

A PRÁTICA CLÍNICA E O DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Clinical Practice and the Development of Services Integral to Health in Primary Care

Cesar Augusto Orazem Favoreto¹

RESUMO

Este artigo analisa o desenvolvimento da prática clínica no contexto atual da medicina e da organização de serviços e práticas voltados para a atenção primária à saúde. Observa a clínica como uma prática social e questiona as possibilidades de reestruturar e ampliar seus saberes e suas técnicas para além de um modelo biomédico restritivo. Investiga como ampliar o olhar clínico na direção da prestação de um cuidado integral à saúde e propõe, neste sentido, a incorporação de conteúdos não biomédicos, a valorização da sabedoria prática na clínica e a exploração da dimensão dialógica no exercício da clínica na atenção primária à saúde.

PALAVRAS CHAVES: Competência Clínica; Atenção Primária à Saúde; Relações Médico-Paciente; Medicina Narrativa.

INTRODUÇÃO

A proposta de estudar o papel da Clínica na efetivação do cuidado em saúde no nível da atenção básica é motivada por duas questões. A primeira decorre da ênfase das políticas voltadas à reestruturação da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e os conseqüentes obstáculos que esta estratégia vem encontrando no nível da organização das práticas e, particularmente, da organização do trabalho médico.

O outro aspecto é mais específico e diz respeito aos impasses que a prática clínica e, particularmente, os médicos têm enfrentado quando passam a serem expostos a novos cenários de atenção, como a Saúde da Família ou a Medicina de Família. Nestes espaços de trabalho, a perspectiva de que os serviços de saúde ofereçam uma atenção integral e conti-

ABSTRACT

This article analyzes the development of today's clinical practice in medicine and the organization of health services and practices related to primary care. It considers the clinic as a social exercise and raises questions regarding the possibilities of restructuring and increasing its knowledge base and techniques in areas beyond the limited biomedical model. It Investigates how to expand the clinical focus towards providing a holistic care model and proposes, towards this end, the incorporation of non-biomedical content in clinical care, an appreciation of practical clinical wisdom and an exploration of dialog in the practice of primary care.

KEY WORDS: Clinical Competence; Primary Health Care; Physician-Patient Relations; Narrative Medicine.

nuada está presente. Isto porque estes cenários possibilitam tornar viva e inerente ao trabalho, a relação cotidiana dos profissionais com os aspectos sociais e subjetivos presentes nas necessidades e demandas da clientela.

Contextos e Cenários Assistenciais nas Transformações da Clínica

Os projetos governamentais implementados no Brasil a partir da década de 90 e as discussões na academia e na sociedade têm gerado um conjunto de idéias e políticas que visam à valorização das ações básicas em saúde no desenvolvimento do setor público de assistência à saúde.

Os avanços teórico-conceituais e os arranjos políticos e

¹ Médico, Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ - Prof Adj Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária, FCM/ UERJ - End. Boulevard 28 de Setembro, 77, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Predio dos Ambulatórios, Secretaria de Medicina Integral (2o andar) Rio de Janeiro, CEP 20551-900. Tel: 021 2587 6660 E-mail: cesarfavoreto@globocom

técnico-operacionais voltados à reestruturação da atenção básica são diversos. Entre eles, predominam a crítica ao modelo médico flexneriano hegemônico e às propostas de medicina simplificada (como a Medicina Comunitária), bem como estratégias de organização das práticas em Saúde da Família baseadas no discurso da “Promoção da Saúde” (FAVORETO, 2002). Estes movimentos de mudança (ou de reforma do SUS, para alguns) têm procurado inverter a lógica hospitalocêntrica, medicalizadora e baseada na produção de procedimentos médicos dos modelos assistenciais tradicionais.

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

No campo político e institucional, ocorreram importantes transformações no SUS com a implementação acelerada e em nível nacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), com a repactuação dos mecanismos de gestão com os municípios; e com os novos instrumentos de financiamento da atenção básica (VIANA; DAL POZ, 1998). Entretanto, persistem grandes diferenças nas estruturas assistenciais entre as várias regiões e as transformações ocorridas na maioria dos municípios ainda limitam-se à expansão da cobertura assistencial, sendo ainda incipientes mudanças do modelo tecnoassistencial (DAIN *et al.*, 2002).

Mesmo existindo vários municípios onde ainda são graves as deficiências de acesso aos recursos sanitários, Teixeira (2003) considera que esteja ocorrendo uma efetiva ampliação do acesso e da qualificação dos serviços básicos de saúde. Para este autor, os avanços no acesso à atenção básica no âmbito do SUS, apesar de ainda longe da meta de universalização, já atingiram um patamar em que o problema do acesso não depende mais, apenas, do número de unidades prestadoras ou da quantidade de portas de entrada existentes no sistema.

Nesta conjuntura parece ser necessário o direcionamento da agenda da Saúde Coletiva e das políticas para o SUS no sentido da qualificação dos serviços e das portas de entrada do sistema. O investimento na qualidade seria, também, resultado de um progressivo tensionamento das relações

entre os serviços de saúde e seus usuários e os tipos de práticas que exercem e, conseqüentemente, o foco passaria a ser maior sobre o tipo de modelo de atenção operante nas unidades. Neste caso, as transformações estariam mais exatamente direcionadas para as várias relações aí estabelecidas com o “outro”, como a relação médico-paciente ou de um modo mais ampliado de trabalhador-usuário. (TEIXEIRA, 2003).

Como instituir mudanças nos modelos assistenciais tendo em vista as tensões e poderes enraizados na organização das práticas em saúde? Para Silva Jr (2003) a resposta seria processual, estabelecendo-se a partir de um movimento que explore as tensões construtivas desse terreno (sistemas de saúde) e, no plano micropolítico do cotidiano dos serviços de saúde, criando novas forças instituintes, novos arranjos no modo de se produzir ações de saúde.

A estruturação de novos serviços e espaços de práticas em saúde — determinados, na maioria dos casos, por pressões externas à própria prática médica ou aos médicos — tem valorizado e ressignificado a figura do sujeito e da intersubjetividade nas intervenções preventivas e/ou curativas da Clínica. Mas a incorporação deste sujeito ainda vem se fazendo de modo incipiente ou descontextualizado, com uma frágil percepção de suas necessidades em saúde e das intervenções mais apropriadas a serem realizadas.

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

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

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

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

do cuidado e, por conseguinte, abre o cenário dos serviços e das práticas para o diálogo entre diferentes saberes (biomédicos e não biomédicos).

Foi observado que as mudanças na organização do sistema de saúde, principalmente da atenção básica promovida pela implantação do PSF no Brasil, transformaram os cenários de práticas; os papéis e as exigências feitas aos profissionais de saúde; introduziram novos discursos como o da Promoção da Saúde; instrumentalizaram os serviços com um forte apelo à incorporação da epidemiologia e de elementos relacionais como vínculo e acolhimento no direcionamento das intervenções em saúde. Entretanto, como apontado por Franco e Merhy (1999), este direcionamento não havia, necessariamente, ampliado o papel da clínica nas práticas dos médicos do PSF

[...] sua matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da vigilância à saúde [...] Não dá valor ao conjunto da prática clínica, nem toma como desafio a necessidade de ampliação da abordagem individual nela inscrita, no que se refere a sua atenção singular, necessária para os casos em que os processos mórbidos já se instalaram (FRANCO; MERHY, 1999, p 2)

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

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

Já Bonet (2003) considerou que, no discurso e nas práticas dos médicos de família, havia uma importante valorização da integralidade e da integração biopsicossocial. Este pesquisador avaliou que o olhar desses médicos estaria permanentemente navegando numa espécie de “sincretismo hierárquico”. O desenvolvimento desta idéia por esse autor se baseia no sentido que Bateson atribui ao termo epistemologia

[...] Em Bateson este conceito não alude à filosofia da ciência, sim como pensamos, as regras do pensamento, as premissas nas quais percebemos; quer dizer, o conjunto de pressupostos que estão na base de toda comunicação e interação entre as pessoas. (BONET, 2003, p.8).

Com este sentido considera que o modo de ver dos médicos de família navegaria entre duas epistemologias: “uma dualista, cristalizada e hegemônica, a da biomedicina, e outra e que estaria em construção, que seria a de uma epistemologia integral e holista” (BONET, 2003, p.266)

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

Contudo, ainda são perceptíveis limitações existentes no saber e na prática clínica dos médicos do PSF, no que tange ao reconhecimento e integração de questões não biomédicas como componentes estruturantes do processo de adoecimento e das intervenções clínicas (FAVORETO, 2002).

Em síntese, a clínica viria sendo influenciada por novos contextos e expectativas da atenção à saúde produzida pelas transformações da estrutura assistencial do SUS, como as mudanças que vêm ocorrendo na atenção primária e em seus novos arranjos e cenários de práticas.

Inserido e coerente com este novo arcabouço assistencial, este estudo considerará a clínica como uma prática social, situada no campo da atenção e do cuidado integral às necessidades de sujeitos em seus processos de adoecimento, sofrimento e busca pela preservação da vida. Neste sentido, analisa-se o microcontexto da Clínica, focando as perspectivas existentes e as transformações possíveis nas relações entre profissionais e paciente no estabelecimento de projetos terapêuticos que se aproximem mais das expectativas de cuidado trazidas pelos usuários.

Os Impasses da Clínica na Perspectiva de um Cuidado Integral à Saúde

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

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

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

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

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

Deveza (1983) e Castiel (1999) são autores que consideram que a atividade clínica é realizada por médicos que não são educados para lidar com a dimensão do sofrimento embutida nas manifestações dos processos de adoecer. Bonet (1999, p126), por sua vez, compreende que os médicos em sua prática biomédica convivem com uma “tensão estruturante” entre o material e o espiritual, o profissional e o humano e o saber e o sentir. Para Castiel (1999), haveria um ceticismo por parte dos praticantes da Biomedicina que tendem a minimizar, no momento da intervenção, os fenômenos da chamada subjetividade ou, então, tentam controlá-los, tal como está dimensionada no interior deste campo como efeito dito psicofisiológico ou placebo.

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

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

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

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

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

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

Por outro lado, Herzlich (2005) faz críticas às visões da biomedicina que desnaturalizam a doença e são profundamente relativistas. Esta autora argumenta que as concepções relativistas tratam a medicina apenas como simples resposta simbólica ou como pura ideologia, sem referência à positividade do seu saber ou à eficácia de sua prática. Estas visões seriam carregadas de uma crítica cultural e impediriam, segundo a autora, o entendimento do funcionamento e a análise da eficácia das intervenções da medicina.

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

Quando são questionadas as limitações da ciência que dá suporte à clínica não se pretende substituí-la por um

novo saber universal. Logo, não há a pretensão de encontrar um novo saber que carregue o mesmo caráter de ‘verdade absoluta’ da ciência moderna, ou onde compreensões gerais e determinações universais respondam sobre os diferentes e incontornáveis aspectos do sofrer e do existir.

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

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

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

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

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

Ayres (2000) vislumbra um ato assistencial como o encontro clínico capaz de integrar o outro e sua alteridade, entretanto, considera que para alcançar este objetivo é necessário o desenvolvimento de um outro tipo de saber.

Neste sentido, refere-se à “phrónesis ou sabedoria prática, que não cria objetos, mas realiza sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo”. (AYRES, 2000, p 119)

Com este enfoque, Ayres (2000) inclui, nas perspectivas dos sujeitos e nos diálogos que eles estabelecem com as práticas em saúde, um saber que reflete outros desejos e intenções possíveis de existir nos sujeitos. Estas intenções podem estar referidas a percepções como os sonhos sonhados, os desejos construídos, ou melhor, os significados do bem viver e da felicidade, que podem não estar em consonância com as normas estabelecidas pelos conhecimentos técnico-científicos da biomedicina e da saúde pública.

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

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

Para Hunter (1996), a clínica não seguiria um princípio que compreenda sua “teoria” e sua “prática” de modo único. Nela, haveria uma tensão entre a episteme (o conhecimento científico), que funciona através de objetos estáveis e generalizáveis do conhecimento, e a phronesis (razão prática), que opera através de um tipo de conhecimento usado quando os objetos são mutáveis ou ideográficos, isto é, que se referem à abordagem das ciências que tratam de fatos singulares como a história ou a arte.

[...] A medicina clínica, diferentemente de outras áreas das ciências humanas como o direito, a economia, a antropologia, não reconhece, explicitamente, seu caráter interpretativo, ou as regras que usa na negociação dos significados. (HUNTER, 1996, p 229)

A mesma autora reconhece como uma falácia este enquadramento da clínica como uma ciência, compreende que o conhecimento científico pode bem ser conduzido sobre um campo de práticas, mas quando o processo racional é situacional e interpretativo, considerado como um caso particular, então a episteme ou a razão científica são demasiadamente generalizantes e abstratas para dar conta do uso clínico. Portanto, apesar da clínica ter na ciência seu padrão ouro, o conhecimento quando aplicado ao cuidado de pessoas incorpora um conhecimento moral e interpretativo, isto é, uma razão prática em Hunter (1996).

Esta dimensão hermenêutica da clínica está presente nas situações quando mesmo diante de evidências científicas generalizantes e reprodutíveis, logo com maior confiabilidade e reprodutibilidade, o médico precisa fazer escolhas e adequações para aplicá-las em cada caso individual. A epistemologia resolutiva natural da medicina é, assim, parte da acomodação, da contradição, da competição e das aparentes regras paradoxais que capacitam os médicos, simultaneamente, a expressar e a ignorar esta situação desagradável de tensão entre ciência e razão prática (HUNTER, 1996).

Quando os médicos se referem à sabedoria prática como um elemento da clínica, eles o têm como referências a “arte médica” ou apenas a admitem, como uma questão menor, porém inevitável ao escopo da clínica que não se limita aos conhecimentos biomédicos. Estas concessões, entretanto, não representam uma contradição do ponto de vista médico hegemônico, pois este compreende que a prática clínica está fundamentada e se legitima essencialmente por sua concepção cientificista.

Esta relação da prática com a ciência biomédica pode ocorrer em intensidades e formas diversas, mas, invariavelmente, configura um discurso e um estilo de pensamento médico e social. Trata-se de um imaginário ou pensamento que Fleck (1979) compreende como característico de um coletivo de pensamento e de uma determinada comunidade de pessoas que compartilham e trocam idéias mutuamente, construindo e reproduzindo um campo de conhecimentos, uma forma particular de olhar e interpretar a realidade.

O modo como este imaginário se desenvolve na medicina dita científica tem sido uma barreira que limita a valorização do saber prático assim como o seu desenvolvimento através da integração de outros conhecimentos e saberes não biomédicos (porém ligados ao homem, seu espaço e seu sofrimento). Compartilhando desta perspectiva de construção do conhecimento a partir de repertórios interpretativos, poderia ser trabalhada a idéia de que a valorização e o desenvolvimento do saber prático poderiam promover novos estilos de pensamento no âmbito da prática clínica.

O produto mais evidente de uma prática clínica, moldada na racionalidade biomédica e inserida no desenvolvimento do complexo médico industrial no século XX, seria o que Campos (2003) chama de “Clínica clínica” (ou a clínica oficial), onde os profissionais atuariam em condições adequadas para implementar o saber médico em sua totalidade.

Este autor considera que, neste caso, a medicina opera com um objeto de estudo e de trabalho reduzido aos aspectos biomédicos e epidemiológicos, o que traz implicações negativas tanto para seu campo de saberes quanto para

seus métodos e técnicas de intervenção. Ao se responsabilizar pela enfermidade e deixando em segundo plano a pessoa enferma, a clínica oficial se desresponsabiliza pela integralidade dos sujeitos (CAMPOS, 2003; CAMARGO JR., 1997; DEVEZA, 1983).

Como alternativa para uma clínica tradicional ou oficial, Campos (2003) propõe a “Clínica do Sujeito” que buscaria superar o mecanicismo, a fragmentação e o tecnicismo biologicista. Esta reflexão sinaliza para a promoção de uma clínica dirigida a reconhecer, interpretar e atuar sobre as necessidades de sujeitos que buscam o cuidado. Ela se construiria a partir da práxis, isto é, da reflexão sobre os encontros e as conversas (TEIXEIRA, 2003). A clínica passa a ser entendida como um campo onde as práticas e saberes biomédicos e não biomédicos interagem, são refletidos e retornam reflexivamente para os cuidadores e cuidados, de modo a promover novas sínteses e modos de atuar em saúde.

De certo modo, desenvolver uma visão onde a clínica assuma o diálogo entre o saber científico e o saber prático e compreenda a importância do saber dos pacientes na construção do projeto terapêutico pode apontar no sentido de uma reconciliação entre a tecnociência e a vida ou, como é proposto por Ayres (2001) com os projetos de felicidade dos sujeitos que buscam o cuidado.

Tendo como objetivo este encontro e a produção de novas sínteses que avancem sobre as limitações epistemológicas da biomedicina e reifique a dimensão do cuidado na clínica, podem ser mapeados alguns caminhos como: (1) a reorganização das práticas e do processo de trabalho em saúde; (2) os mecanismos de acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos com a incorporação, de modo mais dialógico e compartilhado, de tecnologias leves e leves/duras (MERHY, 1988); (3) a incorporação e integração de novos atores e novos saberes não biomédicos aos cenários de práticas, promovendo encontros e reflexões sobre os impasses cotidianos da prática clínica (CAMPOS, 1994; CAMPOS, 2003; CECÍLIO, 2001; FAVORETO, 2002; FAVORETO; CAMARGO JR., 2002; MERHY, 1997).

Perspectivas para a Ampliação da Competência Dialógica e Interpretativa na Clínica.

A revisão do papel e da importância da Clínica para o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde pode seguir na direção produzida pela valorização, reflexão e instrumentalização dos conteúdos cognitivos, dos modos de agir e de comunicar presentes nas relações intersubjetivas do cotidiano das práticas em saúde.

Esta perspectiva dialógica, que coloca médico e paciente em posições equidistantes, é obstaculizada, a princípio, pela posição de poder e hegemonia ocupada pelo médico no diálogo com o paciente. Este é um poder que se legitimou historicamente através de sua articulação com o cientificismo biomédico ajudando a formar a tríade medicina-ciência-poder que influencia o modo do médico olhar para o mundo e de expressar-se usando uma linguagem própria e codificada por este saber.

O distanciamento do médico em sua relação com o cliente determina pouco espaço — talvez pouca necessidade — para que ele assuma a existência do outro como sujeito na explicação e intervenção sobre o adoecimento. Deste modo, o encontro com o paciente pode se limitar apenas a uma busca por elementos definidores do diagnóstico e do tratamento das lesões. Conseqüentemente, predomina na clínica tradicional uma comunicação de caráter informativo, investigativo, normativo e limitador da liberdade e da autonomia do outro.

Neste tipo de visão da comunicação, estão ausentes os pressupostos para o estabelecimento da conversa, pois é desconsiderado ou ignorado que o outro também possui um saber, uma compreensão e uma representação sobre seu corpo e seu adoecer ou mesmo uma expectativa sobre o cuidado de que precisa.

O diálogo fica bloqueado pelo desconhecimento e/ou desvalorização da importância de uma sabedoria prática do paciente sobre o seu processo saúde-doença-cuidado, construída a partir de suas vivências, e que é exposta nas narrativas sobre o adoecimento. Um saber prático que a pessoa adoecida reconhece técnica, social e culturalmente como insuficiente para responder às suas necessidades de cuidado, de preservação da vida e de restabelecimento de novas formas de viver.

Enfim, a mudança de perspectiva para a clínica compreende, além das transformações dos cenários, da organização dos processos de trabalho, do papel social e das posturas ideológicas ocupadas pelo médico ou da integração de novos saberes e atores à prática, também o desenvolvimento de elementos da sabedoria prática do clínico que não são inatos ou simplesmente frutos de um profano “bom senso” como a estruturação:

1. da fala e da escuta dos sujeitos envolvidos no cuidado em saúde que pressupõe a concepção de que o limiar entre a saúde e a doença é singular, ainda que seja influenciado por planos que transcendem o estritamente individual como o cultural e o sócio-econômico conforme sinalizam Coelho e Almeida Filho (1999).

2. da noção de autonomia das pessoas no processo saúde-doença-cuidado. A autonomia na relação médico-paciente implica no reconhecimento de que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo, com respeito às diferenças de valores, expectativas, demandas e objetivos entre eles (SOARES, 2000).
3. da dimensão terapêutica da relação médico-paciente, compreendida como um ritual, onde são construídos símbolos que, independente de operarem resultados de cura, possuem outros tipos de mudanças que podem ocorrer no nível da psicologia individual e da vida social dos pacientes.

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

- § a escuta capaz de contextualizar as “estórias” de vida das pessoas;
- § o silêncio receptivo capaz de traduzir a acolhida sem preconceitos com aqueles que buscam atenção;
- § o toque que não apenas escrutina o interior dos corpos, mas que oferece materialidade e humanidade à relação que se estabelece entre duas pessoas;
- § as posturas corporais e um discurso que incorporem a ética através de uma relação mais equidistante entre aquele que cuida e quem é cuidado.

Assim, no sentido de redirecionar o papel da clínica, cabe também ressaltar a valorização e a modificação da narrativa médica, de modo que ela possibilite a exposição, de modo mais claro e concreto, do sujeito em suas necessidades além de suas demandas.

O reconhecimento da narrativa do adoecimento como instrumento da clínica facilitaria a conversa na relação médico-usuário e a maior adequação e efetividade das intervenções terapêuticas (CASTIEL, 1999; GREENHALGH; HURWITZ, 1999; SHAPIRO; ROSS, 2002; HAIDET; PATERNITI, 2003).

A narrativa, assim compreendida, estaria integrada à clínica não só como uma ferramenta diagnóstica, mas também como um elemento terapêutico e de resgate da autonomia do paciente frente a seu adoecer. O mecanismo pelo qual a narrativa pode contribuir nesta direção estaria relacionado à aproximação do saber técnico do popular, de sua capacidade de dar um significado histórico à doença e ao sofrimento, de identificar as representações e os desejos não explícitos de quem procura o cuidado e, por sua vez, poderia possibilitar ao paciente a reflexibilidade de seu próprio processo de adoecer e, conseqüentemente, reestruturar novas formas e normas de vida, saúde e prazer.

Estes elementos dialógicos da Clínica ainda são pouco explorados. Mesmo em cenários mais amigáveis como a atenção primária ou em modalidades assistenciais como o Programa Saúde da Família (PSF) ou a Medicina de Família estes elementos ainda são obstaculizados por impasses epistemológicos como o produzido pela biomedicina ou por propostas de dimensão totalizante e holística que se transformam em soluções intangíveis e pouco relacionais com o cotidiano e a cultura presente na prática médica.

A investigação deste conjunto de elementos relacionados ao desenvolvimento da sabedoria prática na Clínica que compreende a ampliação e ressignificação da dimensão dialógica e do universo interpretativo dos médicos nas relações clínico-terapêuticas ainda é um desafio para a qualificação da Clínica na APS.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J.R.M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface** – Comunic., Saúde, Educ., Botucatu, v.4, n.6, p.117-120, fev. 2000.
- AYRES, J.R.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.63-72, jan./jun. 2001.
- BONET, O.A.R. **Los médicos de la persona**. Un estudio comparativo sobre la construcción de una identidad profesional. 2003. 365 f. Tese (Doutorado em Antropologia)-Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.
- BONET, O.A.R. Saber e sentir: uma estratégia da aprendizagem em biomedicina. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.123-150, jan-jun 1999.
- CAMARGO Jr., K.R. Um ensaio sobre a (in) definição de Integralidade In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p. 35-41 228.
- CAMARGO Jr., K.R. A Biomedicina. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 45-68, 1997.
- CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidea**. São Paulo. HUCITEC, 2003. 185p.
- CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 29-88.
- CARRARA, S. Entre cientistas e bruxos: ensaio sobre os dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p.174.
- CASTIEL, L.D. **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Contra Capa / Fiocruz, 1999. 204 p.
- CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p 113-126.
- COELHO, M.T.A.D; ALMEIDA FILHO, N. Normal – Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.13-36, 1999.
- DAIN, S. *et al.* **Análise de reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em grandes cidades: padrões de custos e formas de financiamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 98p.
- DEVEZA, M. **Saúde para todos no ano 2000**. 1983. 185 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1983.
- FAVORETO, C.A.O; CAMARGO Jr., K.R. Alguns Desafios Conceituais e Técnico-Operacionais para o Desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma Proposta Transformadora do Modelo Assistencial. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p 59-77, jan./jun.2002.
- FAVORETO, C.A.O. **Saúde da família: do discurso e das práticas**. 2002, 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- FLECK, L. **La Génesis y el desarrollo de um hecho científico**. Introduccion a la teoría del estilo de pensamiento e del coletivo de pensamiento. Madrid: Alianza Editorial, 1986. 200 p.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980. 241 p.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Campinas, 1999. Mimeografado[C5].

GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. Narrative based medicine. Narrative based medicine in a evidence based world. **British Medical Journal**, Londres, v. 318, n. 30, p. 323-325, jan. 1999.

HAIDET, P.; PATERNITI, D.A. “Building” a History Rather Than “Taking” One A Perspective on Information Sharing During the Medical Interview. **Arch Intern Med**, Chicago, v. 163, p. 1134-1140, maio 2003[C6].

HERZLICH, C.A. Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v.15 (suplemento), p 57-70, 2005.

HUNTER, K.M: Narrative, Literature, and the clinical exercise of practical reason. **The Journal of Medicine and Philosophy**, v.21, p 303-320, 1996

MEHRY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A.T. (Org.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997. p 71-112.

RODRIGUES, R.D. **A crise da medicina: prática e saber**. 1980. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)

— Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1980.

SANTOS, B.S. **Introdução a uma Ciência Pós Moderna**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000. 176p.

SHAPIRO, J.; ROSS, V. Applications of Narrative Theory and Therapy to the Practice of Family Medicine. **Fam Méd**, Chicago, v. 34, n. 2, p. 96-100, fev. 2002.

SILVA JR., A.G. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p 113 -129.

SOARES, J.C.R.S. **A autonomia do paciente e o processo terapêutico: uma tecedura complexa**. 2000. 149 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

TEIXEIRA, R.R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABASCO, 2003. p 89-112.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

Submissão: novembro de 2007

Aprovação: janeiro 2008
