

A natureza narrativa do Raciocínio Clínico¹

Cheryl Mattingly

Tradução: Taís Q. Marcolino

Revisão: Jô Benetton

Palavras-chave: antropologia, cultural

Apresentação :

Jô Benetton

Sonia Ferrari

Desde que foram publicados, este e outro artigo da Cheryl Mattingly ficaram rolando entre nossos escritos e estudos. Jô leu-os rapidamente e pensou que teriam de ser traduzidos e publicados.

Que pena! Não sabemos o que aconteceu com eles.

Muito tempo depois, quando Taís Marcolino preparava sua dissertação de mestrado, lembrou-nos deles.

Agora estamos publicando o primeiro deles e Sonia e eu sentimos muito não ter-lhes dado a atenção que mereciam.

Ao lê-lo, ou melhor, ao estudá-lo, vocês perceberão que quase tudo que está nos resultados da pesquisa de Mattingly sobre como a terapeuta ocupacional pensa sua clínica, são, sem dúvida, expressões narradas dos pilares do Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD).

Como sempre temos ensinado, no *ceto*, podemos encontrar, nos estudos e pesquisas desenvolvidos dentro da própria Terapia

Ocupacional, conceitos e formulações da teoria da técnica que, muitas vezes, por descuidos, distrações ou mesmo pouco estudo, acabamos buscando em outras profissões.

O contar e construir histórias que encontramos inicialmente, por exemplo, na terapia de esquizofrênicos proposta por François Perrier, em Mattingly como resultado de pesquisa, a narrativa está no pensamento, na fala e na escrita da clínica de *experts* terapeutas ocupacionais.

O “entrelaçamento terapêutico”, termo criado por Mattingly, e a “sucessão de eventos” são sustentados por nós na dinâmica da relação na triádica, onde os três termos em constante ação e reação desvendam o mundo interno e externo dos dois ou mais sujeitos participantes. Tanto estão na terapia ocupacional individual como na grupal.

O foco dessas histórias e o fundamento do próprio MTOD estão na saúde, apesar de jamais deixarmos de levar em consideração a repercussão da doença na vida do paciente.

Na Trilhas Associativas, técnica do MTOD, contamos histórias por associação entre atividades propostas e lembradas, com “explicação pelo sentido” das “ações”, nos três tempos da vida e pela construção de histórias clínicas no tempo da clínica.

Nossa compreensão inicial do caso é feita através do Diagnóstico Situacional, onde, como partícipe da história, a terapeuta ocupacional busca

responder pelas informações diretas com o paciente e indiretas com pessoas próximas, familiares, amigos e profissionais, e suas próprias observações durante a realização de atividades e procura responder “em que história ela se encontra”. Posteriores observações e percepções, e as várias técnicas processuais do Método dão uma localização da história do sujeito nos tempos passado e presente que irão sustentar as perspectivas futuras.

Creemos nem ser necessário mencionar que o instrumento da terapia ocupacional das terapeutas ocupacionais, sujeitos da pesquisa de Mattingly, são as atividades e é por aí que começamos a falar a mesma língua. Entretanto é preciso precisar. Em publicação anterior, (Revista *ceto* 2006) Pearson, procurando estabelecer a diferença entre os termos atividade e ocupação, coloca o primeiro com um sentido universal e o segundo é tão particular que restringe o seu uso para a terapia ocupacional. Por outro lado, Magalhães no *ceto*, (2007), tratando da “Ciência Ocupacional”, refere ao termo ocupação como universal no qual se inserem as atividades.

Para nós, estar ocupado não qualifica nem dá sentido à ação do homem. É preciso nomear a atividade que o homem realiza para poder qualificá-la em relação a esse homem e assim o é também em terapia ocupacional.

No MTOD, estamos sempre preocupadas com o processo terapêutico como um todo e a repercussão desse processo no cotidiano do paciente, isto é, na sempre possível alteração da sua inserção social. Esse processo como um todo é o processo de agir e reagir para construir uma história a qual será veículo do sujeito para outras histórias construídas na sociedade. Duas antropólogas são as narradoras da nossa história clínica, isto é, a das terapeutas ocupacionais. Allué (Trilhas Associativas, 2006) como paciente de terapeutas

ocupacionais e Mattingly nas suas pesquisas. Ambas demonstram a trama entrelaçada de uma relação triádica num setting que está num porão do hospital ou no metrô de Nova Iorque.

Por fim, falamos às jovens terapeutas ocupacionais interessadas em ser estudosas da clínica terapia ocupacional. Como Mattingly relata, é difícil transmitir em supervisão essa clínica de pensamento narrativo. Também não é possível aprisioná-la num modelo, pois cada caso é singular. Daí a nossa proposta no *ceto*, da formação através do MTOD, criado por nós e ensinado através de um caminho metodológico, em que os conceitos são exaustivamente apreendidos para que cada terapeuta ocupacional desenvolva sua própria clínica.

Resumo

O raciocínio narrativo é um modo central de raciocínio clínico em terapia ocupacional. Terapeutas pensam narrativamente quando estão preocupados com a disfunção [*disability*] como uma experiência de doença, isto é, como uma condição psicológica que afeta a vida da pessoa. Neste artigo, o raciocínio narrativo está em oposição ao raciocínio proposicional, sendo que duas formas de raciocínio narrativo serão examinadas. A primeira é o uso da narrativa como uma forma de discurso que pode ser contrastado com o discurso biomédico, no qual a disfunção é compreendida como uma patologia física. A segunda envolve o ato de criar e de contar histórias. Os terapeutas procuram tecer uma trama em seus encontros terapêuticos com os pacientes, ajudando a criar uma história terapêutica que se tornará uma história curta e cheia de significados dentro da longa história de vida do paciente.

Muitas profissões identificam um bom raciocínio com um processo que se parece com o do método

científico – uma aplicação, na prática, do conhecimento abstrato testado empiricamente (teorias) e do conhecimento factual generalizável. Aqui, o conhecimento envolve o reconhecimento de instâncias específicas de comportamento baseadas em leis gerais que regulam a relação entre a causa e os efeitos (ver Mattingly, 1991, para uma maior discussão desta questão). Há muitos debates na filosofia da ciência sobre o quanto este modelo de conhecimento caracteriza até as ciências duras, como a Física (Kuhn, 1962; Putnam, 1979; Rorty, 1979). Discute-se também o quanto é possível o método científico oferecer um modelo apropriado para caracterizar o raciocínio profissional (Dreyfus & Dreyfus, 1986; Schön, 1983, 1987). Eu entro neste debate defendendo que um modelo narrativo de pensamento, em oposição ao raciocínio científico no sentido tradicional, é fundamental para o raciocínio dos terapeutas ocupacionais.

Terapeutas utilizam histórias para pensar de dois modos distintos, mas igualmente importantes – ao contar histórias e ao criar histórias. *Contar histórias* é um modo de discurso extremamente importante e subestimado na terapia ocupacional. Recentemente, houve um grande interesse de outras profissões da saúde em compreender as histórias vividas pelos pacientes (Coles, 1989; Kleinman, 1988). Ao longo do Estudo de Raciocínio Clínico da Associação Americana de Terapia Ocupacional e da Fundação Americana de Terapia Ocupacional, tornou-se claro como os terapeutas não contavam somente as histórias que ouviam de seus pacientes, mas, sim, contavam histórias sobre seus pacientes. Além disso, algo fundamental no processo de contar histórias é a compreensão do terapeuta sobre como o paciente está lidando com a disfunção e como trabalhar com um paciente problemático. A criação de histórias clínicas no tempo da clínica é a segunda forma utilizada pelos terapeutas ocupacionais em seus processos de

raciocínio. Eu chamo esta criação de *entrelaçamento terapêutico*.

Raciocínio Narrativo e a Criação de Histórias: Oferecendo Sentido à Experiência com a Doença.

Será que isto significa dizer que os terapeutas ocupacionais pensam sobre seus pacientes ao contar histórias e que esta é uma forma elementar de pensamento em suas práticas terapêuticas? Jerome Bruner (1986, 1990), um psicólogo conhecido por seus estudos em desenvolvimento cognitivo, argumenta que os seres humanos pensam fundamentalmente de duas formas distintas. Ele chamou o primeiro tipo de *paradigmático*, que é o pensamento a partir de argumentos proposicionais e o segundo, *narrativo*, que acontece no processo de contar histórias. A diferença entre estes dois tipos de pensamento está na maneira como explicamos e oferecemos sentido ao que vemos. Quando olhamos para alguma coisa e tentamos compreendê-la a partir de argumentos proposicionais, tentamos olhar para o particular e vê-lo em termos gerais, como uma instância do tipo geral. Por exemplo, quando vemos um paciente com determinados sintomas, percebemos que estamos diante de um caso avançado da doença de Parkinson. De acordo com Bruner, ao estabelecer a ligação entre determinados sintomas e uma categoria geral de doença, estamos pensando proposicionalmente.

De outro modo, quando pensamos narrativamente, estamos tentando compreender o caso particular. Especificamente, tentamos compreender a experiência singular da pessoa. O pensamento narrativo é nossa maneira elementar de dar sentido à experiência humana. Primeiramente, fazemos isso a partir da investigação dos motivos humanos (Burke, 1945; Gardner, 1982). Pensamos narrativamente quando tentamos explicar, não quando um paciente tem a

doença de Parkinson, mas os motivos do descontentamento da esposa em ter seu marido novamente em casa. A diferença entre estes dois modos de pensamento na terapia ocupacional pode ser ilustrada pela maneira como os terapeutas utilizam o processo de contar histórias para conversar sobre seus pacientes após o almoço ou para apresentar os casos para seus colegas nas reuniões semanais de equipe.

No Hospital Universitário de Boston, onde aconteceu o Estudo de Raciocínio Clínico, os terapeutas trabalharam nos dois modos de discurso para falar sobre seus pacientes. A apresentação dos casos consistia em duas partes: apresentação formal e o contar histórias. A primeira parte, a apresentação formal, envolve um familiar na apresentação biomédica do caso. Quando os terapeutas falam na apresentação formal, focam a atenção na patologia, no geral. Os itens comumente abordados são (a) os sintomas chaves; (b) os principais acometimentos físicos típicos e as necessidades elementares, especialmente as necessidades de atividades de vida diária; (c) os objetivos da avaliação e outras formas de medir as extensões dos acometimentos do paciente; e (d) as estratégias e modalidades típicas de tratamento.

A segunda forma de apresentação do caso se dá no processo de contar histórias. Aqui os terapeutas mudam o foco da discussão que estava baseada na patologia para falar dos pacientes específicos com quem estão trabalhando e de suas experiências com a disfunção. Um exemplo deste processo de contar histórias foi retirado de uma reunião de equipe na qual uma estagiária estava fazendo a apresentação de um paciente com doença de Parkinson. Depois de falar da doença de Parkinson como uma patologia, ela começou a falar sobre as dificuldades que estava enfrentando com seu paciente com doença de Parkinson, e como a esposa deste paciente estava respondendo à disfunção do marido. Como parte de sua

descrição do tratamento, ela contou suas intercorrências com a esposa. Aqui está parte da história da estudante:

Ele [o paciente] disse que algo deveria ser mudado porque sua cama estava no piso térreo, num cômodo nos fundos. Sua esposa quis mantê-lo no piso térreo e finalmente concordou que a cama poderia ficar na sala de estar. Ele progrediu rapidamente e, após uma semana e meia, ele estava sorrindo, ficando mais sociável. Sua esposa me disse, "Ele não faz nada em casa. Eu não sei se ela está escutando o que eu estou lhe dizendo". Nós dissemos, "Ele não está apenas à toa. Muitas vezes simplesmente não pode fazer nada por causa da doença". Quando sua esposa ouviu que ele tomaria a medicação e que isto poderia melhorar sua funcionalidade, ela disse a ele, "Ótimo. Há uma série de coisas pela casa que você pode fazer". Eu não sei o quanto ela ouviu do que lhe dissemos.

Esta história disparou uma troca de histórias entre os que estavam sentados à mesa, sobre suas próprias experiências em tratar pacientes com doença de Parkinson, dando ênfase em como a doença foi vivenciada pelo paciente, pela família, ou por eles próprios para além das características médicas gerais. Quase todos os participantes contaram histórias que abordaram temas suscitados pela história inicial. O que este processo de contar histórias tem a ver com o raciocínio clínico? Quando a estudante contou sua história sobre a esposa do paciente com Parkinson, ela identificou um problema crítico para o raciocínio clínico: O que ela deveria fazer com a esposa do paciente? Qual seria a melhor forma de tratar seu paciente, dados os sentimentos da esposa? O que a esposa está realmente sentindo? Em que se baseia a negação e a raiva da esposa? Ou a

esposa está mostrando algo que está sendo confundido com negação e raiva? Todas estas são questões narrativas cujas respostas requerem um tipo de raciocínio clínico que é fundamentalmente narrativo em sua forma. Ao retornar à distinção de Bruner (1986, 1990), quando pensamos em argumentos proposicionais, tentamos transcender particularidades e buscar abstrações (isto é, por verdades que transcendam qualquer situação histórica particular). Mas a narrativa é trilhada no particular. Enquanto os argumentos proposicionais estão preocupados em compreender o fenômeno em termos de causas gerais, as narrativas estão preocupadas com as prováveis conexões entre os eventos. Bruner deu um exemplo simples para ilustrar a diferença. A sentença "se x, então y" pertence ao argumento proposicional. Um terapeuta ocupacional está trabalhando com este raciocínio proposicional quando diz "Se você vir estes sintomas, então provavelmente você está diante de um caso de doença de Parkinson". *Tal sentença se-então tem o objetivo de oferecer uma descrição abstrata de uma relação causal que prende os casos ideais concretos em um modo geral ou universal.*

Este gênero de sentenças descritivas e explanatórias pode ser contrastado com um modo muito diferente de explicação. Bruner (1986) apresentou a seguinte ilustração, retirada de E. M. Foster (1927). A sentença, "O rei morreu, e então a rainha morreu" (pp. 11-12) é uma sentença narrativa que se preocupa com o singular, isto é, algum rei e rainha específicos, mas também sugere causas que nos levam a indagar sobre as intenções. A rainha morreu ou se entregou? A rainha foi assassinada? Nós investigamos o significado de uma sentença narrativa quando pensamos em diferentes possibilidades motivacionais; nós procuramos pelo que guia a ação relatada na sentença. E a ação humana, diferentemente do processo patológico, é motivada. A narrativa dá

sentido à realidade ao ligar o mundo externo das ações e eventos ao mundo interno das intenções e emoções humanas. Perguntar, em um sentido narrativo, por que isto aconteceu é perguntar o que motivou os atores a fazer o que fizeram. Na filosofia da História, este modo de explicação narrativa tem sido chamado de "explicação pelo sentido" (Dray, 1971, 1980). Em uma história, as ações da pessoa são justificadas – ou explicadas – pelo seu lugar em algum contexto histórico específico que mostra como e por quê elas começaram, que outras ações foram consequência delas, e como estas ações evoluíram no tempo. Então, quando ouvimos algo sobre um paciente específico com a doença de Parkinson cuja esposa se queixa que ele não faz nada em casa, e tentamos explicar a ela o que está acontecendo, nós começamos a estabelecer as questões narrativas alavancadas anteriormente.

Ao se moverem entre a apresentação formal e o processo de contar histórias, os terapeutas apresentam o problema clínico de formas diferentes. A mudança na apresentação de uma discussão abstrata sobre a doença de Parkinson para a história do paciente com a doença de Parkinson, que tem uma esposa que não está cooperando, envolve muito mais que uma mudança do geral para o concreto ou do objetivo para o subjetivo.

• Na apresentação formal, o foco está na doença. A doença é o elemento principal. Mas, no processo de contar histórias, é a situação do paciente ou sua experiência com a doença que é central no raciocínio clínico. O terapeuta deve perguntar: Qual é a melhor maneira de tratar um paciente com a doença de Parkinson que vai para a casa com esta esposa específica? A gravidade e a natureza das disfunções do paciente ainda são importantes, mas elas são apenas uma parte da imagem que o terapeuta tem que formar a partir

das características singulares da situação do paciente.

Os terapeutas freqüentemente falam de uma prática *expert* como a habilidade de “colocar tudo junto” sobre um paciente específico. Penso que o que eles querem dizer aqui envolve um pensamento que é essencialmente narrativo. O terapeuta pega o que sabe sobre o processo patológico, sobre as estruturas teóricas de referência e sobre suas experiências significativas com pacientes similares e aplica todo esse conhecimento abstrato e generalizado a um caso singular, tal como este paciente cuja esposa pensa que ele pode fazer coisas na casa e resiste em levar a cama para o primeiro piso onde ele terá acesso ao banheiro.

Antropólogos médicos têm feito uma distinção extremamente útil ao olhar para o cuidado em saúde e separar a doença [*disease*] da experiência de doença [*illness*] (Good, 1977; Good & Delvecchio-Good, 1980, 1985; Kleinman, 1988; Kleinman, Eisenberg & Good, 1978). Embora a medicina tradicional sempre tenha dado enfoque ao diagnóstico e ao tratamento das doenças, os antropólogos argumentam que é necessário dar muito mais atenção ao tratamento da experiência da doença, que se refere à maneira como a doença afeta a vida da pessoa. Fisiologicamente, a mesma doença pode resultar em diferentes experiências de doença, dependendo da história de vida e das possibilidades de vida de cada paciente. O paciente com a doença de Parkinson cuja esposa aprendeu tudo o que podia sobre a doença para receber seu marido em casa provavelmente terá uma experiência da doença diferente daquele cuja esposa quis relegá-lo ao subsolo da casa.

O que os antropólogos têm dito à comunidade médica durante as últimas décadas, os terapeutas ocupacionais já sabem de longa data: Para efetivamente tratar uma pessoa com disfunções

disabilities crônicas, devemos tratar todo o paciente, o que envolve olhar como a doença é vivenciada por este paciente específico. Tratar a experiência da doença vivida pelo paciente é essencial para uma boa terapia ocupacional e é onde está o coração do raciocínio clínico; é também onde se encontram os meandros espinhosos do pensamento. Pensar sobre como tratar a experiência da doença é, freqüentemente, a coisa mais difícil de ensinar ao estagiário ou ao terapeuta iniciante. Como um supervisor ensina um terapeuta iniciante a examinar o que está havendo com a esposa do paciente e qual deverá ser a melhor abordagem terapêutica para ajudar o paciente a fazer a transição para sua casa com esta esposa? De modo notável, quando se pensa sobre a experiência da doença, em oposição somente à doença, é, freqüentemente, difícil estabelecer quem tem a doença. Embora a doença pertença obviamente a uma pessoa – o paciente – a experiência da doença é vivida por toda a família, especialmente em casos de doenças que mudam radicalmente a vida.

Pensar sobre como tratar um paciente com a doença de Parkinson, tendo em vista o modo como a esposa responde a este adoecimento, envolve o raciocínio narrativo, pois leva em conta o ponto de vista do paciente e de sua família sobre a doença. O terapeuta deve tentar imaginar como o paciente e os vários membros da família sentem a doença, como estão vivenciando este fato, e como isto entra e muda a história de vida deles.

O Raciocínio Narrativo e o processo de criar histórias: criando histórias clínicas

Terapeutas criam histórias tão bem quanto as contam. A natureza narrativa do raciocínio clínico não se manifesta somente no trabalho dos terapeutas em compreender os efeitos de uma disfunção na história de vida de um paciente

específico, mas também nas necessidades do terapeuta para estruturar a terapia de modo narrativo, como uma história a se desdobrar. Este é, talvez, o uso mais interessante e sutil do raciocínio narrativo na terapia ocupacional. A terapia pode ser vista como uma curta história dentro da longa história de vida do paciente. O terapeuta entra na vida do paciente, e compartilha esta vida com ele somente por um curto período. Frequentemente, este encontro ocorre em um momento crítico da vida do paciente, em um ponto de mudança causado pelo surgimento ou pelo fim de uma doença. Algumas vezes, ocorre também em um momento crítico de toda uma família, como frequentemente ocorre na terapia pediátrica quando uma família está se ajustando a um recém-nascido com uma deficiência ou quando uma criança portadora de deficiência vai para a escola. Se a disfunção é considerada, em termos narrativos, como algo que interrompe e muda irreversivelmente a história de vida, então trabalhar com um paciente pode ser encarado como um capítulo desta história.

Embora a linguagem narrativa não seja uma forma usual para os terapeutas descreverem suas práticas, ela ajuda a ressaltar o quão intensamente os terapeutas desejam fazer da terapia uma oportunidade para os pacientes reconstruírem suas histórias de vida, que não podem continuar a ser da mesma forma como eram quando a disfunção não estava presente ou quando não era tão séria. O terapeuta entra na história de vida do paciente e tem a tarefa de negociar com ele qual será o papel da terapia no desdobramento da doença e da história de reabilitação que ele está vivenciando agora. Para ser significativa, a terapia ocupacional deve servir como uma história coerente dentro de uma narrativa maior e inteira.

Em cada nova situação clínica o terapeuta deve se perguntar: Em qual história eu estou? Para responder a esta questão, o terapeuta deve formar

alguma compreensão inicial da situação para poder agir. O processo de tratamento encoraja, talvez até leve os terapeutas a pensar em um modo narrativo. Eles devem raciocinar em como conduzir a terapia de um paciente específico, imaginando em que contexto o paciente está agora e onde este paciente pode chegar no futuro, após a alta. Não é suficiente saber como desempenhar uma série de tarefas que possuem uma ordem abstrata baseada em um plano de tratamento típico ou geral; terapeutas devem ser capazes de criar uma imagem temporal ampla, que capture o que eles podem ver agora neste paciente específico e o que eles conseguem idealizar no futuro. Este processo de criar esta imagem é o que oferece uma base para organizar as tarefas.

Em seu estudo de raciocínio clínico com enfermeiras, Benner (1984) encontrou este modo narrativo de raciocínio em seus sujeitos, embora ela não tenha focado sua pesquisa na narrativa em si. A necessidade de um referencial narrativo foi sugerida por uma enfermeira do estudo de Benner que trabalhava em uma unidade de tratamento intensivo. Ela descreveu o que considera ser o tipo de pensamento mais essencial que gostaria que seus estudantes recém-formados adquirissem após os três meses de estágio que fazem com ela:

Em meu ponto de vista, mover a criança do Ponto A para o Ponto B é o que todos os enfermeiros sabem. Você tem que desempenhar tarefas todo o tempo para que elas aconteçam, mas desempenhar tarefas não é enfermagem... Eu quero ver uma luz acontecendo – é isto, aqui está o bebê, aqui é onde está o bebê, e aqui é onde eu quero que este bebê esteja daqui a seis semanas. O que eu posso fazer hoje para que este bebê siga em frente na estrada para que o final seja melhor? É o

tipo de coisa que só pode acontecer agora. Eles estão [os novos estudantes] somente começando a ver a coisa inteira como uma imagem e não como uma lista de tarefas a fazer (p. 28).

Este exemplo enfatiza a característica imagética que o clínico precisa aprender, em contraste com o conhecimento das tarefas e a natureza que estas imagens possuem de serem intrinsecamente atreladas ao contexto. Os terapeutas do Estudo de Raciocínio Clínico falaram de forma parecida sobre construir imagens do paciente e, especialmente, imagens futuras de quem este paciente pode vir a ser. Eles acreditavam que o que traziam em mente, mais vividamente, quando tratavam pacientes, não eram planos ou objetivos de tratamento, mas sim, imagens do paciente potencial. Por exemplo, uma das terapeutas pediátricas disse, "Você sabe, quando eu trato esta criança de 18 meses, eu vejo a criança com 3 anos, então eu a vejo com 6, aprendendo a segurar em um lápis. Eu tenho todas estas imagens na minha cabeça". Os terapeutas descreveram suas dificuldades quando os pacientes ou suas famílias possuem imagens diferentes do futuro e falaram de seus dilemas sobre até que ponto devem oferecer aos pacientes e a seus familiares estas imagens, especialmente quando são mais pessimistas. Os terapeutas encontram-se, freqüentemente, em uma posição difícil ao tentar dar esperanças a um paciente enquanto também tem que levar o paciente a saber sobre seu prognóstico ruim. Os pacientes e suas famílias podem ficar extremamente deprimidos diante de condições que são até piores das que eles imaginavam. Os terapeutas falam que estas imagens são necessárias, mas perigosas: necessárias porque o terapeuta e o paciente precisam de algumas imagens-guia, mas perigosas porque estas imagens podem cegar o terapeuta ou o paciente em relação ao que é realmente possível.

Os terapeutas do Estudo de Raciocínio Clínico estavam, como as enfermeiras de Benner (1984), conscientes da necessidade de criar imagens apropriadas de um paciente específico. Na visão dos terapeutas, os objetivos gerais de tratamento originados do conhecimento generalizado sobre déficits funcionais e possibilidades de desenvolvimento foram considerados guias insuficientes para a prática. Ao invés disso, eles trabalhavam com guias mais concretos, imagens e histórias, que formavam o "todo" que os conduzia a escolher seletivamente quais aspectos de seu conhecimento eram mais apropriados para determinada situação. Estas imagens eram organizadas temporal e teleologicamente, oferecendo aos terapeutas um sentido de finalidade a partir do qual eles podiam se guiar. Embora estas imagens do futuro não sejam formuladas em palavras, há menos que haja alguma necessidade de explicitá-las, elas fazem parte do que eu chamo de *história prospectiva do tratamento*. Nesta história prospectiva, os terapeutas visualizam um futuro possível e desejado para o paciente e imaginam como devem conduzir o tratamento para que este futuro aconteça.

As abordagens e as etapas do tratamento, que os terapeutas tentam seguir, também são influenciadas por estas imagens. Estas histórias, originadas de experiências particulares e cenários estereotipados (coletivizados), projetam-se sobre novas situações clínicas para ajudar os terapeutas a dar sentido à história em que se encontram e a compreender para onde eles devem caminhar com seus pacientes específicos. O terapeuta tenta então atuar suas histórias projetadas em novas situações clínicas, trabalhando de modo improvisado para construir narrativamente a partir de qualquer coisa que tenha acontecido na sessão clínica, e então adicionar à história que está sendo criada. O terapeuta vê uma possível história, que ele

reconhece como significativa clinicamente, e então tenta tornar esta história realidade ao construir episódios individuais em seus encontros clínicos e trata-os como partes de um todo maior desdobrando-se narrativamente. Histórias prospectivas de tratamento eram baseadas no que os terapeutas observavam e inferiam sobre a longa história de vida dos pacientes, a qual envolve tanto o passado como o futuro. As histórias terapêuticas que os terapeutas imaginavam ganhar poder e plausibilidade como parte de um contexto histórico maior que incluiu um passado que começou antes da terapia e um futuro que se estenderá após o fim da terapia.

De forma notável, a história prospectiva não pode ser igualada aos objetivos e planos de tratamento, embora estes sejam incorporados a ela. Terapeutas tentam criar experiências terapêuticas significativas e não simplesmente alcançar determinados objetivos da maneira mais eficiente possível. Eles estão preocupados com o processo da terapia como um todo, no qual os pacientes terão experiências terapêuticas significativas ao lidar com desafios de forma bem sucedida, tais desafios irão motivá-los a acreditar na terapia e a trabalhar duro. Ao ouvir histórias terapêuticas de sucesso, achei raro o sucesso ter sido medido por alcançar o objetivo final. Ao contrário, a maioria dos terapeutas falou do sucesso como sendo a criação de experiências terapêuticas ao longo do processo, nas quais os pacientes desenvolveram uma melhor confiança e comprometimento em lidar com os desafios. A história global do tratamento se materializou.

Os terapeutas no Estudo de Raciocínio Clínico também trabalharam para criar experiências significativas para os seus pacientes, aquelas que merecem ser narradas, porque se a terapia precisava ser efetiva, então os terapeutas tinham que achar uma maneira de materializar o processo

terapêutico para o paciente. Cada terapeuta encarou o problema de construir atividades terapêuticas que foram suficientemente significativas para fazer com que os pacientes participassem ativamente. Os pacientes tiveram que ver algo que os interessasse na terapia. De outra forma, por que eles deveriam tentar? Se o paciente não tentar, a terapia não funciona. Parte disto se deve ao pedido do terapeuta para que o paciente faça coisas na terapia que ele ainda não se sente pronto ou acredita que não valerá o esforço. Mas, mais importante, os pacientes tiveram que se comprometer, pois precisaram se envolver nas atividades terapêuticas. Os terapeutas, freqüentemente, ficam com os pacientes por um pequeno tempo – somente algumas semanas ou menos. Eles devem ensinar uma série de habilidades ou devem melhorar um pouco o alongamento do paciente, mas geralmente, eles efetivamente dependem do uso da terapia como um catalisador para ajudar os pacientes a começarem a ver o que eles podem fazer por si mesmos, mesmo quando o terapeuta não estiver presente.

Por exemplo, um terapeuta está trabalhando com um paciente com lesão medular, ensinando-o a mover peças de xadrez com um bastão de boca. Não é suficiente este paciente aprender a mover as peças de xadrez para que a terapia seja bem sucedida; ele deve assumir estar comprometido com a tremenda concentração necessária para desempenhar esta tarefa que anteriormente era trivial. Ele deve assumir o porquê de trabalhar tão duro em algo que uma vez foi tão fácil. Isto é tão crítico quanto às habilidades que ele adquire. O tempo junto ao terapeuta, em si, deve oferecer um tipo de imagem existencial de como ele deve viver sua vida no futuro, com esta deficiência. A terapia não irá funcionar, não de modo catalítico, quando os pacientes vão para casa ao deixarem o hospital, e não estiverem fortemente

comprometidos com o processo. Sem experimentar o tratamento pelas atividades em uma instância comprometida, eles não verão nenhum futuro nela. Eles não verão qual é o alvo a ser atingido.

Se o paciente vem a se comprometer com o processo terapêutico, então tanto o paciente como o terapeuta devem partilhar uma visão sobre o porquê de se engajar em qualquer tipo particular de tratamento pelas atividades, para que isto faça sentido. Vir a compartilhar tal visão, requer que o terapeuta e o paciente vejam como este tratamento pelas atividades levará o paciente a algum futuro que ele ou ela podem cuidar desde agora. Tal visão não pode ser reduzida a um prognóstico geral ou mesmo a uma compreensão partilhada do plano de tratamento. O terapeuta e o paciente devem compartilhar a história sobre o processo terapêutico; eles devem se ver em uma mesma história. Isto é um tipo de história futura, uma história que ainda não aconteceu, ou que parcialmente aconteceu – uma história que ainda não tem fim.

Como uma história como esta é construída? Geralmente ela não é construída mediante uma narração explícita, mas, ao contrário, mediante a partilha de experiências terapêuticas poderosas que apontam para uma história prospectiva – o caminho que a terapia irá tomar. O raciocínio clínico requer que o terapeuta veja as possibilidades para (a) criar experiências importantes nas quais o paciente possa ter interesse, (b) mover-se para agir nestas possibilidades, (c) responder aos movimentos que o paciente retornar, e (d) construir na experiência, mostrando ao paciente um futuro no qual a experiência terapêutica se torna um bloco da construção. Na linguagem da narrativa, a experiência se torna um episódio em uma história muito maior. O terapeuta conta a história não em palavras, mas em ações que criam uma experiência com a qual o paciente pode lidar.

Eu me apoiei no trabalho dos filósofos Ricoeur (1984) e White (1987) que descrevem este trabalho terapêutico como um “entrelaçamento”. A tarefa narrativa dos clínicos é a de pegar os episódios de ação dos encontros clínicos e colocá-los em uma trama coerente. Uma trama é o que dá unidade, ao invés de uma sucessão de eventos sem sentido. De forma simples, “entrelaçamento é uma operação que desenha uma configuração a uma simples sucessão” (Ricoeur, 1984, p. 65). O que chamamos de história é precisamente esta ordenação de uma sucessão de eventos (i.e., uma série de atividades de tratamento) em partes que pertencem a uma narrativa maior e global. Quando um processo terapêutico foi entrelaçado com sucesso, ele é conduzido e moldado para um sentido de fim (Kermode, 1966). Ter uma história singular é ter produzido um todo de uma sucessão de ações. Estas ações, então, assumem seus significados ao pertencer e contribuir para a história como um todo. Uma história, escreveu Ricoeur, “deve ser mais que a enumeração de eventos em uma ordem serial: deve se organizar em um todo compreensível, de modo que possamos sempre perguntar qual a ‘idéia’ desta história” (p. 65).

As narrativas oferecem uma estrutura de sentidos à vida ao longo do tempo. As narrativas contadas constituem, emprestando o argumento de Ricoeur (1984), uma ação compreendida como uma história não contada até então. Ou, na frase provocativa de Ricoeur, “ação é a empreitada da narrativa” (p. 74). Terapeutas estão em uma cruzada para transformar suas ações e as ações de seus pacientes em histórias ainda não contadas.

Isto pode ser traduzido em uma linguagem clínica mais familiar como uma leitura narrativa dos objetivos de tratamento. Quando um terapeuta ocupacional faz uma avaliação do paciente, o resultado é uma lista de objetivos de tratamento. Objetivos, de acordo com Ricoeur (1984), não são predições do que irá acontecer; ao contrário,

eles expressam as intenções e preferências do ator. Estes objetivos expressam um comprometimento terapêutico. Eles capturam o que o terapeuta pretende realizar ao longo do curso da terapia. Os objetivos do tratamento é uma expressão do compromisso do terapeuta de cuidar de um paciente específico.

Como terapeutas ocupacionais têm apontado (Rogers, 1983; Rogers & Kielhofner, 1985), uma primeira tarefa do raciocínio clínico é a individualização dos objetivos de tratamento. Narrativamente, individualização envolve a construção de uma história singular do processo de tratamento ao invés de confiar em linhas genéricas de ação que dispõe, lado a lado, os objetivos *standartizados* e as atividades.

Entrelaçamento terapêutico: um exemplo de caso

Uma maravilhosa ilustração do processo de usufruir narrativamente o tratamento é dada por O'Reilly (1990), que, como parte do Estudo do Raciocínio Clínico, descreveu seu trabalho com um grupo de pacientes portadores de dano cerebral. O'Reilly narrou uma situação na qual lhe foi solicitado que assumisse um malogrado grupo de dano cerebral que estava sendo pouco investido. A primeira coisa que a aborreceu foi o nome do grupo – o Grupo de Membro Superior. Ela descreveu sua primeira visita ao grupo, “Eu entrei na grande área de tratamento de TO/FT na qual vi muitos internos espalhados nas mesas e nos equipamentos de exercício... Em uma mesa, um interno cuidadosamente colocava pequenos pinos em uma tábua de pinos... O que era mais memorável era o silêncio. Exceto pelo ranger das polias com pesos, de um pino que caía ou da voz tranqüila da terapeuta, não havia um som naquela sala” (p.2).

O'Reilly notou que muitos dos membros do grupo não estavam presentes, e quando ela começou a investigar, eles lhe disseram, “Isto aqui é uma perda de tempo”. Ela tentou muitas estratégias para atrair o grupo de volta, mas nada funcionou. Ela tentou compreender o que estava acontecendo:

Eu gostaria de saber, ‘O que há de errado com este grupo?’ e fiz uma lista mental:

1. O nome – eu vou falar com os internos sobre isso.
2. As atividades – sem significado, sem finalidade, sem objetivos relacionados ao cotidiano, nenhum objetivo que pertença aos pacientes.
3. Nenhuma interação dos membros com a terapeuta.
4. Ninguém está se divertindo – os internos estão entediados e a terapeuta está entediada (e maçante?).
5. Os internos experimentam algum progresso?
6. Quais as razões para atender ou não atender? E não há direção – nenhum tema. (O'Reilly, 1990, p. 2)

Embora O'Reilly não use a linguagem de uma história para descrever os problemas que ela notou, esta lista poderia facilmente ser recontada em termos narrativos. Sua avaliação de que o grupo não tinha direção e nem tema poderia ser reformulada para dizer que não havia uma trama para o grupo; não havia uma história na qual os membros do grupo fizessem parte. O grupo não ia a lugar algum, falando narrativamente. Qualquer grupo de atividades não é apenas um episódio em uma história desdobrada que os membros compartilham. As atividades do grupo enfocavam as partes doentes do corpo, como fazia supor o nome do grupo (Grupo de Membro Superior). Embora os exercícios possam ajudar a

melhorar a funcionalidade do corpo, eles não carregam nenhum significado intrínseco para os membros do grupo, porque o grupo de atividades não faz sentido algum nesta curta história dentro da longa história de vida dos pacientes.

A terapeuta ponderou o que fazer para começar a pensar nos membros do grupo individualmente. Sua maneira de tentar compreender representa um deslocamento de uma abordagem biomecânica da disfunção dos membros de grupo para ver esta disfunção como tendo significados pessoais em suas vidas. Ela descreveu seu raciocínio desta forma: "Eu pensei nas pessoas. O que eles querem? Do que eles precisam? Eles são tão jovens; e estão tão longe de casa. Eles querem ir embora. Eles querem ir para casa. CASA! Todos eles são de Nova Iorque! É isso! NOVA IORQUE! Eu tenho um tema para começar" (O'Reilly, 1990, p. 2).

O'Reilly estava pensando de forma narrativa. Ela não estava contando uma história, mas estava começando a enxergar uma história prospectiva na qual todos os membros do grupo poderiam fazer parte. Ela escreveu:

Eu tenho um tema para começar, mas eu não sei nada sobre Nova Iorque. A Diretora do Programa é de Nova Iorque... Eu vou agora mesmo para seu escritório. "Nova Iorque", eu deixei escapar, "O Grupo de Membro Superior, eles são todos de N. I., nada, tudo". Ela listou: "Empire State Building, Estátua da Liberdade, Ferrovia Long Island, o metrô". Sorrindo, "Você poderia ter um Grupo do Metrô de Nova Iorque". Eu repeti, "Nós poderíamos estar no metrô. Eles podem me levar para Nova Iorque. O que isso lembra – grafiteagem? Nós podemos grafitar. Eu preciso de uma sala nova, longe da grande sala de tratamento. Podemos usar a pequena sala de reuniões?" A Diretora do Programa respondeu "sim" e acrescentou que ela tinha um mapa do metrô de N. I. e que iria trazê-lo. "Eu serei a condutora... eu

tenho um terno azul." Ela disse, "eu acho que eu tenho um pequeno chapéu engraçado que passará por um chapéu de condutor." Nós vamos rir em todas as possibilidades desta atividade. Isto vai ser divertido! (O'Reilly, 1990, p. 3).

Ao decidir criar uma terapia de grupo em torno do tema de Nova Iorque, O'Reilly não apenas localizou a terapia em algo relevante do passado destes pacientes, mas também a localizou em um futuro que eles desejavam. Este estudo se passou com pessoas jovens internadas em uma modalidade de longa-duração para cuidados de doenças crônicas em Massachussets, cidade em que os internos raramente moravam. Estes pacientes querem ir para casa.

O'Reilly inventou a engenhosa idéia de transformar a sala de terapia na estação de metrô de Nova Iorque. Ela também arquitetou uma forma de gerar algum interesse no grupo:

Eu fui direto ao quarto do Mike e pedi-lhe que garantisse que todos viessem ao grupo hoje. "Eu planejei um tipo diferente de atividade hoje, e eu realmente gostaria de poder conversar com todos para que então a gente possa fazer alguns planos juntos". Mike pontuou que ele não iria pois odiava o grupo. Eu disse a ele que compreendia isso e que talvez ele pudesse reunir todo mundo para mim, e permanecer um pouco. "Então, se você ficar realmente insatisfeito com a atividade, você pode ir embora". Ele concordou. Eu dei a ele uma pequena sacola que continha fichas de pôquer e pedi a ele que desse uma para cada membro do grupo da lista que estava junto e que eles as trouxessem ao grupo. "Certo, mas o que são essas fichas, são para quê?" "É uma surpresa. Vejo você a 1:30". (O'Reilly, 1990, p. 3)

Notavelmente, ao anunciar o grupo, ela introduziu um elemento narrativo chave a qualquer história – o elemento do suspense. Em qualquer boa história,

o leitor desejará saber o que vai acontecer depois. Para se preparar para o encontro do grupo, a terapeuta cobriu com papel três paredes da sala de terapia. Ela etiquetou alguns pontos com nomes de rua e paradas de metrô e pendurou o mapa do metrô na quarta parede.

Bem na hora marcada para o grupo começar, O'Reilly ficou ao lado da porta em seu uniforme de condutor de metrô (tentando não se sentir tão tola diante da surpresa de outros colegas do hospital) e esperou os membros do grupo chegassem. Ela própria se sentiu insegura sobre o que iria acontecer:

Eu espalhei os materiais, coloquei meu uniforme de condutor e fiquei ao lado da porta, onde havia uma placa com os dizeres: NOVA IORQUE POR AQUI. Enquanto eu esperava pelos passageiros, meu estômago se agitava de ansiedade e excitação, e eu gostaria de saber para onde esta via de metrô iria nos levar. (O'Reilly, 1990, p.3)

Ela descreveu o que aconteceu em seguida:

Assim que os membros chegaram, conduzidos por Mike, eu peguei as suas moedas, explicando que isto era a passagem ida e volta para o metrô de Nova Iorque. Nancy deu um sorriso largo, Eileen olhou perplexa. Bobby mexeu os ombros como quem não liga. Mike disse, numa grande gargalhada, "você é louca!". Assim que estes viajantes entraram na sala, eu ouvi risadas silenciosas e questionamentos como, "o que ela está fazendo?", e comentários como, "É melhor do que a outra sala". Depois, risos silenciosos, risadas, reconhecimentos. Eles foram de parada em parada, lendo, comentando, sempre sorrindo! [Assim que se voltaram para ela, ela explicou] "Vocês, pessoal, são todos de N. I. certo? Esta é uma estação de metrô de N. I. Todos vocês já andaram de metrô, certo? M. me contou que há grafite lá, palavras e desenhos nas paredes, no metrô. Vocês vão grafitar. Vocês se lembram do

grafite, não?" "Sim" sorriu Mike, "mas nada que eu pudesse fazer AQUI!". Depois disto, eu fechei a porta, e disse, "Vocês podem escrever ou desenhar o que quiserem nesta sala. A única regra é que usarão as ferramentas que eu lhes darei". Estas ferramentas foram escolhidas com uma preocupação particular para cada um dos déficits motores dos pacientes: "Lápis coloridos grossos e pesos para pulsos para Mike que tem tremor, mas pincel e tinta para Bobby que está trabalhando a coordenação motora grossa, crayons para Nancy que precisa alongar punhos e dedos, carimbos para Eileen que não consegue agüentar resistência." (O'Reilly, 1990, p. 4)

O'Reilly descreveu a reação dos "viajantes" a esta nova atividade:

Eileen perguntou, "Onde supostamente deveríamos estar?" "Em qualquer lugar que você queira estar, e quando terminar o trabalho em um lugar, você pode se deslocar para outro. Você escolhe. Nancy começou: "Isto é ótimo... Bem como quando eu era criança." E lá fomos nós!

Deste ponto em diante, não pararam mais de desenhar, escrever, conversar e rir. Tantas atividades aconteceram nesta sala que é até difícil lembrar dos detalhes. Palavras, imagens, memórias e sentimentos cobriram as paredes:

"Este lugar me suga". "Meu traseiro está fincado aqui em Mass" "Lar doce lar". E assim por diante... Eu fui de um paciente a outro, perguntando sobre o seu trabalho ou só observando. Após 35 minutos, eu perguntei ao grupo pela nossa próxima sessão. Jogo do bastão ganhou unanimemente. Então, eu tive que admitir, eu não sei nada sobre jogo de bastão, eu pedi ao grupo que eles escrevessem as regras e o equipamento que iríamos precisar e que me entregassem na terça-feira. Eles concordaram, e, na verdade, começaram a trabalhar imediatamente. Assim que saí para ver meu próximo cliente, eu disse ao grupo, "Galera,

vocês podem ficar aqui um pouco mais. Só se certifiquem de levar seus escritos e desenhos quando saírem". Fiquei pensando... a arrumação pode esperar. (O'Reilly, 1990, p. 4)

O resultado final desta intervenção terapêutica foi o início da "Gangue de Nova Iorque", como eles vieram a se denominar mais tarde. Eles se encontravam não somente duas vezes por semana, mas também informalmente nos finais de semana, nos quais eles planejavam uma variedade de eventos e atividades. Suas aventuras incluíram "fazer *pretzels* gigantes e cozinhar cachorros-quentes para vendê-los em um carrinho improvisado; simularam uma viagem ao Central Parque; e construíram um álbum com fotografias do grupo, da casa, desenhos, cartões postais, e manchetes do *New York Times*" (O'Reilly, 1990, p. 4). A terapeuta começou uma história que fez brotar novos episódios. Ela possibilitou uma história terapêutica em movimento. A primeira sessão do grupo que O'Reilly descreveu em seu caso, não só teve uma trama coerente, isto é, com começo, meio e fim (fazendo grafite), mas também, devido ao seu sucesso, aquela história se tornou somente um episódio em uma história terapêutica que se desdobra, na qual os pacientes se tornaram o elenco dos personagens da Gangue de Nova Iorque. Até o nome do grupo veio dos próprios membros do grupo. Intervenções biomecânicas específicas foram integradas às atividades de uma forma significativa o que levou os membros do grupo a assumirem as suas partes neste drama, e a tarefa de escrever coisas nas paredes levou cada pessoa a expressar a sua própria voz, como ela era.

Quando O'Reilly teve a idéia de fazer algo com o tema de Nova Iorque, a história prospectiva que ela começou a visualizar (a que ela concretamente começou quando demarcou a sala e vestiu o uniforme de condutor) foi muito mais que uma lista de objetivos terapêuticos. Objetivos específicos foram incorporados na trama narrativa

que ela começou. O sucesso desta intervenção terapêutica foi medido quando os próprios pacientes assumiram a história e começaram a criar novos episódios que a terapeuta não poderia ter imaginado.

Falando narrativamente, a mudança do nome de Grupo de Membro Superior para Gangue de Nova Iorque representa mudanças em uma série de interações nas quais o tempo terapêutico era tratado como uma sucessão de atividades, isto é, um movimento procedimental não leva em conta o contexto ou a imagem do paciente, para uma modelagem narrativa da interação terapêutica na qual o tempo terapêutico foi sendo tramado pela imagem do clínico de como criar uma experiência terapêutica importante para os pacientes. A eficácia terapêutica desta intervenção vai além de ir ao encontro de objetivos de tratamento. Fala sobre a criação de uma experiência que oferece aos participantes uma visão deles próprios como atores no mundo, isto é, mais que somente pacientes.

Conclusão

Pensar narrativamente é uma via central para que os terapeutas possam considerar a disfunção nos termos fenomenológicos de vidas em sofrimento. Pensar narrativamente guia os terapeutas quando eles tratam o corpo fenomenológico; que é quando estão preocupados com a experiência de doença de seus pacientes e em como a disfunção está afetando suas vidas.

Neste artigo, eu examinei dois tipos de pensamento narrativo. Um é a narrativa como uma forma de conversa que os terapeutas usam para considerar certos tipos de meandros clínicos. Devido ao fato das narrativas serem predominantes quando a questão são as ações humanas, elas oferecem um ponto de vantagem particular do qual se pode ver a natureza da prática clínica e posicionar problemas clínicos. As histórias que os terapeutas contaram retratam a disfunção de um

ponto de vista centrado no ator. Elas eram pessoais, até individualistas, construídas sob a estrutura da atuação dos atores. A própria disfunção transformou-se de um evento fisiológico em um evento repleto de significados pessoais, isto é, em uma experiência da doença. Condições fisiológicas gerais foram colocadas em segundo plano. O que foi colocado como central foi a maneira como os atores específicos, com suas próprias motivações e compromissos, fizeram coisas pelas quais podiam elogiados ou censurados.

A segunda forma de pensamento narrativo, que ocorre na terapia ocupacional de um modo mais sutil, é fazer histórias, que envolvem a criação ao invés de apenas contar histórias. Contar histórias é sempre retrospectivo – uma forma de considerar eventos passados – ao passo que fazer histórias é amplamente prospectivo, jogar com imagens que os terapeutas possuem sobre o que eles gostariam que acontecesse na terapia. A criação de histórias como um entrelaçamento terapêutico se preocupa com a forma dos terapeutas trabalharem para estruturar narrativamente a terapia, e então criar eventos terapêuticos dramáticos que conectem a terapia à vida do paciente. Frequentemente, a busca por uma história terapêutica repleta de sentidos parece ser engatilhada pela resistência ou alienação do paciente às atividades inicialmente oferecidas, como no caso dos membros do Grupo de Membro Superior. O que quer que os impulsionem, os terapeutas tentam criar experiências clínicas nas quais haja uma ocorrência ou um evento significativo para o paciente na terapia, na qual a própria terapia seja uma curta história na longa história de vida do paciente.

Referências Bibliográficas

BENNER, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Reading, MA: Addison-Wesley.

BRUNER, J. (1986). *Actual minds, possible words*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

BRUNER, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

BURKE, K. (1945). *A grammar of motives*. Berkeley, CA: University of California.

COLES, R. (1989). *The call of stories*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

DRAY, H. (1971). On the nature and role of narrative in historiography. *History and Theory*, 10, 153-171.

DRAY, H. (1980). *Perspectives on history*. London: Routledge & Keegan Paul.

DREYFUS, H. & Dreyfus, S. (1986). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: Free Press.

FOSTER, E. M. (1927). *Aspects of the novel*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

GARDNER, H. (1892, March). The making of a storyteller. *Psychology Today*, pp. 49-63.

GOOD, B. (1977). The heart of what's the matter: The semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 25-28.

GOOD, B. & Delvecchio-Good, M. J. (1980). The meaning of symptoms: A cultural hermeneutic model for clinical practice. In I. Eisenberg and A. Kleinman (Eds.), *The relevance of social science for medicine* (pp. 165-196). Norwell, MA: D. Reidel.

GOOD, B. & Delvecchio-Good, M. J. (1985). *The cultural context of diagnosis and therapy*. Unpublished manuscript.

KERMODE, F. (1966). *The sense of an ending: Studies in the theory of fiction*. London: Oxford University Press.

KLEINMAN, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic.

KLEINMAN, A. & Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.

KUHN, T. (1962). *The structures of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.

MATTINGLY, C. (1991). What is clinical reasoning? *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 979-986.

O'REILLY, M. (1990). *The New York Subway*. Unpublished data, Tufts University Clinical Reasoning Institute, Boston.

PUTNAM, H. (1979). *The meaning and the moral sciences*. Boston: Routledge & Keegan Paul.

RICOEUR, P. (1984). *Time and narrative* (Vol. 1). Chicago: University of Chicago Press.

ROGERS, J. (1983). Clinical reasoning: The ethics, science and arts. *American Journal of Occupational Therapy*, 37, 601-616.

ROGERS, J. & Kielhofner, G. (1985). Treatment planning. In G. Kielhofner (Ed.), *A Model of Human Occupation* (pp. 136-155). Baltimore: Williams & Wilkins.

RORTY, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

SCHÖN, D. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic.

SCHÖN, D. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass.

WHITE, H. (1987). *The content of the form: Narrative discourse and historical representation*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Notas (Endnotes)

Este artigo foi publicado na *American Journal of Occupational Therapy*, Novembro, 1991, Volume 45, Número 11, p. 998-1005.