



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Costa Uchôa, Severina Alice da; Camargo Jr, Kenneth Rochel de
Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências?
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 4, julho, 2010, pp. 2241-2249
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018747038>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências?

The protocols and the medical decision:
evidences based in experience or existences?

Severina Alice da Costa Uchôa ¹
Kenneth Rochel de Camargo Jr. ²

Abstract *The main purpose of this study is to understand the concepts and interests concerning the transformation of the practical quotidian knowledge produced by experience into probabilistic epistemological models. The object is the argumentation and practices surrounding consensus-forming which knowledge criteria are valid for diagnostic and therapeutic decisions. Our starting point is Ludwik Fleck's work, which states that facts are not objectively given but collectively and contingently created so as to adjust themselves to a style of thought. Our research strategy was an ethnographic observation of medical rounds and clinical meetings in a cardiology ICU in Rio de Janeiro. The analysis was based on the works of Knorr-Cetina (transepistemic arenas) and Perelman's argumentation theory. It revealed the consolidation of a tendency to incorporate explicit cost-benefit criteria and the interests of different agents such as doctors, government and the medical-industrial complex in the introduction of protocols. The observation demonstrated an ambivalent use: protocols/scientific studies and clinical experience as well. A certain skepticism of the clinicians and their relative inability in the usage of the analytic tools of the epidemiological thought style were particularly remarkable.*
Key words *Medical anthropology, Medical knowledge, Epistemology, Style of thought, Protocols*

Resumo *O objetivo geral do trabalho é compreender as concepções e interesses sobre transmutar a fundamentação da prática cotidiana do conhecimento produzido pela experiência para modelos probabilísticos da epidemiologia. O objeto é a argumentação e as práticas em torno de consenso sobre critérios de conhecimento válidos às decisões diagnósticas e terapêuticas. O ponto de partida é o estudo de Fleck, no qual os fatos não são objetivamente dados, mas coletiva e contingencialmente criados em adequação a um estilo de pensamento. Nossa estratégia de pesquisa foi a observação etnográfica do round e das reuniões clínicas numa unidade de terapia cardiointensiva cirúrgica, no Rio de Janeiro. A análise baseou-se nos trabalhos de Knorr-Cetina, (arena transepistêmica) e 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 protocolos. Demonstrou utilização ambivalente: protocolos/estudos científicos e experiência clínica. Chamou a atenção um certo ceticismo e inabilidade dos médicos na utilização das ferramentas de análise do estilo de pensamento epidemiológico.*
Palavras-chave *Antropologia médica, Conhecimento médico, Epistemologia, Estilo de pensamento, Protocolos*

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rua Gen. Cordeiro de Faria s/n, Petrópolis. 59000-000 Natal RN. aliuchoa@hotmail.com
² Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Introdução

No pós II Guerra Mundial, particularmente a partir das duas últimas décadas do século passado, o acelerado desenvolvimento científico e tecnológico amplia de maneira dramática as possibilidades de intervenção médica, redefinindo os limites da vida e da morte, ao migrar da intervenção médica manual à fortemente armada com a tecnologia. Este processo diversifica e redefine o significado da técnica e do agir profissional. Tomam corpo, nas discussões da categoria, proposições de tornar a dimensão da prática mais objetiva e científica.

Dialogando com essas questões, este artigo sintetiza a discussão da tese de doutoramento da primeira autora¹, que teve como objetivo compreender as concepções e os interesses em torno da proposta de substituição dos modelos causais, mecanicistas ou estruturais do pensamento clínico por modelos de determinação probabilística típicos do raciocínio epidemiológico.

Optamos pela hipótese que a suposta adesão à transmutação da dimensão “arte” da prática médica - reconhecimento e valorização da experiência individual do médico - à científica (validação lógica formal do saber médico) não se dá como decorrência “natural” do progresso tecnocientífico cumulativo e linear, mas como opção da categoria de, ao mesmo tempo, diminuir o grau de incerteza de suas escolhas e reafirmar sua autonomia e *status* social. Partimos do pressuposto que as decisões e julgamentos dos médicos em interação com os demais “mundos sociais” que determinam, sustentam e desenvolvem seu “estilo de pensamento” determinam também o que é considerado conhecimento válido: o fato científico².

O fato científico e a “harmonia das ilusões”

O estudo parte das proposições de Fleck², em particular da afirmação que o fato científico se inicia na resistência da descoberta individual e se firma na apreciação do coletivo. Este sinal preliminar de resistência é a pré-condição para a sua emergência. Vencendo a “tenacidade do sistema de opiniões”, estabelece a “harmonia das ilusões”, se estiliza no coletivo.

O “coletivo de pensamento” é definido como uma comunidade de pessoas que trocam mutuamente ideias ou mantêm interação intelectual. A asserção implica em ser o coletivo o portador do desenvolvimento histórico, do acervo do conhe-

cimento, 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 “quê” e do “como” e antecipa as respostas a este mesmo objeto ou o “estilo de pensamento”. Abarca tanto os pressupostos a partir dos quais o grupo constrói o seu estoque de conhecimento e conceitos quanto sua unidade prática: métodos e ferramentas usados no exame de evidência e critérios para julgar seus resultados. Funciona restringendo e inibindo determinado modo de pensar, excluindo modos alternativos de percepção. Assemelha-se ao papel da “consciência coletiva” de Durkheim, que é ao mesmo tempo referenciado e criticado por Fleck por sua excessiva reverência aos fatos sociais da ciência como “coisas”².

O coletivo divide-se em dois círculos concêntricos: esotérico e exotérico. O esotérico é o dos *experts* e tem um núcleo de especialistas no seu interior e generalistas na periferia. Enquanto o exotérico corresponde ao grande círculo que envolve o esotérico e é composto pelo senso comum ou leigos educados. Um indivíduo pode passar do exotérico para o esotérico pela submissão ao processo de iniciação na forma de educação científica (formação). Entre os círculos, há quatro tipos de ciência, com sua própria literatura característica: (1) ciência de periódico especializado entre os *experts*; (2) livro de referência entre os generalistas; (3) ciência popular entre o exotérico e (4) ciência de livros-texto para os iniciados.

A qualidade operacional mais característica de ambos num mesmo “coletivo de pensamento” é a democrática troca de ideias e experiências entre si, num mecanismo de retroalimentação. O trabalho da mente individual é convertido e consolidado num processo social, se tornando um fato científico. Os cientistas pertencentes a diferentes coletivos passam por um longo processo de socialização no estilo de pensamento de sua comunidade. Assim, 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 e conseqüente incomensurabilidade dos fatos gerados por diferentes coletivos. Esta incomensurabilidade será sempre parcial e imperfeita pelas possibilidades de fatos produzidos por uma dada comunidade serem utilizados por outros grupos científicos e não científicos. A imperfeição da tradução não seria necessariamente desvantagem, visto que há sempre possibilidade de enriquecimento nessas mudanças mútuas. O es-

tilo de pensamento é, ao mesmo tempo, responsável pela legitimação, permanência e também possibilidade de mudança².

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 Kuhn³⁻⁵. Contudo, Fleck² não concebe o seu coletivo de pensamento como a comunidade autônoma, insulada e autorreprodutora. Para ele, a ciência moderna não seria um grupo fechado de cientistas que produzam fatos destinados ao seu uso exclusivo. Ao invés disso, interagem com especialistas de outros coletivos e com outros grupos sociais.

Para Hacking⁶⁻⁸, 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”. Contudo, na circulação dos fatos científicos entre grupos de pensamento distintos, pode haver a tradução de um estilo a outro. Ainda que algumas coisas possam se perder nesta interação, outras podem ser descobertas, o que se torna uma fonte importante de renovação para a ciência e a sociedade.

As inflexões da prática médica científica

A medicina ocidental tem se orientado por um ideário de cientificidade que lhe conferiu legitimidade, prestígio e *status* social. Bates⁹ chama atenção que, embora a evolução científica tenha tido grande impacto no 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 biológica¹⁰.

Em oposição a estas ideias 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 valora-

ção: seria preciso valorar para conhecer e intervir. 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.

Contudo, 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. 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, buscada na intimidade microestrutural dos tecidos, a nível celular e molecular. Os processos de decisão médica tomam um suporte cada vez maior na tecnologia, na racionalização e padronização⁹⁻¹⁴.

Os estudos de Berg^{9,15}, referentes ao período de 1945-1990, a partir do *Journal of the American Medical Association* (JAMA), demonstraram mudanças no modo concreto de exercer a prática médica. Da “hábil” aplicação do conhecimento científico, no início do pós-guerra, adquire paulatinamente maior permeabilidade à ciência que imprime conotação positiva à uniformização, à precisão e à objetividade. Representa uma otimização da “arte” que, nos anos cinquenta e sessenta, 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. Por fim, deve ser transformada em um processo mental de resolver problemas que marca a concepção a partir dos anos oitenta.

No processo mental, o cálculo das probabilidades dos resultados, dos riscos e dos benefícios adquire relevância para a construção das evidências que tornam o raciocínio clínico científico. Da experiência clínica, as evidências ampliam seus domínios para outros campos: revisão sistematizada da literatura científica (metanálise), pesquisas 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, que necessita de ferramentas para sua implementação: os protocolos e as recomendações ou diretrizes clínicas, entre outros. As ferramentas são como um retrato da multiplicida-

de do real, otimizando a capacidade cognitiva humana, tornando a prática mais racional e científica. Além de advogar a melhora da qualidade do cuidado e diminuição dos custos, incorpora à decisão clínica um racionalidade custo-benefício dotada de valor ético.

Mas esta forma de caminhar na direção do “bem do paciente” é também criticada por seu formalismo, que separa o cuidado médico do “mundo real” do padecimento, desumaniza a prática e transforma o médico em um seguidor de esquemas, com os quais suas habilidades se tornariam supérfluas^{9,15,16}.

Na busca de um *status* de racionalidade como possibilidade de produção de verdades, aliam-se a clínica e a epidemiologia¹⁷. Contudo, a busca pela objetivação já vem se dando desde o nascimento da clínica. Para Foucault¹⁸, desde seus primórdios, cada sinal e sintoma, desvendado pelo exame clínico ou pela anamnese, acrescenta mais “graus de certeza” à exploração científica da doença do paciente.

Nesta perspectiva, medicina que toma como base a evidência não representa uma revolução paradigmática, mas a ratificação de uma tendência que tem suas raízes nos séculos passados: substituição da subjetividade pela objetividade técnica.

Metodologia

O trabalho de campo foi realizado no período de fevereiro a dezembro de 2002, numa unidade de terapia intensiva pós-cirurgia cardíaca em hospital de referência nacional do SUS no Rio Janeiro. Sua escolha se baseou na tecnificação, protocolização, desenvolvimento de atividades de formação e de pesquisas clínicas e epidemiológicas.

O método de investigação foi a observação etnográfica¹⁹. O campo foi o *round* (rodas diárias de discussão sobre os casos) do pós-operatório da unidade cardiointensiva cirúrgica e as reuniões clínicas semanais com todos os profissionais de saúde do hospital. De forma complementar, recorreremos à análise de documentos do hospital (rotinas médicas e periódico do centro de estudos) e entrevistas com informantes-chave (direção de planejamento, chefias da divisão e da unidade). As referências de análise foram a “arena transestêmica” de Knorr-Cetina²⁰ e a teoria da argumentação de Perelman²¹.

Na perspectiva de Knorr-Cetina, tomamos como arena transestêmica o conjunto dos médicos (diretor, coordenador, *staff*, plantonistas, residentes) como se fazendo parte de uma com-

binação de pessoas - *socially situated reasoner* - em interação mútua com outros agentes científicos e não científicos (profissionais de saúde, pesquisadores, agências, administradores, indústria, governo), seus argumentos e justificativas (representações) mais adequadas acerca das decisões diagnósticas e terapêuticas no cotidiano dos *rounds* e reuniões clínicas (situação). A adequação, sempre contingente, sofre contestação pelos próprios agentes.

Com a teoria da argumentação, analisamos os recursos discursivos dos médicos no sentido de provocar persuasão, convencimento e adesão às suas escolhas pelo auditório especializado: intensivistas, cirurgiões, especialistas, residentes, entre outros.

Resultados e discussão

O *round*: “a menina dos olhos do CTI”

Todos os profissionais da unidade são habilitados à prática da terapia cardiointensiva cirúrgica e devem participar do *round* (rodas de discussão entre o corpo clínico). A equipe médica do corpo clínico é formada por um chefe da divisão; um coordenador da unidade; dois supervisores da “rotina” - que formam o *staff*; um plantonista para cada cinco leitos, sendo, no mínimo, três por cada turno; nove 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 CTI” (expressão do 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, porque, como afirmam os médicos, *Alguns casos não se comportam como o esperado e o médico deve buscar por sinais escondidos* (médico 2 da rotina)

Transparece competitividade por competência e prestígio dentro da instituição entre os clínicos intensivistas e os cirurgiões que não participam do *round*. Para os clínicos, *O cirurgião não gosta de escrever; o que importa é operar o coração do doente e o pós, a UTI que se vire* (médico 1 da rotina).

Um ponto de constante reclamação dos clínicos se dá quando consideravam a necessidade de

reoperar o doente por alguma complicação técnica decorrida diretamente da cirurgia, mas principalmente se relativa 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 escara é o 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).

O estudo de Peterson²² também chama atenção tanto à competição entre clínicos e cirurgiões como à agressividade jocosa entre os médicos de diferentes especialidades.

Os médicos da rotina e a enfermeira-chefe constroem um conhecimento tácito e uma interdependência no trabalho que se sobrepõem à dos residentes e/ou plantonistas por acompanharem o doente continuamente: ***Se o médico não valoriza o trabalho da enfermeira, não dorme e se não chama a nutricionista para prescrever a dieta, não come*** (coordenador da unidade).

Também a passividade do paciente e sua dependência aos aparelhos e à equipe exigem dos profissionais convencimento e adesão individuais: ***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 tentar padronizar a prática e torná-la mais segura em benefício do próprio médico: ***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 diferentes referências. Muitos se reportam a expressões como: “protocolos”, “literatura”, “rotinas”, “livros-texto”, “estudos científicos”. Na maioria das vezes, a “literatura” designa periódicos como *New England Journal of Medicine* e/ou o *JAMA- Journal of the American Medical Association*. Os livros-texto são também chamados de “velhos manuais”. Apenas o *staff* costuma opinar sobre a validade ou não dos estudos.

As reuniões científicas semanais, abertas a todos os profissionais, são “um lugar privilegiado para a discussão do embasamento científico dos casos clínicos” (direção). As questões metodológicas são discutidas apenas pelos especialis-

tas sem questionamentos do rigor pelo auditório. O que se contra-argumenta é a diferença entre “nossos pacientes, pacientes do nosso país, do nosso hospital público” e “o universo do estudo”. No dia a dia, os plantonistas e residentes devem recorrer às rotinas e ou protocolos, desde que estes, paradoxalmente, não restrinjam sua autonomia técnica:

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 (coordenador da unidade).

Chama atenção as justificativas para interferências extracientíficas, como de custos, na adoção dos protocolos: ***mesmo diante de provas científicas, o problema mesmo é de custo, a coisa está mesmo muito protocolada, não varia muito*** (cirurgião).

O espaço para a subjetividade do médico

Mesmo a intensa tecnificação não dispensa a subjetividade do médico ou suas “impressões”, como explicita o médico do *staff*: ***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, porque as probabilidades nem sempre aparecem na estatística: ***a única chance que o paciente tem para que se possa fazer algo mais por ele*** (médico 1 da rotina).

Do diagnóstico adviria a terapêutica e “a medicina é feita de probabilidades (médico 2 da rotina).

Na ausência de um diagnóstico que orientasse a terapêutica e nos casos em que o paciente simplesmente não melhorava, os médicos perseguem a máximas que 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, os médicos corrigem parâmetros (alterações bioquímicas, pressóricas, entre outras) mesmo reconhecendo que esse procedimento não altera o quadro mórbido do paciente. Mas, de alguma forma, estabelecem limiares não traduzíveis objetivamente entre fazer sempre algo

e minimizar a intervenção: *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 seu caminho de volta à normalidade. 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, potencializadora de danos mesmo dentro das recomendações protocolares. O estudo anterior de Uchoa²³ já mostrava a preocupação dos médicos com o erro na prática médica. Decisões de fazer algo também são tomadas com base em valores: *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 não necessariamente se justapõem aos dos pacientes e/ou familiares.

Consideram também as percepções sensoriais como as olfativas, que podem ser denunciadoras de infecção, não detectável pelos exames de rotina da unidade e refratária ao tratamento que vinha sendo prestado. “Extremidades frias, pele úmida” são algumas entre muitas impressões valorizadas que não são captadas pela aparelhagem.

Outras sensações referidas são difíceis de descrever como o “pelo jeitão do paciente” ser capaz de antecipar “quem se salva ou não” ou fazer um prognóstico sem lesão detectável. A “otimização do doente” nem sempre é avaliada por sinais quantificados: *Não basta ficar só tratando de números, devemos 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 o 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 e a experiência vão emitindo sinais decisivos dos caminhos a percorrer: *Não é opinião minha, eu já vi gente fazer, mas não encontro na literatura, a dosagem às vezes é feita de forma empírica e depois vai monitorando* (médico 2 da rotina). A experiência clínica relativiza os protocolos :

Se, de um lado, não seria possível cada um se guiasse 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, tanto pelas sociedades brasileiras como pelas internacionais de cardiologia e terapia intensiva (médico chefe da divisão).

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 (coordenador).

Também a experiência de um mesmo profissional era relatada como diferente se em diferentes serviços: *Se você for catar em livro, varia muito. A melhor tática depende da experiência de cada serviço. É experiência que vai te dizer se este ou aquele resultado dos estudos são os melhores para o seu paciente, o paciente do nosso serviço, mas quando o trabalho no outro hospital [...]* (médico especialista em diagnóstico por imagem).

O empirismo aparece como solução quando se reconhece que o protocolo usado não contempla algumas situações rotineiras e, em outras ocasiões, simplesmente não se sabe a que atribuir à recuperação do paciente, se utilizando termos jocosos: *Foi encosto, salvou-se ninguém sabe porque* (médico 2 da rotina).

Os argumentos de valor

A categoria médica atribui diferente valor à vida, 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).

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. Neste tipo de cirurgia, a qualidade de vida é muito melhor, ele pode voltar à vida normal. Do contrário, ele nem poderia mais*

trabalhar nem ter vida sexual, e isso aos 36 anos (cirurgião).

Uma outra valorização bastante defendida é a de firmar o hospital como instituição de excelência na assistência e pesquisa, conferindo autoridade científica. Pertencer a um centro referência em assistência na área e/ou pesquisa redundava em autoridade de prestígio e poder. O fato de ser docente não garante a mesma valorização: ***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, em como base os dados de excelência clínica e a padronização de procedimentos através dos protocolos clínicos, para isso é indispensável a participação de todos. Nossos doentes não precisam mais ir para São Paulo*** (diretor do hospital).

Na perspectiva da direção, na medida em que a qualidade técnico-científica fosse implementada, o hospital conseguiria obter a confiança da população que não precisaria se deslocar a outro centro de cirurgia cardíaca, situado em São Paulo e considerado de excelência nacional. Reconhecimento social e confiança moviam a busca de uma prática considerada comprovadamente científica.

O custo-benefício

As decisões ocasionalmente foram pragmaticamente assumidas como questões de custo e ou falta de recursos: ***A morfina é uma segunda droga usada, não porque tenha vantagem sobre uma outra, mas por questão de custo*** (coordenador da unidade).

Aqui não se permite mulambismo, não aqui (médico 2 da rotina).

A metáfora “mulambismo”, que também aparece nas análises de Peterson²², significa realizar o trabalho médico em condições precárias como acontece em muitos hospitais públicos estudados. Esta postura vai de encontro a propostas mais ou menos acordadas entre a direção e todo o corpo clínico, que tentava compatibilizar custo com a melhoria da qualidade do atendimento. 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***.

As evidências acabam por encontrar as vivências...

Considerações finais

O estudo de caso foi realizado, por tempo razoavelmente prolongado, num dos principais centros de cardiologia do Rio de Janeiro e do país, situando-se no topo da pirâmide da especialidade. Deste modo, é plausível afirmar-se que as situações aqui descritas permitem um certo grau de extrapolação para o que ocorre em outros serviços hospitalares, demarcados pela especialização e incorporação dos protocolos ao processo de decisão médica.

Na observação, a protocolização e rotinização não resultaram numa homogeneização das práticas. A atitude dos médicos deixava transparecer ambivalência ou polivalência: além dos protocolos e/ou estudos científicos, faziam também suas opções de forma intuitiva e pragmática, a partir de evidências clínicas. De um lado, não se pôde afirmar o deslocamento da centralidade da clínica; do outro lado, pôde-se observar sua resignificação, passando a validar ou não os estudos experimentais e ou observacionais. É plausível afirmar uma dupla racionalidade científica: a clínica e a epidemiológica.

O processo de checagem da investigação clínica no **rounde** nas sessões clínicas não refletiram apenas a necessidade de complementariedade e/ou suplementariedade dos diversos saberes parcelares, mas também funcionaram como um controle intersubjetivo com fins de garantir maior objetividade. Contudo, tanto estudos epidemiológicos de natureza crítica, como os de Almeida Filho^{24,25} e trabalho defensor da introdução dos protocolos na prática médica como o Eddy²⁶, colocam a intersubjetividade como restritiva à construção de decisão objetiva, como suporte de cientificidade.

Como em outro trabalho empírico recente, considerando a perspectiva do “aprendizado por exemplo” na prática médica, a relativa padronização dos casos nos **rounds** e nas seções clínicas possibilitou aproximar-se da “percepção de semelhança” kuhniiana, considerada uma estratégia no treinamento dos iniciados na prática científica²⁷.

Nas interações entre médicos e múltiplas situações do caso singular, emergiram limitações, algumas semelhantes às encontradas por Cabana¹⁶: discordância em relação ao resultado esperado e as evidências, simplificação exagerada das decisões, demanda de custos adicionais, opiniões contrárias de especialistas ou **experts**, entre outras.

Nos **rounds** e nas reuniões, a razão argumentativa se fez presente tanto para adesão aos protocolos quanto quando provas lógicas ou empí-

ricas mostraram seus limites. Também se apresentaram como ferramentas de internalização de normas, valores e habilidades específicas de ver certos objetos da clínica.

No estudo, identificamos uma “topografia epistemológica” semelhante à de Fleck²: um círculo, um “círculo esotérico” – *experts* ou 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 – entre estes circulam, além dos protocolos e rotinas, os periódicos científicos. O outro, o círculo exotérico ou leigos educados – outros médicos da rotina e plantonistas, que corresponderia a uma circulação mais simplificada, representada mais pelos protocolos, rotina e livros-texto.

A situação observada de confiança nos médicos especialistas pode ser comparada ao que afir-

ma Giddens²⁸ referindo-se à sociedade moderna: a confiança nos especialistas, nos peritos, em sistemas abstratos. Para os médicos estudados, o acesso a este sistema restrito aos especialistas ocorre através da participação em colóquios e congressos e análise da literatura especializada. Contudo, esta não demonstrou contar com as habilidades necessárias para interpretar o que era omitido e comprimido, assim como na investigação de Camargo Jr.²⁹.

Mesmo com poucas ferramentas de um raciocínio probabilístico/lógico-formal, os médicos estudados mostraram-se especialmente céticos: o seu paciente não era uma unidade daquela média, era o seu caso. A vivência das evidências seguia transformando a “normatividade dos modos de andar a vida”. Se não rompia com a “harmonia das ilusões”, a tensionava e inquietava.

Colaboradores

SAC Uchôa e KR Camargo Jr. participaram igualmente de elaboração do artigo.

Referências

1. Uchôa SAC. *Os protocolos e a decisão médica: evidências ou vivências?* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): IMS/ UERJ; 2003.
2. Fleck L. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago Press; 1979.
3. Kuhn T. *The essential tension: selected studies in scientific tradition and change*. Chicago: University of Chicago Press; 1977.
4. Kuhn T. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press; 1970.
5. Kuhn T. Foreword. In: Fleck L. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago Press; 1979.
6. Hacking I. Language, Truth and Reason. In: Hollis M, Lukes S, editors. *Rationality and relativism*. Cambridge, Massachussets: The MIT Press; 1982.
7. Hacking I. The self-vindication of the laboratory sciences. In: Pickering A, editor. *Science as practice and culture*. Chicago: University of Chicago Press; 1992.
8. Hacking I. *The social construction of what?* Cambridge, Massachussets: Harvard University Press; 1999.
9. Bates D. Why not call modern medicine "alternative"? *PBM* 2000; 43(4):502-518.
10. Martins A. Novos paradigmas e saúde. *Physis* 1999; 9(1):83-112.
11. Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Cadernos de Sociologia* 1995; 7:109-128.
12. Schraiber LB. *O médico e seu trabalho - limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1993.
13. Camargo Jr. KR. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis* 1992; 2(1):203-227.
14. Blank N. *O raciocínio clínico e os equipamentos médicos* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): IMS/ UERJ; 1985.
15. Berg M. Order(s) and disorder(s): of protocols and medical practice. In: Berg M, Mol A, editors. *Differences in Medicine: unraveling practices, techniques and bodies*. London: Duke University Press; 1998.
16. Cabana D, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? *JAMA* 1999; 282:1458-1465.
17. Almeida Filho N. A clínica, a epidemiologia e a epidemiologia clínica. In: *Physis* 1993; 3(1):35-54.
18. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.
19. Becker HS. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec; 1994.
20. Knorr-Cetina K. *The manufacture of knowledge. An essay on the constructivist and contextual nature of science*. England: Pergamon Press; 1981.
21. Perelman C. *Tratado da argumentação: a nova retórica*. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
22. Peterson C. *Trambiclinicas, Pilantrópicas, Embro-med: um ensaio sobre a grija médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
23. Uchôa SAC. *Erro médico: de Senhor da vida à Senhor da Morte, um estudo sobre a representação do erro na prática médica* [dissertação]. João Pessoa (PB): Programa de Pós-graduação em Sociologia, UFPB; 1994.
24. Almeida Filho N. A clínica e a epidemiologia. Salvador: APCE; Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.
25. Almeida Filho N. A clínica, a epidemiologia e a epidemiologia clínica. *Physis* 1993; 3(1):35-54.
26. Eddy D. M. Resolving conflicts in practice policies. Clinical decision making: from theory to practice. *JAMA* 1990; 264: 389-391.
27. Camargo Jr. KR, Nogueira MI. *Dois tópicos para uma discussão sobre medicina e ciência*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 1998. [Série Estudos em Saúde Coletiva nº 172]
28. Giddens A. Confiança em sistemas abstratos. In: Giddens A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: UNESP; 1991. p. 87-91.
29. Camargo Jr. KR. Sobre palheiros, agulhas, doutores e conhecimento médico: a epistemologia intuitiva dos clínicos. In: Camargo Jr. KR. *Biomedicina, saber e ciência*. São Paulo: Hucitec; 2003.

Artigo apresentado em 30/10/2006

Aprovado em 05/03/2007