

A ARGUMENTAÇÃO E A EVIDÊNCIA NO DIA A DIA DA PRÁTICA MÉDICA TECNOLÓGICA*

Alice da Costa Uchôa

Introdução

O objetivo do estudo é compreender as concepções e os interesses veiculados no debate médico atual em torno da questão de transmutar a fundamentação da prática cotidiana do conhecimento produzido através da experiência pessoal dos médicos (clínica), para uma das dimensões da proposição integrativa apresentada pela epidemiologia clínica¹: a “clinimetria”: substituição dos modelos causais, mecanicistas ou estruturais, característicos do pensamento clínico por modelos de determinação probabilística que, até então, pareciam típicos do raciocínio epidemiológico.

Parte-se da tese que a suposta adesão à transmutação da dimensão “arte” da prática médica (medicina de beira do leito) à científica (validação lógica formal do saber médico) não se daria como decorrência “natural” do progresso tecno-científico cumulativo e linear, mas como opção da categoria médica sobre as premissas consensuais, compartilhadas coletivamente sobre o que se torna convencionalmente válido. Em outros termos, não é o conhecimento biomédico ou sua lógica formal e imposições experimentais que constitui um sistema de convenções que determinaria o pensar e agir médicos, mas seriam as decisões e julgamentos dos médicos em interação com os demais “mundos sociais” que determinariam, sustentariam e desenvolveriam o que passa a ser válido como conhecimento médico seguro.

Muito embora na prática cotidiana os médicos não estejam preocupados em examinar em que base se constitui essa cientificidade e sim, sob o ponto de vista da eficácia de sua técnica, em estabelecer diagnósticos corretos e obter resultados favoráveis, buscando soluções pragmáticas para resolver os problemas dos pacientes, o conhecimento justificado como válido é o da ciência.

* Este trabalho é baseado na tese de doutorado, UCHÔA, .S.A.C. Os protocolos e a decisão médica: evidências ou viências? Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2003, orientada pelo Prof. Kenneth Rochel de Camargo Jr.

¹ Os manuais de epidemiologia clínica, como FLETCHER, P.H., FLETCHER, S. W. , WAGNER E. *Clinical Epidemiology - The essentials*. Baltimore, Williams & Williams, 1982; SACKETT D., HAYNES, B., TUGWELL, P., *Clinical epidemiology*. Boston, Little, Brown & Co., 1985; apresentam, como proposta da integração clínica-epidemiológica, além da “clinimetria”, as dimensões: uma teoria do diagnóstico clínico, baseada na avaliação da validade e na confiabilidade dos procedimentos de identificação de caso; uma metodologia para a construção do conhecimento etiológico a partir de estratégias observacionais de pesquisa em pequenos grupos e para estudos de eficácia e efetividade de procedimentos terapêuticos.

Da particularidade de sua aplicação – a arte – pode advir tanto o sucesso terapêutico quanto o erro (ver, Uchoa, 1994).

A medicina ocidental tem se orientado por um ideário de cientificidade que lhe conferiu legitimidade, prestígio e *status* social. A recente obra do historiador da medicina Bates (2000) chama atenção que, embora a Revolução Científica tenha tido grande impacto no nível do conhecimento médico, só no século XX a biomedicina ou medicina científica se torna a “alternativa” à prática médica tradicional. Entre o modo de exercer a prática do “paradigma clássico” ou “hipocrático-galênico” e o “paradigma do século XX” há uma espécie de *gap*.

Até o final do século XIX, com Claude Bernard, em sua *Introdução ao estudo da medicina experimental em 1865* e *Lições sobre os fenômenos da vida em 1878*, o mecanicismo se explicita na medicina. Para encontrar a verdade basta colocar o cientista diante da natureza e interrogá-la segundo o método experimental, utilizando meios de investigação cada vez mais perfeitos. A vida se torna objeto da ciência biológica. Opera-se uma conversão no modo de apreensão da realidade, uma oposição ao paradigma naturalista aristotélico o qual é caracterizado, de um lado, pelo animismo e vitalismo – a vida como fruto de uma força vital ou alma diferente do corpo e da mente; e do outro lado, pelo finalismo e teleologia – a vida seguindo um projeto prévio (Martins, 1999).

Em oposição a estas idéias que ainda eram hegemônicas nas primeiras décadas do século XX, Canguilhem, em sua tese *O normal e o patológico*, defendida em 1943, reposiciona a hierarquia entre ciência e arte (terapêutica), invertendo a ordem dos termos de descrição e valoração: seria preciso valorar para conhecer e intervir. Na linguagem do médico, o sofrimento é transmutado em corpo doente e sucessivamente em corpo patológico. É este plano patológico que permite ao médico diagnosticar e projetar a terapêutica. Da adequação diagnóstico-terapêutica depende a eficácia, a finalidade ou o significado social da intervenção. Para a medicina, o projeto terapêutico, indissociável da clínica, seria o essencial. A clínica, que, mesmo utilizando métodos endossados pela ciência, não constitui uma disciplina científica, no senso estrito, e nenhum arranjo mecanicista vem ser a fundamentação do valor que o ser vivo estabelece entre sua vida normal e patológica.

Sob o “paradigma do século XX” a medicina continua sendo a do corpo material, reduzido à química e à física, pelo menos em princípio. Assemelha-se a uma complexa maquinaria, composta por partes que interagem entre si. Seu olhar é voltado para o interior destes corpos. A doença é resultado de uma taxonomia, é uma entidade genérica, sua percepção é localizada, fragmentada. Passa a ser cada vez mais buscada na intimidade micro-estrutural dos tecidos, a nível celular e molecular. processos de decisão médica tomam um suporte cada vez maior na tecnologia, inseridos num projeto de

racionalização e padronização dos procedimentos² (Blank, 1985; Berg, 1997; Bates 2000).

A proposição de padronização e tecnificação como substituição do suporte da decisão médica (substituição do modelo da clínica por modelos de determinação probabilística) se torna paulatinamente mais significativa após a II Guerra Mundial. Acentua-se, a partir das duas últimas décadas, quando o elevado patamar do desenvolvimento científico e tecnológico amplia as possibilidades de escolha do médico sobre a vida e a morte e as paixões do outro: o paciente. Vai tomando corpo nas discussões da categoria médica, em particular na literatura especializada, não mais o desejo da harmonia “ciência e arte”, mas a tensão resultante da polarização entre a norma científica geral e a particularidade do caso como guia do julgamento clínico.

Os estudos de Berg (1997,1998) nos Estados Unidos, referentes ao período de 1945-1990, a partir do *Journal of the American Medical Association (JAMA)* demonstraram mudanças que passam a ocorrer no modo concreto de exercer a prática médica e na busca de soluções para os seus problemas. Da “hábil” aplicação do conhecimento científico, no início do pós-guerra, a prática adquire paulatinamente maior permeabilidade a uma concepção de ciência que imprime conotação positiva à uniformização, à precisão e à objetividade. Representa uma otimização da “arte” que, nos anos 50 e 60, passa a ser descrita com aplicação do método científico: os problemas deveriam ser definidos claramente, os múltiplos fatores separados em seus componentes individuais e as relações entre eles, evidenciadas. Em seguida, a padronização torna-se condição *sine qua non* para a possibilidade de equacionar a ação científica e por fim esta deve ser transformada em um processo mental de resolver problemas que marca a concepção a partir dos anos 80.

No argumento do periódico, o cálculo das probabilidades dos resultados das ações, dos riscos e dos benefícios a elas associados adquire relevância na construção das evidências que guiam o raciocínio clínico, considerado agora ele próprio científico. Da experiência clínica individual, esta construção amplia seus domínios para outros campos, como a revisão sistematizada da literatura científica (metanálise), as pesquisas científicas que incorporam o estilo de raciocínio epidemiológico, marco da “Medicina Baseada em Evidências”. A complexidade decorrente exige uma incrementação da capacidade de decisão individual do médico. Para isso se argumenta a existência de ferramentas para sua implementação, e, entre estas, os protocolos e as recomendações ou diretrizes clínicas. São como um retrato da multiplicidade do real otimizando a capacidade cognitiva humana, tornando a prática mais racional e científica. Melhora a qualidade do cuidado e diminui os custos, numa incorporação explícita da racionalidade custo-benefício na decisão clínica. Por outro lado, esta forma de caminhar na direção do “bem do paciente” é também criticada por seu formalismo, que separaria o cuidado médico do “mundo real” do padecimento. Desumaniza a prática e transforma o médico em um seguidor

² Acerca da racionalização da prática médica veja-se LUZ, 1995, 1979; SCHRAIBER, 1993; CAMARGO JR., 1992; BLANK, 1985. Especificamente sobre a relação racionalização e padronização dos procedimentos veja-se BERG, 1997.

de esquemas, com os quais suas habilidades se tornariam supérfluas (Berg, 1997;1998; Cabana *et al.*, 1999).

Na busca de um *status* de racionalidade como sinônimo de possibilidade de produção de verdades, aliam-se a clínica e a epidemiologia. A epidemiologia coloca o experimentalismo legitimando a explicação causal que na clínica é conferida à anatomofisiopatologia.

Ainda que a interação da clínica e da epidemiologia possa ser apontada pela categoria médica como tentativa de instaurar uma nova prática, a sistematização do pensamento clínico em bases inferenciais já fazia parte dos seus primórdios, na modernidade (Almeida Filho, 1993, p. 47)³.

A tentativa de tradução do raciocínio epidemiológico para o clínico não se constitui necessariamente em um novo “estilo de pensamento” mais científico que o da própria clínica ou numa revolução paradigmática “baseada em evidência”, mas a ratificação de uma tendência que tem suas raízes nos séculos passados: substituição da subjetividade pela objetividade técnica. Caminha na racionalização de meios-fins firmando em seu *status* de cientificidade como estratégia de legitimação social.

I - Referencial conceitual: “a harmonia das ilusões”

O estudo parte das proposições de Fleck (1979)⁴; em sua afirmação, o fato se inicia na resistência da descoberta individual à apreciação do coletivo. Este sinal preliminar de resistência é a pré-condição para a sua emergência. O fato científico vence a “tenacidade do sistema de opiniões” e estabelece a “harmonia das ilusões”. Através da sua interação com o coletivo se estiliza. O coletivo é a base da sua emergência e de sua consolidação. Consolidado, transforma-se num sistema interfechado de idéias, congruentes entre si, substrato de um dado “estilo de pensamento” próprio de um “coletivo de pensamento”.

O “coletivo de pensamento” é definido como *uma comunidade de pessoas mutuamente trocando idéias ou mantendo interação intelectual...* (Fleck, 1979, p. 39). A asserção implica em ser o coletivo o portador do desenvolvimento histórico, do acervo do conhecimento e do nível cultural, em qualquer campo de pensamento. O que ligaria o indivíduo ao coletivo de pensamento é uma determinada maneira de perceber o objeto, que marca as escolhas do ‘que’ e do ‘como’, e antecipa as respostas a este mesmo objeto, o “estilo de pensamento”. Abarca tanto os pressupostos a partir dos quais o grupo constrói não apenas seu estoque de conhecimento e conceitos, mas também sua unidade prática: métodos e ferramentas usados no exame de evidência e critérios para julgar seus resultados. Funciona constrangendo e inibindo determinado modo

³ De acordo com Foucault (1977), desde os primórdios da clínica qualquer diagnóstico ou prognóstico seria uma totalidade divisível em tantas certezas quantas fossem possíveis de ser estabelecidas pela experiência clínica. Cada sinal e sintoma, desvendados pelo exame clínico ou pela anamnese, acrescentaria mais “graus de certeza” à exploração científica da doença do paciente.

⁴ Fleck (1979) reconhece a relevância da produção e circulação do conhecimento nas sociedades contemporâneas, referindo-se exemplarmente às ciências biológicas e a medicina.

de pensar excluindo modos alternativos de percepção. Assemelham-se ao papel da “consciência coletiva” da sociologia de Durkheim, ao mesmo tempo referenciado e criticado por seu excessivo respeito e reverência à primazia dos fatos sociais como “coisas”.

O “coletivo de pensamento” da ciência se divide em dois círculos concêntricos: esotérico e exotérico. O primeiro é o dos *experts*, envolvido pelo senso comum que constitui o grande círculo exotérico. O círculo esotérico tem um núcleo de especialistas no seu interior e um ciclo de generalistas na periferia. Um indivíduo pode passar do círculo exotérico para o esotérico pela submissão ao processo de iniciação na forma de educação científica. Há quatro tipos de ciência, cada qual com sua própria literatura característica: (1) ciência de jornal (periódico especializado); (2) livro de referência para os generalistas; (3) ciência popular para o círculo exotérico e (4) ciência de livros-texto para os iniciados. A qualidade operacional mais característica dos dois círculos dentro de um mesmo “coletivo de pensamento” é a democrática troca de idéias e experiências que vai de um ao outro num mecanismo de retroalimentação. O trabalho da mente individual é convertido num processo social de consolidação e se torna um fato científico.

Os cientistas que pertencem a diferentes grupos ou coletivos passam por um longo processo de socialização no estilo de pensamento de sua comunidade. Deste modo internalizam normas e valores e adquirem habilidades específicas que permitem perceber determinados fenômenos. O processo de socialização confere uma relativa estabilização dos coletivos e estilos de pensamento, o que explica a incomensurabilidade dos fatos científicos gerados por diferentes coletivos. A “incomensurabilidade” referida é parcial imperfeita sua tradução é sempre imperfeita. Mesmo essa parcialidade e imperfeição possibilitam a intercomunicação e retroalimentação entre diferentes coletivos. O estilo de pensamento é, ao mesmo tempo, responsável pela legitimação, permanência e também possibilidade de mudança.

A questão da incomensurabilidade também foi tratada por outras abordagens que advogam a construção social e cultural dos fatos científicos, como a do paradigma de Kuhn (1979, 1978, 1977). Contudo, Fleck (1979) não concebe o seu coletivo de pensamento como a comunidade autônoma, insulada e auto-reprodutora. Para o primeiro, a ciência moderna não seria um grupo fechado de cientistas que produzem fatos destinados ao seu uso exclusivo. Ao invés disso, interagem com especialistas de outros coletivos e com outros grupos sociais. Os fatos produzidos, por uma dada comunidade, são utilizados por outros grupos científicos e não científicos. A imperfeição da tradução não necessariamente se constitui uma desvantagem, visto que há sempre possibilidade de enriquecimento nessas mudanças mútuas.

Hacking (1999, 1992, 1982), recorrendo ao “estilo de raciocínio”, as tentativas de tradução trazem em si a incomensurabilidade, não em termos do paradigma kuhniano por ausência de “medida comum”, mas por serem “empiricamente vazias”. Ao invés disso, aponta o esforço em pensar o mais próximo possível do outro estilo de raciocínio como forma de, através da tolerância, estabelecer a comunicação.

II - Metodologia

O trabalho de campo foi realizado no período de março a setembro de 2002, em hospital público de referência para cirurgia cardíaca no Rio Janeiro. Sua escolha se baseou na tecnificação, protocolização, desenvolvimento de atividades de formação e de pesquisas clínicas e epidemiológicas.

Na investigação dos médicos no seu cotidiano escolhemos a observação etnográfica das reuniões clínicas semanais (dirigidas a todos os setores do hospital) e do *round*⁵ diário do pós-operatório da Unidade Cardiointensiva Cirúrgica. Optamos pelo uso de diário de campo como instrumento. Logo após os encontros, as anotações foram transcritas para um arquivo em *Word*. A anotação de campo pode ser entendida aqui como todo o processo de coleta e análise de informações, descrição e explicação dos fenômenos, incluindo as reflexões do observador (Becker, 1994).

De forma complementar à pesquisa etnográfica recorreremos à análise de documentos (rotinas médicas e jornal do centro de estudos) e entrevistas com informantes-chave (direção de planejamento, chefias da divisão e da unidade).

A observação do *round* tomou como referência a análise de Knorr-Cetina (1981). As decisões técnicas importantes na pesquisa científica (situação) se dão na interações entre cientistas e não cientistas. À interação numa dada situação a autora denomina de "arena transepistêmica". Esta seria campos transcientíficos. Podendo compreender uma combinação de pessoas e argumentos considerados científicos e não científicos incluindo, além dos pesquisadores, agências, financiadores, administradores, indústria, governo, entre outros (aliás, o médico exerce nas práticas sociais esses diversos papéis). Na arena os agentes constroem "representações sintéticas" como respostas aos problemas das suas práticas que consideram mais adequadas. A adequação é sempre contingente na medida que sofrem contestação cotidiana pelos agentes individuais. A noção de "arena transepistêmica" permitiu relacionar a prática dos médicos com algumas questões macroestruturais: relação com o Estado, políticas de saúde, mercado e mudanças organizacionais presentes nas decisões médicas na perspectiva de sua reconstrução pelos próprios agentes.

Consideramos as reuniões clínicas como "auditório especializado", reportando à análise da retórica a partir de alguns pontos da teoria da argumentação de Perelman (1996). Esta tem como objeto o estudo das técnicas ou recursos discursivos que permitem provocar ou aumentar a adesão dos espíritos às teses que se lhes são apresentadas. Todo discurso, oral ou escrito, se dirige a um auditório, e é em função do auditório a que se dirige o orador que sua argumentação se desenvolve. Nesse sentido, o auditório não se define pelas pessoas com quem concretamente o orador dialoga; é sempre um auditório presumido. O orador elabora argumentos que crê serem aceitos por

⁵*Round* refere-se à discussão diária do caso de cada paciente entre médicos, residentes, enfermeira e outros profissionais diretamente ligados, ao diagnóstico e tratamento.

aqueles que caracterizam. Só se dirige ao auditório considerado universal quando pretende que seus argumentos sejam aceitos por todos os seres dotados de razão.

III - Resultados e discussão

III.1 - Observando o *round*

“A menina dos olhos do CTI” - Todos os profissionais da unidade são habilitados à prática da Terapia Cárdio-Intensiva Cirúrgica e devem participar do *round*. O corpo clínico é formado por um coordenador médico da unidade, dois médicos da “rotina” - que formam o *staff* e supervisionam o *round* - e um plantonista para cada cinco leitos sendo, no mínimo, três por cada turno, nove médicos residentes. Integram-se à equipe uma enfermeira e um fisioterapeuta e residentes destas áreas

Excetuando as condutas de emergência, tudo que vai sendo feito no e/ou para o doente é decidido no *round*, daí ser esse espaço, a *menina dos olhos do serviço* (médico-chefe da divisão).

Na primeira rodada de cada caso, os participantes vão levantando, indagando, repassando os detalhes, sob a perspectiva de cada grupo profissional. Aqui, o mais importante a se observar seriam “as pistas”, os “indícios”: *Alguns casos não se comportam como o “esperado”, o médico deve buscar por sinais escondidos* (médico 2 da rotina).

Transparece competitividade por competência e prestígio dentro da instituição⁶ entre os clínicos intensivistas e os cirurgiões (não participam do *round*): *O cirurgião não gosta de escrever... O que importa é operar o coração do doente e o pós (UTI) que se vire* (médico 1 da rotina). Um ponto de constante reclamação dos clínicos se dá quando consideravam a necessidade de re-operar o doente por alguma complicação técnica decorrida diretamente da cirurgia, mas principalmente se relativas à permanência na unidade. Este tipo de cirurgia é desqualificado para o cirurgião que apela para a hierarquização do trabalho:

Chamar o cirurgião cardíaco para operar escara⁷ é mesmo que xingar a mãe, até pior. Empurra para os residentes, sem eles os caras não operam... O residente que não pode operar coração opere escara (médico 2 da rotina).

Os médicos da rotina e a enfermeira-chefe parecem ter construído um “conhecimento tático” que às vezes se sobrepunha ao dos residentes e/ou plantonistas. Poder-se-ia atribuir que esta – tanto por ser mais experiente e ou por permanecer mais tempo junto aos doentes que os residentes e/ou

⁶ O estudo de Peterson, C. *Trambiclínicas, Pilantrópicas, Embromeds: um ensaio sobre a gíria médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, discute a “agressividade jocosa” inter-especialidades médicas.

⁷ Lesão da pele provocada pela permanência no leito, a qual é sede freqüente de infecção hospitalar, resistente ao uso dos antibióticos. A perda da vitalidade da pele exige remoção cirúrgica.

plantonistas respectivamente. Há interdependência do trabalho entre estes profissionais: *Se o médico não valoriza o trabalho da enfermeira, não dorme e se não chama a nutricionista para prescrever a dieta, não come* (médico coordenador da unidade).

A passividade do estado do paciente e sua dependência dos aparelhos e da equipe concentram o convencimento e a persuasão nos profissionais, exigindo a adesão: *O médico deve fazer o que tem de ser feito. Outras equipes podem decidir se faz ou não alguma coisa* (médico 2 da rotina).

Buscando as evidências nos protocolos e na “literatura científica” - Seguir os protocolos e se basear em estudos científicos é uma exigência defendida como forma de homogeneizar a prática e torná-la mais segura para o próprio médico na sua responsabilização:

Diminuíram a diferença das práticas aqui mesmo neste serviço e também as possibilidades de erro. Protege o médico mesmo que no Brasil essa coisa de processo seguro não seja forte (médico 1 da rotina).

Contudo, o que é científico para os médicos tem contornos “borrados”, e é referido pelo *staff* como: *protocolos, rotinas⁸, literatura, livros-texto, estudos científicos*. Também só o *staff* opina sobre a validade ou não dos estudos. Os plantonistas e residentes devem recorrer às *rotinas* e reconhecer as limitações de sua aplicação:

Através destas rotinas serão facilitadas análises estatísticas dos resultados cirúrgicos, permitindo uma visão crítica dos mesmos e o estabelecimento de protocolos de investigação científica...” Em hipótese alguma estas normatizações devem representar formas de restrição às tomadas de decisão médica, que se façam necessárias frente a situações especiais” (Rotinas Médicas de Pós-Operatório em Cirurgias Cardiovasculares, 2001, p.1).

A “literatura”, citada oralmente sem normatização, refere-se aos periódicos como *New England Journal of Medicine*, e *Journal of the American Medical Association*, livros-texto usualmente chamados de “*New England*”, “*JAMA*”, e “*velhos manuais*” (*staff*).

O espaço para a subjetividade do médico - Mesmo a intensa tecnificação não dispensa a subjetividade do médico para apreender a situação do paciente e é chamada pelos preceptores (*staff*) de “*impressões*”: *Só quem examinou realmente o doente podia relatar o que estava acontecendo com ele e repassar suas impressões* (médico 2 da rotina). Era pedido que, se alguém tivesse que se ausentar, nem sequer o examinasse, e sim, o transferisse para um colega.

O êxito é se conseguir firmar o diagnóstico discutindo ou interagindo no grupo. Esta é “*a única chance que o paciente tem para que se possa fazer algo mais*”

⁸ Embora o nome do documento fosse ‘Rotinas Médicas’, tanto esta como os profissionais referiam-se tanto a protocolo como a rotina.

por ele (médico 1 da rotina). Do diagnóstico adviria a terapêutica e “a medicina é feita de probabilidades (médico 2 da rotina). Probabilidades que não aparecem em termos estatísticos.

Na ausência de um diagnóstico que orientasse a terapêutica e nos casos em que o paciente simplesmente não melhorava a despeito desta, os médicos perseguem uma das máximas da medicina: é sempre preferível fazer algo: *Alguns casos, não se sabe porque, melhoraram, outros, que são difíceis, tenta-se tudo disponível e o paciente não melhora. Se for encontrado algo objetivo, complicado, pelo menos se pode fazer algo* (médico coordenador da unidade). Muitas vezes corrigem parâmetros mesmo reconhecendo que esse procedimento não altere o quadro mórbido do paciente.

Todavia, de alguma forma, os médicos estabelecem limiares não traduzíveis em termos objetivos entre fazer sempre algo e minimizar a intervenção⁹: *Às vezes, reconhece-se que os procedimentos levam à fadiga e não dão chance ao organismo* (médico 2 da rotina). Admitem a possibilidade de que o próprio corpo biológico pode até certo ponto buscar, o que foi proposto por um dos residentes: *O seu caminho de volta à normalidade* (residente segundo ano). O normal é ressignificado como: *se manter hemodinamicamente estável e/ou estar consciente, assumir as funções vitais e não apresentar infecção* (médico 1 da rotina). Uma intervenção pode ser considerada excessiva para aquele paciente, mesmo dentro das recomendações protocolares. Neste sentido, pode causar mais danos do que benefícios e conferir um caráter iatrogênico à atuação médica.

Decisões de ter que fazer algo também são tomadas com base em valores¹⁰: *Coitadinha, está muito grave, tem que sedar para dar conforto e analgesia para morrer dignamente* (médico plantonista). A morte digna – paciente sedado e sem dor – era definida por padrões médicos que poderiam, ou não, se justapor aos dos pacientes ou dos familiares.

Consideram também as percepções sensoriais. Sentir, por exemplo, o que o residente do terceiro ano identificava como mau cheiro, é capaz de sinalizar para uma infecção, não detectável pelos exames de rotina da unidade e refratária ao tratamento que vinha sendo prestado. Seguindo a “pista”, chegou-se a um diagnóstico, recorreu-se a uma especialidade clínica e, segundo foi explicado: *O paciente finalmente evoluiu* (médico da rotina), ou seja, saiu do quadro que exigia monitoramento e foi transferido para a enfermaria. “*Extremidades frias, pele úmida*” são algumas das impressões, valorizadas e transmitidas pelos residentes, mas não captadas pela aparelhagem.

Outras sensações referidas pelos médicos são difíceis de descrever: *Pelo jeito, a gente consegue antecipar quem se salva ou não* (médico 1 da rotina).

⁹ Dada a especificidade e gravidade dos casos em CTI para pós-operatório de cirurgia cardíaca, não parecia razoável falar em não fazer nada e sim minimizar a intervenção.

¹⁰ Sobre a discussão de morrer com dignidade, definida a partir de padrões médicos ou do paciente/familiares, veja-se Zaidhaft, S. *Morte e Formação Médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

Diante de um raio-X de boa qualidade, e mesmo não tendo sido detectado uma lesão específica, ouviu-se uma sentença: *O raio-X está feio... coitada, está ferrada, é traqueostomia¹¹ na certa* (médico 2 da rotina). A “otimização do doente” – termo utilizado pelos dois médicos da rotina – nem sempre é avaliada por sinais quantificados: *Não basta ficar só tratando de números, valorizar o estado clínico do paciente, desde o estado geral ao jeitão do paciente* (médico 1 da rotina). Em alguns casos os médicos desconfiam que apesar dos números estarem melhorando, há ou vai haver algo errado com um determinado paciente.

Há determinadas ocasiões em que: *Não é recomendável se fazer algo que não tem evidência na literatura, no protocolo, mas se faz, porque o que mais importa é a melhora do paciente* (médico 2 da rotina). O resultado vai emitindo sinais decisivos dos caminhos a percorrer: *Não é opinião minha, eu já vi gente fazer, mas não encontrei na literatura, a dosagem às vezes é feita de forma empírica e depois vai monitorando* (médico 2 da rotina).

Em relação à experiência, o coordenador da unidade considera que:

Pode-se dizer que alguns médicos, embora procurem ser criteriosos no sentido de se guiar pelas evidências de trabalhos, consensos e literatura, não abrem mão, não devem abrir mão de suas experiências porque na literatura não tem consenso. E se o serviço não tem experiência...

O empirismo aparece como solução quando se reconhece que o protocolo usado na unidade não contempla algumas situações rotineiras, mas ainda controvertidas como, por exemplo, a sedação do paciente: *Deveria se ter uma meta até determinada dose. Se o paciente não sedar deveria se associar outra droga* (médico 1 da rotina). Referia-se à prova terapêutica ou a um esquema empírico de medicamento que não constava na literatura científica. O termo de referência pode ser a gozação como: *Dose gay* (médico 2 da rotina), compreendida, contra-gosto pelo observador da pesquisa, como metade da dose de uma substância e metade de outra¹².

Em outras ocasiões, simplesmente não se sabe a que atribuir à recuperação do paciente e também se utiliza termos jocosos: *Foi encosto, salvou-se ninguém sabe porque...* (médico 2 da rotina).

O custo-benefício - As decisões ocasionalmente foram pragmaticamente assumidas como questões de custo: *A morfina é uma segunda droga usada, não porque tenha vantagem sobre uma outra, mas por questão de custo* (coordenadora da unidade). Alguns procedimentos que reconhecem como o melhor e o mais recomendado pela literatura científica, e mesmo por práticas em outros centros, não puderam ser realizados porque não se dispunha do material e/ou equipamento.

¹¹ Traqueostomia é um procedimento cirúrgico onde se abre a traquéia e coloca-se uma cânula para desobstruir vias aéreas. O paciente continuará utilizando esta prótese para respirar.

¹² Sobre os múltiplos aspectos funcionais da necessidade de uso de gíria e metáforas na prática médica cotidiana, ver PETERSON, C. *Trambiclinicas, Pilantrópicas, Embromeds: um ensaio sobre a gíria médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Mas também se estabelecem limitações expressas em tom de brincadeira, mas que tem caráter disciplinar: *Aqui não se permite mulambismo, não aqui (médico 2 da rotina)*¹³. Uma metáfora que provavelmente significaria realizar o trabalho médico em condições precárias como acontece em muitos hospitais públicos. Isto vai de encontro a propostas mais ou menos acordadas entre a direção e todo o corpo clínico: *Incluía também a análise dos custos indiretos compara estratégias de custo-benefício e qualidade (médico plantonista)*.

Para a chefia da divisão, um dos pilares para as possibilidades de sucesso terapêutico está nas qualidades de um bom médico: *Saber que nem sempre cura, que paciente morre, fazer o que você aprendeu estudando e o que viveu. Porque aqui se faz medicina baseada em vivência* (grifo nosso).

III.2 - Observando a reunião clínica: persuadindo e convencendo

Embora a participação na reunião seja aberta, para acompanhar e/ou entender sobre o que se discutia é preciso conhecer determinados termos, situações, que só é possível a quem tem além do conhecimento médico geral (ciclo exotérico), familiaridade com a cardiologia, cirurgia cardíaca, terapia intensiva e com meios diagnósticos específicos da área (ciclo esotérico). Os casos escolhidos são exemplares ou exemplos invalidantes, nos temos de Perelman (1996), para firmar consenso e generalizações ou impedir uma generalização indevida.

Numa mesma sessão, os argumentos podem ser corroborados, sobrepostos, serem incompatíveis ou mesmo excludentes. Destacam-se: estudo científico e experiência, a autoridade e valor.

O argumento do “estudo científico” - Para a direção, as reuniões eram tidas como: *um lugar privilegiado para a discussão do embasamento científico dos casos clínicos*. Sob a designação de estudos científicos, o coletivo médico fala como e forma não diferenciada como literatura referindo-se tanto de estudos experimentais - ensaios clínicos randomizados (estudos de intervenção), como estudos de cortes (estudo de observação).

As questões metodológicas são discutidas apenas pelos especialistas que são chamados nominalmente para opinar. Mas muitos médicos não questionavam o rigor metodológico, e sim, a diferença de realidades entre onde o estudo tinha sido feito e onde estava sendo aplicado: *nossos pacientes, pacientes do nosso país, do nosso hospital público*.

Chama atenção interferências extra-científicas senso estrito: *mesmo diante de provas científicas, o problema mesmo é de custo, a coisa está mesmo muito protocolada, não varia muito* (cirurgião).

A literatura como no *round* é um termo confuso e são: o *New England* e ou *JAMA*; congressos da SOCERJ (Sociedade Brasileira de Cardiologia) e

¹³ Também em relação ao termo “mulambo”, “mulambismo”, ver Peterson (op. cit.) e CARRARA, S. ‘Debate sobre o artigo de Peterson, C. Trambiclínicas, Pilantrópicas, and mulambatórios - Medical slang’. In: *Cadernos de Saúde Pública*, 14: 687-690, 1998.

internacionais. Foi bastante comum termos como *literatura do mundo todo* e raramente *metanálise*. Em apenas uma das reuniões se falou expressamente em *Medicina Baseada em Evidência*.

Argumento da “experiência” - A experiência clínica relativiza os protocolos quando o orador se dirige aos residentes, como aprendizes:

*Se, de um lado, não seria possível que cada um seguisse tomando decisões com apenas um caso, ou com experiências pessoais muito restritas, do outro, não se devia sair por aí tratando números e sim pacientes... Os protocolos facilitam muito as decisões porque, além serem embasados em estudos científicos, já se constituem eles próprios em **experiências consolidadas** (grifo nosso), tanto pelas sociedades brasileiras como pelas internacionais de cardiologia e terapia intensiva (médico chefe da divisão da UTI Cardiointensiva).*

A experiência de um mesmo profissional era relatada como diferente em serviços também diferenciados:

... se você for catar em livro varia muito. A melhor tática depende da experiência de cada serviço. É a experiência que vai te dizer se este ou aquele resultado dos estudos são os melhores para o seu paciente, o paciente do nosso serviço. Facilmente se ouvia: na minha experiência, aqui... Mas quando trabalho no outro hospital, o Copa’Dor... (médico especialista em diagnóstico por imagem).

De forma sutil, persistente se insinua os domínios da clínica: os números estavam ali, todos contra, mas o paciente melhorava, isso melhorava, assim é melhor que continuemos. A clínica nos dizia isso, nossa experiência mostrava...

Os Argumentos de Autoridade - A opinião pessoal de especialistas, principalmente ecocardiograma e medicina nuclear, é ponto de partida para discussão, e não objeto dela. A exceção fica por conta de alguns exames que em outros círculos podiam ser especializados, mas que faziam parte de um conhecimento comum daquele coletivo (como sobre resultados de eletrocardiograma) que gera algum nível de discordância.

A autoridade também é conferida por uma instituição. Pertencer a um centro-referência em assistência na área como o INCOR (Instituto Nacional de Cardiologia) e/ou pesquisa científica, redundava em autoridade de prestígio e poder. O conhecimento “*puramente acadêmico*”, o fato de ser docente não gozava da mesma valorização.

Os Argumentos de Valor - Se a vida é um valor universal, a categoria médica, atribui um valor diferente, ao se tratar de criança, adulto ou idoso:

... difícil é comparar o que diz a literatura e o risco do doente – principalmente criança. Opera mesmo com infecção ativa, abscesso? De acordo com a literatura deve-

se fazer logo a cirurgia, mas criança traz muita contemplação apesar dos dados da experiência e da literatura (cirurgião cardíaco infantil)¹⁴.

A valoração de qualidade de vida pode acabar sendo decisiva para a opção terapêutica, embora não tenha se tornado exemplar. Referindo-se à adoção de uma determinada abordagem cirúrgica:

... a mortalidade é comprovadamente maior nas pesquisas e na experiência de diversos serviços, portanto a escolha deste tipo de cirurgia não parece razoável... Mas desde o início afirmamos que o paciente era um homem jovem, caminhoneiro que ganhava a vida transportando carga, com vida sexual bastante ativa... Apesar da mortalidade ser maior neste tipo de cirurgia, a qualidade de vida é muito melhor, ele pode voltar à vida normal e o controle vai ser muito mais simples, com medicamentos que ele pode tomar fora do hospital e comparecer de três em três meses... Do contrário, ele nem poderia mais trabalhar nem ter vida sexual, e isso aos trinta e seis anos...

Uma outra valorização bastante defendida é a de firmar o hospital como instituição de excelência na assistência e para pesquisa científica:

*... para ser científico não é preciso ser professor, é um congresso que você vai, uma pesquisa; sua produção, titulação e trabalho... O mais importante é se empenhar nas estratégias de maximização dos padrões de desempenho. O norteamento para esta reviravolta na história da assistência e cirurgia cardíaca do Rio de Janeiro, que estava se dando aqui no ... tem como base os **dados de excelência clínica** e a padronização de procedimentos através dos **protocolos clínicos** (grifo nosso), para isso é indispensável a participação de todos... Nossos doentes não precisam mais ir para São Paulo. (Diretor do hospital).*

Muito dos argumentos em torno da busca da qualidade e da eficiência com base na evidência justificava a necessidade e a iniciativa de equipar, ampliar e modernizar o hospital, em especial a CTI, para competir com outro centro de referência nacional.

Conclusões

Os argumentos apontam para a competição, com o reconhecimento e prestígio institucional como prestadora de serviço e centro de formação e de pesquisa científica, frente ao prestígio dos centros. Poderíamos inferir o fato de interesses sociais alavancarem uma série de mudanças organizacionais e técnicas que influenciam diretamente as opções diagnósticas e terapêuticas. Além de contextualizar a padronização das práticas e de seu suporte na produção de conhecimento científico num cenário de busca de eficiência e qualidade.

¹⁴ Neste caso a criança não foi operada e veio a falecer; foi considerado um exemplo invalidante, uma conduta a não se generalizar.

A protocolização e rotinização não resultaram numa homogeneização das práticas. A atitude dos médicos deixava transparecer ambivalência ou polivalência, na medida em que, além dos protocolos e/ou estudos científicos, faziam também suas opções de forma intuitiva e pragmática, a partir de evidências de significância clínica. De um lado, não se pode afirmar o deslocamento da centralidade da clínica, do outro lado, pode-se observar sua ressignificação como validação de estudos experimentais e ou observacionais.

O processo de checagem da investigação clínica ocorrido no *round* e as discussões que tomaram lugar nas sessões clínicas não se apresentaram apenas decorrentes da necessidade de complementariedade e/ou suplementariedade de diversos saberes ou de trabalhos parcelares, mas também funcionaram como um controle intersubjetivo que garante maior objetividade, se comparado ao exercício médico isolado.

Ao mesmo tempo, a interação também se mostrava ao nível das interconexões de valores culturais e/ou sociais, explícitos e/ou internalizados pelos membros do grupo e acrescentam uma dimensão mais interpretativa.

Deve-se lembrar que a objetivação da experiência clínica pode se tornar o ponto de partida do raciocínio epidemiológico. A fonte de informação sobre o risco poderia ser oriunda não mais apenas da vivência do próprio clínico como agente individual, mas da compilação das observações de diversos sujeitos, sistematizadas ou compartilhadas. Este argumento é duplamente criticado por posicionamentos de membros de correntes da epidemiologia que não da “epidemiologia clínica”, como Almeida Filho (1992, 1993) e pelos defensores da introdução de ferramentas como os protocolos, em Eddy (1990). É para o primeiro, um conceito, para o segundo, uma proposta, tautológica sustentada a partir de fontes subjetivas, mas com pretensões de maior objetividade. Do ponto de vista dos estudos observacionais e/ou experimentais desenvolvidos pelo próprio hospital, o tratamento dos dados num contexto dos pesquisadores a partir de sua compilação num *Banco*, conferem um sentido diferente do originário – a clínica – como chama atenção Berg (1999) no transporte da informação.

A homogeneização dos casos acabaram, do ponto de vista da clínica, por se transformarem em casos exemplares. Para os iniciados – residentes – foi aberto o campo de aprendizado pela “percepção de semelhança” ou aprendizado por exemplos, enfatizado por Kuhn como uma estratégia de fundamental importância no treinamento da prática científica.

Com relação às escolhas intuitivas e pragmáticas reveladas no decorrer da observação, pode-se traçar um paralelo com o que Freidson denomina de “espírito clínico”. Contudo, Freidson (1970) referia-se ao *penamnet* médico geral e não a situações concretas. No trabalho de campo a preocupação do *staff* em seguir os protocolos e os estudos científicos realização de pesquisas assemelha-se mais a situações encontradas em outros estudos empíricos como (Schraiber, 1993) e (Camargo Jr., 2002) que não condizem com a afirmação confiança em si próprios sem submissão à autoridade geral da tradição científica.

Os médicos representaram os protocolos/estudos científicos como o guia mais adequado para conciliar interesses de afirmação institucional como centro

público de assistência, ensino e pesquisa e, ao mesmo tempo, ratificar a atividade médica como mais científica e mais objetiva desde que essa ratificação fosse submetida à racionalidade clínica. Não parece absurdo pensar numa submissão a uma dupla configuração de racionalidade científica: a clínica e a epidemiológica.

Nas interações entre médicos e as múltiplas situações do caso singular emergiram limitações, algumas semelhantes às encontradas por Cabala et al. (1991) e nas discussões dos periódicos: discordância em relação ao resultado esperado, às próprias evidências; a não alteração da prática anterior, não favorecimento da relação custo-benefício para o paciente; simplificação exagerada das decisões; demanda de custos adicionais; opiniões contrárias de “líderes” ou *experts*; entre outras.

A razão argumentativa se fez presente tanto quando buscava a adesão entre os diversos profissionais, em particular dos médicos e da enfermagem para execução dos procedimentos propostos nos protocolos e/ou as provas lógicas ou empíricas, quanto quando estas mostravam seus limites a decisões clínicas singulares.

Os *rounds* e as reuniões não foram só o cenário de socialização do exercício da clínica, mas também foram tentativas de internalização de normas, valores e habilidades específicas de ver certos fenômenos do estilo de pensamento epidemiológico que os médicos usualmente não dispunham, nem na prática clínica nem era significativo na formação médica.

Uma “topografia epistemológica” (Fleck, 1979) não muito fixa, um círculo, um “círculo esotérico” - *experts* das especialidades do domínio e/ou aplicação dos meios diagnósticos e terapêuticos da área de cardiologia e/ou cirurgia cardíaca, os chefes e coordenadores, alguns médicos da rotina, residentes - e um círculo exotérico ou leigos educados - outros médicos da rotina e plantonistas corresponderia a uma circulação diferenciada de literatura. Diferenciação que transparecia, no *round* e nas sessões, numa referência múltipla e imprecisa de literatura, estudos científicos, metanálise e medicina baseada em evidências. Os protocolos pareciam circular em ambos os círculos enquanto a literatura especializada no embasamento para a construção de evidências baseadas nas pesquisas científicas apenas no círculo esotérico, cujos componentes são em menor número mas com maior poder de decisão.

Para Camargo Jr. (2003, p. 152-153), na busca de comunicação e aproximação entre os dois estilos de pensamento, o clínico e epidemiológico, a epidemiologia apoiada pesadamente em ferramentas estatísticas funciona como filtro: fornece elementos de avaliação e validação para uma variedade de fontes teóricas e técnicas do conhecimento e da prática médica, que perpassam não só a física mecânica, mas até mesmo a mecânica quântica - base dos atuais métodos de imagem - e a biologia molecular. Contudo, “nenhuma destas áreas do conhecimento é província intelectual do médico praticante...”, e sim dos especialistas. Os “médicos praticantes” fariam parte do ciclo exotérico. Resta-lhes confiarem no que Giddens (1991, p. 87-88) coloca como comum aos leigos nas sociedades modernas: confiança nos especialistas, nos peritos, em sistemas abstratos através de seus “pontos de acesso”, os colóquios,

congressos e a literatura especializada, entre outros. O acesso não está bloqueado a nenhum médico. Mas a maioria pode “carecer das habilidades necessárias para interpretar o que é omitido e comprimido nestes artigos”.

Mesmo com poucas “ferramentas” de um raciocínio probabilístico/lógico-formal, os médicos mostraram-se especialmente céticos à expectativa em relação às propostas do embasamento em pesquisas epidemiológicas. Para os médicos do hospital estudado, o **seu paciente** não era uma unidade daquela média, era o **seu caso**. A vivência das evidências segue transformando a “normatividade dos modos de andar a vida”. Se não rompe com a “harmonia das ilusões”, a tensiona e inquieta.

As observações deste estudo levam a inquietações que necessitam, usando os termos de Fleck (1979), espriar-se no coletivo de pensamento **da saúde coletiva** para que possa ser aperfeiçoado, transformando, reforçando ou atenuando e, por sua vez, que siga influenciando outras descobertas e a formação de conceitos, opiniões e hábitos de pensamento. Ver como os médicos tomam suas decisões em relação à vida, ao sofrimento e à morte das pessoas é, essencialmente, uma questão de **política de saúde** que quase não tem sido incluída na agenda desta área, “campo” ou “arena transepistêmica”.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA FILHO, N. (1993). “A clínica, a epidemiologia e a epidemiologia clínica”. In: *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, p. 35-54.
- AYRES, J. R. (1993). “O objeto da epidemiologia e nós”. In: *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, p. 55-76.
- BATES, D. (2000). “Why not call modern medicine ‘alternative’?” In: *BPM*, 43, 4: 502-518.
- BACHELARD, G. (1968). *O novo espírito científico*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- BECKER, Howard. (1994). *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec.
- BERG, M. (1997). *Rationalizing medical work: decision-support techniques and medical practices*. Cambridge/Massachusetts: MIT Press.
- _____. (1998). Order(s) and disorder(s): of protocols and medical practice. In: BERG, M.; MOL (eds.). *Differences in Medicine: unraveling practices, techniques and bodies*. London: Duke University Press.
- BERG, M.; GOORMAN, E. (1999). “The contextual nature of medical information”. In: *International Journal of Medical Informatics*, v. 65, p. 51-60.
- BLANK, N. (1985). O raciocínio clínico e os equipamentos médicos. Rio de Janeiro, IMS/UERJ (Dissertação de Mestrado).
- CABANA, D. et alli. (1999). “Why don’t physicians follow Clinical Practice Guidelines?”. In: *Journal of the American Medical Association*, 282: 1458-1465.
- CAMARGO JR., K. R. (1992). “Racionalidade médica: os paradoxos da clínica”. In: *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, vol. 2, n. 1 - “Sexualidade e Aids”. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

- _____. (2002). "The thought style of physicians: strategies for keeping up with medical knowledge". In: *Social Studies of Science*, v. 32, n. 6, p. 827-855.
- CANGUILHEIM, G. (1990). *O normal e o patológico*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Forense.
- CARRARA, S. (1998). "Debate sobre o artigo de Peterson, C.: 'Trambiclinicas, pilantrópicas and mulambatórios - medical slang in Rio de Janeiro'". In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14: 687-690.
- EDDY, D. M. (1990). "Resolving conflicts in practice polices. Clinical decision making: from theory to practice". In: *Journal of the American Medical Association*, v. 264: 389-391.
- FLECK, L. (1979)[1935]. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: Chicago Press.
- FLETCHER, P. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. (1982). *Clinical epidemiology - the essentials*. Baltimore: Williams & Williams.
- FOUCAULT, M. (1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- FREIDSON, E. (1970). *Profession of Medicine: a study of Sociology of applied knowledge*. New York: Harper & How.
- GIDDENS, A. (1991). *As consequências da modernidade*. Tradução de Raul Filker. São Paulo: Unesp.
- HACKING, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge/Massachussets: Harvard University Press.
- _____. (1992). The self-vindication of the laboratory sciences. In: PICKERING, A. (ed.). *Science as practice and culture*. Chicago: The University of Chicago Press.
- _____. (1982). Language, truth and reason. In: HOLLIS, M. & LUKES, S. (eds.). *Rationality and relativism*. Cambridge/Massachussets: The MIT Press.
- KNORR-CETINA, K. (1981). *The manufacture of knowledge. An essay on the constructivist and contextual nature of science*. New York: Pergamon Press.
- KUHN, T. (1979). Foreward. In: FLECK, L. (ed.). *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago Press.
- _____. (1978). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- _____. (1977a). *The essential tension: selected studies in scientific tradition and change*. Chicago: Chicago University Press.
- _____. (1977b). Second thoughts on paradigms. In: SUPPE, F. (ed.). *The structure of scientific theories*. Chicago: University of Illinois Press.

- LUZ, M. T. (1995). "Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas". In: *Cadernos de Sociologia - Saúde Coletiva*. Porto Alegre, v. 7, p. 109-128.
- MARTINS, A. "Novos paradigmas e saúde". In: *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, p. 83-112.
- MATTOS, R. A. (sd). Como articular o micro e o macro em ciências sociais: resenhando três autores - Collins, Knorr-Celina e Giddens. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. (mimeo)
- SCHRAIBER, L. B. (1993). *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec.
- UCHÔA, S. A. C. (1994). Erro médico: de Senhor da vida a Senhor da morte, um estudo sobre a representação do erro na prática médica. João Pessoa, Programa de Pós-Grauação em Sociologia da UFPB (Dissertação de Mestrado).
- UCHÔA, S. A. (2003). Os protocolos e a decisão médica: evidências ou viências? Rio de Janeiro: IMS/UERJ (Tese de Doutorado).

RESUMO

A argumentação e a evidência no dia a dia da prática médica tecnológica

O objetivo geral do trabalho é compreender as concepções e interesses sobre transmutar a fundamentação da prática cotidiana do conhecimento produzido pela experiência clínica para modelos probabilísticos da epidemiologia. O objeto de estudo foi a argumentação e as práticas em torno da possibilidade de consenso sobre critérios de conhecimento, válidos para as decisões diagnósticas e terapêuticas. Partimos das proposições de Fleck, nas quais os fatos não seriam objetivamente dados, mas coletiva e contingencialmente criados na sua adequação a um estilo de pensamento - internalização das normas, valores e habilidades que incluem uma certa maneira de ver o objeto: o estilo de pensamento. Utilizamos como estratégias de pesquisa a análise documental e a observação. A pesquisa etnográfica correspondeu à observação do *round* e das reuniões clínicas numa Unidade de Terapia Cardiointensiva Cirúrgica, no Rio de Janeiro. As referências de análise foram Knorr-Cetina, no campo de interesses científicos e não-científicos (arena transepistêmica) e a teoria da argumentação de Perelman. A pesquisa revelou a consolidação da tendência de incorporação de critérios explícitos de relação custo-benefício e interesses relativos a distintos agentes como categoria médica, governos, complexo médico-industrial na introdução dos clínicos. Chamou a atenção um certo ceticismo e inabilidade dos médicos a utilização das ferramentas de análise do estilo de pensamento epidemiológico.

Palavras-chave: antropologia médica; conhecimento médico; epistemologia; estilo de pensamento; protocolos

ABSTRACT

Argumentation and evidence in the daily technological medical practice

The main aim of this work is to understand the concepts and interests about transporting the practical daily knowledge produced by experience into probabilistic models of epistemology. The aim of study was the argumentation and practices that go around a consensus about knowledge criteria which are valid for diagnosis and therapeutic decisions. As a starting point we chose Fleck's propositions in which facts are not objectively given but collectively and created by chance in a way to adequate themselves to a style of thought - an internalization of certain norms, values and skills which include a certain way of perceiving the subject: a style of thought. We used as a strategy of research an analysis of data and observation. The ethnographic research corresponded to the *round* observation and the clinical meetings in an ICU cardio unit in Rio de Janeiro. The analysis for reference were Knorr-Cetina in the scientific and non-scientific fields (transepistemic arena) and Perelman's argumentation theory. The research revealed the consolidation of a tendency of incorporating explicit criteria of the cost-benefit axis and interests which contemplate different agents such as doctors, government and medical-industrial complex in the introduction of protocols. The observation demonstrated ambivalent use: protocols/scientific studies and clinical experience. Attention was called to a certain skepticism and doctor's inability in the usage of analysis tools of epistemological thought style.

Keywords: medical anthropology; medical knowledge; epistemology; style of thought, protocols

Recebido para apreciação: outubro de 2003

Aprovado para publicação: março de 2004