com a clínica tradicional pareceram, portanto, influírem no sentido de introduzir o clínico em um campo que os aproxima da incorporação dos elementos dialógicos à clínica como algo inerente à atenção.

Contudo, a análise das narrativas dos médicos que tiveram proximidade com outras racionalidades, identificou que, mesmo lidando com concepções do processo saúde-doença diferentes da biomedicina, eles encontram dificuldade de fazer um movimento de integração e legitimação destes novos elementos como um saber na clínica.

Um destes médicos que teve formação em homeopatia, mesmo compreendendo a influência desta racionalidade na ampliação de sua competência narrativa, entendia que os elementos dialógicos que desenvolvia em sua prática na APS, eram habilidades natas e inerentes a qualquer médico. Estas habilidades eram compreendidas, pelo médico, como elementos independentes, pois não se constituíam em uma nova disposição de pensar o processo saúde e adoecimento na clínica.

“A homeopatia influenciou em minha percepção, ajudou muito a um olhar diferente, uma fala diferente, uma escuta diferente. Mas, eu me arrisco a dizer, que todos a têm. Uns mais, outros menos, porque não estão atentos, não dão importância.” (Médica A; Módulo Lilás)

Esta fala separava as concepções oriundas da homeopatia da clínica exercida na medicina de família, pois considera a competência dialógica da clínica como algo inato e independente. Dessa maneira, mantém a competência dialógica como uma questão externa ao núcleo duro do saber clínico.

Outra forma identificada de lidar com a influência das racionalidades não biomédicas na clínica foi a que realizava um deslocamento automático de seus elementos semióticos para as situações de adoecimento vivenciadas pelos pacientes, como pode ser observado na fala a seguir:

“Teve um paciente que chegou com uma dor que era no ponto de alarme da vesícula biliar (ponto da acupuntura). Ele tinha essa dor há muito tempo e ela era insuportável. Ele tinha uma ‘facies’ assim... Ele parecia que estava murchado. A gente começou a conversar e descobri que ele tinha uma mulher esquizofrênica. Eu perguntei se ele se sentia culpado de alguma forma por isso. O adoecimento do outro acaba que você se responsabiliza. De repente eu falhei como marido? Deu-me a entender que ele se sentia culpado pela doença da mulher. Então eu falei que a esquizofrenia era uma doença genética, que ele não tinha responsabilidade nenhuma. Assim, foi até emocionante, porque os olhos dele brilharam e disse ‘É verdade? Ninguém nunca me disse isto antes’. Parecia que ele tinha, assim, respirado’.

Aí eu fiz um encaminhamento para a acupuntura, com um diagnóstico de acupuntura, e ele foi rapidamente absorvido para tratamento. Na primeira semana sumiram os sintomas. Ele já tinha rastreado tudo, o prontuário tinha ultrassom e vários outros exames e ninguém tinha achado nada, e é uma dor de vesícula. É uma miscelânea, acho que você vai abordando tudo ao mesmo tempo, uma pessoa não é somente corpo ela é tudo” (Médica A; Módulo Vermelho)

Observa-se que a proximidade com uma concepção de adoecimento que integra mente e corpo (no caso a medicina tradicional chinesa) legitimou um modo de ver o adoecimento onde a busca, durante o encontro clínico, de elementos subjetivos do paciente foi valorizada pelo médico como uma estratégia para explicar o processo de adoecimento.

Nesta situação, o contato do médico com a racionalidade alternativa induziu-o a outras formas de diálogo e interpretação da situação do paciente. Assim, a acupuntura influenciou e legitimou a ação do médico de integrar o sintoma físico com a subjetividade ao oferecer ao médico uma nova narrativa sobre o adoecimento.

Apesar de a acupuntura ter contribuído em criar este espaço de escuta e formulação de novos significados ao adoecer, esta racionalidade não fazia parte do imaginário do paciente sobre o adoecimento e não, necessariamente, motivou a nova narrativa por ele produzida a partir do reconhecimento do sentimento de culpa que trazia.

Portanto, apesar do sucesso alcançado em promover um espaço dialógico e terapêutico na abordagem deste caso, o modo de pensar do médico, quando implementou o diagnóstico da acupuntura no caso, descontextualizou o processo de adoecimento do paciente em relação ao contexto do encontro clínico-terapêutico. Foi uma abordagem que descontextualizou a competência interpretativa e comunicativa da clínica, pois estava ancorada em uma perspectiva de causalidade baseada em

uma racionalidade médica que é externa ao imaginário do paciente e ao campo ideológico deste encontro clínico.

A atribuição de causalidade operada distanciou-se da hipótese de que a produção de uma relação dialógica no encontro clínico possa permitir a construção intersubjetiva de uma nova narrativa sobre o adoecer. Não indica que a produção de espaços dialógicos, na clínica, seja capaz de integrar mente e corpo em um processo dinâmico e contextualizado em relação aos aspectos sociais, culturais e psicológicos vividos pelas pessoas.

Nesta abordagem o médico não considerou que a sua capacidade de escutar e interpretar as narrativas e, conseqüentemente, de perceber as diferentes dimensões e significados do adoecer, pudesse compor um saber clínico diferenciado sem, necessariamente, implicar em uma outra racionalidade tecno-científica.

Em síntese, a análise do desenvolvimento da competência narrativa entre os médicos de família identificou que eles vêm desenvolvendo um saber prático em sua clínica e que este saber se constitui a partir de diferentes lugares como as experiências profissionais e pessoais ou no contato com outras racionalidades médicas. Este saber prático parece influir, intensamente, na prática clínica destes médicos, pois orienta a percepção, o modo de dialogar e de agir a partir do contexto de vida e do significado do adoecimento percebido em cada pessoa.

Porém, esta competência narrativa que se desenvolveu como um saber prático, ainda é, majoritariamente, percebido como algo externo à identidade do clínico e do saber e da prática clínica ou é considerado como um elemento oriundo de uma outra racionalidade médica que pode ser agregado, mas não integrado ao saber prático da clínica. Deste modo, a competência narrativa e interpretativa não vem sendo capaz

de se integrar como um novo estilo de pensamento e um novo saber clínico que diferencia e legitima os praticantes da medicina de família.

Conclusões

Todo o esforço deste trabalho foi no sentido de entender as relações entre o contexto de práticas médicas e o desenvolvimento de um saber clínico capaz de aproximar a clínica do sujeito e do sofrimento vivenciado por ele.

Este objetivo admitia a existência de obstáculos conceituais e práticos limitantes deste tipo de desenvolvimento da clínica que foi confirmada na análise das narrativas e da forma como os médicos operam seus saberes. Além de clarear as questões que criam estes obstáculos, o trabalho trazia, como um objetivo subjacente, o desafio teórico e prático de identificar a possibilidade de transpor estas barreiras, com vistas a aproximar o saber e a prática clínica da perspectiva de uma maior integralidade nas ações de saúde.

Neste sentido, duas questões nortearam esta pesquisa. Como pensar o processo de adoecimento e as intervenções sobre ele, incorporando o sujeito, sua história, seu contexto de vida ao conhecimento sobre as doenças e sobre as estratégias de tratamento? Como pensar a integralidade na clínica, sem fragmentar suas dimensões entre aspectos biológicos, psicológicos, culturais e ambientais, constituídas na forma de saberes e fazeres que ocupam lugares e tempos diversos e que podem, ou não, estarem integrados em uma determinada situação?

Estes questionamentos e reflexões, portanto, apontavam para o desafio de integrar saberes não-biomédicos e o próprio saber prático à clínica. Por outra, implicavam em entender o modo como a racionalidade biomédica interage na formação do estilo de pensamento dos médicos, em particular, entre aqueles inseridos em contextos de práticas onde as dimensões psicossociais do adoecer são próximas e inerentes à atenção.

Contudo, este movimento não podia ser feito apenas como um exercício abstrato e teórico, logo, externo e distante da realidade cotidiana do fazer na clínica. Compreendia-se que a resposta a estas questões deveria ser direcionada por um empreendimento que refletisse sobre o cotidiano do saber e da prática clínica e, neste movimento, analisasse possíveis processos de ampliação e reorientação do modo de pensar médico, mais especificamente, daqueles que praticam a clínica na APS.

Foi com esta visão que o trabalho usou a noção de narrativa do adoecimento como uma unidade conceitual e operacional, tanto para identificar o modo de pensar sobre a clínica, como para analisar possíveis caminhos para sua ampliação. Vislumbrava, portanto, a narrativa como uma ferramenta que seria capaz de aproximar os médicos da percepção e da interpretação do significado do processo de adoecimento e, assim, ampliase a dimensão dialógica, hermenêutica e integral do saber e da prática clínica.

No trabalho de campo esta perspectiva foi se delineando ao evidenciar a necessidade de promover a incorporação, valorização e sistematização de novos enunciados às narrativas dos médicos e às perspectivas dos serviços de saúde. Estes seriam enunciados que englobariam, ao universo interpretativo dos profissionais, questões referentes aos contextos narrativos do adoecimento.

Enunciados que apontassem para a integração do saber sobre as doenças com suas repercussões sociais, culturais e econômicas sobre o indivíduo e sua coletividade; com as expressões de culpa, preconceito ou risco existentes nas situações de adoecimento ou em algumas doenças; com os sentimentos, construídos socialmente e psicologicamente, como a perda de identidade ou de ruptura ocorrida no curso de sua vida por conta do adoecimento; com a perspectiva

medicalizadora e objetivante que as manifestações corporais e o sofrimento vêm assumindo em nossa sociedade, entre outros aspectos que envolvem o adoecimento e as demandas por atenção.

Neste sentido, a pesquisa com os médicos atuando na APS confirmou esta possibilidade de aplicar a narrativa como um meio e um fim na compreensão do saber e da prática clínica. Permitiu observar que ele, apesar de atuar de forma próxima e continuada com os contextos (comunitários e familiares) onde se constroem os sentidos do adoecimento e as demandas por atenção, ainda tem uma frágil e insuficiente percepção e compreensão dos gêneros narrativos³⁹ e das narrativas pessoais do adoecimento.

A fragilidade desta percepção pode ser localizada na forma fragmentada, circunstancial e pragmática como o médico lida com sua capacidade de escuta e interpretação dos enredos pessoais e coletivos apresentados pelas narrativas dos pacientes.

A inexistência ou inconsistência de uma competência narrativa médica na clínica ficava clara nos relatos sobre as situações que os próprios médicos identificavam como de conflito. Estas situações, fossem elas decorrentes do relacionamento entre a comunidade e o modelo de atenção (no caso o PMF) ou entre os sujeitos envolvidos nos encontros clínicos, provocavam intensos ruídos de comunicação, desqualificavam o papel dos profissionais e reduziam a efetividade das ações implementadas.

Por outro lado, a convivência do pesquisador no campo e o diálogo com os médicos do PMF indicaram a potencialidade que a competência narrativa, estruturada como um saber na clínica, poderia ter na ampliação do universo dialógico e interpretativo

³⁹ Ver discussão sobre o papel dos gêneros ou padrões narrativos e a singularidade no Capítulo 2.

dos médicos. Percebeu-se o potencial que esta ampliação poderia ter na abordagem do adoecimento, na implementação das estratégias terapêuticas e na capacidade de entender e lidar com situações que provocavam grande conflito nas relações entre profissionais e pacientes no cotidiano de um serviço de APS.

As observações de campo e a análise das narrativas — consideradas como uma integração de vozes, saberes e fazeres orientados por um estilo de pensamento — identificou que as narrativas sobre o adoecimento e sobre a clínica se expressavam, principalmente, através de discursos e valores ambíguos e variáveis de acordo com as situações vivenciadas pelos médicos.

A formulação deste discurso ambíguo, que organiza os saberes e os fazeres na clínica de forma circunstancial, pode ser entendida como parte de um estilo de pensar direcionado pelo pragmatismo e por uma visão fragmentada e pouco reflexiva das situações vividas e dos problemas a serem enfrentados.

Do contato com os contextos de trabalho dos médicos na APS e da interpretação de suas narrativas emergiram três questões que evidenciaram este modo de pensar médico e sua repercussão sobre a clínica no contexto da APS. Discutir estas questões pode ajudar a compreender este estilo de pensamento e facilitar a observação de como se formam os obstáculos que os médicos encontram para integrarem e desenvolverem suas experiências e sua sabedoria prática como um campo de saber que qualifique e legitime seu trabalho profissional.

As questões identificadas na pesquisa e que, por sua capacidade de direcionar a narrativa dos médicos sobre a clínica, pareceram relevantes são:

1. A formação da identidade e da legitimidade profissional do médico na APS é dirigida, principalmente, pelo arranjo organizacional promovido pelo modelo

de atenção e não pelo desenvolvimento de um saber que o diferencie e qualifique.

2. As capacidades dialógicas, desenvolvidas nas experiências práticas, são compreendidas e assumidas como habilidades pessoais e/ou como aspectos morais dos médicos. Esta pessoalidade dá margem a uma tensão, externada por um discurso ambíguo e fragmentado, entre a proximidade, o vínculo e o diálogo com o paciente e a estruturação do saber e da prática clínica.
3. A racionalidade biomédica ainda se constitui como um obstáculo epistemológico que impede que o médico desenvolva um estilo de pensamento em que ele reflita, desenvolva e integre o saber prático e os saberes não biomédicos como um algo legítimo, sistematizável, avaliável e reproduzível no âmbito da clínica.

Estas conclusões serão desenvolvidas nos tópicos que se seguirão no texto.

A identidade do médico atuando na APS formada a partir do modelo assistencial e não como um saber.

As narrativas dos médicos atuando no PMF, se confrontadas com o discurso estabelecido na racionalidade clínica biomédica, demonstraram que eles vêm ampliando sua capacidade de diálogo e o universo interpretativo sobre as situações de adoecimento.

Esta ampliação, porém, está basicamente circunscrita à identidade criada pelo modelo de atenção, isto é, está dirigida pelo campo de políticas e práticas no qual os médicos identificam a especificidade, a legitimidade social e a valorização de sua atuação profissional.

Esta identificação com o modelo, seu arranjo técnico assistencial, assim como suas diretrizes conceituais (principalmente, a aplicação de ações de promoção, prevenção junto com as curativas) se desenvolve na fala uníssona dos médicos de família quanto à pertinência das estratégias da APS e à qualificação e especificidade do trabalho realizado. As críticas, quando surgiram, foram sempre periféricas ou conjunturais, como a dificuldade de realização de exames ou de referenciar os pacientes para consultas especializadas.

As características do modelo de atenção são assumidas nas narrativas como elementos diferenciadores da prática do médico no PMF em relação àquelas desenvolvidas pelos clínicos que atuam no modelo tradicional de atenção. Em decorrência desta direcionalidade do arranjo técnico assistencial sobre o saber clínico, a integralidade passa a ser considerada como um atributo do modelo de atenção.

A integralidade, neste caso, seria fruto da forma como se organizam as práticas em saúde e de como o médico nelas se insere. Esta perspectiva, portanto, deixava de fora a possibilidade de formação de um saber pelos praticantes, que fosse capaz de integrar as dimensões biopsicossociais à clínica.

Esta estreita relação das narrativas dos médicos com o arranjo técnico assistencial explicaria as variações identificadas no foco e na forma das narrativas sobre a clínica. Elas variavam muito em função das características dos módulos, das inserções dos médicos nas equipes e da proximidade ou não com serviços e profissionais atuando no modelo tradicional.

Por outro lado, a centralidade das narrativas em torno da organização das práticas promovidas pelo PMF pode, também, ser um elemento na formação de uma visão fragmentada sobre as intervenções na clínica. Explicaria porque as ações de

educação e promoção em saúde, realizadas pelos médicos no programa, que envolvem diretamente os contextos sociais e culturais de uma comunidade, são vistas apenas como modalidades de atenção que os diferenciam do modelo tradicional, isto é, como aspectos específicos da prática do médico na APS que podem ser agregados a uma clínica de formato biomédico tradicional.

Deste modo, a ampliação da clínica era percebida pelos médicos como circunscrita à capacidade do programa de promover a proximidade com a clientela e a continuidade do cuidado. Aspectos estes que permitiriam conhecer os resultados das intervenções produzidas ou reconhecer como o adoecimento se desenvolve na família e entre seus membros.

As oportunidades criadas pelo modelo de atenção promovem ações que, efetivamente, aproximam os médicos dos contextos do adoecimento e proporcionam diferentes inserções assistenciais aos médicos, assim como novos formatos para o encontro clínico. Entretanto, estes aspectos das experiências dos médicos no PMF não são assumidos como possíveis rupturas em relação ao saber e às práticas que envolvem a clínica limitada à biomedicina.

Percebe-se que se forma uma visão e um discurso sobre a integralidade que se fundamenta na idéia de que o modelo de atenção agrega aspectos do território e da vida social e cultural das pessoas à clínica, contudo não integra estes elementos a uma perspectiva de mudança de seu saber e sua prática.

Este discurso espelha uma identidade da pessoa e do profissional médico, formada a partir da sua inserção no modelo de atenção e nas modalidades de práticas que desenvolve. Esta identidade, como não se estrutura como fruto de um saber, mas sim de um contexto de assistencial, restringe a possibilidade do profissional de se deslocar do cotidiano e refletir sobre sua própria prática, seu discurso e suas

atitudes nas diversas situações e nos conflitos que vivencia com os usuários do PMF.

As situações em que surge algum tipo de conflito entre o modelo de atenção, os serviços, seus profissionais e os usuários, influem muito nas narrativas que os médicos realizam sobre sua prática clínica. Em geral, nestes casos, as queixas dos usuários em relação aos procedimentos do programa passam a assumir um caráter de cobrança da figura e da pessoa do médico que, por conseguinte, experimenta o desconforto e se sente desvalorizado em seu papel profissional e institucional.

Ao assumirem como identidade o pertencimento a um determinado arranjo técnico assistencial e não a perspectiva de um saber que amplie sua visão e sua capacidade de dialogar e interpretar as diferentes demandas dos pacientes, os médicos vivenciam obstáculos para a compreensão e a resolução dos diferentes tipos de conflitos que surgem ou de apreenderem com eles.

A dimensão conjuntural e fragmentada desta identidade do médico do programa e a personalidade que prepondera nesta visão, dificulta o necessário distanciamento para compreender o comportamento social e cultural, individual ou coletivo, que envolve as necessidades e demandas dos usuários e suas críticas às ações às relações implementadas pelo programa por seus atores.

Portanto, ao não organizar e valorizar uma competência para lidar com os aspectos contextuais da prática em seu universo interpretativo, o médico distancia o trabalho clínico do processo histórico, político, cultural e institucional de construção das necessidades e demandas dos pacientes. Este quadro não apenas afasta o médico de sua clientela como dificulta a construção de uma competência narrativa e interpretativa que possa ampliar a perspectiva dialógica da clínica.

As competências narrativas assumidas como habilidades pessoais ou do modelo de atenção e não como uma teoria da prática.

Não foi uma tarefa fácil entender a forma como eram dispostas as competências dialógicas e interpretativas dos médicos atuando na APS. Estes estão inseridos em modalidades de práticas que os aproximam dos contextos de vida e adoecimento dos pacientes e possibilitam a formação de um maior vínculo e intimidade entre os sujeitos do encontro clínico.

A primeira impressão foi de que as narrativas sobre a competência dialógica não seguiam uma trajetória única, isto é, não guardavam coerência em seu discurso ao longo do tempo ou nas diferentes situações vividas pelos médicos. Contudo, quando a análise se aprofundou, pôde-se identificar que as narrativas dos médicos representavam um modo de pensar intuitivo e pragmático como o descrito por Camargo Jr (2003) em relação à prática médica.

“O modo de pensar dos clínicos pode ser caracterizado, resumidamente, como uma busca amplamente intuitiva, pragmática, orientada a resultados, por informação relevante (isto é, potencialmente útil na prática), selecionada de fontes com suficiente credibilidade acadêmica e submetida a um primado do conhecimento prático, experiencial, com atitude bastante cética, às vezes bordejando ao cinismo” (CAMARGO JR, 2003, 183).

Identificou-se um modo de pensar intuitivo e pragmático que direcionava as escolhas do foco e dos formatos de suas narrativas. Estas se caracterizavam por uma forma objetiva e circunstancial de responder e organizar as palavras e as coisas na clínica e tinham, como foco, fragmentos do cotidiano de suas práticas e não o contexto onde elas se inseriam.

De modo geral, pode-se dizer que os médicos desenvolvem uma capacidade de dialogar e interpretar os casos que amplia sua prática clínica. Muitas vezes citavam a necessidade de identificar os diferentes sentidos que podem estar contidos nos

sintomas relatados e nas demandas por atenção. Nestes casos, suas narrativas sobre a clínica expressavam uma visão configuracional para interpretar as narrativas do adoecimento e eram capazes de integrá-las com a abordagem orientada pelo modelo biomédico.

Esta capacidade compreendia, portanto, uma forma de ver que, além de identificar as pessoas ou objetos (a doença e suas manifestações) presentes no encontro clínico, se abria a perceber o conjunto, o movimento e a relação entre estes elementos.

Entretanto, os conflitos enfrentados pelos médicos e as repetidas falas em que culpam a proximidade e a intimidade dos pacientes com os profissionais como “falhas no programa”, fizeram que a análise questionasse esta competência dialógica. Surgia, assim, a questão: por que as habilidades dialógicas parecem variar de acordo com as situações e as relações estabelecidas com os pacientes, ou seja, por que estas habilidades se desenvolvem em algumas situações e interações e não em outras?

A explicação para este questionamento parece se localizar, justamente, no caráter situacional, conjuntural e mesmo contraditório do desenvolvimento da competência narrativa destes profissionais. Outra possibilidade de resposta estaria no fato da competência dialógica se desenvolver em torno, apenas, de uma perspectiva pessoal e moral do médico. Estas explicações representam formas de pensar, lidar e valorizar a competência narrativa que não se abriam para uma reflexão dos discursos e ações da clínica e não contribuiriam para a construção de um saber que identifique, qualifique e sistematize a dialogia na clínica.

A forma contraditória como os médicos abordavam em suas narrativas aspectos como o vínculo sinalizava a forma circunstancial e não reflexiva de como se

desenvolvia esta competência narrativa. Ao mesmo tempo em que os profissionais reconheciam o vínculo como algo gratificante e importante para a compreensão do adoecimento e para a adoção de estratégias terapêuticas mais adequadas, eles apontavam que a proximidade e a intimidade com os usuários produziam uma perda de identidade e de autoridade da figura deles como clínicos.

As falas, sistematicamente, responsabilizavam a intimidade pela ocorrência de conflito com os pacientes. Por situações em que o médico é confrontado por demandas e questionamentos para os quais não encontravam respostas em sua autoridade técnica biomédica ou na habilidade dialógica e interpretativa adquirida como um recurso pessoal e pragmático.

Confrontados com estas situações e com poucos e inadequados recursos para entendê-las, os médicos tendem a encará-las como um questionamento ou mesmo uma agressão à sua autoridade profissional e/ou à sua pessoa e, como alternativa, culpabilizam os pacientes pelas ocorrências.

Como foi apresentado na análise do trabalho de campo, vários foram os relatos destes conflitos pelos médicos, mas o que impressionou foi a dimensão pessoal que assumiam, como, também, a perplexidade e o sofrimento que provocavam nos profissionais. Estas ocorrências eram responsáveis por narrativas e atitudes sobre a clínica que eram incoerentes e desvalorizavam os próprios ganhos de capacidade dialógica promovidos pela experiência prática e pelo convívio próximo à comunidade.

Este tipo de repercussão no modo de pensar sobre a clínica refletia a fragilidade da organização de uma competência dialógica desenvolvida como uma habilidade pessoal ou como um produto isolado de um arranjo técnico assistencial. Questiona a frágil figura do “bom médico” ou do bem intencionado propósito do programa e de

seus praticantes, imbuídos da expectativa de promover a saúde em uma população carente que, entretanto, não entende seus elevados fins.

Por outra, estas narrativas refletem que os médicos não encontram bases em seu saber médico para interpretar e se relacionar com estes questionamentos, isto é, com problemas cujas abordagens estão fora do alcance do conhecimento biomédico ou não estão contemplados no modelo de atenção.

Assim, a análise das narrativas sobre as situações de conflito com os usuários indica a falta de uma competência cultural e subjetiva dos médicos para perceber e interpretar padrões narrativos que estão envolvendo as falas e demandas dos pacientes sobre o adoecimento. Conseqüentemente, os médicos encontram grande dificuldade para lidar com percepções e significados do adoecimento construídos pelos pacientes que estão fora do repertório semiótico estabelecido pela clínica biomédica.

As dificuldades de reconhecer e interpretar padrões narrativos e significados pessoais do adoecimento se acentuam devido ao autoritarismo do saber técnico biomédico, que não considera e valida outros saberes e diferentes formas de perceber, explicar e significar o adoecimento como as que são usadas pelos pacientes. Esta limitação fica mais presente quando os significados e as implicações do adoecimento diferem daquelas esperadas no repertório e nos objetivos propostos pela racionalidade biomédica.

A fragilidade conceitual e técnica evidenciam o fato de que não ocorre a formação de uma competência narrativa entre os médicos organizada a partir de uma reflexão sobre a prática, nem se reflete ideologicamente na formação de um estilo de pensamento (FLECK, 1986). Assim, a capacidade dialógica não se organiza como uma disposição cognitiva para perceber que, neste caso, seria dirigida por uma

dimensão dialógica e interpretativa da clínica. Como resultado, este processo não promove uma sistematização dos elementos constituintes e instituintes dessa capacidade, no sentido de sua estruturação como um saber e, por conseguinte, não desenvolve uma competência narrativa que pode e deve ser aplicada nas diferentes situações do cotidiano.

Percebe-se, portanto, a dificuldade de compreender e operar esta competência como um saber prático intrínseco à clínica. Saber que permitiria ao médico dialogar e interpretar situações em que as diferenças de valores e de atitudes entre os sujeitos criam obstáculos relacionais ou quando a simples disposição dos sujeitos em um determinado modelo de atenção não é suficiente para promover o diálogo e a empatia entre eles.

A ausência de organização dessa competência do médico como um saber dificulta seu deslocamento de um lugar de praticante, envolvido em um contexto sócio-cultural, para o de observador do cenário e das relações dialógicas estabelecidas com os usuários. O médico parece ver sua prática, e as capacidades dialógicas que desenvolve a partir dela, como um hábito e não como um *habitus*⁴⁰, isto é, como um elemento gerador e criador de novas formas de pensar e agir (BOURDIEU, 1983; BOURDIEU & WACQUANT, 1992).

Dessa forma, o médico exclui a possibilidade de haver um modo de ser e agir que se constitua a partir de sua prática dialógica. Este movimento corresponderia à legitimação da existência de uma razão prática, produto de um senso prático, de uma construção social, de um senso do jogo, que Bourdieu (1983) compreende como orientador de uma teoria da prática. Sem essa perspectiva de uma teoria da

⁴⁰ Bourdieu (1983) fala de *habitus* e não de hábito porque considera que aquele conceito representa uma capacidade geradora e criadora, inscritas em um sistema de disposições como uma arte, em um senso amplo de um domínio da prática e no sentido particular de uma arte.

prática, torna-se difícil pensar na possibilidade de que ocorram comportamentos e modos de operar o cotidiano que possam extrapolar ou mesmo romper com um padrão pré-estabelecido pela estrutura social e, mais especificamente neste caso, com a estrutura teórica ou tecno-científica do campo biomédico.

Entretanto, os médicos observados pareciam estar em uma constante busca por uma unidade e uma direção. Buscavam um sentido que fosse capaz de conciliar um estilo de pensamento pragmático e fragmentado (centrado no saber biomédico e epidemiológico e nas relações com seus pares) com o contexto de saberes e práticas em que estão envolvidos e, através dos quais, percebem-se desenvolvendo novas competências.

Seria a busca por uma nova configuração do saber, como é compreendida por Santos (2000). Esta visaria garantir o desejo de que o desenvolvimento tecnológico contribua para o aprofundamento da competência cognitiva e comunicativa e, assim, se transforme em um saber prático. Um saber que implicaria na valorização da prática, tornando possível que a técnica se converta em uma dimensão desta e não, ao contrário, como hoje se sucede, isto é, em que a prática se converte em uma dimensão da técnica (SANTOS, 2000).

Aponta-se, portanto, para o desenvolvimento de uma visão da clínica onde ela passe a assumir o diálogo do saber técnico-científico com a sabedoria prática de médicos e pacientes na construção do projeto clínico-terapêutico. Objetiva-se, com isso, indicar uma reconciliação da tecnociência com os valores e significados pessoais delineados pelos indivíduos ao longo de suas vidas como foi proposto por Ayres (2001).

Cabe destacar, no entanto, que o desenvolvimento do saber prático na clínica, que neste trabalho é focado como a ampliação da competência narrativa dos clínicos,

encontra, ainda, na racionalidade biomédica e no padrão de formação médica, grandes obstáculos para o seu desenvolvimento.

A racionalidade biomédica como obstáculo epistemológico para o desenvolvimento de um saber dialógico e hermenêutico na clínica

A capacidade dialógica desenvolvida pelos médicos no PMF não se estrutura como um saber na clínica somente por ela não vir se constituindo como uma razão prática ou por não ser assumida na perspectiva de uma teoria da prática. A racionalidade biomédica que envolve e orienta o estilo de pensamento médico na busca da doença como um aspecto ontológico e a forma como se desenvolve o processo de ensino e aprendizagem do conhecimento biomédico existem como dois lados de uma mesma moeda. Representam aspectos que se integram na formação de obstáculos epistêmicos para o desenvolvimento de um saber dialógico e hermenêutico na clínica.

No discurso hegemônico sobre a clínica, esta é apresentada como uma ação que possui uma face “científica” e outra composta por uma “sabedoria prática” (HUNTER, 1996). Entretanto, no modo de pensar dos médicos de família, externado em suas narrativas sobre a clínica, estes elementos estavam dispostos de maneira assimétrica e se organizavam de uma forma fragmentada e hierarquizada, que preserva a hegemonia do componente “científico” na visão sobre o saber clínico.

Esta hegemonia do “científico” encontra sua força e se legitima através do modo como a tecnobiociência dirige o pensamento médico. É um direcionamento no sentido de uma busca por relações estáveis entre eventos que podem, assim, ser generalizados mediante leis invariantes, que tomam como premissa a objetividade, a precisão e a replicabilidade. (CAMARGO Jr, 2003a).

A maior eficácia desta face “científica” na clínica se faz, justamente, ao reduzir completamente a experiência do sofrimento ao domínio biológico. Contudo, essa redução se faz ao pesado preço de excluir, precisamente, tal sofrimento, origem do pedido de cuidado por aquele que sofre e, assim, reduzir o significado e a relevância da perspectiva dialógica e cuidadora da clínica. (CAMARGO Jr, 2003b).

Esta hegemonia também encontra forças em uma formação discursiva e uma ideologia onde a noção de “verdade científica” produz legitimidade política, social e cultural para o projeto técnico-científico da medicina ocidental (FOUCAULT, 1980). Esta ideologia, que se introjeta de modo subliminar no imaginário e nas práticas dos médicos, é responsável por criar uma dicotomia entre ciência e saber prático, entre a subjetividade do adoecer e as lesões, doenças visíveis e diagnosticáveis, reforçando a dificuldade de que os clínicos operem o desenvolvimento de uma razão prática integradora destas dimensões no campo da clínica.

Além de se constituir como um obstáculo para o desenvolvimento da sabedoria prática na clínica, na visão de Camargo Jr (2003b), a biomedicina também representa um claro obstáculo epistemológico para a estruturação do cuidado integral. Este autor compreende que a ênfase que a biomedicina promove nos aspectos biológicos, a sua perspectiva fragmentada e fragmentadora e a hierarquização implícita dos saberes biomédicos são questões que se opõem às idéias agregadas sob o rótulo do cuidado e da integralidade.

As falas dos médicos no PMF quando buscavam a legitimação de seu saber e de sua prática, refletiam esta assimetria entre a face “científica” e as perspectivas de um saber prático fundado na dialogia e na hermenêutica na clínica.

Os médicos deixavam claro que conseguiam ampliar a escuta e a interpretação na clínica. Percebiam que esta ampliação não era fruto dos conhecimentos técnico-

científicos da biomedicina ou do modelo semiótico da clínica tradicional que tiveram acesso em sua formação profissional. Contudo, havia uma forte noção de que os conhecimentos biomédicos compõem uma verdade objetiva e inquestionável. Esta noção invadia a percepção cultural e as narrativas dos médicos e dos serviços de saúde, possibilitando que, por vezes, a subjetividade e os significados pessoais e culturais ficassem ausentes, fizessem parte de um discurso ambivalente ou fossem considerados aspectos periféricos à narrativa sobre o adoecimento e a clínica.

Percebeu-se, portanto, que a racionalidade biomédica e o modo de pensar pragmático do médico na clínica formavam uma coerção sobre o pensamento médico e, em consequência, criavam obstáculos para o desenvolvimento das competências dialógicas como um saber legítimo para aplicação e reprodução na clínica.

Observou-se que esta coerção dificultava uma visão histórica e cultural do processo de adoecimento, do próprio encontro entre o médico e o paciente e da integração da narrativa do adoecimento com o contexto onde ela é produzida. Este movimento de coerção sobre a visão do médico se faz, principalmente, ao situar o clínico como um praticante que está distanciado de um processo de reflexão e formulação de seu próprio saber. Sendo assim, a partir deste lugar que ocupa, ele não consegue observar como se organiza seu estilo de pensamento e, portanto, tem dificuldade de localizar refletir sobre os objetos e objetivos dos saberes que aplica em seu cotidiano.

Esta dificuldade de perceber-se como sujeito de seu saber seria consequência do próprio processo de formação do estilo de pensamento médico. Este se organiza como uma disposição para perceber de forma orientada e é adquirido à custa da perda do poder de ver de um modo heterogêneo (FLECK, 1986).

Esta orientação do estilo de pensamento médico baseia-se no acúmulo de informações biomédicas e na assimilação e repetição de padrões de raciocínio e de atitudes adquiridas a partir do aprendizado com casos semelhantes⁴¹. Portanto, este empreendimento cognitivo implica em situar o médico na posição de um prático que deve aplicar “corretamente”, isto é, com a maior objetividade possível, os conhecimentos sobre a doença em casos similares. Este empreendimento, apesar de admitir uma dimensão hermenêutica na aplicação do conhecimento nas situações clínicas, torna a competência dialógica e interpretativa um elemento secundário e circunstancial dentro da perspectiva de formação e reprodução do saber na clínica.

Este processo de formação e coerção do pensamento médico desqualifica e limita a possibilidade de que este profissional se perceba como sujeito na construção de seu saber e, deste modo, seja capaz de valorizar e integrar à clínica suas experiências práticas e os saberes ligados à dialogia, à subjetividade e à cultura que são inerentes ao desenvolvimento de uma ação dirigida para a integralidade e para o cuidado em saúde.

Perspectivas de Ampliação do Saber Clínico

As idéias e perspectivas desenvolvidas no trabalho realçaram as oportunidades criadas pelos cenários, arranjos técnico-assistenciais e profissionais envolvidos na APS para a ampliação da clínica como uma prática dirigida à integralidade e ao cuidado em saúde. A análise realizada, entretanto, indicou como este desenvolvimento da clínica não depende apenas da disposição dos elementos técnico-operacionais envolvidos na aplicação de um tipo de modelo de atenção ou de organização das práticas em saúde.

⁴¹ Para melhor entender esta forma de reprodução dos padrões de pensamento prático da clínica, Hunter (1996) considera que a medicina tem uma razão prática que é apreendida na formação médica, a partir de dogmas explicitados no contato do aluno com um estoque de experiências clínicas

Aponta como imperioso que esta trajetória seja acompanhada de uma revalorização dos saberes práticos e da incorporação de saberes não biomédicos. Neste sentido, esta trajetória precisaria considerar os médicos e os outros profissionais de saúde como sujeitos envolvidos em um processo que, a partir da reflexão cotidiana da clínica executada no contexto da APS, introduza a perspectiva de organização de novos saberes e novos modos de agir.

As reflexões deste trabalho se dirigem para a idéia de que as habilidades e competências médicas devem se formar como questões intrínsecas ao cuidado em saúde, isto é, devem se estruturar e se desenvolver tendo como referência as situações de adoecimento, seus significados e formas das pessoas expressarem o sofrimento e organizarem suas demandas por atenção. Essas competências passariam, assim, a compor a clínica e não persistiriam como elementos externos, como parentes distantes da necessidade de qualificar e tornar mais próxima e efetiva a relação de médicos e pacientes no encontro clínico.

As discussões desenvolvidas sobre a competência dialógica e interpretativa médica no contexto do saber e da prática clínica indicam pistas para pensar a formação médica e a educação permanente dos profissionais de saúde, particularmente daqueles inseridos na APS. Aponta, assim, para a potencialidade do uso da narrativa como uma ferramenta operativa e reflexiva para o desenvolvimento de saberes e práticas que aproximem a clínica da perspectiva da integralidade e do cuidado em saúde.

O trabalho propõe, portanto, a idéia de integrar a narrativa na clínica como uma ferramenta que iria além do raciocínio clínico, pois se constituiria como uma síntese do contexto das práticas, da ideologia e do estilo de pensamento produzido, das

formas de linguagem, das atitudes tomadas e das relações estabelecidas no cotidiano do encontro clínico.

Para encerrar este texto cabe dizer que, longe de pretender esgotar a discussão sobre o processo de construção de um saber e uma prática clínica integral, ele busca, essencialmente, sinalizar para a necessidade de uma maior abordagem dos saberes e das práticas que a envolvem.

Objetiva, deste modo, ressaltar a importância de considerar a clínica como um campo de produção de saberes, que se forma quando o olhar se volta para os sujeitos e suas narrativas no encontro clínico, em diversos cenários de atenção médica, mas que se torna fundamental quando o foco está na organização da APS. Um campo de produção de saberes que se forma a partir da abordagem do sujeito em seu contexto e em suas relações intersubjetivas e que aponta para novos modos de pensar e agir a clínica que possibilitariam integrar as dimensões coletivas e individuais, os saberes técnico-científicos e práticos e a eficácia e a efetividade das ações em saúde.

FIM

Bibliografia

ABMA, TA. Emerging Narrative Forms of Knowledge Representation in the Health Sciences: Two Texts in a Postmodern Context. **Qualitative Health Research**, Vol.12, Nº1, 5-27 Janeiro 2002.

AHLZ'EN, R. The doctor and the literary text – potentials and pitfalls. **Medicine, Health Care and Philosophy** 5: 147–155, 2002.

ANDERSON, MIP; DEVEZA, M; RODRIGUES, DR. **Medicina Integral: Princípios, Reflexões e Perspectivas**. Rio de Janeiro: Disciplina de Medicina Integral/FCM/UERJ, 14p. (mimeo), 1998.

ARROLIGA, AC.; NEWMAN S; LONGWORTH, DL; STOLLER; JK. Metaphorical Medicine: Using Metaphors To Enhance Communication with Patients Who Have Pulmonary Disease, **Annals of Internal Medicine**, Vol 137, Issue 5, Part 1, p 376-379, setembro 2002.

AYRES, JRM. Emancipation: Reason, Science and Education, **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Vol.1, Nº1, 1997.

AYRES, JRM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface - Comunic, Saúde, Educ** 6, 117-120, fevereiro, 2000.

AYRES, JRM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6 (1): 63-72, 2001.

BAKHTIN, M. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. Editora Hucitec. São Paulo, 11ª edição, 2004.

BONET, OAR. Saber e Sentir. Uma estratégia da Aprendizagem em Biomedicina. **PHYSIS- Revista de Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social-UERJ**, Rio de Janeiro, Vol.9, Nº1, p 123-150, 1999.

BONET, OAR. **Los Médicos de la Persona. Un Estudio Comparativo Sobre la Construcción de una Identidad Profesional** 2003. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, fevereiro, 365p, 2003.

BOURDIEU, P; WACQUANT, LJD. An Invitation to Reflexive Sociology. Ed The Univerisity of Chicago Press. EUA, 1992.

BOURDIEU, P. Esquisse d'une théorie de la pratique. In ORTIZ R (org). **Pierre Bourdieu: Sociologia**. Editora Ática, São Paulo 1983.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família: Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS: A Clínica Ampliada**, Brasília – DF, Série B. Textos Básicos de Saúde, 17p, 2004.

BROCKMEIER, J; HARRÉ R. Narrativa: Problemas e Promessas de um Paradigma Alternativo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 16(3), p. 525-535, 2003.

BURY, M. Illness narrative: fact or fiction? **Sociology of Health & Illness**. vol 23, Nº 3, p 263-285, 2001.

CAMARGO Jr, KR. A Biomedicina. **PHYSIS - Revista de saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social-UERJ**, v.7, Nº 1, p. 45-68, 1997.

CAMARGO Jr, KR. **Biomedicina, Saber & Crítica**. São Paulo. Editora Hucitec, 195p, 2003a.

CAMARGO Jr, KR. Um ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade. In: PINHEIRO R & MATTOS R (Org). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, p 35-41, 2003 b.

CAMARGO Jr, KR; NOGUEIRA, MI. Dois Tópicos para uma Discussão sobre Medicina e Ciência. Rio de Janeiro: UERJ-IMS **Série Estudos de Saúde Coletiva**, 172, 1998.

CAMPOS, GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C. O. (Org.). **Inventando a Mudança na Saúde**, São Paulo: HUCITEC, p 29-88, 1994.

CAMPOS, GWS. **Reforma da Reforma: Repensando A Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 220 p, 1997.

CAMPOS, GWS. **Saúde Paidéia**. São Paulo. Editora Hucitec, 185p, 2003.

CANGUILHEM, G. **O Normal e O Patológico**.. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2ª ed, 270 p, 1982.

CARRARA, S. Entre Cientistas e Bruxos: Ensaio sobre os Dilemas e Perspectivas da Análise Antropológica da Doença. In ALVES, P C & MINAYO, M C S. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 174p, 1994.

CASTIEL, LD. **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Editora FIOCRUZ, 204 p,1999.

CECÍLIO, LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção à Saúde. In: PINHEIRO R & MATTOS R (Org), **Os sentidos da Integralidade Na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, p 113-126, 2001.

CHARON, R. Narrative and Medicine [Perspective]. **New England Journal of Medicine** Vol 350(9), pp 862-864, 26 February 2004.

CHARON, R. Narrative Medicine: Form, Function, and Ethics. **Annals of Internal Medicine**. Vol. 134, N°1, Janeiro 2001.

COELHO, MTAD; ALMEIDA FILHO, N. Normal – Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilheim. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ**, Vol. 9, N°1, p.13-36, 1999.

COULEHAN, JL; FOX, L; ADLER, AJ; WESTON, WW; SMITH, RC, STEWART, M. Tell Me about Yourself: The Patient-Centered Interview. **Ann Intern Med**;134:1079-1085, 2001.

CROSSLEY, ML. 'Let me explain': narrative emplotment and one patient's experience of oral cancer. **Social Science & Medicine** 56 439–448, 2003

DAIN, S; FAVORETO, CAO; CAETANO, R; TAVARES, L. **Análise de reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades: padrões de custos e formas de financiamento**. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 98p, 2002.

DEVEZA, M. **Saúde para todos no ano 2000**. 1983. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1983.

DONALD, A. The words we live in. In GREENHALGH T HURWITZ B **Narrative Based Medicine**, BMJ Books, 3ª ed, p 17-28, 2002.

DONNANGELO, MCF; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 120 p, 1979.

ELWYN G.; GWYN R. Narrative based medicine: Stories we hear and stories we tell: analysing talk in clinical practice. **BMJ**, Vol 318, Nº 30, p 186-188, 1999.

FAVORETO, CAO. **Saúde da família: do discurso e das práticas**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 116p, jan 2002a.

FAVORETO, CAO; CAMARGO Jr, KR. Alguns Desafios Conceituais e Técnico-Operacionais para o Desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma Proposta Transformadora do Modelo Assistencial. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ**, Vol 12, Nº 1, Rio de Janeiro, p 59-77, 2002b.

FAVORETO, CAO. A Velha e Renovada Clínica Dirigida à Produção de um Cuidado Integral em Saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R (ORG). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**, Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, p 205-220, 2004.

FAVORETO, CAO. A Construção e Avaliação da Clínica na Perspectiva da Integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R (ORG). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde**, Rio de Janeiro, Cepesq/IMS/ABRASCO, p 185-204, 2006.

FLECK, L. **La Génesis y el desarrollo de um hecho científico. Introduccion a la teoría del estilo de pensamento e del coletivo de pensamento**. Madrid: Alianza Editorial, 200p, 1986.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica..** Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 241 p, 2ªed, 1980.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas: Uma arqueologia das ciências humanas**. Livraria Martins Fontes Editora Ltda, São Paulo, 4ª ed, 1987.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber**, 6ª edição, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 235p, 2002.

FRANCO, ALS; BASTOS, ACS; ALVES, VS. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(1):246-255, jan-fev, 2005.

FRANCO, T; MERHY E. PSF: Contradições e novos desafios no PSF, 2001 disponível em: <http://www.technet.com.br/~nilson/saudedafamilia11htm>, acessado em 22/02/05.

FRANK, A. Illness as moral occasion: restoring agency to ill people. **Health**, 1, 2, p131-148. 1997.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 323p, 1983.

GOOD, BJ; GOOD, MJD. The meaning of Symptoms: a Cultural Hermeneutics Model for Clinical Practice. In: KLEINMAN A & EISENBERG L., **The Relevance of Social Science for Medicine** D Reidel Publishing Company, Dordrecht, Holland/ Boston, USA/ London, England p 165-196, 1980.

GOULART, FAA. **Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?** Tese Doutorado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2002. 387p.

GREENHALGH, T; HURWITZ, B Why study narrative In: GREENHALGH T HURWITZ B **Narrative Based Medicine**, BMJ Books 3ª ed, p3-17, 2002a.

GREENHALGH, T. Narrative Based Medicine in a Evidence based World In: GREENHALGH, T; HURWITZ, B **Narrative Based Medicine**, BMJ Books 3ª ed, p 247-265, 2002b.

GREENHALGH, T; HURWITZ, B. Narrative based medicine. Narrative based medicine in a evidence based world. **BMJ**, Vol 318, Nº 30, p 323-325, 1999.

GUIMARÃES, M. B. L. Intuição, Pensamento e Ação na Clínica **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Vol.9, Nº17, p 317-32, mar/ago 2005.

HAIDET, P ; PATERNITI, D A, 2003. "Building" a History Rather Than "Taking" One A Perspective on Information Sharing During the Medical Interview. **Arch Intern Med**, Vol.163, p 1134-1140, may 26, 2003.

- HEATH, I. Following the Story: Continuity of Care in General Practice. In GREENHALGH T HURWITZ B **Narrative Based Medicine**, BMJ Books, 3^a ed, p 83-93, 2002.
- HERMAN, J. Medicine: the Science and the Art. **J Med Ethics Humanities** 27: 42-46, 2001.
- HERZLICH, C. "Medicine moderne et quête de sens: lamaladie significant social", In: HERZLICH & AUGÉ (Org), **Le sens du mal — Anthropologie. Histoire et Sociology de la Maladie**. Paris, ed des Archives Contemporaines, 1984.
- HERZLICH, CA. Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social UERJ**. Rio de Janeiro, 15 (suplemento), p 57-70, 2005.
- HODGKIN P. Medicine, postmodernism, and the end of certainty. **BMJ**; 313:1568-1569, 21 December 1996.
- HUNTER, KM. A Science of individuals: medicine and casuistry. **The Journal of Medicine and Philosophy** 14: p 193-212, 1989.
- HUNTER, K M. "Don't think Zebras": Uncertainty, Interpretation, and the Place of Paradox in Clinical Medicine. **Theoretical Medicine** 17: p 225-245, 1996b.
- HUNTER, KM. Narrative, Literature, and the clinical exercise of practical reason. **The Journal of Medicine and Philosophy** 21: p 303-320, 1996a.
- HURWITZ, B. Narrative and the practice of medicine. **The Lancet** Vol 356 • December 16, 2000
- HYDÉN, LC. Illness and Narrative. **Sociology of Health & Illness**, Vol 19, Nº 1, p 48-69, 1997.
- JONES, AH. Literature and Medicine: narrative ethics. **Lancet**, 349:1243-1246, 1997.
- JORDENS, CFC; LITTLE, M. In this scenario, I do this, for these reasons: narrative, genre and ethical reasoning in the clinic. **Social Science & Medicine**, 58, p 1635-1647, 2004.
- KEATING, P; CAMBRÓSIO, A. "Real compared to what?" Diagnosing leukemias and lymphomas. In: LOCK, M; YOUNG, A; CAMBROSIO, A. **Living and Working with**

the New Medical Technologies, Cambridge, Cambridge University Press, p 103-134, 2000.

KEATON W; KLEINMAN A. Doctor – Patient Negotiation In KLEINMAN A & EISENBERG L .**The relevance of Social Science for Medicine**. D Reidel Publishing Company p 253-279, 1980.

KLEINMAN A; EISENBERG L .**The relevance of Social Science for Medicine**. D Reidel Publishing Company, 1980.

KLEINMAN, A. **The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition**. New York Basic Books, 269p, 1988.

KNOTTNERUS, A; DINANT GJ. Medicine based evidence, a prerequisite for evidence based medicine. **BMJ**;315:1109-1110, nov 1997.

LAUNER JA. Narrative approach to mental health in general practice. **BMJ**; volume 318 – 9, Janeiro 1999.

LEDER, D. Clínica Interpretation: The Hermeneutics of Medicine. **Theoretical Medicine**, 11: 9-24, 1990.

LITTLE M; JORDENS CFC; PAUL K; SAYERS E; CRUICKSHANK JA; STEGEMAN J; MONTGOMERY K. Discourse in different voices: reconciling N $\frac{1}{4}$ 1 and N=many. **Social Science & Medicine** 55 (2002) 1079–1087.

LOCK, JD. Some Aspects of Medical Hermeneutics: The Role of Dialectic and Narrative. **Theoretical Medicine**, 11: 41-49, 1990.

LOEWE R; SCHWARTZMAN J; FREEMAN J; QUINN L; ZUCKERMAN S. Doctor Talk and Diabetes: Towards an Analysis of the Clinical Construction of Chronic Illness. **Social Science & Medicine**. Vol.47, Issue 9, p 1267-1276, Nov. 1998.

LOPEZ, M. **O Processo Diagnóstico nas Decisões Clínicas: Ciência – Arte – Ética**. Editora Revinter Ltda, Rio de Janeiro, 490p, 2001.

MABECK, C E & OLESEN, F. Metaphorically Transmitted Diseases. How do patients embody medical explanations. **Family Practice**, Vol 14, N°4, p 271-278, 1997.

MATTOS, R A, Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões. In PINHEIRO,R; MATTOS, R A. (ORG). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABASCO, 2001, p 39-64.

MERHY, EE. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, EE.; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, p 71-112, 1997.

MEHRY, EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T. (Org.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Ed. Xamã, p. 103-120, 1998.

MEHRY, EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde, **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, vol 6, p 109-116, 2000.

MOUZINHO, GP. **Programa Médico de Família: mediação e reciprocidade**. Dissertação de Mestrado, Niterói: Universidade Federal Fluminense, 1999.

OLIVEIRA, FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.10, p.63-74, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: Caso Brasil**. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde 8. BRASÍLIA — DF, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS). **Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR)**, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP), Março de 2002.

PLATT, FW; COULEHAN, JL; FOX, L; ADLER, AJ; WESTON, WW; SMITH, RC; STEWUART, M. Tell me about Yourself: The Patient-Centered Interview. **Annal of Internal Medicine**, Vol 134, N°11, p 1079-10855 de junho de 2001.

POINDEXTER, CC. Medical Profiling: Narratives of Privilege, Prejudice, and HIV Stigma. **Qualitative Health Research**, Vol. 14, N°4, p 496-512, abril 2004.

RÉA-NETO A. Raciocínio clínico – o processo de decisão diagnóstica e terapêutica. **Rev Ass Med Brasil**; 44(4): 301-11, 1998.

REISFIELD GM; WILSON GR. Use of Metaphor in the Discourse on Cancer **Journal of Clinical Oncology**. Vol 22, number 19, October, 1-2004.

RODRIGUES, RD. **A Crise da Medicina: Prática e Saber**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 128 p, 1980.

RODRIGUES, RD. **Hospital Universitário no Brasil Contemporâneo: Dilemas e Perspectivas ante o Processo de Consolidação do SUS**. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 165 p, 1999.

ROOT R; BROWNER C.H. Practices of the pregnant self: compliance with and resistance to prenatal norms. **Culture, Medicine and Psychiatry** 25: 195–223, 2001.

SADLER, MD; JOHN Z; YOSAF F; HULGUS, PHD. Clinical Problem Solving and the Biopsychosocial Model. **Am J Psychiatry**, Vol. 149, n.10, p 1315-1323, 1992.

SANTOS, BS. **Introdução a uma Ciência Pós Moderna**. Rio de Janeiro, Editora Graal, 3ª ed, 176p, 2000.

SCHRAIBER, L. **O Médico e seu trabalho, Limites da Liberdade**. Editora Hucitec, São Paulo, 229p, 1993.

SHAPIRO, J; ROSS, V. Applications of Narrative Theory and Therapy to the Practice of Family Medicine. **Family Practice** 34 (2): 96-100, 2002.

SILVA JR. AG. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: PINHEIRO, R & MATTOS, R (Org). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 228p, 2003.

SLOBIN K. The Role of Narrative in Medicine. A multi-theoretical Perspective. **Advances in Mind-Body Medicine** 16, p 181-207, 2000.

SOARES, JCRS. **A Autonomia do Paciente e o Processo Terapêutico: uma tecedura complexa**. 2000, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 149 p, 2000.

SPINK, MJP (org). **Práticas Discursivas e Produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, RR. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO,R; MATTOS, R. (org). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABASCO, p 89-112, 2003.

TEIXEIRA, SCS; MONTEIRO, VO; MIRANDA, VA. Programa Médico de Família no Município de Niterói. **Estudos Avançados**, 13 (35): 147-158, 1999.

VERGHESE A. The Physician as Storyteller. **Annals of Internal Medicine** Vol 135, N°11, December 2001

VIANA, ALD; DAL POZ, MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista Saúde Coletiv a**, Vol. 8, N° 2, p 11-48, 1998.

VILLEA, I; KHLAT, M. Meaning and coherence of self and health: An approach based on narratives of life events. **Social Science & Medicine** 64, p1001–1014, 2007

WONCA EUROPA. **A Definição Européia de Medicina Geral e Familiar**. WONCA EUROPA, 2002.

Anexos

Anexo 1

Algumas Características Observadas dos Módulos do PMF

	No de equipes	Tipo de unidade	Característica do território	Cobertura pelo PMF
Area 1				
Mod. azul	3 equipes	Apenas PMF	Comunidade carente, localizada em morro no centro de Niterói violenta com forte presença do tráfico.	Completa
Mod. verde	3 equipes	Policlínica com APS e especialidades	Extensa área, localizada na periferia do centro da cidade, com grande carência socioeconômica e com altos índices de violência e forte presença do tráfico.	Parcial
Mod.vermelho	4 equipes	Apenas PMF	Comunidade carente, localizada em morro no centro urbano, violenta, com forte presença do tráfico. No acesso à comunidade há moradores com níveis sociais mais altos	Completa
Mod. amarelo	6 equipes	Policlínica de especialidades clínicas	Área extensa, mas bem delimitada, congrega moradores com diferentes perfis socioeconômicos, com baixos índices de violência e sem presença do tráfico.	Completa
Mod cinza	3 equipes	Apenas PMF	Comunidade carente, localizada em torno de um lixão, difícil limitação geográfica, muito violenta, com forte presença do tráfico.	Completa
Área 2				
Mod laranja	4 equipes	Apenas PMF	Comunidade antiga, plana, bem delimitada geograficamente, litorânea, onde a maioria das famílias estão envolvidas com a pesca, com baixos índices de violência e sem presença do trafico.	Completa
Mod lilás	3 equipes	Apenas PMF	Comunidade antiga carente, localizada em morro na região litorânea, com baixos índices de violência e sem presença do trafico.	Completa
Mod preto	3 equipes	Apenas PMF	Comunidade antiga carente, localizada em morro na região litorânea, com baixos índices de violência e sem presença do trafico.	Completa

Anexo 2

Sistematização das Características dos Médicos Entrevistados

Área 1- Modulo Azul

Médicos	Tempo de formado	Especialização Residência	Tempo na APS	Tempo no PMF	Tempo no Módulo	Motivação para escolher o PMF
Méd A	4 ^a	nenhuma	2a	2a	1a	<i>“Não sabia que residência deveria fazer e que não confiava muito nos programas de residência em MFC”</i>

Área 1- Modulo Verde

Médicos	Tempo de formado	Especialização Residência	Tempo na APS	Tempo no PMF	Tempo no Módulo	Motivação para escolher o PMF
Méd A	30a	R - Infectologia	14a	9a	9a	<i>“Eu acho que ela é a única saída, para alcançar uma qualidade de atenção melhor.”</i>

Área 1- Modulo Vermelho

Médicos	Tempo de formado	Especialização Residência	Tempo na APS	Tempo no PMF	Tempo no Módulo	Motivação para escolher o PMF
Méd A	4a	R - Medicina Geral e Comunitária, Acupuntura e Med Trabalho	4a	2a	2a	<i>“A opção veio como uma oportunidade de ter um olhar mais geral.”</i>
Méd B	25	E - Clínica Médica	14	1	1	<i>“É a responsabilização do médico com o cuidado, com a continuidade da atenção àquelas pessoas.”</i>
Méd C	6	R - Clínica Médica	2	2	2	<i>“Não tinha a pretensão de ser médica de família, e tem uma perspectiva de após a sua licença de gravidez fazer uma especialização em dermatologia e sair do PMF.”</i>
Méd D	27	R - Pediatria E - Saúde Pública	12 anos em atividades gerenciais	2	2	<i>“Trabalho no PMF me enriqueceu em experiência como profissional da ponta.”</i>

Área 1- Modulo Amarelo

Médicos	Tempo de formado	Especialização Residência	Tempo na APS	Tempo no PMF	Tempo no Módulo	Motivação para escolher o PMF
Méd A	7	R - Pediatria	2,5	2,5	1,5	<i>“Moro em Niterói e optei por trabalhar apenas em Niterói há alguns</i>

						<i>meses.” “Aqui há um compromisso com a qualidade.”</i>
Méd B	12	R - Clínica Médica e Gastroenterologia E- Medicina de Família	5	2,5	2,5	<i>“O médico que esta fora do campo da saúde da família e da saúde pública esta muito centrado na doença”</i>
Méd C	10	R – Pediatria E - Gestão em saúde da família	5	3	3	<i>“Foi para o PSF para mudar um pouco.”</i>
Méd D	4	E - Geriatria	1,7	1,7	1,7	<i>“Eu sempre tive o interesse de trabalhar na comunidade”</i>

Área 1- Modulo Cinza

Médicos	Tempo de formado	Especialização Residência	Tempo na APS	Tempo no PMF	Tempo no Módulo	Motivação para escolher o PMF
Méd. A	10	R - Ginecologia	1,5	6	6	<i>“Gostei do trabalho, é um trabalho diferenciado, eu me identifiquei com o modo de atender.”</i>
Méd B	8	E- Pneumologia	0	5	2,5	

Área 2- Modulo Laranja

Médicos	Tempo de formado	Especialização Residência	Tempo na APS	Tempo no PMF	Tempo no Módulo	Motivação para escolher o PMF
Méd A	26	R – Preventiva e Social E - Pediatria	16 como sanitarista	10	5	<i>“Achei o projeto muito interessante”</i>
Méd B	6	R - Pediatria	6 meses	3,5	1,5	<i>“Acho que foi um pouco pela faculdade, mas também pela comodidade do horário, eu não gosto de dar plantão.”</i>
Méd C	17a (Graduação anterior de enfermagem)	E – Clínica Médica e Geriatria	0	10	10	<i>“Sempre quis trabalhar em Saúde Pública.”</i>

Área 2- Modulo Lilás

Médicos	Tempo de formado	Especialização Residência	Tempo na APS	Tempo no PMF	Tempo no Módulo	Motivação para escolher o PMF
Méd. A	13a	E – Clínica	0	11a	11a	<i>“A proposta legal de</i>

		Médica, Homeopatia e Medicina do trabalho				<i>promoção à saúde e de prevenção, na época o programa estava iniciando. Eu acreditava na proposta.”</i>
Méd. B	24a	R – Pediatria e Cardiologia Pediátrica	1a	8a	4a	<i>“Eu queria voltar a este contato em consultório porque eu estava muito em plantões de emergência.”</i>
Méd C	9a	E - Ginecologia	1,5a	6 m	6m	<i>“É um serviço que eu gosto muito, agente se sente parte da comunidade. Agente passa na rua as pessoas te cumprimentam, eu já sei o nome das pessoas, é legal.”</i>

Área 2- Modulo Preto

Médicos	Tempo de formado	Especialização Residência	Tempo em APS	Tempo no PMF	Tempo no Módulo	Motivação para escolher o PMF
Méd A	28	R – Pediatria E – Medicina do Esporte	5	4	4	<i>“Não quis voltar para o consultório ou para os plantões porque eu tenho meus vínculos ideológicos, não admito a medicina como uma questão comercial”</i>
Méd B	11a	E– Ginecologia, Medicina do Trabalho e Acupuntura	0	6	6	<i>“Uma medicina mais social, em geral na medicina eu faria qualquer coisa exceto cirurgia plástica.”</i>