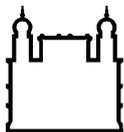


Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e
do Adolescente Fernandes Figueira
Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

**Medicina e Narrativa:
os entendimentos de médicos
completando o Programa de Residência
Médica em Pediatria sobre a Semiologia
e o desenvolvimento do Raciocínio
Clínico na “ciência” e na “arte” do
cuidar**

Leda Amar de Aquino

Rio de Janeiro
Setembro de 2011



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

**DEPARTAMENTO DE ENSINO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER
(MESTRADO E DOUTORADO)**

**Medicina e Narrativa:
os entendimentos de médicos completando
o Programa de Residência Médica em
Pediatria sobre a Semiologia e o
desenvolvimento do Raciocínio Clínico na
“ciência” e na “arte” do cuidar**

Leda Amar de Aquino

Tese apresentada à Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor

Orientadora: Susana Maciel Wuillaume
Co-orientadora: Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso

Rio de Janeiro
setembro de 2011

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

A657 Aquino, Leda Amar de

Medicina e narrativa: os entendimentos de médicos completando o programa de residência médica em pediatria sobre a semiologia e o desenvolvimento do raciocínio clínico na “ciência” e na “arte” do cuidar / Leda Amar de Aquino. – 2011.

ix ; 119 f.

Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira , Rio de Janeiro , 2011 .

Orientador : Susana Maciel Wullaume

Co –orientador : Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso

Bibliografia: f. 40 -43 ; 72 – 75 ; 102 – 103 ; 112

1. Medicina clínica . 2 .Competência clínica. 3. Sinais e sintomas
4. Narração. 5. Prática profissional. 6. Cuidados médicos. I. Título.

CDD - 22ª ed. 616

Ao meu amado pai Raymundo Amar (em memória), grande exemplo da minha vida, incentivador de todos os meus passos, que nos deixou pouco antes do término dessa jornada.

À minha mãezinha Irene e aos seus 90 anos.

Ao meu companheiro de sempre, Roberto Agapio, pelos momentos difíceis que temos enfrentado juntos.

Aos meus queridos filhos Pedro, que me mantém instigada para os desafios da vida, e Alexandre, que com sua esposa Juliana, realizará meu grande sonho de ser avó.

AGRADECIMENTOS

Aproveito este momento para me deixar levar pelos sentimentos, sem me preocupar com formalidades próprias a uma Tese de Doutorado. Tenho certeza que a realização desse trabalho só foi possível porque tive a colaboração, a compreensão, o estímulo e o carinho de várias pessoas que me acolheram durante essa jornada, bastante atribulada em função das inúmeras intercorrências pessoais de toda ordem, mas não menos prazerosa em busca de uma realização tão sonhada.

Sendo assim, quero expressar meus sinceros agradecimentos àqueles que estiveram, de alguma forma, ao meu lado. Sei que é muito difícil traduzir em palavras sentimentos tão fortes, porém tentarei, 'ordenando no tempo e no espaço' (título de um dos artigos deste trabalho), e já me desculpando por algum deslize que eu possa estar cometendo.

Foi minha grande amiga, Cynthia Magluta, quem me acenou com a possibilidade de concorrer ao Doutorado no IFF, colaborando na correção do pré-projeto entregue à banca do concurso.

E a Prof^a Dra. Susana Maciel Wuillaume me aceitou como sua orientanda, a quem eu agradeço principalmente seu ombro amigo, estímulo e compreensão num dos momentos mais difíceis vividos nessa época, me incentivando a seguir em frente, apontando os caminhos possíveis para a finalização do trabalho.

À Prof^a Dra. Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso, minha incansável co-orientadora e amiga, que desde o início traduziu textos, disponibilizou literatura, dedicou uma parte enorme de seu tempo às correções, tornando inteligível o que eu queria mostrar com a pesquisa, sempre com muito carinho, minha eterna gratidão!

Agradeço à Comissão da Pós-Graduação, tendo como coordenadora a Prof^a Dra. Suely Deslandes, que, diante das intercorrências por mim vividas, compreendeu e estendeu o prazo para a defesa da Tese.

Agradeço aos membros da Banca Examinadora pelo tempo dedicado à leitura do trabalho e às considerações propostas, composta pela Prof^a Dra. Monica de Paula Jung, pela Prof^a Dra. Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes e pela Prof^a Dra. Eloísa Grossman, que também participou da minha qualificação com sugestões que foram essenciais para o início da pesquisa.

Agradeço aos meus professores da pós-graduação pela oportunidade de aprender, de trocar experiências, de vivenciar um ambiente de muita cordialidade. Meus agradecimentos também à equipe da Secretaria Acadêmica, que com 'sorriso nos lábios' atendeu a todos os meus pedidos.

Durante o curso tive o enorme prazer de ganhar uma grande amiga, a Prof^a Dra. Ana Cristina Wanderley da Paixão, que, inicialmente, participou do meu grupo de

estudos, mas posteriormente tornou-se uma das principais responsáveis por eu ter chegado ao final dessa jornada. Esteve ao meu lado durante todos os momentos, principalmente nos mais difíceis, impedindo-me de desistir do meu sonho. Nosso contato tornou-se praticamente diário, quando me questionava sobre o progresso da pesquisa, dava ideias, incentivava, oferecia ajuda, cobrava produção, ‘sofria’ comigo. Já perto da finalização, foi incansável na correção dos meus textos, atendendo a todos os meus pedidos de ‘socorro’, inclusive para formatação do trabalho. A minha homenagem a uma pessoa tão especial a quem sou eternamente agradecida.

Não posso deixar de agradecer também à Rosa Mitre, que desde o início do curso me ajudou com sugestões ao projeto, como também me ouviu em vários momentos de angústia. Sílvia Reis e Maria Auxiliadora Villar (Dorita), amigas de longa data, participaram da minha qualificação e trouxeram contribuições importantes para a elaboração do projeto final. Agradeço à Ana Gilbert, que lá do outro lado do Oceano, além de fazer algumas correções no texto final da Tese, traduziu o resumo do primeiro artigo para o espanhol.

Quero agradecer a compreensão e o carinho dispensados pelos meus ‘chefes’ da DARA/O/INCA, Dra. Ana Ramalho e Dr. Antonio Bertholasce, bem como o incentivo de todos os meus colegas, fundamental para a finalização do trabalho, ressaltando a ajuda da Rejane Soares na montagem das planilhas para análise das entrevistas, da Zuleica Russo e Célia Ulysses, por suas ‘orações e conselhos’, da Luciane Araújo, com a sua capacidade em manter tranquilidade no ambiente, como também Giovani Miguez, que trouxe ideias novas com a sua juventude.

Agradeço aos meus colegas do Curso de Fisioterapia da Universidade Veiga de Almeida, coordenado pelo professor Silmar Teixeira, pelas palavras de estímulo recebidas durante todo esse tempo.

Também meus colegas do Comitê de Pediatria Ambulatorial, Eliane Garcez, Cláudia Costa, Elizabeth Melo, Márcia Faria, Ricardo Pontes, Peter Liquornik, Sandra Senna e Isabel Madeira, foram muito importantes durante todo esse tempo, me apoiando durante as dificuldades que foram aparecendo, sempre incentivando e acreditando no êxito final.

Agradeço também a minha amiga Heliana Figueredo pela grande dose de paciência que teve comigo durante esse meu tempo de ‘reclusão’.

Não chegaria ao final dessa jornada se não fosse o apoio irrestrito da minha família. Sei que a privei de inúmeras horas de convívio, porém, sempre me senti estimulada por ela a seguir em frente. Sinto falta hoje do abraço carinhoso do meu pai, que não conseguiu esperar pela apresentação da Tese, muito embora estivesse muito orgulhoso e louco para que eu terminasse logo. Minhas queridas irmãs Lígia Rosental

e Lúcia Amar sempre estiveram ao meu lado, assim como meus cunhados e cunhadas, meus sobrinhos e sobrinhas, meus primos e primas, e minha madrinha.

Meus especiais agradecimentos:

- Ao meu marido Roberto Agapio, por resolver todos os problemas ligados ao computador (e que foram muitos...)
- Ao meu filho Pedro Agapio, por assistir e discutir comigo episódios do Dr House, para que eu entendesse melhor 'o raciocínio clínico'. Seu conhecimento da língua inglesa ajudou-me também na revisão dos textos traduzidos;
- Ao meu filho Alexandre Agapio, pela sua capacidade em nos contagiar com sua grande alegria de viver, e agora mais ainda, com a chegada próxima de Fernando Agapio;
- À Gabriela Romero, namorada do meu afilhado André Renato Mendes, por ter me ajudado na elaboração e revisão de escritos ao iniciar o curso;
- Ao meu afilhado Luis Paulo Mendes, pela tradução do *abstract* da Tese;
- À minha sobrinha Diana Moreira, por me ajudar a resolver os mais diversos problemas de ordem pessoal, para que eu pudesse me dedicar integralmente aos meus estudos;
- Ao meu cunhado Leon Rosental, pela leitura atenta do texto final, corrigindo alguns esquecimentos;
- Ao meu afilhado André Salles, que muito fez pra me trazer tranquilidade;
- Às minhas queridas afilhadas Tatiana Brosig, em Londres, e Luciana Santoprete, em Paris, embora afastadas de mim pela distância, nunca estiveram tão próximas, torcendo para que tudo dê certo.
- Ao Carlos Augusto Rolim, que ao final, me presenteou com a revisão geral de toda a Tese, pronta para a impressão final.

E como não poderia deixar de ser, agradeço aos residentes que participaram desse trabalho, cedendo-me um pedacinho do seu precioso tempo para responder às minhas questões.

RESUMO

Essa tese tem como objeto de estudo os entendimentos que médicos ao término de um Programa de Residência Médica demonstram ter acerca das características do ofício, da Semiologia Médica e do desenvolvimento do raciocínio clínico, tendo como ponto de partida o questionamento da compreensão do papel de narrativa na construção do conhecimento médico. O objetivo geral foi analisar e discutir as características da Medicina, da Semiologia Médica e do desenvolvimento do raciocínio clínico, e os específicos: 1) investigar qual a compreensão acerca do ofício médico e os principais atributos que o constituem; 2) identificar e debater o papel auferido à Semiologia e a partir dela o desenvolvimento do raciocínio clínico e, por fim, 3) analisar o lugar dado à narrativa na construção do conhecimento médico. Para tanto adotou-se uma abordagem qualitativa, utilizando-se entrevistas semi estruturadas baseadas num roteiro temático. A análise dos dados seguiu a análise de conteúdo, na modalidade temática, conjugada a um outro tipo de análise envolvendo processos de codificação aberta e fechada. Os resultados foram divididos em dois artigos. O primeiro expõe como os médicos centraram sua caracterização da Medicina, como uma ciência e uma arte, enfatizando a humanização, o cuidar e a integralidade como inerentes à profissão, assim como o dom, o sacerdócio e o pastorado como atributos essenciais ao exercício do ofício. O segundo aborda a importância e a compreensão da Semiologia Médica, assim como o desenvolvimento do raciocínio clínico, deixando claro como o conhecimento médico contém uma epistemologia narrativa sem, contudo, os médicos entrevistados possuírem consciência disso. Conclui-se que o ofício da Medicina está absolutamente imbricado à narratologia, porque o exercício da clínica, o ensino e a pesquisa estão marcadas com o contar, escutar ou criar histórias. É a competência narrativa que dá ao médico meios para compreender o paciente e a própria doença que o acomete, pois pensando narrativamente ordena os eventos no tempo e no espaço, que o leva a formular hipóteses diagnósticas e buscar a conduta terapêutica mais adequada.

Palavras-chave: Medicina; sinais e sintomas; competência clínica; narração

ABSTRACT

This thesis's object of study is the understanding that doctors who are finishing the Medical Residency Program demonstrate about professional attributes, Medical Semiology and management clinical reasoning, from questioning the comprehension about the importance of the narrative in the construction of the medical knowledge. The general objective was to analyze and discuss the particularities of medicine, Medical Semiology and development of clinical reasoning. The specific objectives are: i) investigate what is the comprehension of the medical practice and its main attributes; ii) identify and discuss the role given to the Semiology into the development of clinical reasoning and finally iii) analyze the place reserved to the narrative in the construction of medical knowledge. Therefore, it was adopted a qualitative approach, using interviews based on a thematic guide. The data analysis followed the content analysis, in the thematic modality, gathered with other kind of analysis involving open and closed codification processes. The results were divided in two articles. The first shows how doctors centered their characterization of medicine, as a science and an art, emphasizing the humanization, the care and the integrality as inherent to the profession, just as gift, priesthood and pastorate as essential attributes to the exercise of medical practice.

The second article expresses the importance and the comprehension of the Medical Semiology, as well as the development of clinical reasoning, clearing out that the medical knowledge contains a narrative epistemology, without, however, the interviewed doctor's having conscience of it. The conclusion is that the Medical profession is absolutely entangled to narratology, because the clinical exercise, the teaching and the research are marked with the telling, listening or creating stories. It's the narrative competency that gives the doctor the means to comprehend the patient and the illness that affects him, because thinking narratively puts an order to the events in time and in space, which takes him to formulate differential diagnosis and to seek the most accurate therapeutic conduct.

Key words: Medicine; signs and symptoms; clinical competence; narration.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO	18
1.1.1 A construção do saber médico	18
1.1.2 A Semiologia, o raciocínio clínico e a narrativa médica	24
1.1.3 Pressupostos	32
1.2 FONTES E MÉTODOS	33
1.2.1 Sujeitos da pesquisa	33
1.2.2 Campo de estudo	36
1.2.3 Coleta de dados	37
1.2.4 Análise dos dados	37
1.3 REFERÊNCIAS	40
2. OS ARTIGOS	44
2.1 A Medicina como o encontro entre a ciência, a arte e o cuidar: ecos do dom, do sacerdócio e do pastorado segundo o entendimento de médicos ao término de um Programa de Residência Médica.	45
2.2 Ordenando no tempo e no espaço: epistemologia narrativa, a semiologia e o raciocínio clínico	76
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
Apêndice 1 – Roteiro Temático	113
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - IFF	114
Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – HMJ	116
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDC-RJ	118
Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do IFF	119

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO, REFERENCIAL TEÓRICO, FONTES E MÉTODOS

1. INTRODUÇÃO:

O senso comum e mesmos os profissionais especializados aproximam a medicina ao modelo de neutralidade científica. Todavia, o médico, no desempenho de suas funções, trabalha também implicitamente de forma subjetiva no momento em que faz suas interpretações, julgamentos e toma decisões¹. De acordo com o Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, a medicina é definida como **arte ou ciência de evitar, curar ou atenuar as doenças**². Essa (in)definição textualizada nos permite refletir sobre a tensão vivida no interior da medicina, onde para muitos profissionais médicos e mesmo para a sociedade como um todo, é entendida nos padrões convencionais de uma ciência *strictu-senso*. Montgomery³ trabalha com a noção de a medicina não poder se constituir como ciência porque o ofício médico se depara com a individualidade e a particularidade de cada caso. E para isso, nem a ciência nem a arte isoladamente são capazes de elaborar hipóteses diagnósticas, pois o exercício da medicina necessita, fundamentalmente, da sabedoria prática – *phronesis* – conhecida como *experiência clínica*. A mesma autora se refere à experiência clínica como um estoque de vivências obtidas pelo médico através da habilidade de reunir, interpretar e sintetizar informações preliminares com observações cuidadosas, reconhecimento da anomalia e suas variações. E o que molda a experiência clínica na Medicina é a construção narrativa, capaz de revelar o enredo dessas vivências, dos 'casos clínicos', por sua própria natureza, contextual, conjetural e interpretativa.

Para chegar à doença, o médico recorre a meios indiretos, se utilizando da interpretação dos sinais observados e dos sintomas narrados. Esse método de investigação é denominado Semiologia Médica.

Segundo Charon⁴, medicina e narrativa sempre estiveram conjugadas, dado que a ação médica precisa da narrativa na descrição dos pacientes, na revelação da doença encarnada nos seus corpos, em toda a interpretação da Semiologia Médica. Também Castiel⁵ enfatiza que no exercício da semiologia médica, a narrativa é essencial para a compreensão da experiência do adoecer do indivíduo, em suas formas de sentir e manifestar seus mal-estares diante de si, de seu entorno, em seu contexto de vida. É a partir das histórias que compõem as narrativas dos pacientes (*a anamnese*), da observação de sinais de adoecimento nos seus corpos (*o exame físico*) e do próprio conhecimento do curso da doença (*o saber científico*) que os médicos interpretam e criam a sua própria narrativa médica.

Como não poderia deixar de ser, a narrativa médica traz embutida a subjetividade do autor, visto que é o médico quem seleciona, organiza o material e decide o que considerar no intuito de torná-lo inteligível. Essas interpretações se dão através de um relato que vai dos sinais e sintomas para as suas causas. Tal relato é retrospectivo e deve ser coerente, atento e cronologicamente ordenado para permitir o desvendamento da doença no corpo do paciente. A organização narrativa da semiologia médica possibilitará o entendimento do complexo processo de adoecimento, através do raciocínio clínico necessário para a formalização do diagnóstico e tratamento⁶. E o primeiro passo dessa

narratologia é a captação de uma boa anamnese, que para Pernetta⁷ “*depende essencialmente da inteligência e cooperação da informante, mas está igualmente condicionada às qualidades do médico. [...] Só a prática, o contato assíduo com o doente, [...] ensina a realizar boa anamnese.*” (p.1)

É esse procedimento metódico que diferencia a medicina das ciências exatas como, por exemplo, a física. O fato dos profissionais médicos terem sido submetidos a uma educação científica e tecnológica, não afeta a base narrativa de seu conhecimento⁸.

Embora a doença seja uma manifestação de ordem orgânica, explicada pelas tecnobiociências, a reação a ela não é apenas biologicamente determinada. Cada indivíduo vai percebê-la de um jeito, ao mesmo tempo em que as manifestações poderão ser muito particulares, dependendo do contexto. E a singularidade de cada caso virá à tona através da narrativa médica. Montgomery³ afirma que, mesmo num futuro onde a fisiopatologia das doenças esteja desvendada e a epidemiologia das enfermidades estabelecida, ambas ao alcance de médicos experientes, a medicina, ainda assim, permanecerá uma prática. O diagnóstico e o tratamento das doenças sempre necessitarão de interpretação incluída na experiência clínica.

É consensual o alto grau de subjetividade que envolve a prática médica, mesmo quando a dimensão epistemológica se impõe como norma técnica de legitimação e validação da ação médica¹. Castiel⁵ é enfático ao afirmar que:

"[...] mesmo que a ciência sustente o estatuto de padrão-ouro, o conhecimento clínico terá uma grande e, em geral, implícita, porção de phronesis (referida à sabedoria prática, interpretativa, narrativa) convivendo com a dimensão explícita, episteme, relativa à razão lógico-racional, científica." (p.145)

E continuando seu argumento, afirma que *"o auto-retrato da atividade médica é o de um programa tecnobiocientífico que progride mediante a aquisição de conhecimentos e que se reflete na arregimentação de poderosas operações terapêuticas"* (p.144).

Ele acrescenta ainda que os textos médicos frequentemente descrevem a medicina como ciência, mesmo diante da perceptível incerteza de sua prática. E que muitos médicos têm a ilusão de que as incertezas são transitórias, sustentando que, potencialmente, tudo pode ser conhecido, predito e quantificado. Eles acreditam que o permanente progresso tecnocientífico viabilizará essa expectativa.

Tal crença é também resultado dos programas de internato e de residência. Exatamente por serem idealizados para fazer a união entre teoria e prática, incluem o fomentar a busca de explicações teóricas fornecidas pelas chamadas ciências experimentais ou básicas e insistem na atualização constante dos avanços biotecnológicos.

Diante do exposto, esta pesquisa visa tomar como objeto de estudo os entendimentos que médicos ao final de um Programa de Residência Médica demonstram ter acerca das características do ofício, da Semiologia Médica e do desenvolvimento do raciocínio clínico, tendo como ponto de partida o questionamento da compreensão do papel da narrativa na construção do conhecimento médico.

A mola propulsora para esta pesquisa foi o meu interesse pela formação do médico, incluindo a Residência Médica, vinculada à minha longa trajetória profissional no Hospital Municipal Jesus, onde fui residente e prossegui na minha carreira como pediatra. Lá, fui também preceptora de residentes e supervisora do Programa da Residência Médica em Pediatria. Como o hospital recebia alunos da graduação da Faculdade Souza Marques que cumpriam seu internato curricular em Pediatria, mantive com eles relações pedagógicas centradas na prática diária. Percebi que os programas de Internato e de Residência Médica, além de representarem um campo para as experiências clínicas, reforçam bons (ou maus) hábitos e atitudes em relação à prática. Nesse sentido, os alunos e residentes eram estimulados a olhar para a criança com olhos perspicazes, a ouvir com atenção e sensibilidade toda a sua história, a examinar cuidadosamente seu corpo. O que me saltava aos olhos era o quanto eles e eu, aos discutirmos nossos pacientes, recoríamos de saída às histórias que perpassavam o desenvolvimento de nosso raciocínio diante do quadro clínico apresentado por eles.

Movida por essa perspectiva, tomei como objetivo geral do trabalho analisar e discutir as características da Medicina, da Semiologia Médica e do desenvolvimento do raciocínio clínico, a partir da ótica de médicos ao término de dois Programas de Residência Médica. Dentro desse contexto, visei: i) investigar seus entendimentos acerca do ofício médico e os principais atributos que o constituem; ii) identificar e debater o papel por eles auferido à Semiologia e, a partir dela, o desenvolvimento do raciocínio clínico e, por fim, iii) analisar o lugar dado à narrativa na construção do conhecimento médico.



A apresentação dessa tese foi em formato de artigo seguindo as normas propostas pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente – Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (INSMCA-IFF).

Nesse primeiro capítulo, a par da breve Introdução acima exposta, discorreremos sobre os principais conceitos que embasaram a pesquisa, centrando-nos sobretudo naqueles relacionados à construção do conhecimento médico, à Semiologia Médica, ao desenvolvimento do raciocínio clínico e o papel da narrativa médica em ambos, para em seguida detalharmos a trajetória metodológica percorrida .

O segundo capítulo volta-se para apresentação dos resultados e a discussão sobre eles compreendendo dois artigos:

1 – A medicina como o encontro entre a ciência, a arte, o cuidar: ecos do dom, do sacerdócio e do pastorado segundo o entendimento de médicos ao término de um Programa de Residência Médica

Esse artigo discute a caracterização da Medicina e dos principais atributos a ela vinculados, tomando como base o posicionamento de 17 médicos em fase final do Programa de Residência Médica em Pediatria no Hospital Municipal Jesus e no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescentes – Fernandes Figueira (INSMCA-IFF), da Fundação Oswaldo Cruz

Devido a seu cunho geral e por realçar os significados atribuídos ao exercício da profissão, escolhemos enviá-lo para a revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação.

2 – Ordenando no tempo e no espaço: epistemologia narrativa, a semiologia e o raciocínio clínico

Esse artigo analisa até que ponto médicos, ao término do Programa de Residência Médica em Pediatria no Hospital Municipal Jesus e no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescentes – Fernandes Figueira (INSMCA-IFF), da Fundação Oswaldo Cruz, realizam, de forma consciente, a epistemologia narrativa contida na Semiologia Médica e no desenvolvimento do raciocínio clínico.

Como se trata de um artigo com características mais teóricas e conceituais ligadas à educação e formação médicas, optamos por enviá-lo à Revista Brasileira de Educação Médica.

E, por fim, o terceiro capítulo se volta para as considerações finais. Nela nos centramos na figura do médico, sublinhando como as narrativas médicas são o princípio de suas ações, quer no soerguimento do processo de diagnose, quer na própria construção do saber médico, em que pese a multiplicidade de funções a elas atribuídas.

1.1 – REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1 - A construção do saber médico

Ao longo da história da medicina observam-se diferentes enfoques que, refletindo o pensamento dominante de uma época, determinam o modelo dos cuidados à pessoa humana.

É a partir de Hipócrates que o Ocidente separa o sobrenatural do natural no que diz respeito às doenças. Hipócrates fundamentou a sua prática relacionando as doenças aos humores corporais, correspondentes à água, à terra, ao fogo e ao ar, acreditando que o adoecer era desencadeado pela prevalência de um humor sobre o outro, ou seja, quando havia domínio de uma das funções do corpo definidas como quente, frio, úmido e seco⁹.

O nascimento das bases da Semiologia Médica remonta, portanto, a Hipócrates e seus discípulos quando lançaram as bases do que poderíamos chamar de ‘método clínico’. Nele, a anamnese e o exame físico – basicamente apoiado na inspeção e na palpação – estruturaram-se de maneira bastante semelhante aos dias de hoje. A medicina hipocrática definiu seus métodos enfocando de forma decisiva a questão do sintoma (*semeion*). Os médicos dessa época observavam atentamente e registravam com extrema minúcia e de forma ordenada todos os sintomas, com o objetivo de elaborar histórias precisas de cada doença, já que a doença em si era inatingível¹⁰.

Nos últimos dois séculos assiste-se, na cultura ocidental, ao predomínio do modelo biomédico influenciado pelo paradigma cartesiano, que tem por base a concepção mecanicista, ou seja, a racionalidade da mecânica clássica que buscou no corpo humano o modelo da máquina, traduzido no isolamento das partes para compreender o mecanismo do todo, e a subordinação aos mecanismos de causa e efeito – princípio da causalidade linear¹¹.

Como nos diz Foucault¹² em *O nascimento da clínica*, a Medicina ocidental contemporânea surgiu a partir da anatomia patológica, quando a doença passa a ser expressão de uma lesão orgânica. Com o advento da anatomia patológica configurou-se uma estrutura epistemológica que, da superfície do corpo, foi para a profundidade dos órgãos, dos tecidos e de suas lesões. A partir desse momento o ‘olho clínico’ é o ‘olhar anátomo-clínico’, que tem por objetivo esquadrihar o corpo, recortá-lo como numa autópsia, trazendo à superfície a doença enraizada nele, tornando visível o oculto. A incorporação

da anatomia patológica ao arsenal técnico/científico da Medicina da época representou uma mudança importante na história da Medicina ocidental e uma necessidade de reorganizar a estrutura da percepção e do pensamento médico. Nasce a experiência clínica, tendo como base a visão mecanicista. Dentro dessa visão, o organismo doente é abordado, isolando a sede da lesão anatomopatológica e ou funcional, e busca-se analisar o funcionamento das partes comprometidas, reintegrando-as, *a posteriori*, no mecanismo do organismo e, dessa maneira, inferir o mecanismo da doença¹³.

Doença e lesão apareceram tão fortemente nas representações do saber médico a ponto de Camargo Jr¹⁴ comentar que a partir de então se estabelece um conjunto de proposições implícitas norteadoras da prática médica, ao que dá o nome de "teoria das doenças"(p. 184):

“As doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa, as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas por sua vez, no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta.” (p.73)”

Esse mesmo autor¹¹ identifica *“um arcabouço genérico de construção discursiva dos elementos dessa categoria, constituído por três dimensões ou eixos: o explicativo, o morfológico e o semiológico”* (p.185).

Estrutura das Doenças – Quadro Sinóptico

	EXPLICATIVO	MORFOLÓGICO	SEMIOLÓGICO
Disciplina-tipo	Fisiopatologia	Anatomia patológica	Clínica
Categoria Central	Causa	Lesão	Caso
Definição de Doença	Processo	Expressão de lesão(ões)	<i>Gestalt</i> /Semiológica
Método característico	Experimental	Descritivo	Indiciário Observacional
Período histórico	Segunda metade séc. XIX	Fim século XVIII início século XIX	Século XVIII

Camargo Jr.¹¹

O primeiro eixo é o mais recente e também o mais valorizado pela sua 'cientificidade', por estar incluído no domínio das ciências experimentais. Ele descreve a doença como um processo que tem uma história natural, determinado por uma ou várias causas. Esse processo pode ser explicado pela Fisiopatologia, cujo domínio abrange outras disciplinas como Fisiologia, Bioquímica e Genética, envolvidas com a dinâmica vital e frequentemente relacionadas com o método experimental.

O segundo é o da descrição das lesões. Ele se tornou possível com o advento da anatomia patológica, que deu origem às disciplinas de Histologia e Histopatologia, que estudam o aspecto morfológico e características específicas

ou *patognômicas* de determinadas doenças. Hoje, com o avanço tecnológico e o raciocínio mecânico-analítico buscando lesões cada vez mais profundas para 'ver o oculto', o conhecimento morfológico de tecidos superficiais desloca-se para descrições no nível molecular.

O terceiro eixo caracteriza a doença como um conjunto de sinais e sintomas. É o eixo da leitura do caso. Aqui a doença se confunde com as suas manifestações (quadro clínico). A partir do conjunto de sinais e sintomas recortados para a leitura do caso individual, há um movimento de generalização, localizando-o na grade nosológica das doenças conhecidas. Nesse movimento de generalização presente no raciocínio clínico, encontramos uma grande aproximação com a Epidemiologia. É também um método indiciário*, pois os sinais e sintomas representam 'pistas'. Utiliza-se do método clínico que é totalmente empírico, valendo-se da observação semiológica. Apesar de ser o eixo historicamente mais antigo, é o que fundamenta o raciocínio clínico. É também considerado o eixo privilegiado na prática clínica.

Camargo Jr. chama atenção para a ordem em que foram apresentados os eixos, de acordo com a hierarquia valorativa da Medicina Ocidental enquanto 'ciência'. Porém, o último eixo é o que mais se aproxima da prática médica – e, portanto, da 'arte'.

* O paradigma indiciário apresentado por Carlos Ginzburg¹⁵, consiste num método interpretativo centrado sobre os resíduos, sobre os dados marginais, considerados reveladores. Pode ser comparado a um detetive que segue indícios, 'pistas', imperceptíveis para a maioria, para chegar à autoria do crime.

Por outro lado, Ribeiro e Amaral¹⁶, ao discutirem a construção do conhecimento médico e seus passos, falam sobre as repercussões do ensino médico na graduação voltado para o desenvolvimento de habilidades técnicas e científicas (teoria das doenças), afirmando serem pouco valorizados os aspectos éticos e humanos, “*um problema mundial e antigo*” (p.93).

Montgomery³ acrescenta que a educação médica ignora a tensão/contradição existente entre a teoria da clínica e a phronesiologia da medicina, permitindo aos estudantes imaginar que o pensamento de seus professores de clínica é 'científico': objetivo, testável e potencialmente replicável. A educação médica, num primeiro momento, faz com que os alunos aprendam as chamadas 'ciências básicas', como Anatomia, Biofísica, Bioquímica e Epidemiologia, que correspondem a expectativas conclusivas e 'exatas' da medicina e, nesse momento, eles são e se veem como estudantes de ciência. Mas, num momento posterior, eles aprendem a prática com seus instrutores clínicos, e utilizam a semiologia médica como método diagnóstico da doença do paciente, ou seja, aprendem fatos da clínica como clínicos. Porém, a incerteza e o cunho circunstancial da prática nunca são explicitados, mesmo sendo o gerenciamento da incerteza, em todas as suas variedades, o foco central (jamais declarado) da educação clínica.

1.1.2 – A Semiologia, o raciocínio clínico e a narrativa médica

A Semiologia continua sendo a base do raciocínio clínico, como elemento fundamental ao diagnóstico, correlacionando sinais observados no paciente com as revelações que a tecnologia médica moderna oferece e manifestações subjetivas com lesões objetivas¹⁷.

Segundo Romeiro¹⁸, um dos mais conhecidos autores brasileiros sobre o assunto, em seu livro *Semiologia Médica*, semiologia ou semiótica é o tratado dos métodos de exame clínico, que compreende a semiotécnica (técnica da pesquisa dos sinais e sintomas), a semiogênese (busca as explicações fisiopatológicas que originaram os sinais e sintomas) e a clínica propedêutica (que procede à análise crítica dos dados recolhidos para a formulação do diagnóstico ou hipóteses diagnósticas).

Assim, as etapas para o diagnóstico são definidas numa sequência temporal: anamnese, exame físico, exames complementares e, finalmente, a formulação do diagnóstico.

Durante a anamnese ou história clínica (que se traduz numa recordação), o paciente relata ao médico o seu sofrimento, e este será transformado em sintomas possíveis de serem explicados pelos fenômenos fisiopatológicos, ou seja, objetivados. A pesquisa de dados biográficos do paciente também é importante para nortear o diagnóstico.

No exercício da semiologia, atualmente, muitos profissionais médicos vêm subestimando o papel desempenhado pela narrativa e, conseqüentemente, a sua importância para se traçar uma hipótese diagnóstica condutora das

investigações que se fazem necessárias, além de se esquecer de que conhecer o interior do corpo do paciente até no seu nível molecular, por si só é uma forma de isolar o contexto de vida de cada um e, de certa forma, empobrecer, o 'olhar clínico'. Isso vai ao encontro à preocupação de Porto¹⁰ ao prefaciar o seu livro *Semiologia Médica*

“[...] com o avanço das tecnobiociências, a possibilidade de reconhecer os mais diferentes aspectos do corpo humano ou suas modificações anatômicas e funcionais, com detalhes de precisão nunca antes imaginados, fascinou os médicos a tal ponto que muitos pensaram – e ainda pensam – que o método clínico teria que dar lugar à tecnologia médica” (s.p.).

Essa mudança na prática médica pode ser evidenciada através de alguns fatos como: o uso excessivo de exames complementares, a medicalização extensa e a desvalorização da subjetividade do paciente e do próprio médico¹¹.

O exame físico envolve, segundo Camargo Jr.¹¹, uma semiologia “armada” (a que faz uso dos exames complementares) e uma semiologia “desarmada” (dependente do próprio médico que faz uso de instrumentos simples como o estetoscópio e o termômetro, dentre outros). A primeira é variada e complexa e remete-se à noção de medicina como ‘ciência concretizada’ respaldada na verdade objetiva, em que pese a necessidade evidente da interpretação dos resultados obtidos; a segunda engloba a

inspeção, a percussão, a palpação e ausculta, ainda compreendendo a verificação de valores numéricos, como a temperatura corporal, a pressão arterial e os demais denominados sinais vitais. A finalidade, portanto, é a de coletar dados objetivos de maneira judiciosa e ordenada. O exame é realizado de forma detalhada, segmentar, onde o corpo do paciente é dividido nos vários aparelhos e sistemas que o compõem, conforme a racionalidade da medicina ocidental contemporânea, tendo como objetivo a caracterização dos desvios da normalidade. Caracterização esta que vem do julgamento do que é 'normal' e 'anormal', tendo como base a compreensão dos fenômenos fisiopatológicos na produção dos sinais¹¹.

Esses elementos chaves obtidos pela anamnese e pelo exame físico são articulados entre si, construindo o quadro clínico do paciente, que por sua vez se articula com o saber médico sobre as doenças, para a construção da(s) hipótese(s) diagnóstica(s), que pode(m) ser confirmada(s) ou afastada(s) pelos exames complementares¹⁹. Sendo assim, a busca aos exames complementares faz parte de uma conduta 'científica' ideal e é, portanto, valorizada dentro desta racionalidade médica.

Apesar disso, o método clínico não é totalmente explicado em bases racionais e científicas. A escolha dos elementos chaves que servirão para orientar o raciocínio clínico na formulação de hipóteses diagnósticas, da forma como ela se processa, não se enquadra nos mesmos cânones de uma ciência básica, como a física ou química. Essa escolha se baseia no método indiciário descrito por Ginzburg¹⁵, onde o médico se utiliza da interpretação de sinais,

muitos deles marginais, aparentemente negligenciáveis, porém reveladores. Essa seleção e interpretação de 'pistas', dependerá não só do conhecimento técnico/científico do médico, mas da sua 'experiência pessoal/profissional', que alguns chamam de 'intuição' ou 'bom senso', mas que na verdade é um 'olhar' que abrange vários níveis de informações, que mistura tipos de saber distintos, embora não excludentes. Castiel⁵ e Montgomery³ chamam a isso de sabedoria prática ou *phronesis*. O exercício da Semiologia está fortemente entrelaçado a uma experiência clínica sólida, resultante do acúmulo de casos clínicos vivenciados³.

Por outro lado, a doença, que se expressa através de sinais e sintomas, pode se manifestar de diferentes maneiras em indivíduos diferentes. “*Pessoas variam, assim como seus modos de adoecimento*”³ (p.146).

Na prática médica, as interpretações e as conjecturas vão interferindo na própria coleta de dados – anamnese e exame físico – que não seguem um modelo e/ou uma sequência rígida, revelando assim uma incerteza intrínseca ao método clínico. O rigor do método clínico é uma idealização, pois não se verifica na prática. Como refere Castiel³, até o paciente consciente e bem informado apresentando sinais e sintomas bem definidos, apresenta-se como um território incerto, pois, em Medicina, cada caso é particular e único. Por isso, costuma-se caracterizá-la como **ciência e arte**.

Nesta profissão, a sabedoria prática se manifesta como julgamento clínico e a narrativa é uma parte essencial dele. A singularidade de cada caso emerge no ato de narrar. Mas, não é só isso. Epstein²⁰ é contundente ao afirmar que o

exercício do próprio raciocínio clínico, cuja finalidade é estreitar as margens dos distúrbios, mediante a construção mental de um relato que vai das primeiras impressões às hipóteses diagnósticas, contém “*uma epistemologia narrativa nos seus esforços para encapsular tipos específicos de conhecimentos acerca do corpo*” (p. 31). Nessa mesma direção, Cardoso e colaboradores¹⁷ apontam que esse tipo de episteme é constituinte do saber médico, projetando-se além das narrativas que os pacientes fazem de sua saúde ou doença, ou mesmo daquelas elaboradas pelos próprios médicos, nos relatos de caso e nas anotações que fazem nos prontuários.

A **organização narrativa** é, portanto, o principal instrumento do saber clínico.

Sem dúvida, é a partir da narrativa que pensamos, ordenando os eventos no tempo e no espaço. Ela possui uma sequência lógica, temporal e finita; pressupõe a existência de um texto (verbal, corporal, escrito, imagético) e de um intérprete que ouve e observa, mas que pode ter compreensões diferentes acerca do que é exposto, em função de suas vivências/experiências; ela é a forma dos indivíduos se relacionarem consigo mesmo e com os outros; disponibiliza informações que não pertencem diretamente ao desenrolar dos eventos ordenados, dado que é o intérprete/narrador quem decide o que é pertinente e o que não é; absorve, envolve e conduz à interpretação²¹.

Atualmente, educadores de algumas escolas médicas têm focado a competência narrativa enquanto um conjunto de habilidades necessárias para reconhecer, absorver, interpretar e se mobilizar com as histórias e situações dos

outros⁴. Essa competência requer uma combinação de habilidades textuais criativas e afetivas.

As habilidades textuais compreendem a capacidade de identificar a estrutura da história, perceber suas múltiplas perspectivas e reconhecer metáforas e alusões. As habilidades criativas se referem à capacidade de imaginar muitas interpretações, desenvolver a curiosidade, inventar múltiplos finais. As habilidades afetivas incluem a capacidade de tolerar a incerteza do desenrolar das histórias e de entrar no clima dessas histórias. Juntas, essas aptidões contribuem para a compreensão das informações contidas nas histórias e para o entendimento de seus significados²².

O médico, ao transformar os problemas do paciente num texto clínico, tem também que interpretá-los a fim de produzir uma explicação do caminho trilhado para chegar ao diagnóstico, assim como persuadir seus leitores de que o diagnóstico está correto, não só pela evidência, mas também pela capacidade em narrar o fato¹⁷.

Atualmente há forte sustentação acadêmica da importância do estudo das narrativas como uma atividade central na prática e ensino da medicina²³. Esse movimento foi iniciado na década de 70, nos Estados Unidos, e vem crescendo, atingindo várias escolas de medicina como a *Johns Hopkins University School of Medicine*, a Universidade de Columbia, em Nova York, as Universidades da Pensilvânia, de Michigan e do Novo México, além de diversas outras europeias. Ele tem como objetivo enfrentar o desafio de integrar excelência técnica e traços humanísticos, tendo em vista que os estudantes de medicina não estão sendo

suficientemente treinados para ouvir, interpretar e instrumentalizar o seu olhar clínico. O movimento da Medicina Narrativa argumenta que os estudantes devem ser levados a ouvir atentamente os relatos do adoecer do paciente e perceber como esse 'sentimento' pode interferir nas suas próprias percepções, assim como, em última análise, na sua prática clínica²⁴.

Scliar²⁵ é enfático ao sugerir que deveria ser incluído no treinamento de médicos a leitura de textos literários, acreditando que isso diminua o hiato existente entre a narrativa médica e a narrativa do paciente, que se torna evidente através dos relatos dos casos clínicos, no uso da linguagem técnica. Segundo o autor, o uso dessa linguagem 'científica' reduz o campo de visão dos médicos em relação à doença e ao adoecer. Na prática, ou seja, no exercício da clínica, a investigação semiológica que deverá resultar em hipótese(s) diagnóstica(s), não pode prescindir da narrativa histórica do paciente e de sua doença¹⁷.

Revistas científicas reconhecidas internacionalmente como *Lancet*, *JAMA*, *New England Journal of Medicine*, entre outras, têm publicado cada vez mais artigos reflexivos, escritos por médicos, acerca da medicina narrativa^{23, 26}.

Rita Charon²¹, professora de clínica médica e diretora do Programa em Medicina Narrativa do Colégio de Médicos e Cirurgiões da Universidade de Columbia, define Medicina Narrativa como aquela praticada com competência narrativa para reconhecer, absorver, interpretar e ser envolvido pelas histórias das doenças. A autora afirma que quando exercida, ela é mais hábil, rápida e eficiente em reconhecer pacientes e doenças. Favorece o compartilhamento

com os pares do conhecimento e do cuidado médico prestado. Favorece também o acompanhamento dos pacientes e sua família no desafio e na incerteza do curso das doenças. Charon²¹ acredita que, hoje, o que a prática médica necessita, em termos de singularidade, confiabilidade e empatia, pode ser alcançado, em parte, através do treinamento intensivo baseado em narrativas.

A importância da narrativa como parte fundamental da prática médica, ou seja, da semiologia médica, vem repercutindo na mídia, enfatizando o que há muito tempo os experientes médicos clínicos e seus pacientes já sabem. Em outubro de 2003, conforme relatado por Smith²⁴, o Dr. Jerry Vannatta, ex-reitor da Escola de Medicina da Universidade de Oklahoma, ao ser entrevistado afirmou "*(...)a tecnologia tornou-se uma religião dentro da comunidade médica. É fácil perder de vista o fato de que ainda, no século XXI, acredita-se que de 80 a 85% da diagnose estará na história do paciente*" (s.p).

Scliar²⁵ porém faz uma crítica sobre a utilização das narrativas médicas ao expressarem a doença do paciente. Ele aponta para o conflito entre a Literatura e a Medicina, embora um território partilhado, pelas diferenças textuais que se tornam evidentes em termos da forma e do conteúdo das narrativas. Exemplificando:

*"A anamnese é um texto compreensivelmente abreviado, redigido em linguagem técnica, **pretensamente** neutra, seguindo um roteiro pré estabelecido cujo objetivo básico é conduzir a um*

diagnóstico. Ocasionalmente, as palavras do paciente podem ser transcritas, mas isso acontece quando são demasiado chamativas ou bizarras – e aí estarão acompanhadas do vocábulo latino 'sic'. A redação será correta, mas jamais literária." (p. 248) (o grifo é nosso).

1.1.3 - Pressupostos

1.1.3.1 – Para os médicos terminando sua especialização, a medicina é ao mesmo tempo ciência e arte, com a primeira associando-se à neutralidade e às leis gerais e a segunda à prática apoiada na missão do cuidar, valorizando a anamnese e exame físico como bases ao desenvolvimento do raciocínio clínico.

1.1.3.2 – Os médicos que estão completando a sua formação desconhecem que, ao construírem uma hipótese diagnóstica, ao comunicarem o diagnóstico ao paciente e ao prescreverem uma terapêutica, estão raciocinando em bases narrativas, assim como ignoram que, quando estudam as manifestações das doenças, fundamentados nas publicações científicas, o que está em jogo é também uma epistemologia narrativa.

1.2 – FONTES E MÉTODOS

Essa é uma pesquisa exploratória que tem como objeto o entendimento que médicos, ao término de sua formação especializada, possuem do papel da narrativa na Medicina, enfocando o que consideram como características adstritas à profissão e ao agenciamento da narratologia tanto na Semiologia Médica, quanto no desenvolvimento do raciocínio clínico inerente à ela.

Por se voltar para captar e analisar entendimentos, posições e ideias, a pesquisa demandou uma escolha metodológica capaz de dar conta dos significados verbalizados implícita e explicitamente, adotando-se, portanto, a abordagem qualitativa, tendo em vista que esta escolha metodológica é capaz de:

“incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”²⁷.

1.2.1 – Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os residentes (R2) que estavam completando o Programa de Residência Médica em Pediatria de dois hospitais sediados na cidade do Rio de Janeiro, implicando que seus depoimentos foram colhidos cerca de dois anos a dois anos e meio após a obtenção oficial do título

de médico. Optou-se por esse recorte, tomando os depoimentos ao final do espaço de formação e educação médica considerado como o ideal para a eficiência do exercício do ofício, pois se pretendeu conferir o entendimento sobre a semiologia, conforme recordam e experimentaram, em três momentos distintos: o primeiro, quando são introduzidos a ela através dos manuais didáticos e das aulas professorais, típicas da educação acadêmica vigente nas faculdades de medicina; o segundo quando começam a entrar em contato com os pacientes, mas ainda não sendo portadores do título que os distingue como exercendo uma profissão legitimada e idealizada socioculturalmente e, finalmente o terceiro, ao terem passado pela residência que se configura como uma forma mista de aprendizagem e trabalho, unindo teoria e prática, na qual o exercício do ofício de médico concretiza-se.

Por sua vez a escolha da Pediatria se deveu ao seu caráter generalista misturado à puericultura, e dessa maneira sublinhando não só a investigação biomédica sobre as enfermidades, mas uma prática preventiva e pedagógica voltada para criança, de modo a fazê-la desenvolver-se forte e saudável.

Como afirma Castoldi¹³, não se pode ignorar a subdivisão da Pediatria em diferentes subespecialidades, quer pela fragmentação cronológica (recém nato, crianças, adolescentes), como pelo direcionamento do interesse pessoal por determinados sistemas orgânicos (cardiologia e nefrologia pediátricas, por exemplo) e também pela abordagem, o modo de tratamento, impulsionado pela divisão entre cuidados ambulatoriais e de terapia intensiva. Todavia, o imperante na atuação do pediatra é prevenir, diagnosticar e tratar as doenças como

fundamento da atividade clínica e, assim, o raciocínio clínico embutido na Semiologia é “*seu principal instrumento de trabalho*” (p. 87).

A partir desses princípios, elencamos como único critério de inclusão a ser considerado o de estar terminando o treinamento como R2. Como inicialmente colocado, foram entrevistados todos os residentes das instituições escolhidas, mesmo que, em função da abordagem qualitativa, conforme aponta Minayo²⁷, poderíamos encerrar o trabalho de captação de dados quando ocorresse a reincidência das informações. O critério de saturação, entretanto, ao se avaliar o conteúdo das sete primeiras entrevistas deixou de ser cogitado, até porque por seu caráter indutivo poderia nos levar a não atentar para uma dissonância possivelmente importante.

Nossa amostra, desse modo, compreendeu 17 residentes, sendo oito de um hospital voltado à assistência pediátrica em nível secundário e terciário, dentre eles sete mulheres e um homem, e nove de um hospital geral, sendo cinco mulheres e quatro homens. As entrevistas foram realizadas nos meses de janeiro e fevereiro de 2010. Cabe assinalar que a análise empreendida não demonstrou, diante das perguntas feitas, nenhuma diferença de posicionamento relacionada ao gênero e às características da demanda de cada instituição.

Ela também foi uma amostra de conveniência, em função da escolha ter recaído sobre residentes de dois hospitais aos quais o acesso para a realização da investigação foi facilitado pelos anos de exercício profissional da pesquisadora num deles e pelos laços que a unem ao outro, onde participou de diversos projetos. E por tratar-se dessa específica técnica de amostragem os

resultados só são representativos do grupo entrevistado, não podendo ser extrapolados para o geral. Nela a participação é voluntária e tem se mostrado útil e exitosa em situações nas quais seja mais importante captar ideias gerais e identificar aspectos críticos²⁸, o que vai ao encontro de nossos objetivos, adequando-se à abordagem qualitativa proposta.

1.2.2 – Campo de estudo:

Esse estudo foi realizado no Hospital Municipal Jesus e no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente – Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, independentemente das possíveis características diferenciadas da clientela atendida, tendo em vista que ambas as instituições são consideradas centro de referência em cuidados pediátricos, tanto em termos de infra-estrutura, quanto de recursos humanos, mantendo o Programa de Residência Médica em Pediatria.

Cabe, entretanto, salientar que o motivo da escolha desses dois campos, realizada de acordo com os preceitos da amostragem por conveniência, em nenhum momento implicou na tentativa de estabelecer análises comparativas, dado o foco do interesse recair no entendimento da epistemologia narrativa do conhecimento médico, independente do grau de complexidade das enfermidades apresentadas pela clientela e dos níveis de assistência nelas envolvidos.

1.2.3 – Coleta de dados

A entrevista semi-estruturada é considerada por Minayo²⁷ como uma conversa dotada de finalidade. Procuramos propiciar aos entrevistados a possibilidade de discorrerem sobre o tema, tomando por base um roteiro que serviu de guia para o entrevistador. Esse roteiro se pautou nas questões teóricas e conceituais articuladas ao papel da semiologia na formação médica e, dentro dela, a noção da importância da narrativa não só no soerguimento da hipótese diagnóstica, como também na relação médico-paciente e na educação clínica pautada no relato do caso clínico. Ele foi montado visando não induzir as respostas, com as questões colocadas de forma ampla, representando nossos tópicos de interesse (Apêndice 1).

Por outro lado, houve a preocupação de, ao realizarmos as entrevistas, atentarmos para as posturas adotadas, anotando as dificuldades, as resistências, a vontade de responder na intenção de adequar-se ao que julgavam ser o que queríamos ouvir, o nervosismo... dentre tantos outros aspectos imbricados na situação de ser entrevistado.

1.2.4 – Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, e, juntamente com as anotações, submetidas à análise de conteúdo, na modalidade temática,

adaptada da proposta de Bardin (1979). Segundo esta autora, esta análise compreende três fases:

1ª fase: pré-análise, consistindo na leitura exaustiva de todo o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. Esta fase enseja uma visão de conjunto e ao mesmo tempo permite apreender as particularidades, conduzindo a elaboração de pressupostos iniciais para já delinear uma forma primeira de classificação e determinação mais apurada dos conceitos teóricos que irão conduzir a análise.

2ª fase: exploração do material, compreendendo a distribuição dos trechos, frases ou fragmentos de acordo com a classificação delineada na primeira fase, realizando uma leitura que dialogue com cada trecho escolhido. Nesta fase, trabalha-se, através de inferências, em busca dos “núcleos de sentido” presentes nestes, e operacionaliza-se sua confrontação com os pressupostos e, se preciso, elabora-se novos mais coadunados ao material que está se analisando. Em seguida, se analisa os “núcleos de sentido”, procurando-se temáticas mais amplas, ou eixos ao redor dos quais as diferentes partes dos textos analisados podem ser discutidas, reagrupando tais partes por tema encontrado.

3ª fase: a interpretação, açambarcando todos os achados e a articulação destes com o referencial teórico, com a finalidade de responder às questões da pesquisa.

A análise nesses moldes nos permitiu já delinear a forma expositiva da tese, levando-nos à opção pelos dois artigos que serão abordados no capítulo

seguinte. E em função dessa opção, havemos por bem realizar outro tipo de análise especificamente elaborada para atingir qual o entendimento dos entrevistados acerca do processo narrativo correlacionado à Semiologia Médica e ao desenvolvimento do raciocínio clínico. Essa outra análise compreendeu quatro etapas:

1^a) retorno às anotações para procurar as percepções-chave claramente veiculadas pelas falas e relacionadas aos tópicos selecionados.

2^a) retorno ao material transcrito, no qual, além de se considerar as anotações, atentou-se mais sistematicamente para as caracterizações comuns.

3^a) retorno ao material transcrito literalmente, procedendo-se a uma codificação aberta e outra fechada, sendo que a primeira voltou-se para captar as variações e exceções às categorias de interesse relativas à narrativa médica presentes nos procedimentos semiológicos e de formação do raciocínio clínico, e a segunda, especificamente, englobando essas categorias.

4^a) realização do entrecruzamento vertical e horizontal entre as categorias resultantes do processo codificador.

No que tange às anotações, elas foram muito úteis, tanto na primeira quanto na segunda análise, dentro dos propósitos para os quais foram elaboradas. De um modo geral, podemos apontar que nos foi dado perceber, por parte dos entrevistados, boa vontade de explanar as ideias de forma clara e anuência de que as questões levantadas eram importantes e merecedoras de serem discutidas. Nenhum deles demonstrou sinais de ansiedade, dificuldades e

ou relutância em dialogar, tendo as respostas, de um modo geral, fluído com espontaneidade. O uso do pronome pessoal foi o denominador comum, denotando a tomada de posição individual, embora, por vezes, articulada às de professores ou preceptores tidos como exemplo.

O projeto foi aprovado em 09/09/2009 pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do INSMCA-IFF/FIOCRUZ, CAAE nº 00 69.0.008.000-09 e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro/Hospital Municipal Jesus, CAAE nº 0268.0.314.000-09 (Anexo 1). Todos os sujeitos da pesquisa assinaram termos de consentimento livre e informado conforme o modelo apresentado (Apêndice 2).

1.3 – REFERÊNCIAS

1 – Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciênc. saúde coletiva*, 2006, 11(4): 1093-1103..

2 – Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio*. Curitiba: Editora Positivo, 2009.

3 – Montgomery K. *How Doctors Think: clinical judgment and the practice of medicine*. New York: Oxford University Press; 2006.

4 – Charon R. Narrative and medicine. *N. Engl. J. Med.* 2004; 350 (9): 862-64.

5 – Castiel LD. H(e)stórias clínicas: categorias para o corpo que adocece. In: A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999; p. 125-153.

6 – Heath I. Following the story: continuity of care in general practice. In: Greenhalgh T, Hurwitz B, eds. Narrative Based Medicine: dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ Books; 1998. p. 83-92.

7 – Pernetta CB. Semiologia Pediátrica. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.

8 – Hunter KM. Doctor's stories. The narrative structures of Medical Knowledge. Princeton: Princeton University Press; 1991.

9 – Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da Medicina. Bauru (SP): EDUSC; 2001.

10 – Porto CC, org. Semiologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

11 – Camargo Jr. KR. A Biomedicina. Physis 2005; 15 (supl.0): 177-201.

12 – Foucault M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1994.

13 – Castoldi MAM. Tornar-se Pediatra: o desenvolvimento do raciocínio clínico na residência médica do Instituto Fernandes Figueira [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente – Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz; 1996.

- 14 – Camargo Jr. K. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec; 2003.
- 15 – Ginzburg C. *Sinais, raízes de um paradigma indiciário*. In: *Mitos, Emblemas, Sinais: morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras; 1989. p. 143-179.
- 16 – Ribeiro MMF, Amaral CFS. *Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico*. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2008; 32 (1): 90-97.
- 17 – Cardoso MHCA, Camargo Jr. KR, Llerena Jr. JC. *A epistemologia narrativa e o exercício clínico do diagnóstico*. *Ciênc. saúde coletiva* 2002; 7 (3): 555-69.
- 18 – Romeiro V. *Semiologia Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1980.
- 19 – Réa-Neto, A. *Raciocínio clínico – o processo de decisão diagnóstica e terapêutica*. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 1998; 44 (4), p.301-311.
- 20 – Epstein J. *Altered Conditions. Disease, Medicine and Storyteller*. New York: Routledge; 1995.
- 21 – Greenhalgh T, Hurwitz B. *Why study narrative?* In: Greenhalgh T, Hurwitz B, editors. *Narrative Based Medicine*. London: British Library; 2000. p. 3-16.
- 22 – Charon R. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press; 2006.
- 23 – Grossman E, Cardoso MHCA. *As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico*. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2006; 30 (1): 6-14.

24 – Smith D. Diagnosis goes low tech. New York Times 2003 [serial on web].
Available from: www.nytimes.com [acessado em 09/03/2009].

25 – Scliar M. Literatura e Medicina: o território partilhado. Cad Saúde Pública.
2000,16(1): 245-248.

26 – Charon R, Wyer P, NEBM Working Group. Narrative evidence based
medicine. Lancet 2008; 371 (9609): 296-7.

27 – Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.
São Paulo: Hucitec, 2006.

28 – Collins KMT, Onwuegbuzie A J, Jiao QG. A Mixed Methods Investigation of
Mixed Methods Sampling Designs in Social and Health Science Research .
Journal of Mixed Methods Research 2007, 1(3): 267-29.

29 – Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

CAPÍTULO 2: OS ARTIGOS

2.1 – A medicina como o encontro entre a ciência, a arte, o cuidar: ecos do dom, do sacerdócio e do pastorado, segundo o entendimento de médicos ao término de um Programa de Residência Médica.

&

2.2 – Ordenando no tempo e no espaço: a epistemologia narrativa, a semiologia e o raciocínio clínico.

2.1 – A Medicina como o encontro entre a ciência, a arte e o cuidar: ecos do dom, do sacerdócio e do pastorado, segundo o entendimento de médicos ao término de um Programa de Residência Médica.

The Medicine as a meeting of science, art and care: echoes of gift, priesthood, pasture, by the point of view of doctors finishing a resident assistance program.

La Medicina, como la unión entre la ciencia, el arte y la atención: ecos del don, del sacerdocio e del pastorado según la perspectiva de médicos terminando un Programa de Residencia Médica.

¹Leda Amar de Aquino

²Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso

³Susana Maciel Wuillaume

¹ Médica Pediatra
Instituto Nacional do Câncer – Ministério da Saúde
Rua Presidente Alfonso Lopez, 20 apto. 601
Lagoa – CEP. 22071-050
Rio de Janeiro – Brasil
e-mail: ledaaguino@alternex.com.br
tel: (21) 2267-0504 / (21) 9983-8497

² Departamento de Genética Médica
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente –
Fernandes Figueira / Fiocruz
e-mail: cardosomhca@iff.fiocruz.br

³ Departamento de Ensino
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente –
Fernandes Figueira / Fiocruz
e-mail: susanamw@iff.fiocruz.br

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito. O artigo é inédito e proveniente da tese de doutorado do primeiro autor, sem financiamentos. Não há conflitos de interesse para a publicação. O projeto foi aprovado em 09/09/2009 pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do INSMCA-IFF/FIOCRUZ CAAE nº: 0069.0.008.000-09 e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro/Hospital Municipal Jesus CAAE nº: 0268.0.314.000-09

Resumo

Este artigo tem como objetivo apresentar e discutir os significados atribuídos à Medicina, a partir da ótica de médicos completando um Programa de Residência Médica em Pediatria. As perguntas que guiaram a pesquisa foram: No século XXI nas definições acerca da Medicina as visões clássicas de 'ciência e arte' permanecem? Que características marcam a 'ciência' e a 'arte'? O que é preciso para exercer a profissão e quais seus atributos? A Medicina como 'ciência' permeia todos os discursos, mas a união com a 'arte', tradutora da racionalidade prática, aponta para esse tipo de saber como um empreendimento que, para além da cura, visa a melhoria das condições do bem viver. A Medicina permanece como um campo de atividade voltado para beneficiar os seres humanos. Os atributos idealistas e humanitários mitologicamente soerguidos ao redor da figura do médico são ainda os que respondem pela satisfação no exercício da profissão.

Palavras-chave: Medicina Clínica; prática profissional; cuidados médicos

Abstract

This study aims to present and discuss the meanings of Medicine by the point of view of doctors finishing their residency in Pediatrics. The research guide questions were: in the twenty-first century medicine remains characterized by the traditional view of 'science and art'? If so what marks the 'science' and the 'art'? What kind of attributes one needs to exercise the medical profession? Medicine

as 'science' is present in the discourses totality and its union with the 'art', meaning the practical rationality, points to the medical knowledge as an endeavour that beyond illness aims better conditions of living and welfare. Medicine, in the residents' point of view, remains a field of activity beneficial to mankind. All the idealistic and humanitarian myths surrounding the physician are the reasons for professional satisfaction.

Keywords: Clinical Medicine; professional practice; medical care

Resumen

Este artículo tiene como objetivo presentar y discutir los significados dados a la Medicina, según la perspectiva de médicos terminando un Programa de Residencia Médica en Pediatría. Las preguntas que orientaron la investigación fueron: ¿en las definiciones sobre la Medicina en el siglo XXI, permanecen las visiones clásicas de 'ciencia y arte'? ¿Cuales son las características que marcan la 'ciencia' y el 'arte'? ¿Qué se necesita para ejercer la profesión y cuales son sus atributos? La Medicina como 'ciencia' está presente en todos los discursos, pero la unión con el 'arte', que traduce la racionalidad práctica, apunta para ese saber como una empresa que, más que curar, busca mejorar las condiciones del vivir. La Medicina permanece como un campo de actividad dedicado al beneficio de los seres humanos. Los atributos idealistas y humanitarios mitológicamente contruidos alrededor de la figura del médico todavía son los que responden por la satisfacción en el ejercicio de la profesión.

Palabras llave: Medicina Clínica; práctica profesional; atención médica

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da medicina observam-se diferentes enfoques que, refletindo o pensamento dominante de uma época, determinam o modelo dos cuidados à pessoa humana. Desde os mais antigos sistemas medicinais da humanidade até o momento, o ofício médico tem como objetivo curar, prevenir ou atenuar as doenças. A origem, o modo de interpretá-las e o tratamento dos pacientes foram se modificando em consonância com novas culturas, novos conhecimentos, novas conquistas e modos de viver em sociedade.

Inicialmente as concepções sobre a origem e a cura das doenças baseavam-se também na visão de mundo espiritual, onde fatores como destino, pecado e influências astrais eram tão valorizados quanto as causas físicas.

No Ocidente, só foi a partir de Hipócrates que se passou a dissociar o sobrenatural do natural no que se refere às doenças. Rebollo (2003), em seu artigo *Considerações sobre o estabelecimento da medicina no tratado hipocrático...*, descreve o percurso do tratado *Peri tekhnés* (Sobre a arte médica), primeiro documento histórico pertencente ao *Corpus Hippocraticum*, que traz em seu conteúdo os debates entre médicos, filósofos e a sociedade grega clássica no estabelecimento da arte e da ciência médicas. Segundo a autora, o tratado defende a Medicina como arte e não acaso, argumentando que ela estabelece o porquê (*to dioti*) da doença, a descrição do seu processo e a terapêutica, bem como regras e métodos direcionados a técnicas pertinentes ao ofício, configurando a arte médica como um saber que pode ser ensinado e transmitido. O reconhecimento da doença se dava através da observação atenta

do paciente e do registro minucioso e ordenado de todos os sintomas apresentados para a elaboração de histórias precisas que fizessem chegar à ela, já que em si era pensada como inatingível (Porto, 2001).

No entanto, mais precisamente a partir do século XIX, é que a Medicina torna-se muito marcada pela valorização da experiência clínica, tanto como sabedoria prática, quanto como formação teórico e erudita, enquanto simultaneamente cresciam os recursos tecnológicos capazes de melhor revelar a doença.

Já no século XX, e adentrando as primeiras décadas do século atual, o cotidiano do exercício prático da profissão passa a incorporar novas drogas e novos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, avolumando-se rapidamente os recursos de investigação clínica. Postula-se uma série de protocolos que não só se dirigem aos procedimentos legitimadores de tais investigações, como ditam quais recursos diagnósticos são válidos e quais tratamentos constituem-se como eficazes.

É a busca de estabelecimento do modelo da ciência exata, com o domínio técnico criando a ilusão de que o diagnóstico e acompanhamento terapêutico dependem, de saída, da revelação das anomalias internas aos corpos por meios de visualização cada vez mais sofisticados, sejam eles de imagem ou de dosagens bioquímicas.

Este artigo tem como objetivo apresentar e discutir os significados atribuídos à Medicina, a partir da ótica de médicos ao término de um Programa de Residência Médica em Pediatria. A escolha por essa especialidade reside no

fato de apresentar-se com características semelhantes a uma clínica geral, onde o exercício prático precisa se exercer não só a partir da criança e a história que seu corpo conta, como a reportada por seus pais. Esse triângulo de relações fornece a oportunidade de se tentar conhecer melhor as respostas às perguntas que guiaram essa pesquisa. Em pleno século XXI, as definições acerca da Medicina trazem novas concepções ou as visões clássicas de 'ciência e arte' permanecem presentes? E neste caso, quais características marcam a 'ciência' e quais marcam a 'arte'? O que se faz preciso para o exercício da profissão e quais atributos a regem?

Pretendeu-se compreender o olhar dos médicos pediatras sobre essas questões, aparentemente tão simples, associando-as aos paradigmas apreendidos durante a graduação e ao final da RM, na qual a preparação para o exercício do ofício é considerada como concretizada.

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo foi realizado com residentes de Pediatria, ao final da residência médica (RM), no Hospital Municipal Jesus e no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente – Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (INSMCA-IFF/FIOCRUZ), sendo o primeiro um hospital geral e o segundo voltado à assistência secundária e terciária, ambos reconhecidos como centros de referência nos cuidados pediátricos.

A amostra foi de conveniência (Collins, Onwuegbuzie, Jiao, 2007), em função da escolha de dois hospitais aos quais o acesso para a realização da investigação foi facilitado pelos anos de exercício profissional da pesquisadora num deles e pelos laços que a unem ao outro, onde participou de diversos projetos. E por tratar-se dessa específica técnica de amostragem, os resultados só são representativos do grupo entrevistado, não podendo ser extrapolados para o geral.

O único critério de inclusão foi o de estar terminando o segundo ano do Programa de Residência Médica em Pediatria (R2). Optou-se por tomar os depoimentos ao final desse espaço e tempo de formação e educação, porque partimos da premissa de ser ele o ápice de três momentos distintos: o primeiro, quando se é introduzido aos manuais didáticos e aulas professorais típicas da educação acadêmica vigente nas faculdades; o segundo, quando ainda na graduação, dá-se o primeiro contato com os pacientes, sem se ser portador do título que distingue o exercício de uma profissão legitimada e idealizada sócio-culturalmente e, por fim, o terceiro, ao ter-se completado a residência, configurada como uma forma híbrida de aprendizagem e trabalho, unindo teoria e prática, na qual o exercício do ofício de médico se faz presente.

Foram entrevistados 17 residentes, sendo oito do INSMCA-IFF, dentre eles sete mulheres e um homem, e nove do Hospital Municipal Jesus, sendo cinco mulheres e quatro homens. As entrevistas foram realizadas nos meses de janeiro e fevereiro de 2010.

Utilizamos a entrevista semi-estruturada por ser considerada como uma conversa dotada de finalidade (Minayo, 2006), e que propicia discorrer sobre diversos tópicos correlatos ao objeto da pesquisa. Esse tipo de técnica não prescinde da elaboração prévia de um roteiro que serve de guia. No caso, as questões que o compuseram foram, especificamente, de cunho conceitual e articuladas às noções do que é medicina, dos passos do se tornar médico, dos objetivos que impulsionam e ou caracterizam a profissão e, por fim, as qualidades consideradas indispensáveis ao exercício profissional.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. A transcrição foi literal, contudo, para fins de exposição, foi feita ligeira revisão, sobretudo da pontuação, visando tornar os trechos aqui utilizados mais inteligíveis aos leitores. Todos receberam iniciais seguidas de números, mantida a sequência das entrevistas realizadas a fim de garantir a manutenção do anonimato dos depoentes.

O material coletado foi submetido à análise de conteúdo, na modalidade temática, adaptada da proposta de Bardin (1979). À parte dos núcleos de sentidos em comum, registrou-se também aqueles singulares, contrapondo-os aos demais. Uma segunda análise foi realizada e, através dela, foi possível perceber que os significados se sobrepunham culminando em quatro núcleos de sentidos compartilhados por todos os discursos.

O projeto foi aprovado em 09/09/2009 pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do INSMCA-IFF/FIOCRUZ CAAE nº: 006 9.0.008.000-09 e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro/Hospital

Municipal Jesus CAAE nº 0268.0.314.000-09. Foram solicitados consentimentos informados de todos os residentes que participaram da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise resultou em três núcleos de sentido que funcionam como eixos centrais de caracterização da medicina: a ciência exata, a arte e o cuidar, e um referente à profissão e suas qualificações girando ao redor das idéias de dom, sacerdócio e pastorado.

Devido ao seu cunho qualitativo, escolhemos apresentar cada um de nossos resultados imbricados à discussão sobre eles, sendo que os trechos de entrevistas foram reproduzidos no sentido de ilustrar, corroborar e mesmo servir de fundamento à argumentação.

- **A ciência exata**

A medicina ocidental contemporânea, a partir do nascimento da clínica descrito por Foucault (1994), surge ao final do século XVIII, com o advento da anatomia patológica, onde a doença passa a ser expressão de uma lesão orgânica. Configura-se a estrutura epistemológica para o surgimento de uma medicina interna aos órgãos, voltada para as possíveis causas das doenças, que tem por objetivo tornar perceptível a área tecidual onde a doença se enraíza no

corpo ou, em outras palavras, transformar em visível o até então oculto. Para o autor, essa é uma ruptura importante na história da medicina ocidental, pois a doença e não o doente passa a ser a categoria central do saber e da prática médicas.

Com o avanço das tecnobiociências, mormente desde meados do século XX continuando no século atual, os mecanismos subjacentes ao adoecer passam a ser explicados por disciplinas como a fisiologia, a bioquímica, a genômica e a epigenômica, dentre outras, que se inserem no domínio das ciências experimentais.

A manipulação genética, sobretudo, abre uma 'nova dimensão' para a vida e para os seres vivos. No campo das imagens, novas tecnologias tornam possível o reconhecimento dos mais diferentes aspectos do corpo humano, com detalhes de precisão nunca imaginados (Porto, 2001). O corpo humano vai sendo esquadrihado numa série de sistemas com funções bem definidas, tanto pela estrutura morfológica quanto pelas funções que desempenham.

À medida que novos saberes foram sendo incorporados, a Medicina foi se fragmentando e se superespecializando, rompendo com suas características tradicionais de atividade artesanal, favorecendo a utilização de procedimentos biotecnologicamente sofisticados, entendidos como 'reveladores da doença'.

O método clínico baseado no modelo biomédico trouxe, para além de grandes avanços, tanto para os profissionais de saúde quanto para a sociedade, a ideia da Medicina sendo entendida nos padrões convencionais de uma ciência em senso estrito, baseada em critérios de objetividade, generalização e

validade, produtora de ‘conhecimentos corretos’ ou ‘verdades’, capazes de descrever a realidade tal qual ela é. Assim, na lógica da biomedicina, a realidade da doença se manifestaria através dos ‘dados empíricos e objetivos’ obtidos de maneira sistemática de cada paciente contrapostos àqueles registrados na literatura científica mundial.

Entre todos os entrevistados essa visão se fez presente de maneira muito clara em E15. Segundo ele, a Medicina: “[...] é uma ciência muito exata, que baseada em toda literatura e todas as ideias, a gente consegue ajudar as pessoas, com aquelas informações que a gente obteve estudando”.

Para E15, o preceito da Medicina é o da certeza adquirida pela formação e atualização constantes de um saber preciso, que se traduz na multiplicidade de resultados encontrados nas publicações científicas. Sua afirmação, de certa forma, reflete o estatuto dado à Medicina, colocando-a no universo da ciência moderna que teve em Kepler, Galileu, Descartes, Boyle, Sydenham, Leibniz e Newton, entre outros, próceres de delimitação e definição.

De acordo com essa visão, a ciência é a única capaz de elaborar uma teoria geral baseada em observações verificáveis, na qual a relação entre o particular e o geral é a de uma consequência necessária. A construção do objeto doença, com base nesse modelo, constituiu o que comumente foi chamado de “paradigma mecanicista”, “paradigma newtoniano”, “paradigma galileano” ou mais banalmente de “paradigma positivista” (Villar e Cardoso, 2002, p.331).

O interessante é que E15 traz subjacente essa noção clássica, porém de certa maneira a atualiza, definindo-a dentro dos preceitos da anunciada

Medicina Baseada em Evidências (MBE). Porém ao referir-se a “ideias” de um modo geral, acaba por convergir com Vasconcellos-Silva e Castiel (2005) que enfaticamente apontam como a MBE se apresenta enquanto outra ruptura que, entretanto, em sua essência ratifica velhas concepções.

- **A arte e a prática**

A Medicina não pode se constituir como ciência estrito senso porque o ofício médico se depara com a individualidade e a particularidade de cada caso. Muito embora a doença seja uma manifestação de ordem biológica, explicada por fenômenos agora buscados no nível molecular (Rose, 2007), a resposta humana a esse evento não é a mesma em todos os casos. Pacientes com o mesmo diagnóstico podem evoluir de maneiras diferentes, assim como doenças podem acontecer de diversos modos. A resposta humana aos diversos eventos é circunstancial, dependente do contexto. A Medicina se constitui como uma arte em grande parte interpretativa, reflexiva, que, usando o conhecimento científico, se fundamenta no julgamento racional para conhecer e tratar pacientes (Castiel, 1999). Médicos trabalham em situações de incerteza. A informação científica reduz, mas não elimina esta incerteza (Montgomery, 2006).

Sendo assim, nem a ciência nem a arte, isoladamente, são capazes de elaborar hipóteses diagnósticas, pois o exercício da Medicina necessita fundamentalmente da sabedoria prática, conceito derivado da filosofia aristotélica, que diz respeito a um ‘saber conduzir-se’ frente a questões que não

seguem leis universais ou modos de fazer, mas desenvolve-se como *phronesis*, isto é, nasce a partir da atividade prática (práxis). A sabedoria prática é conhecida como *experiência clínica*. Castiel (1999) é enfático ao dizer que:

Enfim, mesmo que a ciência sustente o estatuto de padrão-ouro, o conhecimento clínico terá uma grande e, em geral, implícita, porção de *phronesis* (referida à sabedoria prática, interpretativa, narrativa) convivendo com a dimensão explícita, episteme, relativa à razão lógico-racional, científica (p.145).

A percepção de que não só a ciência ou o saber, mas sim a experiência clínica, traduzida como *arte*, é capaz de encaixar conhecimento, interpretação e vivência às circunstâncias individuais de cada caso e resolvê-lo, é explicitada por diversos entrevistados, conforme ilustrado por E5, quando diz: “Medicina é uma ciência, mas que precisa de muita arte para poder praticá-la” ou por E12 ao afirmar:

Eu acho que a Medicina é ciência a partir do momento em que você precisa estudar as doenças, precisa estudar drogas. Mas eu acho que é arte também, porque você tem que saber fazer. Não basta ter conhecimento científico para exercer a Medicina. Você tem que ter a arte do viver, de entender a vida das outras pessoas, de se colocar no lugar dos outros pacientes. É empatia; entender o que está acontecendo. Não basta o conhecimento do livro. E essa arte é da prática, do dia a dia com os pacientes. É uma troca. Você tenta ajudá-lo com seus conhecimentos e você tenta aprender com a vida, com a história de vida do paciente.

Montgomery (2006) se refere à experiência clínica como um estoque de vivências obtidas pelo médico através da habilidade de reunir, interpretar e sintetizar informações preliminares com observações cuidadosas, reconhecimento da anomalia e suas variações, condensando um saber, que é

ativado pelo encontro entre médico e paciente, através do olhar, do toque e do questionamento. Para que os médicos alcancem a sabedoria prática, que os torne capazes de diagnosticar e propor terapêuticas eficazes, devem praticar exaustivamente a interpretação do que acontece com um paciente em particular e como isso encaixa-se com as explicações disponíveis, ou seja, pôr em funcionamento a racionalidade prática.

Para alcançar tal racionalidade prática, os egressos do curso de Medicina recorrem à RM, que se transformou numa etapa praticamente obrigatória ao percurso de *tornar-se médico*. Em nosso país, embora o curso de graduação seja considerado terminal, ou seja, sua conclusão habilita o recém-graduado a exercer a profissão (Botti, 2010), reconhece-se que a RM exerce uma função que muitas vezes extrapola o que seria de esperar de uma formação de pós-graduação.

Por isso, de um modo geral, os entrevistados referem-se à RM como essencial ao aprendizado do saber fazer Medicina, tal como fala E5: “Igual a gente nascer, crescer, casar, reproduzir e morrer. Eu achava que era a ordem natural das coisas: [...] se formar e fazer uma residência.” Ou E12 que diz:

Eu acredito que seja uma realidade no Brasil inteiro. Eu acho que [a faculdade] não te dá uma bagagem prática. Você sai da faculdade muito inseguro. Você precisa, sim, de um espaço, que eu acredito que seja o espaço que a residência oferece de você aplicar os seus conhecimentos, sob supervisão, e não sair de uma faculdade e aplicar seus conhecimentos, sozinha, sem ter supervisão nenhuma.

A RM se caracteriza por um treinamento em serviço, num espaço privilegiado, no qual a *experiência clínica* será desenvolvida. Porém ela não é só

um campo de aplicação prática da teoria aprendida na graduação, mas é também de aprofundamento do conhecimento na especialidade escolhida, o que se explicita nas seguintes verbalizações: “A residência é um treinamento; é um aprendizado na prática, fundamental. Eu acho que todo mundo tem que fazer uma residência” (E4); “[...] a residência é a continuação do estudo, ainda é preciso. Você precisa de treinamento, prática. Óbvio que a residência dá experiência.” (E7). Também E14:

Residência eu acho que é fundamental. Primeiro que você foca no que realmente quer fazer, que no caso [foi] a pediatria. E eu acho que você aprende muito. Eu achei a residência fundamental de até a parte clínica, de diagnóstico, de tudo [...] E aprender a lidar melhor com paciente criança que é diferente de adulto. Eu achei que a residência, para mim, foi fundamental. Me deixa muito mais segura.

Assim, a prática funciona como eixo estruturante de aprendizagem, que tem na motivação um componente essencial para tornar o conhecimento significativo, no qual o residente é o agente e o preceptor, o mediador (Wuillaume, 2000). A RM se configura como um treinamento em serviço, no qual, na maioria das vezes, a teoria deriva da prática, tecendo uma rede que será a utilizada para o resto da vida profissional.

Em meio a essa tessitura, a figura do professor/preceptor se fez presente, mesmo de forma implícita, em todos os depoimentos. Ela configura-se, na noção de nossos entrevistados como essencial, na medida em que implica a divisão de responsabilidades, o entendimento da condição do residente como um aprendiz, a transmissão da experiência/vivência e até a cobrança que requisita o posicionar-se, o habituar-se a tomar atitudes que para benefício do paciente não

prescindem do estudo (a produção científica), porém têm que caminhar conjuntamente com a atenção focalizada. E17 ilustra a questão ao afirmar: “Os trabalhos com pediatras vão tentar direcionar a gente pela experiência deles, de acordo com a observação deles, não é? A gente procura ter mais atenção, mais foco, mais ênfase durante [a prática]...”. E E4 dá dimensão à preceptoria ao argumentar:

É um local de prática na qual você é médico, mas que a responsabilidade ainda não é totalmente sua. Você ainda está em aprendizado. Eu acho que isso te dá uma confiança de começar a praticar com segurança, tendo ainda alguém para te orientar, te ajudar. Você começa a praticar, mas continua aprendendo, vamos dizer assim. Eu acho muito importante.

Porém, no encontro entre ciência acadêmica e arte, a RM, além representar uma busca de aperfeiçoamento da competência profissional e especialização, através do processo ensino-aprendizagem na prática em serviço, também é apontada como necessária à inserção no mercado de trabalho atual.

O tornar-se médico, pela aquisição do diploma, não basta para o reconhecimento de si próprio como tal e, muito menos, a legitimidade interna e externa de estar oficialmente qualificado como especialista num campo de atuação no qual a proliferação veloz do conhecimento culmina por demandar uma fragmentação do saber até em subespecialidades de uma dada especialidade geral, como a pediatria. Por isso, como diz E17, desde a graduação o caminho está traçado: “Aquilo ali era meio automático, não é?”

Terminar a faculdade [e] fazer a residência é obrigatório, porque no mercado de trabalho [você] não existe sem a especialização.”

Muitos trabalhos sobre RM, como o de Gilbert (2009), apontam que desde a faculdade se delineia um perfil de escolha da especialidade e outros como o de Bellodi (2004) argumentam que tal escolha envolve tanto características individuais, quanto é influenciada por estereótipos profissionais compartilhados socialmente. Contudo, o trabalho de Ribeiro e colaboradores (2009), com 163 médicos formados em 2007 pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e candidatos ao processo seletivo do Programa de Residência Médica em 2008, afirma que os dados coletados e analisados apontam que a opção pela especialização, na época da graduação, pode comprometer a formação médica geral. Por isso concluem que deve ser prioridade da educação em saúde investigar os fatores que levaram a tal opção, para agenciar mais eficazmente o mecanismo de ensino, aprendizagem e trabalho que se misturam nas atividades propostas pela RM.

Nossa pesquisa complementa essas assertivas. Quer pela consciência e ou desejo de uma formação mais ampliada ou mais completa, quer pela própria exigência das horas dedicadas ao trabalho com os pacientes, acrescidas às dispensadas ao estudo, quer pela confiança adquirida via a ação da preceptoria somada à cobrança de desempenho e, por fim, quer no entendimento da capacitação especializada como básica à inserção no futuro mercado profissional, a racionalidade prática para todos se faz presente enquanto imprescindível ao desenvolvimento do que os livros textos, as aulas professorais

e o breve contato com os pacientes, propiciado pelos estágios da graduação, não conseguem oferecer.

- **O cuidar**

A prática médica contemporânea, incluindo a prática pediátrica, está passando por uma importante crise em sua história. Em contraste com o expressivo desenvolvimento científico e tecnológico da biomedicina, vem encontrando limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde dos indivíduos. Isto acontece ou quando as necessidades extrapolam a referência da normalidade morfofuncional do corpo humano para a ideia mais ampla de felicidade ou bem-estar, ou quando há falha na comunicação entre o profissional de saúde e o indivíduo que busca saber qual doença o aflige e como tratá-la.

Para enfrentar a crise e organizar melhor as práticas de saúde, têm sido construídas alternativas com base em propostas de humanização e integralidade, configurando-se como poderosas e difundidas estratégias no cuidado em saúde. Tanto para Deslandes (2004) quanto para Mattos (2004) e Ayres (2004), as expressões *humanização*, *integralidade* e *cuidado* são polissêmicas e permitem várias interpretações.

Deslandes, analisando o discurso do Ministério da Saúde sobre a humanização da assistência, aponta como ideias centrais a oposição à violência, a oferta de atendimentos de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com

acolhimento, melhoria das condições de trabalho do profissional, e ampliação do processo comunicacional através da valorização das expressões que revelam as expectativas e demandas dos próprios pacientes, reconhecendo a sua autonomia.

Ayres vê a humanização como “um conjunto de proposições norteado pelo compromisso das tecnociências em saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores intimamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum” (p.19). O mesmo autor refere-se ao cuidado nas práticas de saúde como atitude e espaço para reconstrução de intersubjetividades, e também para o exercício da sabedoria prática apoiada na tecnologia, mas sem deixar que o recurso tecnológico ocupe todo o espaço da atenção à saúde.

Mattos, ao expor os diversos sentidos da integralidade, aponta como mais importantes a apreensão ampliada das necessidades dos pacientes assim como o esforço de contextualização do sofrimento, da doença e das propostas de intervenção na vida de cada um. Ayres compartilha desta mesma ideia e reforça que a sabedoria prática é fundamental para dar conta dessas questões.

Mesmo não possuindo definições mais claras, as propostas de Humanização, Integralidade e Cuidado constituem alicerces para várias iniciativas, inclusive no que se refere aos currículos médicos, e muitas alternativas assistenciais e pedagógicas têm sido propostas para enfrentar o momento.

Em 2001, o Conselho Nacional de Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que em seu art.3º refere:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (s.p.)

Em 2004 o Ministério da Saúde divulgou a sua nova política para o ensino superior na saúde, o AprenderSUS, que determina:

“A *formação* não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de *políticas do cuidado*. (Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Deges/Sgtes/MS, 2004, p.4)

No nosso estudo, observamos que os residentes utilizam expressões que se reportam ao *cuidar*, que transcendem o *tratar*, o *medicar*, englobando outras questões que envolvem o campo da saúde como *qualidade de vida*, em concordância ao que vem sendo preconizado em relação à prática médica. Mais uma vez o encontro entre a ciência e arte se dá para fornecer objetivos mais amplos ao espectro do combate às doenças, para pautar a finalidade de fornecer melhores condições de vida. Nesse sentido, há que se observar também a

ambiência, o contexto emotivo e funcional, enfim, até perceber que uma doença crônica, por exemplo, pode trazer restrições das normas vitais, porém no seu desenrolar estabelece suas próprias normas (Canguilhem, 2002) que devem ser potencializadas para o bem viver.

Então, o cuidar sobrepõe-se ao curar, estendendo-se dos sofrimentos da doença para o entendimento do ajudar e apoiar a vida. Uma inversão começa a se estabelecer. Embora ainda impregnados pela ideia da cura e de evitar as doenças que podem significar a morte – o antigo e permanente inimigo – introduz-se no discurso de todos os nossos entrevistados a aliança com o viver.

A partir daí, a Medicina quer na sua face ciência, quer na sua face arte constitui-se na consciência socialmente ampliada do cuidar. Este, nas palavras dos depoentes, parece ser a síntese ou uma espécie de palavra-chave a designar as principais características da profissão médica. Por exemplo, para E1, a Medicina é uma “ciência para melhorar a vida das pessoas”; para E2 é “uma ciência que cuida do outro, do próximo, das doenças”; para E7 é “ajudar as pessoas, cuidar” e para E9 é também “cuidar não só a parte da saúde física, do bem-estar dos órgãos, mas da pessoa, até da parte emocional, de tudo”.

Prestando-se atenção aos posicionamentos acima, vê-se claramente que a ciência se faz presente, porém correlacionada muito mais com o aspecto humanitário. E ela, na medida em que se dedica ao outro, ganha uma dimensão que ultrapassa os cânones científicos, voltando-se ao particular. É, nesse sentido, interpretativa e conjectural (Ginzburg, 1989), porque embora voltada para as doenças, ultrapassa a ideia de cura para se inserir no ajudar os pacientes a

viver o dia a dia da melhor maneira possível. Traz embutida uma compreensão da necessidade de saber lidar com as pessoas, de conversar, acolher, enfim, algo que se estende para além da terapêutica descrita nos livros textos. Todavia, como chamam a atenção Vasconcelos e colaboradores (2009), o ato de cuidar não é mostrar emoção, atitude carinhosa ou estar impregnado de boas intenções. O cuidar é bem mais amplo, e para se concretizar tem que englobar dimensões sociais, éticas, biológicas, num exercício profissional no qual tais atributos impulsionem o raciocínio clínico em prol de dar respostas às necessidades dos pacientes (Montgomery, 2006).

- **O ‘dom’, o ‘sacerdócio’, o ‘pastorado’**

Clavreul (1983) situa as raízes do pensamento e da prática médica contemporâneos na escola hipocrática. Hipócrates e seus discípulos acreditavam que os médicos deviam apresentar habilidades naturais, cultura, disposição para estudar, grande experiência, perseverança, prazer e tempo disponível para exercer a sua atividade (Millan et al., 2005).

Clavreul apresenta a obra de Bariéty e Coury sobre a História da Medicina, que cita a teoria sobre ‘instinto de cuidar’, conferindo ao médico atributos como o ‘desejo de saber’, o ‘desejo de curar’ e a ‘intuição’, que seriam qualidades inatas suficientes para explicar os ‘dons’ do ‘bom médico’. O autor faz críticas e sustenta que o desejo de curar não é natural, pois em vários momentos da História, as sociedades se mostraram impiedosas com os doentes,

abandonando-os, isolando-os. Porém Clavreul refere que o mito pode sustentar a ideologia.

A construção histórica da Medicina ocidental, em que pese as críticas à chamada medicalização da sociedade e das propostas atuais para sua reversão (Tesser, Poli Neto, Campos, 2010), muitas vezes colocando, quer para o bem ou para o mal, a figura do médico à frente do conjunto dos profissionais de saúde, mantém em cena a correlação entre o dom, no seu sentido de dádiva (Mauss, 2011) ou no seu significado de aptidão inata para fazer algo especial ou raro, inclinação, talento (Houaiss, Villar e Mello e Franco, 2007). No primeiro, ele tem uma estrutura primariamente econômica, sendo que a ele corresponde um contra-dom que se fazendo imediatamente ou após o dom, assegura a harmonia entre as pessoas ao fazer, como se a permuta perpetuasse o equilíbrio cósmico; no segundo, é basicamente um termo que preenche o espaço de outro não disponível, permanecendo com um sentido vago e polissêmico.

Assim, o 'dom', quer na concepção de Mauss, quer naquela que todos assimilamos, dependendo do contexto onde foi utilizado, parece, todavia, referir-se sempre à ideia de alguma coisa colocada a serviço do outro. Nesse aspecto, sobretudo, considerando-se as palavras de E5 e E6, representativas do conjunto de nossos entrevistados, temos que esse 'outro' é o paciente com quem se cria uma relação ou uma comunhão, mas que jamais constitui, como diria Levinas (1988), uma totalidade de si mesmo. Para E6 prevalece a noção da dádiva e por isso diz: “[Ser médico] é poder ajudar os outros; quando você pode fazer o bem para alguém. É uma realização talvez pessoal, eu acho, por ter essa

capacidade: você poder salvar uma vida.” Enquanto para E5 a noção dominante é aquela da aptidão nata, por isso declara: “Eu acho que na verdade é um dom mesmo o que os médicos têm. Isso não é qualquer um que pode praticar. Eu acho que você precisa ter talvez um coração especial.”

O corolário desse ‘dom’ é a caracterização da Medicina como um sacerdócio. De há muito tal imagem permeia o inconsciente coletivo. Sejam médicos ou não, a comparação com o sacerdócio difundido como entrega e abdicção de si em nome de um bem maior, compõe o que poderíamos chamar do ‘universo mágico’ da profissão.

E esse ‘universo’ remete a duas conceituações bastante utilizadas na literatura publicada nas duas últimas décadas sobre o exercício do ofício de medicar. A primeira delas relaciona-se, como no estudo de Villar e Cardoso (2002) com os R2 do IFF, ao complexo xamanístico de Lévi-Strauss (1985) que estabelece três elementos determinantes da eficácia do poder do xamã na cura das doenças: a confiança íntima em sua experiência; o consenso coletivo sobre sua capacidade de curar e, por fim, o que ele oferece ao seu público. A segunda articula-se a trabalhos como o de Rose (2007), sobre a proliferação de especialidades que chama de “pastorais” e “cujo papel é aconselhar, guiar, cuidar e apoiar indivíduos e famílias à medida que negociam seu caminho através dos dilemas pessoais, médicos e éticos que enfrentam” (p.6). O conceito de poder pastoral dos primórdios do cristianismo, para Foucault (1982), é uma forma matriz da arte de governar condutas, mesmo após o declínio da institucionalização daquele durante o século XVIII. É evidente que hoje ele não

implica que os indivíduos sejam encaminhados à salvação eterna no reino de Deus, mas, sim, que por intermédio deste poder pastoral se assegure outros bens terrenos como a saúde, o bem-estar e a segurança social (Nettleton, 2000).

Ao ler-se o que E17 diz, ecoando a posição geral, pode-se inferir que a atividade médica é uma entre as demais atividades 'pastorais', e liga-se ao cuidar conforme já discutimos:

Eu acho que a Medicina [...] é tentar resolver, tentar ajudar o paciente a se resolver e tudo (...) a se resolver para não criar problemas. [...] Apesar dele estar inserido na sociedade, algo que ele traz para gente tentar ajudar a solucionar [...] (E17).

No entanto, para seguir os propósitos expostos por E17, a pediatria traz particularidades que qualificam diferenciadamente o exercício do pastorado por parte do médico, ao mesmo tempo em que, talvez, o exemplifique de forma contundente. Na consulta, muitas das vezes, para elucidação diagnóstica o pediatra se aproxima mais da ciência em si, executando um conjunto de procedimentos que permitem "traduzir" o corpo da criança. Acontece que nesta relação pediatra / corpo, interpõem-se intermediários, a mãe e ou o responsável a quem cabe também escutar, acolher, e cujas informações precisam ser "decodificadas" e interpretadas (Rivorêdo, 1998). Mais ainda, considerando que o corpo infantil é um corpo que existe para além da lógica biomédica, pois por definição ele está em desenvolvimento e é socialmente vulnerável, a racionalidade prática no *setting* pediátrico serve também à família cujo engajamento na eficácia diagnóstica e terapêutica demanda mais ainda a necessidade de guiar e aconselhar. Não é de graça que a posição dos

entrevistados ressaltam como característica e qualidade positiva da Medicina o fato de:

Você estar com o paciente que te permite entrar mais na vida da pessoa e, conseqüentemente, ter mais liberdade para se abrir mais. Então, é você entrar na vida para se dar, tanto emocionalmente quanto dentro mesmo das doenças. (E9).

TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise do que foi dito por nossos entrevistados, podemos referir que a ideia da Medicina como ciência permeia todos os discursos, e linhas de descendência unem o passado ao presente. Todavia, o desenvolvimento da biociência, marcada hoje pela explicação da vida no nível molecular, trouxe mudanças perceptíveis que ecoam sobretudo a partir do momento no qual as tecnologias a serviço da vida miram o futuro.

Talvez, em nenhum outro campo, estratégias de vitalidade foram mais narradoras/protagonistas do que naquele da saúde. A amplitude da investigação nas mais variadas disciplinas envolvidas neste campo, sua divulgação em publicações científicas e mesmo na mídia em geral, parecem referendar o estatuto científico que desde de o nascimento da clínica institucionalizou a profissão médica. Entretanto, em meio a essa proliferação, a união com a 'arte', tradutora da racionalidade prática, aponta para a inscrição desse tipo de saber, na ótica dos entrevistados, como um empreendimento que para além da cura visa a melhoria das condições do bem viver.

Nesse sentido, pode-se afirmar que, para eles, a Medicina se tornou um espaço no qual esperanças, sonhos e também constrangimentos se fazem presentes, mas ultrapassa a doença como objeto em si para inserir-se como mais uma expressão de governança das condutas, fazendo emergir de forma muito clara o papel do médico como um especialista, entre outros, nas 'artes' do viver.

Se o lado 'ciência' cada vez fica mais marcado pelos experimentos, sua validação e classificação valorizada em graus de evidência, o lado 'arte' permanece ligado ao particular, à experiência não só profissional, mas da própria vida, às intersubjetividades incorporadas na relação médico-paciente e suas repercussões para além do cenário da consulta ou da assistência hospitalar.

É dessa junção de múltiplas dimensões e lógicas que a Medicina permanece, mesmo que de maneira não explicitamente verbalizada por nossos entrevistados, como um campo de atividade ontologicamente voltado para beneficiar a humanidade. As qualidades ou atributos idealistas e humanitários mitologicamente soerguidos ao redor da figura do médico são ainda os que respondem pela satisfação no exercício da profissão.

Afinal, a sociedade se caracteriza por representar, denominar, qualificar, valorizar, repudiar, incorporar visões de ser e estar no mundo compartilhadas, em que pesem diferenças de construção históricas, sociais, políticas e econômicas relativas a determinados territórios e populações. Trata-se de estratégias de demarcação de pertença que une o 'nós' e os 'outros'. A

Medicina, seus profissionais e aquelas pessoas cujo adoecimento é o foco de suas atenções fazem parte desse processo e vão reproduzindo, consciente e inconscientemente, valores, crenças, preconceitos permeados por seus contextos socioculturais, e juntos cristalizam o velho ou produzem mudanças, em meio a certezas e incertezas. Não há como dar respostas completamente acabadas às três perguntas que impulsionaram essa pesquisa; cabe-nos apenas encaminhá-las, tal como fizeram nossos entrevistados, conscientes de que são produtos da teia que entrelaça o humano, a natureza, a técnica, as mais variadas formas de conhecimento e as circunstâncias.

REFERÊNCIAS:

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, p.16-29, 2004

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BELLODI, P.L. The general practioner and the surgeon: stereotypes and medical specialties. **São Paulo Med. J.** vol.122, n. 3, p. 81-86, 2004.[0]

BOTTI, S.H. de O.; REGO, S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. **Rev. Bras. Educ. Med.** vol.34, n.1, p.132-140, 2010.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Editora Forense; 2002

CASTIEL, L.D. H(e)stórias clínicas: categorias para o corpo que adocece. In: **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p.125-153.

CLAVREUL, J. As origens da medicina. Mitologias do positivismo. In: **A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983. p.64-75.

COLLINS, K. M. T.; ONWUEGOUZIE, A. J.; JIAO, Q. G. A Mixed Methods Investigation of Mixed Methods Sampling Designs in Social and Health Science Research . **Journal of Mixed Methods Research**, vol. 1, n.3: p.267-94, 2007.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol.9, n.1, p.7-14, 2004.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FOUCAULT, M. The subject and the power. In: **Critical Inquiry**. n.8, pp. 777-95, 1982.

GILBERT, A.C.B. et al. Discursos médicos em construção: um estudo com residentes em obstetrícia e ginecologia do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. **Rev. Bras. Educ. Med.** vol.33, n.4, p.615-623, 2009.[0]

GINZBURG, C. Sinais: raízes do paradigma indiciário. In; **Mitos, Emblemas, Sinais: morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. p.143-179.[0]

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S.; MELLO e FRANCO, F. M. **Dicionário da língua portuguesa**, Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

LEVINAS, E. **Totalidade e infinito**. Lisboa: Edições 70, 1988.

LÉVI-STRAUSS,C. O feiticeiro e sua magia .In: **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985. p.193-213.

MATTOS, R. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, vol.20, n.5, p.1411-1416, 2004.

MAUSS, M. **O ensaio sobre a dádiva**. Lisboa: Editora 70, 2011.

MILLAN, J.R. et al. What is behind a student's choice for becoming a doctor? **Clinics**, vol.60, n.2, p.143-150, 2005.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui **diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina.** Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov., 2001

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde.** Brasília, 2004. p.4.

MONTGOMERY, K. **How Doctors Think: clinical judgment and the practice of medicine.** New York: Oxford University Press, 2006.

NETTLETON, S. Governing the risky self. How to become healthy, wealthy and wise. In: Petersen, A and Bunton, R, eds. **Foucault Health and Medicine.** London/New York: Routledge, 2000. p.207-222.

PORTO, C.C. **Semiologia Médica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

REBOLLO, R.A. Considerações sobre o estabelecimento da medicina no tratado hipocrático *Sobre a arte médica.* **Sci. stud.**, vol.1, n.3, p.275-97, 2003.

RIBEIRO, R.C, FONSECA-GUEDES, C.H.F., NUNES, M.P.T., Médicos recém-formados: sólida formação geral ou sólida formação especializada? **Rev. Bras. Educ. Med.** vol.33, n.4, p.571-585, 2009.

RIVOREDO, C.R.S.F. Pediatria, Medicina para Crianças?. **Saúde e Sociedade**, vol. 7, n.2, p.33-45, 1998.

ROSE, N. **The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty first century.** Princeton: Princeton University Press, 2007.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; SOUZA CAMPOS, G.W. de. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva.** vol 15, suppl 3, p.3615-3624, 2010.

VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; CASTIEL, L.D. Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências. **Rev. Saúde Pública** vol. 39, n.3; p.498-506, 2005.

VASCONCELOS, E.N. et al. A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). **Ciênc. Saúde coletiva**. vol.14, n.4, p.1225-1234, 2009.[0]

VILLAR, M. A. M.; CARDOSO, M. H. C. A. Residência Médica em Pediatria: no campo da prática. **Cad. Saúde Pública**. vol. 18, n.1, p.329-339, 2002.

WUILLAUME, S.M., BATISTA, N.A. O preceptor na residência médica em Pediatria: principais atributos. **J. Pediatr. (Rio J.)**. vol.76, n.5, p.333-38, 2000.

2.2 – Ordenando no tempo e no espaço: epistemologia narrativa, a semiologia e o raciocínio clínico

Título resumido: **Ordenando no tempo e no espaço**

Ordering in time and space: narrative epistemology, the semiology and the clinical reasoning

¹Leda Amar de Aquino

²Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso

³Susana Maciel Wuillaume

¹ Médica Pediatra
Instituto Nacional do Câncer – Ministério da Saúde
Rua Presidente Alfonso Lopez, 20 apto. 601
Lagoa – CEP. 22071-050
Rio de Janeiro – Brasil
e-mail: ledaaquino@alternex.com.br
tel: (21) 2267-0504 / (21) 9983-8497

² Pesquisadora do Departamento de Genética Médica
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente –
Fernandes Figueira / Fiocruz
e-mail: cardosomhca@iff.fiocruz.br

³ Pesquisadora do Departamento de Ensino
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente –
Fernandes Figueira / Fiocruz
e-mail: susanamw@iff.fiocruz.br

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito. O artigo é inédito e proveniente da tese de doutorado do primeiro autor, sem financiamentos. Não há conflitos de interesse para a publicação. O projeto foi aprovado em 09/09/2009 pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do INSMCA-IFF/FIOCRUZ CAAE n.º 0069.0.008.000-09 e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro/Hospital Municipal Jesus CAAE n.º 0268.0.314.000-09

Resumo

O objetivo deste artigo é discutir sobre o papel do processo narrativo enquanto elemento constituinte da prática médica. A pesquisa se baseou nos entendimentos que médicos, ao final de um Programa de Residência Médica em Pediatria, fazem da Semiologia Médica, como estrutura fundamental à construção do raciocínio clínico. Nossos entrevistados revelaram-se conscientes da importância dos seus conhecimentos médicos bem como da experiência clínica, posicionando-se como semiotas, no ouvir, observar e examinar seus pacientes, aperfeiçoando o “olhar clínico” que, de acordo com as falas, perpassa o palpar e o visualizar, remetendo-se ao escutar e ao ordenar reflexivamente, no tempo e no espaço, os eventos constituintes do processo da saúde e da doença. Em nenhum deles se manifestou a ilusão absoluta de que a utilização dos recursos tecnológicos por si só revelaria o estado de saúde e ou de doença de seus pacientes. Constatamos que, muito embora nossos entrevistados façam uso da narratologia como base epistemológica do saber médico, não estão conscientes disso.

Palavras chaves: Sinais e sintomas, competência clínica, narração.

Abstract

This article discusses the role played by narrative process as a constituent element of the clinical practice. The research is based on understanding of doctors who are finishing their residency in Pediatrics, about the Medical

Semiology as a fundamental structure in management clinical reasoning. The doctors revealed being aware about the matter of their medical knowledge and clinical experience, hearing, observing and examining the patients to improve the “clinical gaze”, that overreach palpation and sight, sending to listen and order reflexively, in time and space, the events of the health-illness process. No one said about the absolute illusion that the technological resources were able to reveal, by itself, the health and the illness of their patients. Although doctors make use narratology as epistemology basis of medical knowledge, we found that they have no sense about this.

Keywords: Signs and symptoms, clinical competence, narration

INTRODUÇÃO:

Embora o senso comum tente aproximar a medicina ao modelo de neutralidade preconizado pela ciência, para chegar à doença, o médico, em sua prática clínica, recorre a meios indiretos e se depara com a subjetividade implícita nas suas interpretações, julgamentos e tomadas de decisão¹. É a partir das histórias que compõem as narrativas dos pacientes (*a anamnese*) e da observação e anotação de sinais de adoecimento nos seus corpos (*o exame físico*), que os médicos interpretam e criam a sua própria narrativa médica. A esse método de investigação damos a denominação de Semiologia Médica, base do raciocínio clínico e elemento fundamental ao diagnóstico.

A importância da Semiologia Médica vem interessando à mídia, sobretudo no que se refere à narrativa médica, sublinhando notadamente a do paciente sobre sua doença e a do médico sobre a doença dele. Há uma proliferação de órgãos de divulgação populares como jornais², revistas³, programas de TV⁴ voltados especificamente para a dramatização e a informação sobre as mais variadas formas de narrar o adoecimento, a recuperação e a luta por uma vida saudável. Por outro lado, no campo da própria medicina, a cada dia afirma-se, em oposição à crença inabalável no aparato tecnológico, a necessidade de escutar-se a história do paciente como ponto de partida para todo e qualquer exercício de diagnose e eficácia terapêutica.

Nesse sentido, diversas iniciativas voltadas para o aperfeiçoamento do pensar narrativamente de médicos vêm sendo desenvolvidas. Além de programas de pesquisa e cursos espalhados por variadas universidades mundo

afora, como os das universidades de Columbia, Duke e Vanderbilt, nos Estados Unidos, e da Universidade de Navarra, na Espanha, são frequentes os simpósios e congressos girando ao redor do tema. Por exemplo, em setembro de 2010, foi organizado pela Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa o *Colóquio Internacional Narrativa e Medicina: Doença e Diálogo*, cujo objetivo explícito era o de conjugar as disciplinas da Medicina, da Literatura e da Filosofia para explicar como a narrativa poderia contribuir para a melhoria das relações entre doentes, médicos e outros profissionais da saúde. Emblematicamente tinha como professores convidados próceres da literatura portuguesa como João Lobo Antunes, bioeticistas e filósofos da medicina como Richard Zaner e médicas como Rita Charon⁵.

O nascimento das bases da Semiologia Médica é bem antigo e remonta a época quando Hipócrates e seus discípulos sistematizaram o método clínico, dando à história dos sintomas verbalizados pelo doente e ao exame físico uma importância que discursivamente assemelha-se à definição da medicina como ciência e arte ainda imperante nos dias de hoje⁶.

É evidente que mudanças e rupturas importantes se fizeram presentes ao longo do tempo. Seguindo Canguilhem⁷ pode-se afirmar que a medicina ocidental contemporânea e sua semiologia transitam numa zona de dissociação entre o paciente e sua enfermidade, caracterizando o primeiro pela segunda, implicando numa menor valoração do conjunto dos sintomas espontaneamente relatados/apresentados pelo doente.

No espaço e tempo dessa realidade, Camargo Jr.⁸ (2005), ilustra bem essa dissociação, dentro da própria Semiologia, ao referir-se ao fato de que, atualmente, o exame físico envolve uma semiologia “armada” (p.191) e uma semiologia “desarmada” (p.191). A semiologia “armada” seria a que faz uso dos exames complementares, variada e complexa, remetendo-se à noção de medicina como “ciência concretizada” (p.191), respaldada na verdade objetiva, em que pese a necessidade evidente da interpretação dos resultados obtidos. A “desarmada” seria a dependente do próprio médico que faz uso de sua visão, de sua audição, do seu olfato e de suas mãos para observar, ouvir, inspecionar, palpar, percutir e auscultar o paciente, utilizando-se de instrumentos simples como o estetoscópio, o termômetro, o esfigmomanômetro, dentre outros. A primeira vem crescendo em importância e ameaçando tornar a segunda uma ‘arte’ perdida.

Entretanto, nem uma, nem outra pode possibilitar o entendimento do complexo processo de adoecimento e a formalização das hipóteses diagnósticas. Para ultrapassar a zona cinzenta da dissociação, o profissional atuante na área biomédica, tal como todos os seres humanos, se relaciona com os outros e consigo mesmo, e nesse processo ordena os ‘acontecimentos’ no tempo e no espaço gerando ligações consequentes ou não entre eles. Trata-se de entender, como Carr⁹, que o ato de narrar está presente em todos os níveis e é condição intrínseca do viver do homem.

A partir desse reconhecimento compreendemos tal como Epstein¹⁰ (1995) que há na base do conhecimento biomédico, mesmo na sua vertente de

ciência, uma “*epistemologia narrativa*” (p.31) na medida em que ele se volta para decifrar pistas, sinais, sejam interiorizados nas moléculas, presentes na superfície dos corpos ou expressados como sintomas experimentados pelo doente.

As etapas do atendimento médico são definidas, numa sequência temporal: anamnese, exame físico, exames complementares e, finalmente, a formulação do diagnóstico. As interpretações se dão através do relato retrospectivo, coerente, cuidadoso e cronologicamente ordenado, desvelando a doença no corpo do paciente. É a organização narrativa que propicia a articulação entre os elementos-chave obtidos pela Semiologia com o saber médico. E como não poderia deixar de ser, essa narratologia reflexiva traz consigo a subjetividade autoral, no momento em que é o médico quem decide, seleciona e organiza o material, no intuito de torná-lo inteligível e coerente¹¹.

O método clínico não pode ser totalmente explicado em bases racionais e científicas. A escolha dos elementos-chave que servirão para orientar o raciocínio clínico na formulação de hipóteses diagnósticas, da forma como ela se processa, não é passível de sistematização numa lei geral. Pois essa seleção e interpretação de 'pistas', vai depender não só do conhecimento técnico/científico do médico, mas da sua 'experiência pessoal/profissional', que alguns chamam de 'intuição' ou 'bom senso', mas que na verdade é um 'olhar' abrangendo vários níveis de informações, que mistura tipos de saber distintos, embora não excludentes. Castiel¹² e Montgomery¹³ chamam a isso de sabedoria prática ou *phronesis*. O exercício da Semiologia está fortemente entrelaçado a uma

experiência clínica sólida, resultante do acúmulo de casos clínicos vivenciados¹³. Na prática, o médico se depara com a individualidade e a particularidade de cada caso, porque, apesar da doença ser definida e classificada em compêndios de Medicina, a resposta humana a esse evento não é a mesma em todos os indivíduos. E a singularidade de cada caso vem à tona através da narrativa médica. O fato de os profissionais médicos terem sido submetidos a uma educação científica e tecnológica, não altera em nada a estrutura narrativa de seu conhecimento¹⁴.

Montgomery¹³ refere que a educação médica ignora a tensão/contradição existente entre a teoria da clínica e a 'phronesiologia' da medicina, ou seja, entre o *saber* e o *fazer*. Como também a incerteza e o cunho circunstancial da prática nunca são explicitados aos futuros profissionais, mesmo sendo o gerenciamento da incerteza, em todas as suas variedades, o foco central (jamais declarado) da educação clínica. E, acrescenta que a educação médica voltada para a prática clínica faz com que os estudantes de Medicina construam profissionalmente relatos narrativos do que observam, e aprendam quais achados devem incluir e quais excluir, de modo a impulsionar o raciocínio clínico. Porém, chama a atenção que nesse momento, a prática não serve apenas para a aquisição de experiência e habilidades, mas também contém uma parte implícita da educação moral da profissão, onde os 'rituais' inculcam e reforçam atitudes e comportamentos centrais à 'boa prática'.

Esse artigo tem como objetivo discutir o papel adstrito à narrativa médica articulando-a aos procedimentos semiológicos e à construção do raciocínio

clínico. O empreendimento da discussão acerca do papel da narratologia na construção do conhecimento médico, levada a cabo por diversos autores e discutida em suas variadas aplicações¹⁵, foi o ponto de partida para a hipótese heurística condutora da investigação realizada, isto é, a de que não há a consciência por parte dos médicos da base epistemológica da narrativa, levando-os a relacioná-la apenas àquelas que escutam de seus pacientes e as que fazem sobre eles.

PERCURSO METODOLÓGICO:

O estudo foi realizado com residentes de Pediatria que estavam terminando a Residência Médica (R2) no Hospital Municipal Jesus e no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente - Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (INSMCA-IFF/FIOCRUZ). Ambas as instituições são consideradas centros de referência em cuidados pediátricos, sendo o primeiro uma unidade de assistência geral e o segundo voltado para assistência secundária e terciária. Ambos possuem estrutura física e recursos humanos capacitados a prestar tais cuidados em todos os níveis.

A amostra foi de conveniência¹⁶, em função da facilidade de acesso da primeira autora a ambos: no primeiro atuou como pediatra desde 1976 a 2000 e, no segundo, foi parceira em diversos projetos institucionais.

De modo algum pretendemos fazer uma análise comparativa, partindo de cenários de cuidados diferenciados, isso porque nossa principal questão remete-

se ao entendimento ou não de uma epistemologia narrativa embutida tanto no processo de diagnóstico quanto no tratamento a ser proposto, incluindo, é claro, a adesão terapêutica. Seja diante de doentes cujas enfermidades são complexas (caso do INSCM-IFF/FIOCRUZ) ou daqueles mais vinculados à pediatria geral, para efeitos metodológicos assumiu-se a questão da narratividade como intrínseca ao desenvolvimento do raciocínio clínico em quaisquer níveis de assistência. Nesse sentido, definimos raciocínio clínico como um dos componentes essenciais à competência profissional dos médicos e que usualmente também é chamado de julgamento clínico, significando a tomada de decisões clínicas ou a solução dos problemas clínicos¹⁷. Basicamente isso quer dizer julgar sobre a incerteza no decorrer do cuidar do paciente ou o caminho cognitivo percorrido pelo médico para atingir esse objetivo¹⁸.

O único critério de inclusão foi o de estar terminando o segundo ano do Programa de Residência Médica em Pediatria (R2). Optou-se por tal recorte porque, em termos de formação, o término da residência corresponde ao ápice de três momentos distintos: o primeiro, relativo à introdução ao saber biomédico por meio dos manuais didáticos e das aulas professorais na graduação; o segundo, quando ainda na condição de aluno universitário, dá-se o primeiro contato com os pacientes e, por fim, o terceiro, quando já portando o diploma de médico completa-se a residência, uma forma mista de aprendizado e trabalho, juntando teoria e prática, na qual o exercício do ofício se faz presente e onde o raciocínio clínico, como competência fundamental é insistentemente mais desenvolvido e trabalhado.

Ao todo realizamos 17 entrevistas, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2010, oito delas com residentes do INSMCA-IFF/FIOCRUZ e nove do Hospital Municipal Jesus, englobando todos aqueles que cumpriam o critério de inclusão.

A técnica empregada foi a da entrevista semi-estruturada, entendida como uma conversa dotada de finalidade que mistura perguntas abertas e fechadas¹⁹. Para tanto foi elaborado um roteiro guia baseado em pesquisa bibliográfica de cunho teórico e conceitual. Tal roteiro centrou-se em questões amplas envolvendo a semiologia e, dentro dela, mais especificamente, o soerguimento de hipóteses diagnósticas, assim como o do papel da narrativa no conhecimento médico, abarcando, dentre outros tópicos, a anamnese, a construção e evolução do caso clínico, a percepção prognóstica e a ordenação dos dados no acompanhamento do paciente.

Os depoimentos foram gravados e transcritos. Para efeitos de análise a transcrição foi literal, todavia para os fins expositivos procedeu-se à ligeira revisão, mormente de pontuação, para tornar a linguagem oral mais inteligível a nossos leitores. Manteve-se o anonimato utilizando-se siglas acompanhadas de números que obedeceram a ordem de realização das entrevistas.

A técnica aplicada à leitura do discurso compreendeu quatro etapas. Na primeira, realizada no próprio momento da entrevista, buscaram-se as percepções-chave claramente veiculadas pela fala e relacionadas aos tópicos selecionados, anotando-as num diário; na segunda, correspondente ao momento da transcrição, considerou-se tais anotações e atentou-se mais

sistematicamente para as caracterizações comuns. Na terceira, empreendida sobre o material transcrito literalmente, processou-se uma codificação aberta e outra fechada, sendo que a primeira voltou-se para captar as variações e exceções às categorias de interesse relativas à narrativa médica presentes nos procedimentos semiológicos e de formação do raciocínio clínico, e a segunda especificamente englobando essas categorias. Na quarta leitura, finalmente, procedeu-se ao entrecruzamento vertical e horizontal entre as categorias resultantes do processo codificador chegando-se a duas temáticas-chave: i) narrativa e semiologia médica e ii) narrativa e desenvolvimento do raciocínio clínico.

O projeto foi aprovado em 09/09/2009 pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do INSMCA-IFF/FIOCRUZ CAAE nº. 006.9.0.008.000-09 e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro/Hospital Municipal Jesus CAAE nº. 0268.0.314.000-09. Foram solicitados consentimentos livres e informados de todos os residentes que participaram da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Devido ao cunho qualitativo do trabalho, escolhemos apresentar cada um dos temas resultantes de nossa pesquisa imbricados à discussão sobre eles, sendo que os trechos de entrevistas foram reproduzidos no sentido de ilustrar, corroborar e mesmo servir de fundamento à argumentação.

Cabe também chamar a atenção que a escolha de fazer uso de uma amostra de conveniência significa que os resultados obtidos referem-se ao grupo de entrevistados, não podendo, portanto, ser extrapolados para o geral. E, por outro lado, o fato dessa amostra compreender R2s em Pediatria significa, no que tange à semiologia e ao raciocínio clínico, que as narrativas neles empreendidas possuem características diferenciadas, principalmente quando estão pauta pacientes ainda incapazes de contar a história de sua saúde ou de sua enfermidade. Há aquela que os pequenos corpos com seus sinais e sintomas contam; há a dos pais ou responsáveis sobre o estar saudável e ou o adoecer de suas crianças; e, por fim, há a dos próprios médicos ao se apossarem das duas primeiras, do estoque de narrativas trazidas pelo saber médico contido nas publicações científicas que lêem, somada à composta pelos exames complementares que, no seu conjunto, formam a deles próprios, cujo enredo é a saúde ou a doença de seus pacientes.

Semiologia Médica e Narrativa: teoria e a prática

Segundo Romeiro²⁰, um dos mais conhecidos e respeitados autores brasileiros sobre o assunto, Semiologia ou semiótica é o tratado dos métodos de exame clínico, que compreende a semiotécnica (técnica da pesquisa dos sinais e sintomas), a semiogênese (busca as explicações fisiopatológicas que originaram os sinais e sintomas) e a clínica propedêutica (que procederá à análise crítica dos dados recolhidos para a formulação do diagnóstico ou

hipóteses diagnósticas). Portanto, a Semiologia Médica é essencialmente prática, agilizada no contato direto com o paciente e o ponto de partida da experiência clínica. O raciocínio clínico necessário à formulação das hipóteses diagnósticas não pode prescindir da Semiologia. Poderíamos, então, resumir Semiologia como um conjunto de ações ordenadas a serem executadas pelo médico a fim de concluir de modo mais seguro o diagnóstico do paciente, oferecer o tratamento devido e assegurar a adesão a ele.

Em nossa pesquisa, unânime e espontaneamente os entrevistados lembraram o contato inicial com a Semiologia reportando momentos diversos, porém todos ainda no tempo quando eram graduandos. A memória, sem exceções, está marcada por ser o *primeiro encontro com o paciente*, assim como por vincular-se ao início de uma nova aprendizagem que os levaria, como colocam, à prática da investigação clínica. Para E5 foi “*a partir do 3º ano*”, deixando claro que “*o melhor da graduação foi o contato com o paciente.*” Já E14 reporta-se ao mesmo período, mas faz questão de enfatizar que além de ter sido o instante da proximidade com os pacientes, tudo “*começou com a anamnese*”. E9, por sua vez, situa o encontro no quinto período após o básico, quando começaram as aulas e em seguida se dando a entrada no hospital, propiciando aos alunos “*aprender a perguntar: o que perguntar, a deixar o paciente falar e a partir daí começar a investigar sua história*”. E17 remonta ao quarto período e sublinha toda a ação da equipe médica e de enfermagem nas enfermarias auxiliadas por monitores “*bem aplicados que levavam a gente até o paciente, mostravam como examinar, interagir e aprender a observar*”.

A grande variação no momento de inserção da Semiologia na grade curricular das escolas médicas, como também na carga horária total destinada a ela, e até mesmo as diferentes denominações recebidas como: Medicina Interna, Propedêutica, Clínica Médica, etc. evidenciam as dificuldades de administrar proficuamente a transformação do estudante de Medicina num semiota, isto é, um bom identificador de sinais e sintomas²¹. Alia-se ao fato as diferenciadas opiniões acerca de quais abordagens seriam as mais eficazes e de que critérios deveriam ser comuns aos docentes para se desenvolver conteúdos relacionados ao aprendizado da Semiologia²¹.

Acompanhando-se os trechos apresentados, entretanto, a par das variações de momento e de estratégias didáticas, sobressai a repetida insinuação do aprender uma ordenação de eventos explicitada pelas referências à “*anamnese*”, “*investigar a história*” e “*observar*”. Retrocedendo no tempo e no espaço, essas três noções, sintetizam os princípios metódicos adotados por Hipócrates e seus discípulos para descrever cuidadosamente o conjunto de sintomas de modo a traçar um prognóstico da evolução do paciente, apoiando-se na *opsis* (observação) e na *acoë* (o que se ouve)²². Aqui e agora, nossos entrevistados seguem basicamente a mesma trilha, em que pesem as mudanças, descontinuidades e rupturas ocorridas na construção do conhecimento médico. Para E13, por exemplo, simbolizando o posicionamento geral, a forma de exercer a Medicina se consubstancia via o treinar a escuta cuidadosa, o saber perguntar para evocar a recordação dos fatos e percepções do adoecer a serem narrados pelo paciente, ou seja, tudo se faz mais concreto,

conforme afirma, com *“a história completa, a anamnese, com todas as particularidades”*.

De novo, é a composição narrativa que emerge. Num certo sentido, o retorno da ênfase na escuta e no saber perguntar como forma de agenciamento da memória, transforma-se num meio de ultrapassar a dissociação constatada por Canguilhem⁷, a qual já nos referimos, nos empurrando para a consciência, por parte de nossos entrevistados, da necessidade de deixar aflorar a espontaneidade como maneira de aproximação e desvendamento de uma história que, tanto para o médico quanto para o paciente, gira em torno da saúde ou da doença. É a partir de um testemunho compartilhado ou de uma história sobre a sintomatologia vivenciada pelo paciente, ouvida e observada pelo médico nos sinais encontrados nos corpos, que se dá os primeiros passos.

Todos os entrevistados fizeram referência ao treinamento para a realização do exame físico minucioso e detalhado de cada órgão e sistema, ainda na graduação, salientando que, todavia, na prática cotidiana, a Semiologia, descrita nos livros e tratados lidos, induz a ilusão de haver uma total sintonia entre teoria e prática. Enquanto, as situações vivenciadas, ao longo do Programa de Residência Médica em Pediatria, ensejaram constatar que, muitas das vezes, a teoria e prática se distanciaram, propiciando uma mudança do olhar que se transforma finalmente, como diz E8: *“no olhar clínico”*.

Camargo Jr.⁸, pesquisador e estudioso do conhecimento biomédico, reafirma a posição assumida por nossos entrevistados, sublinhando que *“apesar de os manuais de Semiologia preconizarem um exame exaustivo,*

esquadrinhando cada parte do corpo, raramente isto ocorre na prática sendo o procedimento bem mais sumário e orientado por hipóteses diagnósticas” (p.192).

No entanto, mesmo com a excessiva importância que vem sendo dada aos recursos tecnológicos, ou seja, à semiologia “armada”, também discutida por Camargo Jr⁸, traduzida pelo uso indiscriminado de exames complementares, os entrevistados não deram relevância ao assunto, valorizando muito mais o encontro entre o médico e o paciente, o diálogo, a escuta como ferramentas fundamentais à construção da história do adoecer, complementada pelo exame físico minucioso. E11 exemplifica bem essa tomada de posição, ao argumentar que *“exame complementar, o nome já diz, é complementar”*.

A construção das narrativas médicas, que inclui os sinais captados e interpretados do exame físico, é fundamental para o raciocínio clínico, pois permitirá a contextualização do adoecer e a formalização de hipóteses diagnósticas. E12 sintetiza muito bem a noção externada por todos os entrevistados, ao dizer:

“70% a 80% dos diagnósticos conseguem ser feitos só pela anamnese. (...) Outra palavra-chave é um bom exame físico. Não existe semiologia sem um bom exame físico. E sem Semiologia não tem Medicina.”

Foucault²³, na sua seminal discussão sobre o nascimento da clínica moderna, embora não faça referência direta à epistemologia narrativa embutida no conhecimento médico, sinaliza que a clínica se consubstanciou quando, junto à concepção cronológica até então tradicional, passou a designar a doença

como um conjunto de anormalidades, figuras, elementos destruídos ou modificados unidos numa sequência de acordo com uma geografia que podia ser seguida passo a passo. Também, embora de forma não consciente e explicitada, para nossos entrevistados, é a capacidade de ordenar mentalmente no tempo e no espaço o que ouviram na anamnese e observaram ao exame físico que dá significado à Semiologia.

Cabe assinalar, todavia, que a narrativa, na acepção de todos, conjuga-se à ideia mais geral do 'contar uma história', ligando-se à escuta do relato do paciente. E, dentro dessa moldura, é considerada elemento fulcral ao estabelecimento de uma boa relação do médico com seu paciente, porque é no processo de dialogar que a confiança se estabelece. Como afirma E10: *“a anamnese vai sendo construída também no decorrer da confiança; quanto melhor a relação médico-paciente melhor a anamnese”*. Ideia referendada por E9 quando diz que *“depende do médico despertar a confiança pra abordar determinadas questões: sexuais, número de parceiros, quem sustenta a casa, etc.”*.

Podemos, portanto, inferir que nossos entrevistados concordam com o papel da narrativa, sempre nomeada como anamnese ou história clínica, enquanto instrumental ao desenvolvimento da prática clínica e demonstram algum grau de concordância com a proposição de Favoreto e Camargo Jr.²⁴ de que social e culturalmente o protagonismo médico no processo terapêutico o faz responsável pela promoção do diálogo, de modo a propiciar ao paciente refletir e

expor sua narrativa pessoal sobre o adoecer. E isso, basicamente, implica a ampliação de seu “*universo interpretativo*” (s.p) de modo a:

“(…) capacitá-lo a reconhecer os contextos narrativos onde as falas, sentidos e as demandas dos pacientes se inserem, tornando possível uma percepção e uma interpretação dos casos que transcendam o repertório biomédico ou a pura e simples coleta de dados sobre a doença” (s.p.).

Raciocínio Clínico e narrativa – caminhos do pensamento

A atividade médica tem como uma das finalidades principais chegar à melhor solução possível dos problemas clínicos apresentados pelos pacientes. A eficiência no processo de decisão diagnóstica e terapêutica é altamente dependente da capacidade do médico de analisar, sintetizar e interpretar adequadamente os dados clínicos obtidos através da Semiologia, como também de decidir riscos e benefícios envolvendo testes diagnósticos e condutas terapêuticas.

Um dos modelos de raciocínio, cuja aceitação é comum e geral na área da prática médica ainda hoje, foi o denominado hipotético dedutivo, desenvolvido a partir das proposições de Popper²⁵ e muito difundido a partir da década de 70. Atualmente, entretanto, no que diz respeito à clínica médica, algumas reflexões vêm sendo desenvolvidas no sentido de posicionar problemas que esta colocava diante da epistemologia popperiana. Um deles era o de que, enquanto modelo,

ele não permitia encontrar muitas diferenças entre os profissionais experientes e os novatos. Tanto uns quanto outros seriam capazes de gerar numerosas hipóteses na mesma velocidade, constituindo-se como única diferença a realização de que os primeiros soerguerem melhores hipóteses, comprovado pelo fato de que a precisão diagnóstica das primeiras hipóteses geradas era um grande preditivo da conclusão final. E também eram muito mais capazes de selecionar as informações e fazer mais inferências a partir dos dados (anamnese e exame físico), apelando menos para o uso de disciplinas básicas, como a fisiopatologia. Tais constatações sugeriram a existência de uma forma de raciocínio vinculado à maior exposição a casos clínicos, isto é, uma maior experiência, que de todo modo, ao enfrentar situações difíceis e ambíguas, requer recorrer às explicações fornecidas pelas chamadas ciências básicas¹⁷.

De todo o modo, retornamos ao fato de que o médico, diante do paciente e de sua queixa, captando sinais e sintomas, formula hipóteses primárias, testadas através da anamnese, do exame físico e dos exames complementares, para chegar àquela mais correta. Semelhante à abordagem que detetives fazem para solucionar um crime, a hipótese diagnóstica vai sendo construída e reformulada, quando necessário, via um processo de ordenamento espacial e temporal que não se faz evidente à consciência. É a partir de tal processo que o médico determina quais informações adicionais são necessárias relativas à história do paciente, ao exame físico e aos exames complementares para tomar uma decisão diagnóstica. Há uma abordagem sequencial de testagem de hipóteses. E, para tudo isso acontecer é importante que o médico possua uma

base de conhecimentos rica e extensa, guardada em sua memória, bem como experiência clínica, porque *“no mundo real, as doenças e as síndromes variam mais em seus atributos constituintes que nas descrições típicas dos livros”*²⁶(p.304). A experiência clínica aumenta a qualidade das hipóteses geradas.

Por isso, apesar do não reconhecimento da narratologia reflexiva que empreendem, todos os entrevistados asseveram que somente o contato com os pacientes e suas doenças, no cotidiano dos serviços médicos, permite que a experiência clínica seja desenvolvida. Entretanto, ao contrário de postularem um problema a partir de uma teoria, é ao *olhar* associado a uma *sensação*, que reconhecem o desenvolvimento do raciocínio clínico aplicado à evolução do estado patológico do paciente e, o espaço privilegiado para seu deslanchar, afora de dúvidas, é a residência médica. O trecho retirado da entrevista de E16 fala por si mesmo:

“Eu OLHO e percebo quando um exame não está batendo. Como é isso? Um dia você percebe que você consegue ver. No início da residência você passa por uma criança e o staff diz: essa criança está esquisita e a gente diz: essa criança está dormindo. Quando você está terminando o seu R2 você diz: essa criança está meio esquisita e o R1 diz que ela está dormindo. Não é só olho. É um feeling, uma sensação. Você enxerga além do que você vê.” (o grifo é nosso)

Por isso, ao se dedicar a estudar o papel da narrativa como essencial ao raciocínio clínico, Montgomery¹³ compara o processo ensino-aprendizagem na Medicina metaforicamente ao processo químico de ‘osmose’, no qual a

experiência clínica vai imiscuindo-se de tal forma que não há como voltar atrás. A sabedoria prática só é apreendida pela imersão, pela absorção, pela vivência do encontro médico-paciente. A autora se refere à experiência clínica como um estoque de vivências obtidas pelo médico através da habilidade de reunir, interpretar e sintetizar informações preliminares com observações cuidadosas, reconhecimento da anomalia e suas variações, condensando um saber que é ativado pelo encontro entre médico e paciente, através do olhar, do toque e do questionamento.

Muito embora o fantástico desenvolvimento tecnológico tenha proporcionado grandes avanços em relação à capacidade diagnóstica e à terapêutica, o “*olhar*” e o “*feeling*” referidos por E16, no fundo, remetem à aceitação de que os médicos trabalham em situação de incerteza. Assim sendo, o rigor absoluto do método clínico é uma idealização, pois na prática qualquer teoria sobre a doença distancia-se do geral para articular-se ao particular. Castiel¹² refere que “*mesmo um paciente confiável, com elementos semiológicos bem definidos, constitui virtualmente um campo de incertezas. Casos tendem a ser únicos, singulares.*” A necessidade humana de certeza obscurece a natureza circunstancial da medicina clínica.

Os médicos sempre estão pesquisando qual a melhor conduta a ser tomada em relação ao paciente, numa situação em particular. A abundância de informações e de meios seguros para avaliá-las, conforme o proposto, por exemplo, pela chamada Medicina Baseada em Evidências, reduz mas não elimina a incerteza. A educação médica continuada fornece uma quantidade de

conhecimentos científicos, porém é o longo aprendizado clínico que prepara o médico para agir. Contudo, a junção profícua de ambos depende da ampliação da competência narrativa tão defendida por Charon²⁷. Para a autora, esta competência é definida como um conjunto de habilidades capazes de considerar, internalizar, interpretar e ser motivado pelas histórias ouvidas e lidas (histórias dos pacientes e sua doença, relatos de casos clínicos, prontuários, dentre outras) e é ela que fornece os meios não só de compreensão do paciente, mas de entendimento da própria doença.

Os médicos devem aprender não somente o que fazer para tratar o paciente, mas o que fazer quando a informação é conflitante ou indisponível. Embora, treinados para mirarem a certeza absoluta, exatamente porque o inesperado não pode ser excluído, também precisam estar abertos e conscientes àquilo que foge aos tratados e às publicações científicas. Ser médico requer uma racionalidade prática, sempre remetida à *phronesis* que Aristóteles descreveu como uma capacidade flexível, interpretativa que permite os pensadores morais (e os médicos e os navegadores com os quais ele os compara) determinarem a melhor ação a tomar quando o conhecimento depende de circunstâncias¹³. E, em Medicina, a capacidade interpretativa é o raciocínio clínico e, conforme viemos discutindo, ele difere da racionalidade da ciência que ela tanto idealiza. Não importa quão sólida seja a ciência ou quão precisa a tecnologia empregada, a clínica permanece uma prática interpretativa, conjectural²⁸. E15 exemplifica bem a posição de todos os entrevistados, convergindo com as observações de E16, ampliando-as:

“Minha cabeça tem uma metodologia própria. Eu começo pela anamnese. Eu tento pegar a história da forma mais minuciosa possível, relacionar qualquer dado que possa ser relevante. Eu demoro bastante com isso. Eu costumo fazer o exame físico da forma mais completa, independente dos sintomas. E aí, eu aprendi com meu mestre na medicina que a gente deve sempre lembrar grandes grupos de doenças: neoplásicas, infecciosas, inflamatórias...O que ele mostrava é que ele tinha OLHOS nas mãos. Porque ele conseguia com a mão dele, não só com a mão, obviamente, ouvido, olho (...), identificar coisas nas pessoas que muitas vezes passam despercebidas. Exames complementares só quando indicados de forma correta. Hoje eles estão sendo valorizados mais que o restante. Acho problemático.” (o grifo é nosso)

A referência aos “*olhos nas mãos*” sintetiza bem o “*o olho clínico*” de Foucault²⁴, um certo olhar que vê, escuta, palpa e se aprofunda sempre em torno de três linhas: “*o tempo próprio do corpo; a visibilidade do invisível e a intervenção técnica*”(p. 251). O avanço da terceira imbrica-se às outras e se tece a rede cujos fios são complicadas narrativas, contadas em palavras, gestos, silêncio, indícios, imagens, resultados de testes laboratoriais e mudanças nos corpos, todas convergindo num sentido que pode até ser provisório, mas base do raciocínio clínico impulsionador da ação médica²⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inquestionável o quanto o papel das narrativas médicas vêm sendo motivo de debates, publicações nas mais diversas revistas especializadas, livros escritos por pesquisadores voltados à divulgação de sua importância, cursos, simpósios e programas organizados instalados em diversas faculdades de medicina. Também é inegável a ênfase colocada na narrativa como ferramenta ao entendimento da doença por parte de quem a tem, a uma boa relação médico-paciente, à educação e formação médica, incluindo-se aí, principalmente, questões relativas à ética.

No que tange à nossa pesquisa, a par de considerarmos todas essas proposições, a que mais nos interessou foi a do entendimento do processo narrativo como inerente ao raciocínio clínico fundamental à Semiologia Médica. Entretanto, a tônica de todas as discussões acerca do tema, fazem referência a uma “epistemologia narrativa”, mas não se voltam especificamente à investigação do quanto a consciência de trabalhar em bases da narrativa, isto é, ordenando o que se vê, se escuta e dita quais exames completos precisam ser feitos para corroborar hipóteses diagnósticas, são os elementos constituintes do exercício do ofício.

Nessa direção, nossos entrevistados mostraram-se impregnados pelo conhecimento médico e extremamente conscientes da importância da Semiologia e do desenvolvimento do raciocínio clínico, condição *sine qua non* para exercê-la. Prestes a terminarem o Programa de Residência Médica em

Pediatria, demonstram estar imbuídos de sua missão, posicionando-se como semiotas e pugnando pela experiência prática aliada à teoria como fulcrais ao atendimento de seus pacientes. Em nenhum deles ainda se manifestou a ilusão absoluta da utilização dos recursos tecnológicos como deslindadores neutros do estado de saúde e ou de doença de seus pacientes. Em todos, a condução da prática clínica passa pelo ouvir e o observar. O “olhar clínico” se manifesta como o princípio do cuidar e permanece enaltecido como algo que se desenvolve, se treina, se melhora, se amplia ao longo da atividade médica. Só que ele não se refere somente ao palpar e ao visualizar, mas remete-se ao escutar e ao ordenar reflexivamente. Pode-se inferir que, no fundo e de certa forma, esse “olhar” ordena no tempo e no espaço os eventos constituintes do processo da saúde e da doença e o pesquisa narrativamente.

Escutar e também analisar o que ouvimos de nossos entrevistados nos propiciou entender a não conscientização da narratologia como base epistemológica do saber médico, mas também nos propiciou constatar que eles a agenciam e a tomam como princípio ao empreendimento semiológico, desenvolvendo, através dela, cada vez mais o raciocínio clínico.

REFERÊNCIAS

- 1 – Guedes CR; Nogueira MI; Camargo Jr. KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciênc saúde coletiva* 2006; 11(4):1093-1103.
- 2 – Smith D. Diagnosis Goes Low Tech. *The New York Times on Web* [on line] 2003. capturado em 20 jan. 2010]. Disponível em: <http://narrativemedicine.Org/press/DiagnosisGoesLowTech>
- 3 – Cuminale N. A Médica do Dr. House. *Veja* [on line] 2010. [capturado 29 nov. 2010]; Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticias/saude/saude-house-lisa-sanders-entrevista>.
- 4 – Davin S. Healthy viewing: the reception of medical narratives. *Sociology of Health & Illness* 2003; 25(6): 662–679.
- 5 – Universidade de Lisboa. Colóquio Internacional de Medicina e Narrativa: Doença e Diálogo. [capturado em 20 de janeiro de 2011. Disponível em <http://www.ulices.org/eventos/coloquio-internacional-narrativa-e-medicina-doenca-e-dialogo.html>
- 6 – Villar MM; Cardoso MHCA. Residência médica em pediatria: no campo de prática. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(1):329-339.
- 7 – Canguilhem G. *Escritos sobre medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005.
- 8 – Camargo Jr. KR. A Biomedicina. *Physis: Rev Saúde Coletiva* 2005; 15 (supp):177-201.
- 9 – Carr D. *Time, Narrative, and History*. Bloomington: Indiana University Press; 1986.
- 10 – Epstein J. *Altered Conditions. Disease, Medicine and Storyteller*. New York/London: Routledge; 1995.
- 11 – Heath I. Following the story: continuity of care in general practice. In: Greenhalgh T, Hurwitz B, eds. *Narrative Based Medicine: dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books; 1998. p. 83-92.
- 12 – Castiel, LD. *a medida do possível...saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Contra Capa; 1999.
- 13 – Montgomery K. *How doctors think. Clinical Judgment and the Practice of Medicine*. New York: Oxford University Press; 2006.
- 14 – Hunter KM. *Doctors' stories. The narrative structure of medical knowledge*. Princeton: Princeton University Press; 1993.

- 15 – Grossman E, Cardoso MHCA. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. *Rev Bras Educ Med* 2006; 30(1):6-14.
- 16 – Collins KMT, Onwuegbuzie AJ, Jiao QG. A Mixed Methods Investigation of Mixed Methods Sampling Designs in Social and Health Science Research . *Journal of Mixed Methods Research* 2007; 1(3):267-29.
- 17 – Nolla-Domenjó M. Formacion Continuada. El proceso cognitivo y el aprendizaje profesional. *Rev Educ Med* 2006; 9(1):11-16.
- 18 – Neves FF, Pazin-Filho P. Raciocínio clínico na sala de urgência. *Temas de Ensino Médico* 2008; 41(3):339-346.
- 19 – Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: HUCITEC; 2006.
- 20 – Romeiro V. Semiologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1980.
- 21 – Midão CMV; Ruiz-Moreno L. O Ensino da Semiologia nas Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Educ Med* 2010; 34(3); 397-405.
- 22 – Cardoso MHCA. História e Medicina: a Herança Arcaica de um Paradigma. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos* 2000; 6(3):551-575.
- 23 – Foucault M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense; 1994.
- 24 – Favoreto CAO, Camargo Jr. KR. A Narrativa como Ferramenta para o Desenvolvimento da Prática Clínica. *Interface (Botucatu)* [online] 2011, [ahead of print] pp. 0-0 [capturado em 21 jul. 2011] . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-2832011005000005&lng=pt&nrm=iso>.
- 25 – Popper KR. A Lógica da Pesquisa Científica. São Paulo: Cultrix: 2000.
- 26 – Réa-Neto A. Raciocínio Clínico : o Processo de Decisão Diagnóstica e Terapêutica. *Rev Associ Med Bras* 1998; 44(4):301-311.
- 27 – Charon R. Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness. New York: Oxford University Press; 2006.
- 28 – Ginzburg C. Sinais. Raízes de um Paradigma Indiciário. In: Mitos, Emblemas e Sinais. Morfologia e História. São Paulo: Companhia das Letras; 1989, pp. 143-179.

CAPÍTULO 3

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Medicina, a cura das doenças e a eterna luta pela longevidade se entrelaçam, modelando culturalmente os médicos, unindo-os no anseio de transformarem-se em heróis cuja jornada se faz em meio a muita dedicação e estudo.

Os avanços tecnobiocientíficos fizeram emergir uma força imaginativa que os transformaram em promessa de resolução de todos os problemas, interferindo sobremaneira no processo saúde e doença. Podemos citar como reflexo dessa situação, os encontros entre médicos e pacientes, que se tornaram mais rápidos, mais objetivos, reduzindo ou quase anulando o tempo que os primeiros dedicam a escutar os segundos. Muitas vezes a consulta limita-se a uma sucessão de perguntas fechadas tipo 'sim' ou 'não', direcionadas para a seleção de testes laboratoriais ou de imagem a serem solicitados, confiando-se o diagnóstico aos resultados destes testes.

Algo, contudo, parece não ter mudado: a valoração do saber médico como uma conquista da humanidade na luta contra as enfermidades. Por sua vez, estas também permanecem sendo o espaço privilegiado dos fantasmas de cada um, conforme afirma o historiador francês Jacques Le Goff¹, dado que podem ser letais.

Hoje, a fé inquebrantável na ciência modela nosso entendimento nos levando a relegar para um segundo plano o que nos parece ser da ordem do subjetivo. Reforça-se a crença na neutralidade e na objetividade científicas. Muitas vezes, a doença que fica fora do que o laboratório pode diagnosticar é relegada à confusão, ao psicossomático, ao ridículo e ao não importante.

Dividida entre a cientificidade resultante dos grandes ensaios clínicos, do grau comprovado das evidências classificadas por meios sofisticados de mensuração e cálculo, impulsionada pela promoção à saúde sob a égide da noção de risco epidemiológico, influenciada pela busca da explicação de todos os males, a Medicina, todavia, prossegue ancorada na interpretação, na reflexão e no julgamento para a tomada de decisão diante de histórias que se tecem, ora referentes à individualidade e à particularidade de cada paciente, ora construídas pelo médico, quer voltadas para o passado, quer para o presente.

E dentro dessas histórias nos deparamos com o que ouvimos de nossos entrevistados. De nossos diálogos surgiram visões de Medicina que há muito figuram no ideário comum. De suas características científicas a seu objetivo de curar, proliferaram noções que colocaram ênfase na atividade do cuidar, de educar, de escutar e compartilhar.

Nossos entrevistados trazem a idéia da Medicina como ciência, quando enfatizam que o saber médico advém de “muito estudo” desde o período da graduação, em livros-texto, compêndios, publicações científicas, que trazem de forma objetiva o entendimento sobre as doenças e a sua fisiopatologia. E que esses conhecimentos devem ser sempre atualizados, em função da rapidez com que novas descobertas surgem.

O mito do saber objetivo formado não só pela teoria (as doenças e suas explicações via disciplinas básicas componentes do currículo médico acopladas à semiologia médica no conjunto de seus procedimentos), mas pelos anos dedicados ao ensino/aprendizagem continuam, para nossos depoentes,

sinalizando a necessidade de estar sempre preenchendo seu 'estoque' de conhecimento via não só a experiência, como a educação continuada.

Ao mesmo tempo, porém, em que se referem à Medicina como 'ciência de tratar', falam também em 'arte' – a arte do saber fazer. A arte do encontro entendida como uma boa relação médico-paciente, a arte do desempenhar com competência os encadeamentos que a consulta médica requer e a arte da melhor solução possível para os problemas apresentados.

Em seus depoimentos, eles explicitam como foi importante o Programa de Residência Médica, enquanto campo de prática, para aquisição da experiência clínica. Pois durante a residência, apontam como fundamental a articulação entre o saber e o fazer, entre a teoria acumulada durante os anos de estudo acadêmicos unindo-se à prática do dia-a-dia, possibilitando não só vivenciar múltiplas experiências com os casos atendidos, mas aprender com os seus preceptores o que não está escrito nas páginas dos textos: a arte de lidar com a incerteza – a experiência clínica. Referem que só a ampla e continuada atividade prática leva à aquisição da experiência clínica, e que é isso que faz os bons médicos.

Os entrevistados acreditam que para ser médico precisa-se ter um dom e uma dedicação sacerdotal à profissão. Ambos, evidentemente, relacionam-se a tudo que envolve o encontro e a consulta em si. Principalmente na pediatria, a especialidade escolhida por aqueles que entrevistamos, dentro da opção metódica de uma amostragem por conveniência, pauta-se o se relacionar com a mãe e ou responsável pela criança, através da confiança conquistada, para além

de solucionar os problemas apresentados, compreender o entorno que as cerca, e a partir daí zelar pelo bem viver daqueles que buscaram seus cuidados.

O cuidar transpassa, como nos foi dado ouvir e analisar, o sentido de apenas tratar as doenças, açambarcando também a promoção da saúde e a preocupação com a melhoria das condições de vida. Isso implica, de uma certa forma, na colocação dos médicos como protagonistas, senão os principais, entre aqueles que velam pelo processo de saúde, embora engajados e instrumentalizados para combater aquilo para o qual foram preparados: a doença. Tal posicionamento, claramente, sublinha o exercício do ofício médico como uma atividade pastoral conforme afirma Rose², em que pese os avanços biotecnológicos parecerem, na contemporaneidade, sobrelevarem a ideia da “ciência” nos moldes do já tão discutido e atacado ‘paradigma mecanicista’.

O *cuidado*, bem como a *humanização* e a *integralidade* são conceitos que, hoje, vêm fazendo parte de estratégias criadas no nível de políticas públicas, amplamente divulgadas, principalmente em unidades de saúde governamentais, onde nossos entrevistados estão acabando de cumprir seu Programa de Residência Médica em Pediatria. Acreditamos que isso possa ter interferido nas posições verbalizadas que se mostraram impregnadas por tais conceitos. Da mesma maneira que Montgomery³ refere-se ao processo ensino-aprendizagem na Medicina, recorrendo à metáfora do processo químico da ‘osmose’, para significar como a experiência clínica imiscui-se nos médicos sem ter mais retorno, podemos refletir que os discursos oficiais das políticas públicas estão sendo incorporados da mesma maneira, sinalizando para uma diretriz

estratégica que vem ganhando força. Entretanto, cabe-nos, nessas considerações finais, chamar atenção para esse fato além de nos perguntar até que ponto tais conceitos, ou melhor dizendo, proposições, estão sendo criticamente acessadas pelos depoentes. Será que não se embaralham com núcleos de sentido que dotam tradicionalmente os médicos de atributos como os da dádiva, do dom e o do sacerdócio como inerentes e atávicos à profissão escolhida?

Percebemos durante as entrevistas que, apesar do lado **ciência** na Medicina estar muito marcado pelos avanços nas mais diversas áreas de conhecimento biomédico, o lado **arte** assume importância, pois ligado ao **saber fazer**, ao cuidar, ao ajudar a viver. Por isso, talvez, as questões humanísticas venham à tona e reforcem ainda mais o cunho dado por todos eles ao que, repetindo Castiel⁴, chamamos da “*porção de phronesis*” (p.145) da Medicina, sempre ligada à sabedoria baseada na atuação prática, interpretativa, narrativa e, em consequência intra e intersubjetiva.

Os entrevistados se reportaram à consulta médica como um momento privilegiado de encontro entre o médico e o seu paciente, mesmo quando no caso de crianças, a mãe e ou o responsável traduz as queixas e ou sintomas, buscando no médico a resposta para seus males. O médico quer encontrar a causa e solucionar o problema através da busca de pistas, como detetives ao decifrar um crime. Relembrou, demonstrando prazer, do primeiro encontro com o paciente, vivido ainda na graduação, durante o ensino da Semiologia.

Ao serem questionados sobre como transcorre esse momento, foram unânimes em explicitar, tal qual aprenderam, a ordenação dos eventos, referindo-se primeiramente à observação inicial – avaliação do estado geral do paciente e do contexto situacional –, em seguida à anamnese, ao exame físico e eventualmente à solicitação de exames complementares. Foram contundentes ao referir que a construção da história do paciente (anamnese), se dava a partir de uma escuta cuidadosa, do saber perguntar para aflorar a recordação de fatos e percepções sobre o adoecer. Enfatizaram que uma boa anamnese é responsável por grande parte dos diagnósticos. E, em relação ao exame físico, disseram ser minuciosos, porque em função da história colhida, o dirigiam, selecionando os sinais que pudessem servir de pistas à elaboração de hipóteses diagnósticas.

É a capacidade do médico de analisar, sintetizar e interpretar os dados clínicos obtidos através da prática semiológica, que dita a eficiência do processo de decisão diagnóstica e terapêutica. Apesar de toda essa construção apontar claramente para a capacidade de nossos entrevistados em ordenar mentalmente no tempo e no espaço o que ouviram na anamnese e o que observaram no exame físico, eles não têm consciência que esse pensar se realiza em bases narrativas. Fazer um diagnóstico é construir uma história.

Charon⁵ refere que os médicos, quer tenham consciência disso ou não, seguem as trilhas narrativas dos pacientes, identificando suas metáforas ou imagens evocadas usadas no contar suas histórias, até mesmo tolerando situações que muitas vezes parecem ambíguas e duvidosas à medida que essas

vão se desenrolando. Podem até identificar os subtextos não verbalizados. O médico é o intérprete de relatos muitas vezes desregrados e alusivos. Os elementos que constituem o universo interpretativo do clínico muitas vezes necessitam ser ampliados, capacitando-o no reconhecimento de contextos narrativos onde as falas, sentidos e as demandas dos pacientes se inserem, tornando possível uma percepção e uma interpretação dos casos que transcendam o repertório biomédico ou a pura e simples coleta de dados sobre a doença.

Há toda a diferença no desenvolvimento no raciocínio clínico, mesmo quando se pretende conduzido dentro do método hipotético dedutivo, quando o médico tem dentro de si a percepção de que a dor, o sofrimento, a preocupação, a angústia e a sensação de que algo está errado são condições difíceis, e até quase impossíveis de serem traduzidas em palavras.

É preciso se atentar, contudo, que só consegue fazer isso e disso partir, aquele que não perde de vista o desenvolvimento do conhecimento sobre as doenças, o que as experiências sérias e bem sucedidas trazem de benefício, as inovações que comprovadamente têm sentido, ou seja, exercer sua profissão mirando o paciente e seu desenvolvimento próprio em termos de saber que pode e deve imbricar-se com a empatia, mas jamais ser subjugada à ela.

Podemos concluir que o ofício da Medicina está absolutamente imbricado e é dependente da narratologia. Há muito pouco na prática da Medicina que não possua características narrativas, porque o exercício da clínica, o ensino e a pesquisa estão marcadas com o contar, escutar ou criar histórias. A

competência narrativa dá ao médico não só os meios para compreender o paciente, como também para compreender a própria doença, e assim desenvolver o seu raciocínio clínico para chegar à formulação das hipóteses diagnósticas e à conduta terapêutica mais adequada.

3.1 – Referências

1 – Le Goff J, org. Apresentação. In: As doenças têm história. Lisboa: Terramar; 1991. p.7-8.

2 – Rose, N. The politics of lifeitself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century. Princeton: Princeton University Press; 2007.

3 – Montgomery K. How Doctors Think: clinical judgment and the practice of medicine. New York: Oxford University Press; 2006.

4 – Castiel LD. H(e)stórias clínicas: categorias para o corpo que adocece. In: A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999; p. 125-153.

5 – Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. New York: Oxford University Press; 2006.

APÊNDICE 1 - Roteiro Temático

1- Sobre Medicina

- a) O que é a Medicina.
- b) A escolha pela Medicina.
- c) O tornar-se médico(a).
- d) O tornar-se pediatra.

2- Semiologia clínica

- a) O que é Semiologia clínica.
- b) Semiologia clínica e o ensino na graduação.
- c) O exercício da semiologia clínica na residência
- d) A importância de se fazer Residência Médica
- e) Etapas importantes no atendimento à criança
- f) O exame físico e os exames complementares.
- g) Qualidades indispensáveis a “um bom pediatra
- h) Construção da hipótese diagnóstica
- i) A construção do raciocínio clínico

3- Narrativa

- a) A anamnese
- b) A anotação no prontuário
- c) A construção do caso clínico
- d) Comunicação do diagnóstico e tratamento
- e) A evolução do caso clínico.
- f) Percepção do prognóstico.
- g) A ordenação dos dados no acompanhamento do paciente
- h) Composição dos relatos de caso em apresentações orais.

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - IFF

Projeto de Pesquisa: Em busca da “arte” na prática pediátrica: os residentes e seus entendimentos sobre o papel da narrativa na semiologia médica

Pesquisador: Leda Amar de Aquino

Instituição Responsável pela pesquisa: Instituto Fernandes Figueira

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716 – 4º andar – Flamengo – Rio de Janeiro

Tel.: 2554-1700 **Ramal:** 1832

Orientador: Susana Maciel Wuillaume

Prezado Dr. (a),

Convidamos o sr. (a) a participar voluntariamente de nossa pesquisa visando a produção de tese intitulada *Em busca da “arte” na prática pediátrica: os residentes e seus entendimentos sobre o papel da narrativa na semiologia médica*.

Pedimos que leia as informações abaixo antes de nos fornecer seu consentimento.

1. A tese tem como objetivo compreender os entendimentos que residentes de Pediatria têm da semiologia pediátrica e inserida nela como e se compreendem o papel da construção narrativa, tanto a que fazem como as que escutam de seus pacientes, no soerguimento das hipóteses diagnósticas.
2. Constarão da pesquisa entrevistas com médicos residentes de Pediatria do 2º ano, compreendendo os seguintes tópicos: O que é a Medicina; a escolha pela Medicina; o tornar-se médico(a); o tornar-se pediatra; o que é Semiologia clínica; a Semiologia clínica e o ensino na graduação; o exercício da semiologia clínica na residência; a importância de se fazer Residência Médica; as etapas importantes no atendimento à criança; o exame físico e os exames complementares; qualidades indispensáveis a “um bom pediatra”; a construção da hipótese diagnóstica; a construção do raciocínio clínico.
3. As entrevistas serão gravadas e transcritas pela autora da tese.
4. As entrevistas serão realizadas em dia, local e horário de sua conveniência.
5. Será mantido o anonimato do entrevistado assim como das pessoas que por ventura ele mencione.

6. O Sr.(a) poderá pedir todos os esclarecimentos que julgar necessários, antes, durante e depois da realização da pesquisa.
7. O Sr.(a) poderá se desligar da pesquisa quando o desejar, assim como poderá ter acesso ao material gravado e transcrito, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias.
8. O material coletado ficará sob a guarda do pesquisador e será usado apenas para fins dessa pesquisa.
9. Os resultados serão divulgados com vistas à defesa da tese acima referida, como também poderão ser difundidos em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica.
10. Essa pesquisa está cadastrada no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Em caso de dúvidas, entrar em contato pelo tel.3971-1590 ou pelo email cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br . O telefone para contato com a pesquisadora é 9983-8497 e o seu email é ledaaquino@alternex.com.br .

Eu, _____, abaixo assinado(a) concordo em participar voluntariamente desse estudo. Declaro que li e entendi todas as informações referentes ao mesmo e que todas as minhas perguntas foram respondidas adequadamente pelo pesquisador.

Nome do responsável Assinatura

Nome do pesquisador Assinatura

Data da pesquisa:

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – HMJ

Projeto de Pesquisa: Em busca da “arte” na prática pediátrica: os residentes e seus entendimentos sobre o papel da narrativa na semiologia médica

Pesquisador: Leda Amar de Aquino

Instituição Responsável pela pesquisa: Instituto Fernandes Figueira

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716 – 4º andar – Flamengo – Rio de Janeiro

Tel.: 2554-1700 **Ramal:** 1832

Orientador: Susana Maciel Wullaume

Prezado Dr. (a),

Convidamos o sr. (a) a participar voluntariamente de nossa pesquisa visando a produção de tese intitulada *Em busca da “arte” na prática pediátrica: os residentes e seus entendimentos sobre o papel da narrativa na semiologia médica*.

Pedimos que leia as informações abaixo antes de nos fornecer seu consentimento.

1. A tese tem como objetivo compreender os entendimentos que residentes de Pediatria têm da semiologia pediátrica e inserida nela como e se compreendem o papel da construção narrativa, tanto a que fazem como as que escutam de seus pacientes, no soerguimento das hipóteses diagnósticas.
2. Constarão da pesquisa entrevistas com médicos residentes de Pediatria do 2º ano, compreendendo os seguintes tópicos: O que é a Medicina; a escolha pela Medicina; o tornar-se médico(a); o tornar-se pediatra; o que é Semiologia clínica; a Semiologia clínica e o ensino na graduação; o exercício da semiologia clínica na residência; a importância de se fazer Residência Médica; as etapas importantes no atendimento à criança; o exame físico e os exames complementares; qualidades indispensáveis a “um bom pediatra”; a construção da hipótese diagnóstica; a construção do raciocínio clínico.
3. As entrevistas serão gravadas e transcritas pela autora da tese.
4. As entrevistas serão realizadas em dia, local e horário de sua conveniência.
5. Será mantido o anonimato do entrevistado assim como das pessoas que por ventura ele mencione.

6. O Sr.(a) poderá pedir todos os esclarecimentos que julgar necessários, antes, durante e depois da realização da pesquisa.
7. O Sr.(a) poderá se desligar da pesquisa quando o desejar, assim como poderá ter acesso ao material gravado e transcrito, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias.
8. O material coletado ficará sob a guarda do pesquisador e será usado apenas para fins dessa pesquisa.
9. Os resultados serão divulgados com vistas à defesa da tese acima referida, como também poderão ser difundidos em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica.
10. Essa pesquisa está cadastrada no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Em caso de dúvidas, entrar em contato pelo tel.3971-1590 ou pelo email cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br . O telefone para contato com a pesquisadora é 9983-8497 e o seu email é ledaaquino@alternex.com.br .

Eu, _____, abaixo assinado(a) concordo em participar voluntariamente desse estudo. Declaro que li e entendi todas as informações referentes ao mesmo e que todas as minhas perguntas foram respondidas adequadamente pelo pesquisador.

Nome do responsável Assinatura

Nome do pesquisador Assinatura

Data da pesquisa:

ANEXO 1



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 302A/2009

Rio de Janeiro, 07 de dezembro de 2009.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadora: Suzana Alves da Silva</p> <p>Membros: Andréa Estevam de Amorim Alice de C. A. Vinhaes Bráulio dos Santos Júnior Carlos Alberto Pereira de Oliveira Clotilde Teixeira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Nara da Rocha Saraiva Pedro Paulo Magalhães Chripim Rafael Aron Abitbol Sandra Regina Victor</p> <p>Secretárias Executivas: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 226/09 CAAE: 0268.0.314.000-09</p> <p>TÍTULO: Em busca da arte na prática pediátrica: os residentes e seus entendimentos sobre o papel da narrativa na semiologia médica.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Leda Amar de Aquino.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital Municipal Jesus.</p> <p>DATA DA APRECIACÃO: 07/12/2009.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
---	---

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMSDC deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577

ANEXO 2

Andamento do projeto - CAAE - 0069.0.008.000-09

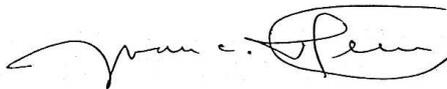
Título do Projeto de Pesquisa
Em busca da arte na prática pediátrica: os residentes e seus entendimentos sobre o papel da narrativa na semiologia médica

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na
Aprovado no CEP	01/09/2009 11:58:43	24/09/2009 10:59:25		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	19/08/2009 13:06:35	Folha de Rosto	FR284853
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	01/09/2009 11:58:43	Folha de Rosto	0069.0.008.000-09
3 - Protocolo Aprovado no CEP	24/09/2009 10:59:25	Folha de Rosto	0069/09

Voltar

APROVADO
Válido Até 31/12/2010
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ
Telefone: 2552-8491 / 2554-1700 r. 1730


Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ