



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Laura Corrêa de Magalhães Landi

Cuidados em saúde: das inquietações aos atos.

Rio de Janeiro

2018

Laura Corrêa de Magalhães Landi

Cuidados em saúde: das inquietações aos atos.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tatiana Wargas de Faria Baptista

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Carolina de Oliveira Nogueira

Rio de Janeiro
2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

L257c Landi, Laura Corrêa de Magalhães.
Cuidados em saúde: das inquietações aos atos / Laura
Corrêa de Magalhães Landi. -- 2018.
117 f.

Orientadora: Tatiana Wargas de Faria Baptista.
Coorientadora: Carolina de Oliveira Nogueira.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz,
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de
Janeiro, 2018.

1. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.
2. Assistência à Saúde. 3. Hospitais Gerais. 4.
Humanização da Assistência. 5. Antropologia Cultural. I.
Título.

CDD – 22.ed. – 362.1

Laura Corrêa de Magalhães Landi

Cuidados em Saúde: das inquietações aos atos.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Tatiana Vargas de Faria Baptista
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Carolina de Oliveira Nogueira

Prof.^a Dr.^a Roberta Gondim de Oliveira
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Instituto de Medicina Social

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos
Instituto de Medicina Social

Prof. Dr. Eduardo Alves Melo
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro
2018

Para Leandro que ficou ficando na minha vida,
Lina que saiu saindo da (minha) vida e
Miguel que chegou chegando na (minha) vida.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas com quem eu convivi durante os anos de trabalho nos serviços de saúde, pessoas com as quais eu aprendi e vivi, pessoas que de maneiras distintas alimentaram minhas inquietações e ampliaram minha visão de mundo. Pessoas e encontros sem os quais eu não carregaria as questões que me levaram ao mestrado e não teria produzido esta dissertação. Às companheiras amigas da sala de psicologia, obrigada pelos cafés da manhã regados de conversas!

Obrigada Miguel, filho, por encher nossa casa com seu sorriso de espremer olhinhos. Sua presença forte e calma, suas noites logo dormidas inteiras, sua tranquilidade e animação, suas poesias e cantorias, sua paciência com essa mãe que fica horas lendo ou horas no computador, sua paixão por livros, seu olhar curioso e sua atenção para as leituras que mamãe fazia de Foucault em voz alta, tudo isso possibilitou essa dissertação. Obrigada, pequeno!

Ao meu companheiro, pelo Amor e pela Vida vividos intensamente. Leandro, obrigada por compartilhar danças e viagens, famílias e amigos, filhos, o dia a dia, comidas e Cevaderias, gargalhadas e choros, os grandes momentos e os pequenos fazeres cotidianos (sábado de manhã tem feira orgânica!). Obrigada por cuidar de mim!

À minha mãe e ao meu pai, que não sei bem como, me ensinaram o respeito a todos os seres humanos e a todas as formas de viver.

Obrigada a minha família! Aos Karam Corrêa de Magalhães, por me ensinarem que os cuidados podem vir em sabores.

Aos Landi, por me mostrarem como o silêncio fala.

Aos Corrêa Vairo, minha família mais recente, que se transformou com a chegada das três criaturinhas mais revolucionárias da vida. Miguel puxando o bonde e na sequência Maya e Bernardo, obrigada por renovar nossas vidas e encher nossos dias de esperanças e sorrisos (e algumas tantas fraldas sujas).

À minha fada-madrinha, que tanto cuida de mim. Obrigada Moki, por tudo! Moki e sua

italiana família, que me fez conhecer Titti e sua generosidade. Obrigada Titti!

Às minhas amigas e amigos da vida! Que me acompanharam desde pequena nas descobertas desse mundo: da mais tenra infância Luna e Fernanda; “as meninas do Cruzeiro” Mariana, Carol, Julia, Bel, Juliana, Flávia e Alice; as CAPianas Rita, Maria e Julia Ocampo; as heranças da faculdade de psicologia Tati, Luisa, Helena e Maíra; as meninas do Partiu Bia, Dri, Flavia, Amanda, Cecília; a grande parceira dos aprendizados de vida através do AT, Bettina; aquisições não tão recentes, o amigo Michele, presente em alguns dos anos mais libertários e divertidos da minha vida, minha amiga Marininha, obrigada por todas as conversas e “bibidas”, ao Gu que vem junto com Marina e me salva de todos os problemas “internáuticos” que eu possa ter; a herança do mestrado, Joyce; e minha concunhada e comadre Nanda, pelas conversas em tantos áudios de whatsApp, em que fomos descobrindo e construindo nossa maternidade e seus desafios. Companheira de puerpério, que me ouviu tanto falar sobre as divisões entre a maternidade, o mestrado e o trabalho.

Obrigada pela amizade de vocês e presença de vida!

A todos do coletivo Giramundo. Uma potência de coletivo!

Obrigada aos pequenos Lisa, Miguel, Iris e Chico, pela inspiração de toda segunda-feira, pela nova e inédita forma como vocês olham o mundo e a vida.

Obrigada aos grandes Leslie e Fernando, Leandro, Magda e Anders, Natália e Túlio, e nossas cuidadoras Gabi e Lu, que permitiram que eu me debruçasse sobre os cuidados múltiplos, sabendo que Miguel recebia múltiplos cuidados.

Às minhas queridas orientadoras, Tatiana Wargas e Carolina de Oliveira Nogueira, pela liberdade de escrita, pelo cuidado, respeito e confiança nas minhas ideias, por todas as orientações e indicações preciosas e precisas ao longo dessa pesquisa. Obrigada por me incentivarem nessa escrita!

Gostaria de registrar meus agradecimentos aos professores Roberta Gondim de Oliveira e Martinho Braga Batista e Silva, por todas contribuições e atenção na banca de qualificação e por aceitarem participar da banca de defesa, assim como aos professores Ruben Araujo de Mattos e Eduardo Alves Melo, pela disponibilidade em aceitar compor a banca de defesa desta dissertação.

Aos professores e professoras com quem tive o prazer de ter aulas ao longo do mestrado na ENSP e no Museu de Antropologia da UFRJ. Obrigada pelos ensinamentos, por me apresentarem a novas leituras e novas formas de ver o mundo.

À CAPES que, além das bolsas, me concedeu os quatro meses de licença maternidade ao longo desse mestrado.

Todxs vocês fazem parte do que eu sou, todxs vocês contribuíram de alguma forma com minhas inquietações, todxs vocês participaram de alguma maneira dessa pesquisa. Muito obrigada pela presença!

Se a uva é feita de vinho, talvez a gente seja as palavras que contam o que a gente é.

Eduardo Galeano, 2006, p.16

Tenho uma confissão: noventa por cento do que escrevo é invenção; só dez por cento é
mentira.

Manoel de Barros, 2013, p. 41

RESUMO

O objetivo principal desta pesquisa é analisar as práticas de cuidado em saúde. Com base em anos de experiência como psicóloga em um hospital geral, elaborei um estudo etnográfico, no qual é possível descrever, narrar e analisar o cotidiano dos profissionais de saúde sobre o ato de cuidar. Ao descrever e analisar práticas de saúde que levam a reflexões sobre o cuidado em saúde, pretendo reconhecer e refletir acerca das interfaces, relações e desafios que existem no cuidado e no conhecimento em saúde. Ao longo do estudo, analiso as práticas de cuidado nos fluxos desse hospital, o cuidado em suas formas oficiais de escrita, como as políticas do Ministério da Saúde, e o cuidado realizado no dia a dia do hospital. Seguindo Mol (2002), proponho pensar o cuidado como múltiplo. Dessa forma, foi necessário descrever esse hospital, olhar sua constituição enquanto uma "máquina de curar" (FOCAULT, 2015b), a posição que o hospital ocupa no Sistema Único de Saúde, a política de humanização e sua relação com o hospital. Abordo a discussão sobre o conhecimento, a racionalidade médica e suas críticas, e reflito sobre o encontro entre profissional e usuário, entre o cuidador e quem recebe o cuidado, para propor que em todo e qualquer encontro de saúde, certo cuidado é realizado. Observei uma lacuna entre o cuidado preconizado nos documentos e artigos de saúde e o cuidado concreto realizado nos serviços de saúde. É nessa distância aberta que proponho inserir a discussão desta dissertação.

Palavras-chave: Práticas de saúde. Cuidados em saúde. Hospital Geral. Humanização. Etnografia.

ABSTRACT

This research's main aim is to analyze health care practices. Based on years of experiences working as a psychologist in a general hospital, I now attempt at producing an ethnographic study in which it will be possible to describe, narrate and analyze the daily life of health professionals regarding the act of care. In describing and analyzing health practices that lead to reflections on health care, I intend to recognize and analyze the interfaces, relationships and challenges that exist in care and knowledge in health. Throughout the study, I look at practices of care at this hospital's flows; the care in its official written forms such as on the Ministry of Health policies and the care that is performed on the everyday lives at this hospital. Following Mol (2002), I proposed to think the care as multiple. In this way, it was necessary to describe this hospital, to look at its constitution as a "healing machine" (FOCAULT, 2015b), the position that the hospital occupies in the Unified Health System, the humanization policy and its connection to the hospital. I approach the discussion about the knowledge, medical rationality and its criticisms, and I reflect on the meeting between professional and user, between caregiver and who is cared to proposed that in any and every health encounter there is a certain care that is performed. I observed a gap between the care advocated in the health documents and articles and the concrete care done in the health services. It is in this open distance that I propose to insert the discussion of this dissertation.

Keywords: Practices of care. Health care. General Hospital. Humanization. Ethnography.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA	Câncer
CETIPE	Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico
CO	Centro Obstétrico
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
MS	Ministério da Saúde
NUAPS	Núcleo de Atendimento ao Profissional de Saúde
PAD	Programa de Atendimento Domiciliar
PAF	Projétil de arma de fogo
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TSU	Tentativa de suicídio
UTI-NEO	Unidade de Tratamento Intensivo Neo-natal

SUMÁRIO

1	PRÓLOGO	13
2	ATO I: O PERCURSO	19
3	ATO II: O CENÁRIO	32
3.1	O FLUXO	42
3.2	ROTINAS, PLANTÃO E HUMANIZAÇÃO	44
4	ATO III: A CHEGADA	47
4.1	O SUS E A PSICOLOGIA NO HOSPITAL	53
4.2	A HUMANIZAÇÃO, SUAS POLÍTICAS E O HOSPITAL	61
5	ATO IV: OS SABERES E OS CUIDADOS	76
6	EPÍLOGO	100
7	POSFÁCIO	106
	REFERÊNCIAS	111

1 PRÓLOGO

Se estamos condenados a contar histórias que não podemos controlar, que ao menos não contemos histórias que acreditamos ser verdadeiras.

James Clifford, 2016b, p.180

Considero importante antes de apresentar o tema desta pesquisa, esclarecer alguns pontos sobre o formato e a estrutura do que será abordado nas próximas páginas.

Pretendo, nessa pesquisa, refletir sobre os cuidados que se passam em um hospital geral do Sistema Único de Saúde (SUS). Não se trata apenas dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde aos “pacientes” ou aos “leitos”, que é a locução nativa utilizada para nomear os sujeitos que procuram cuidados em hospital geral¹, e sim de uma reflexão sobre como esse conceito e práticas se fazem presentes entre as pessoas, no cotidiano deste serviço, nas relações e nos fluxos que são estabelecidos, nas palavras que são ditas ou silenciadas.

A proposta deste estudo é assumir as práticas de saúde e de pesquisas marcadas por uma escolha que reconhece a impossibilidade da imparcialidade. É importante enfatizar que a construção desta pesquisa se dá a partir de situações vividas em um hospital geral, que deixaram marcas, questões e inquietações ecoando em mim.

Ao refletir sobre a neutralidade e objetividade dos trabalhos acadêmicos, Mattos (2010) afirma:

Tornou-se praticamente um senso comum nos tempos modernos a ideia de que a qualidade do conhecimento acadêmico, que alguns preferem denominar de conhecimento científico, fundamenta-se na busca de um conhecimento objetivo e neutro. A objetividade, entendida hoje pelo senso comum como correspondência à realidade, seria alcançada pela completa supressão e superação da mera opinião, e de qualquer traço da subjetividade de quem produz o conhecimento (MATTOS, 2010, p. 314).

Neste sentido, essa pesquisa parte de inquietações vividas nas práticas de saúde para refletir acerca de questões dos cuidados, perpassando uma análise de políticas do Ministério da Saúde (MS), conceitos de autores e pesquisadores da área da saúde, mas mantendo o foco

¹ Optei por utilizar os termos “paciente” e “leito” em detrimento de “usuário” ou “cliente”, por se tratar das formas como os diferentes profissionais de saúde reconhecem aqueles que chegam ao hospital geral. Paciente e leito são “categorias nativas”. Existe um jogo de tensionamento entre elas, que marca o campo. Esta problematização será melhor desenvolvida nesta dissertação.

sobre as praticidades, como sugere Mol (2002).

Proponho refletir sobre essas vivências, reconhecendo e assumindo a parcialidade, a parte de mim que vive aí, as escolhas feitas e seus efeitos, inclusive, no processo de escrita dessa pesquisa. O primeiro não-apagamento que procuro enfatizar é aquele do meu ponto de vista, o motivo pelos quais tais questões me inquietaram e como se constituem em pontos fundamentais, formando pilares para esse estudo.

Nos anos em que trabalhei em hospital geral, pude observar que o jaleco parece introduzir uma distância entre o profissional e o paciente. O único corpo presente, a ser cuidado, passaria a ser aquele do paciente. Nos anos de graduação e de mestrado, observei que nas pesquisas acadêmicas da área da saúde, grande parte da produção é escrita pelo profissional que desaparece dentro do jaleco ou por aquele que um dia usou o jaleco, mas hoje analisa a partir do meio acadêmico, marcando uma presença, que se pretende distanciada, deste profissional de saúde diante de seu objeto de pesquisa. Seu corpo, seu desejo e sua subjetividade são cuidadosamente retirados do trabalho e da escrita.

O uso do jaleco na área da saúde pode ser entendido a partir de algumas possibilidades. Nogueira (2016) destaca o jaleco, usado na Clínica da Família, nas visitas domiciliares e nas incursões pelo bairro, como um “diferenciador”, podendo “servir de proteção”, uma vez que “autoriza, confere legitimidade para que se circule pelo bairro” (p. 93). No hospital geral, em função dos cuidados em relação à possibilidade de contaminação, o uso do jaleco é controlado de acordo com o local em que se está, por exemplo, é obrigatório para todos os profissionais de saúde em qualquer atendimento, no entanto, é proibido seu uso durante os momentos de alimentação no refeitório. Além do jaleco marcar uma distância entre profissional de saúde e paciente, ele autoriza o caminhar do profissional por dentro do hospital, legitima suas falas, seus silêncios, seus cuidados, sendo, ao mesmo tempo, um dispositivo e efeito de poder. Nogueira (2016) enfatiza que “o jaleco constitui um elemento de informação e comunicação sobre quem são aquelas pessoas, para que elas estão ali, com qual intuito e objetivo” (p. 93).

O objetivo desse estudo é retirar o jaleco e entrar nas situações vividas como psicóloga de jaleco no hospital geral, narradas aqui, e analisá-las. A proposta é construir um estudo etnográfico acerca das práticas de cuidado em saúde, considerando a etnografia enquanto um modo de produção de conhecimento, um princípio de pesquisa. Clifford

(2016a)² define a existência de um mundo de etnografia generalizada, considerando a etnografia como um gênero de escrita que se articula à política e à poética, estando “sempre enredada na invenção” (p. 32). A etnografia é tomada aqui em sua dimensão de “atividade textual híbrida: ela atravessa os gêneros e as disciplinas” (p. 61), sendo sempre escrita.

A estrutura da dissertação está dividida em sete partes: este prólogo, quatro atos, um epílogo e um posfácio. No “Ato I: O Percurso” trago uma introdução ao tema da pesquisa que pretendo desenvolver, os objetivos e os caminhos percorridos.

No segundo ato, faço uma descrição do cenário, do espaço físico interno e externo, dos fluxos, do funcionamento e das rotinas do hospital para que o leitor possa chegar nessa unidade de saúde, situar-se e me acompanhar pelos corredores e atendimentos. Meu intuito, com esta narrativa, é tentar produzir um jogo de luz em que sobressai a centralidade das práticas e dos fazeres em saúde que permeiam o que, neste estudo, é entendido como cuidar. Neste ato, trago duas cenas, uma sobre os fluxos do hospital e outra sobre o início do plantão da psicologia no setor da emergência.

No “Ato III: A Chegada”, trago a chegada ao hospital, situo um pouco o debate acerca dos hospitais e a rede do SUS, a entrada dos profissionais de psicologia nos serviços hospitalares, bem como abordo as políticas de humanização. As cenas que compõem esse ato são sobre a chegada ao hospital para um dia de trabalho e sobre um pedido de atendimento para a psicologia na emergência pediátrica.

No último ato, “Os Saberes e os Cuidados”, abordo os modos de produção de saberes biomédicos e a relação que se dá entre a produção de saberes e de cuidados. Parto de Foucault (1994) e Canguilhem (1995) para pensar sobre a constituição da medicina ocidental contemporânea. Com autores da área da saúde, como Camargo Jr (2005), Mattos (2001, 2010, 2013), Barros (2007), Ayres (2004a, 2004b, 2007), Cecilio (2011, 2016) e Merhy (2004), reflito sobre a discussão acerca dos cuidados em saúde e proponho, a partir de Mol (2002), pensar o cuidado enquanto múltiplo. Neste ato, trabalho uma cena em que a paciente se recusa a aceitar o tratamento indicado.

No epílogo, está um desfecho e algumas considerações finais a partir de mais uma cena em que a morte se faz presente e um corpo morto sai do hospital. Ao final da escrita da dissertação, escrevi algumas observações sobre o próprio processo de escrita e sobre

² O livro “A escrita da cultura: poética e política da etnografia” organizado por Clifford & Marcus foi publicado nos Estados Unidos em 1986, sendo traduzido para o português somente em 2016, em uma edição brasileira. Os artigos trazidos nessa coletânea tratam da relação entre sociedade, cultura e linguagem, a partir da concepção da etnografia enquanto um gênero literário, imprimindo uma nova visão sobre a relação entre o texto etnográfico e a “cultura descrita”.

acontecimentos que se deram neste período, que (re)voltavam em minha memória. Optei por incluí-los em um posfácio, que traz uma pequena e última cena.

Como vimos, a estrutura da presente dissertação dá-se em atos e cenas.

Ato, de acordo com o Dicionário Aurélio (1988), refere-se, entre outras definições, a uma das partes que compõem uma peça teatral. Os atos mantêm uma relação causal entre si, permitindo que a construção narrativa seja guiada pelas cenas do início ao fim do trabalho. O Dicionário também remete o ato a uma prática, àquilo que se fez. A partir das definições de ato trazidas pelo dicionário, é possível perceber a importância deste conceito e como ele é usado nas diferentes áreas de saber. Ao propor o formato desta dissertação em atos, tomo emprestada reflexões sobre o que representa o ato para o teatro, para a saúde, para a psicanálise e para a linguística.

A escolha por este termo deu-se pelo estudo partir das práticas, muitas vezes fragmentadas, mas também pelo viés clínico em sua acepção de cuidado, que o ato traz consigo. O ato de cuidar é um conceito bastante usado e debatido em diversos artigos da área da saúde, como veremos no Ato IV desta dissertação.

Na psicanálise o ato está presente em diversos conceitos, como ato falho, ato psicanalítico, passagem ao ato, entre outros. Para Lacan (1967/1968), o ato está no centro da ação, o ato é um agir, um fazer, que instaura uma ruptura, que tem efeitos e, assim, abre caminhos para novas possibilidades, portanto, o ato institui uma criação.

Não posso deixar de mencionar a dimensão de ato trazida por Austin (1975). Os “atos de fala” e a relação que o autor estabelece entre as falas e a ação, a fala tomada enquanto um ato na linguagem faz com que algo aconteça, é um ato que opera e constrói. De acordo com este autor, além de buscar informar, as falas são modos de agir no mundo e nas relações com os outros, e como consequência desse fazer, elas transformam e impactam.

A partir dessas reflexões sobre o ato, proponho que as falas descritas nas cenas, que compõem minha pesquisa, podem ser entendidas como atos, são cenas que carregam atos. A própria escrita dessa dissertação pode ser tomada enquanto ato, no sentido de abrir a discussão para novas possibilidades.³

Em todos os atos, a discussão é costurada a partir das inquietações produzidas pelas cenas e das questões que elas suscitam para refletir e problematizar os cuidados e a humanização em um hospital. As cenas são pequenas histórias baseadas em situações que

³ Não será possível aqui aprofundar o estudo acerca do ato e seus usos nas diferentes áreas, apenas pontuei algumas reflexões que justificam o formato escolhido para apresentar essa dissertação em atos.

vivi naquele hospital. Optei por não separar as cenas em um único ato, tampouco destacá-las na formatação da dissertação. Por vezes, pode haver uma ruptura causada pela entrada de uma cena no meio do texto. É a vida que puxa essa história e discussão. E nela os acontecimentos fazem-se sem subtítulos ou avisos, não são anunciados, ao contrário, podem ser atropelados, como alguns dos casos que entram na emergência deste hospital. A rotina do hospital é cheia de fluxos estabelecidos (por normativas ou pelo próprio funcionamento do hospital), desafiados constantemente pelos fluxos do inesperado. É isso que procuro reproduzir com esse formato da dissertação.

É importante, a partir da singularidade de cada situação vivida, poder refletir sobre um fazer saúde. Meu compromisso aqui não é representar o hospital e sim trabalhar sobre o que foi vivido naquele espaço, em um determinado período de tempo, envolvendo encontros e desencontros que aconteceram e os atos que foram feitos. Esses relatos não descrevem “a” história, apenas algumas narrativas entre tantas outras.

Tratam-se de narrativas que trazem fragmentos de histórias compondo cenas que são práticas de cuidado em um hospital geral. As cenas aqui descritas narram o ambiente, procuram situá-lo e retratar o vivido. A escolha pelo material episódico e curto dá-se pela própria característica do trabalho em um hospital geral, que é fragmentado e pontual.

Ao descrever esse hospital, faço-o influenciada pela leitura e conceitos trazidos por Mol (2002), em sua escrita sobre práticas. A preocupação aqui não é com uma narração contínua, uma história com início, meio e fim. Trabalho com a descrição de cenas, momentos instantâneos, em que o cuidado entra em cena. Mais do que as descrições acerca dos fluxos estabelecidos neste hospital geral, interesse-me pelos cortes que se dão nesses fluxos, interesse-me pelas práticas que são feitas “na ponta”⁴.

Nessas descrições não procuro produzir uma “aparência de verdade – a verossimilhança” como sugere Geertz (2009, p. 13). Ao longo da dissertação, algumas descrições são narradas de forma mais extensa, como é o caso do cenário, isto é, do hospital onde as cenas se passam. Assim fiz não só para que o leitor possa me acompanhar pelos corredores e setores desta unidade de saúde, mas principalmente, porque foi essa descrição mais detalhada que possibilitou perceber como o cuidado é posto em prática de distintas maneiras, nos diferentes setores do hospital, nos diversos encontros e desencontros entre profissionais de saúde e pessoas, com algum sofrimento, que buscam atendimento.

⁴ Forma como se diz na área da saúde, referindo-se aos que trabalham diretamente com a população usuária do SUS, nas unidades de saúde.

Outras descrições são resultado de uma combinação de distintas situações vividas naqueles anos de trabalho, portanto, são narrativas permeadas pelo meu olhar e memória. Tratam-se de construções em que fiz uso de recursos, que tomo emprestados da psicologia, como condensações, deslocamentos e interpretações.

Pormenorizadas, mescladas ou condensadas, essas descrições são feitas reconhecendo que toda descrição carrega o olhar de quem as observou, ou seja, “o observador como ativo e criativo nas suas escolhas” (FREMLIN, 2011, p. 25).

É importante ressaltar que profissionais de saúde, pacientes e seus familiares foram cuidadosamente preservados nesta pesquisa. Além dos recursos já mencionados, através dos quais os fatos ficam retrabalhados pela minha memória, sendo, portanto, construídos e reconstruídos, há ainda o resguardo de toda e qualquer identidade, que ainda assim, pudesse escapar a tais recursos.

Faz-se importante, ainda, alguns esclarecimentos. Ao longo de toda a dissertação, as “categorias nativas” encontradas nas cenas ou nas políticas estarão entre aspas para marcar que não são palavras minhas, e sim, termos utilizados na área da saúde e por profissionais neste hospital. Nas cenas, faço uso das siglas utilizadas no hospital para nomear setores, pacientes, diagnósticos ou tratamentos por serem expressões nativas. Escolhi manter as siglas na tentativa de trazer para o leitor um pouco da forma como as comunicações se dão neste hospital.

Optei, também, por utilizar a categoria profissional encarnada em uma profissional “a psicóloga”⁵ para, assim, realçar mais o lugar que essa profissão ocupa e o saber que produz e, menos, para localizar pessoalmente a psicóloga que fez o atendimento.

Considero importante aprofundar o percurso, realizado nesta pesquisa, que me levou a optar pela etnografia. Na próxima seção, trago para a discussão, ainda com o objetivo de embasar e esclarecer a etnografia como escolha.

⁵ A partir do incômodo com uma observação minha, farei uso do termo psicóloga, no feminino, por existir um número superior de profissionais desta área do sexo feminino, assim como em outras áreas da saúde, como enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, por exemplo. Observei, também, haver uma exceção a este fato na medicina, onde existem muitos profissionais do sexo masculino. Poderia entrar mais a fundo em uma análise sobre a presença de tantas mulheres na área dos cuidados em saúde, com exceção da medicina. Contudo, isso seria outro trabalho, distinto do foco desta dissertação.

2 ATO I: O PERCURSO

In a sense, all ethnography is self-ethnography.

Walter Goldschmidt, 1977, p. 294

As questões que norteiam essa pesquisa surgem de inquietações vividas durante a minha prática como psicóloga em um hospital geral. Portanto, foram incômodos e estranhamentos⁶ que me levaram à pesquisa. Escolhi para desenvolver tal empreitada uma escola tradicional de Saúde Pública, por estar convicta que tais inquietações carregam questões importantes do campo da Saúde Coletiva e por acreditar na importância e necessidade de trazer ao debate as práticas realizadas cotidianamente em serviços de saúde.

Todavia, desde o início, o formato que tal pesquisa tomaria foi também uma inquietação. Qual metodologia deveria ser usada? Qual metodologia contempla uma escrita descritiva, como a que carrego, ou a possibilidade de escrita na primeira pessoa, uma vez que são inquietações minhas (e seria, no mínimo, estranho colocá-las em sentenças com sujeito indeterminado)?

A partir dessas questões, comecei a me aproximar de outras áreas para além da Saúde. Caminhei em direção à antropologia e conversei com autores clássicos, tradicionais ou, ainda, com autores mais recentes que fazem uma crítica à maneira clássica do fazer etnográfico. Assim, minha questão em relação à metodologia ganhou novo foco: um compromisso com as inquietações despertadas ao longo do percurso da pesquisa. Para isso, faço uso de autores do campo da Antropologia, tais como: Malinowski (1997; 1998), Geertz (2009), Velho (2008), Clifford (2016a; 2016b), Cho (2008), Das e Poole (2008), Mol (2002) e Peirano (2014).

Em seu conteúdo e formato, essa é uma pesquisa que aborda incômodos e estranhamentos. Inquietações que podem ter sido despertadas inicialmente em mim, mas que inevitavelmente ecoam no campo da saúde coletiva.

Cho (2008) traz para a discussão sobre a metodologia de pesquisa, a possibilidade de mesclar fantasia, ficção, relatos factuais e narrativas das ciências sociais ou da história, dando atenção ao que faz as lacunas, os intervalos, que marcam os não-ditos e mostram o

⁶ Considero importante fazer alusão ao conceito de “o estranho” desenvolvido por Freud (2006 [1919]), que traça uma aproximação entre o estranho e o familiar. De alguma maneira, o que se faz estranho para um sujeito está ligado ao que lhe é mais íntimo e familiar. Nas palavras do autor: “o estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar.” (p. 238).

que os furos da história podem carregar. A autora propõe uma mudança no foco da questão metodológica de uma pesquisa. Ao invés da preocupação estar em qual método deve ser adotado, ela propõe a questão sobre o que no percurso da pesquisa é rejeitado ou permanece invisível. Desta forma a autora traz para a discussão os fantasmas e os aspectos inconscientes envolvidos no tema da pesquisa e reconhece que o pesquisador faz parte de sua própria prática.

Nesta seção, pretendo apontar os caminhos escolhidos para desenvolver essa pesquisa: uma etnografia sobre o cuidado em saúde, escrita a partir de memórias de situações vivenciadas em um hospital geral. Para isso, será necessário também esclarecer alguns pontos sobre o formato da pesquisa, a ênfase dada à prática, bem como acerca da etnografia, não enquanto método de pesquisa, e sim como maneiras de se trabalhar com o que intriga e surpreende, com estranhamentos que nos levam a reflexões (PEIRANO, 2014).

Mol (2002) demonstra, na maneira como formata sua escrita no livro “The body multiple: ontology in medical practice”, a ênfase que dá à prática em sua pesquisa. O texto é dividido em duas partes, que são apresentadas simultaneamente nas páginas do livro. A autora, desta forma, apresenta-nos certa divisão entre a praxiografia que faz sobre uma doença e a discussão que faz ao trazer contribuições de outros autores.

O texto da parte superior do livro desenrola-se a partir de um campo, sobre distintas práticas de saúde em torno da arteriosclerose em diferentes setores de um hospital. A discussão sobre a literatura é feita pela autora em um segundo texto, que ocupa a parte de baixo das páginas do livro. Nessa parte o texto é apresentado em duas colunas, lembrando o formato de publicação de artigos científicos.

Diante dessa formatação, trago algumas questões: estaria a autora fazendo um jogo em que ora sobressai a prática e ora sobressai a literatura? Estaria ela apresentando a tensão existente entre o campo e a literatura? Seria uma crítica à supervalorização, encontrada no meio acadêmico, das discussões teóricas em relação à prática, muitas vezes relegada a segundo plano?

Mol (2002) afirma que seu estudo enfatiza a desunião. Seu objetivo é trabalhar com a multiplicidade dos objetos da medicina, mas poderia ser de qualquer outra disciplina. A autora defende que não há uma unidade dessas disciplinas. Seu compromisso é trazer a variedade de questões e materialidades encontrados nos objetos da medicina, reconhecendo que campo e literatura estão ligados.

Portanto, vale ressaltar que há intenso diálogo entre as duas partes apresentadas na diagramação feita nas páginas de seu texto. Apesar de, aparentemente, fragmentadas ou separadas, os conceitos trazidos e discutidos na parte de baixo já foram trabalhados pela autora na parte de cima do texto, portanto, as partes mantêm entre si uma coordenação. Na própria formatação de sua escrita, a autora já coloca para o leitor, na prática da leitura, a tese que sustenta, apresentando uma escrita múltipla sobre o corpo múltiplo. Para abordar a multiplicidade do corpo e suas doenças, Mol (2002) utiliza a multiplicidade da escrita. A meu ver a autora faz uso dessa formatação para reforçar e representar graficamente sua teoria sobre a prática e a importância dada à praxiografia.

Nesta dissertação procuro trazer para o centro da discussão as práticas, o cuidado em ato. As cenas aqui narradas materializam práticas, que posteriormente são analisadas, construindo e desconstruindo possíveis saberes em torno delas. Através dessas práticas, trazidas nas cenas, acesso o dia a dia, a rotina e os fluxos de um hospital geral, enceno os cuidados que fazem corpos.

Como psicóloga, na rede de saúde pública, comecei a observar as pessoas. Quando digo as pessoas não me refiro apenas aos pacientes, não me refiro aos ditos loucos, refiro-me a todas as pessoas: quem cuida, quem é cuidado, quem acompanha aquele que vai receber cuidado, quem fica aparentemente parado fazendo a segurança do lugar de cuidado, quem limpa, quem atende telefone... Pessoas que, à sua maneira, vivem e produzem aquela rotina, cada uma com sua participação e responsabilidade, influenciando e sendo influenciado, de maneira única, pelas relações que ali se constroem.

Fui afetada por questões que, de um modo geral, giram em torno do modo como a loucura é vivida e vista por cada pessoa, considerada louca ou não, e que carrega seus sofrimentos, como todos os seres humanos. Faz-se questão para mim, certa reflexão sobre o humano, não no sentido da pessoa que carrega o sentimento de humanidade e está envolvida em ações que promovem o bem ao próximo, mas sim o “humano, demasiado humano” (NIETZSCHE, 2005), que carrega em si a contradição, o sujeito no qual a divisão entre o bem e o mal se desfaz, o humano que carrega sua subjetividade, isto é, seus saberes e não-saberes, desejos, angústias, fantasias, loucuras, medos, incertezas e certezas, felicidades e infelicidades, seus excessos e faltas.

Embora esta dissertação se concentre sobre as experiências vividas durante anos de trabalho em hospital geral, também trabalhei em serviços da rede de saúde mental. Pude perceber que nesses espaços há diferenças importantes na maneira de ver e viver o humano

e sua subjetividade. No discurso da Saúde Mental já está incluída a dimensão subjetiva, expressões como "sofrimento psíquico" e "mal-estar" são usadas pelos profissionais dessa área, não apenas por psicólogas ou psiquiatras, mas estendendo-se às assistentes sociais, farmacêuticas, fonoaudiólogas, inclusive à equipe administrativa dos serviços de saúde mental, que também adotam esse vocabulário. Contudo, muitas vezes a fisiologia do corpo é deixada de lado com a explicação de que “tudo é psicológico ou subjetivo”. No que se refere ao ambiente hospitalar, notei uma dificuldade em relação ao que se acredita vinculado à saúde mental como a chamada "loucura" e para além desta, como por exemplo, a dimensão subjetiva: os sentimentos, dores e amores que cada um carrega dentro de si (e que se desvelam apesar de nós).

A maneira como a equipe de saúde do hospital recebe, trata e se dirige a uma pessoa portadora de transtornos mentais apresenta-se de forma completamente diversa da maneira como são atendidas outras pessoas que dão entrada no hospital geral.

A chegada de pessoas com sofrimento ou transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em uma emergência de hospital geral mobiliza a equipe de forma especial. Alguns profissionais reagem com piadas ou debocham do paciente, outros sentem medo e se afastam considerando tratar-se de uma pessoa perigosa. Essa população raramente é vista no ambiente hospitalar como sujeito em sofrimento físico e psíquico. Para a equipe de saúde hospitalar, a preocupação e ação são voltadas apenas para o sofrimento físico, para a dor no corpo. A dor psíquica e as emoções parecem não ter lugar nesse ambiente ou parecem assustar os profissionais, que, pelo que observei no hospital, tentam ignorar também seus próprios sofrimentos.

A linguagem usada nessas áreas é bastante diferente, constituindo dois discursos que expressam práticas diversas em cada tipo de serviço. O discurso usado no hospital geral é carregado de objetividade, jargões médicos e siglas para as patologias: CA para câncer, TSU para tentativa de suicídio, PAF para projétil de arma de fogo. Palavras curtas, siglas. Rapidez, pouca conversa com os pacientes, o objeto de atenção é a doença e não o doente. E a dita doença mental, nem como objeto, parece participar dessa equação.

A partir dessas inquietações observadas e vividas no cotidiano de serviços de saúde, foi possível perceber uma desarticulação entre as formas de cuidado características dos serviços voltados aos usuários de saúde mental e de saúde geral, que se refere às unidades destinadas à saúde do corpo como algo desconectado de sentimentos, afetos, contextos, talvez como uma matéria que, de tempos em tempos, adocece.

A fragmentação apontada aqui se refere não apenas a uma falta de diálogo entre os que cuidam da mente e os que se ocupam do corpo, mas também remete a uma aparente divisão da medicina, que marca o setor saúde, entre a biomedicina e a medicina social, e, principalmente, sobre uma fragmentação presenciada na prática de cuidado clínico, também encontrada ao realizar a pesquisa bibliográfica sobre o tema.

Bonet (2004) afirma que na prática da biomedicina há uma “tensão estruturante” (p. 11), marcada pelo dualismo entre os saberes e os sentimentos vividos ao longo do processo de busca por tais saberes. O autor remete esta tensão a um dualismo anterior, o material-espiritual, que associa “o corporal ao mensurável-objetivável e o espiritual ao intangível, ao social, ao psicológico” (p. 31). Bonet (2004) afirma haver uma hierarquia neste dualismo, que desde o século XVII até os dias de hoje, valoriza-se o material em detrimento do espiritual. Nas palavras do autor: “para a biomedicina, o valor está nas profundidades mensuráveis do corpo anatomizado.”⁷ (p. 31). Desta forma, fragmentações e dualismos estão na base não só do saber médico, mas do saber científico.

Desta mesma forma, observei que o funcionamento do hospital é caracterizado por inúmeras fragmentações ou pretensas fragmentações. Não apenas a dicotomia entre o corpo e a mente faz-se presente nesse espaço. O hospital é composto por diferentes setores, nos quais diferentes profissionais de saúde se ocupam de diferentes partes do corpo e atuam. Diferentes cuidados, diferentes saberes.

No espaço hospitalar também pude observar integrações ou pretensas integrações. A direção, os gestores, as normativas solicitam que a equipe composta pelos diferentes profissionais trabalhe de forma integrada. Os diferentes profissionais devem compor a “equipe multi”⁸ para tratar o paciente em sua complexidade, ou melhor, prestar um cuidado integral. Na saúde, a integralidade⁹ é um conceito polissêmico. Mattos (2001) aborda os sentidos da integralidade e a apresenta como maior que uma diretriz do SUS estabelecida na Constituição Brasileira, sendo também “uma ‘bandeira de luta’, parte de uma ‘imagem objetivo’, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis” (p. 1/2).

Desta forma, ao longo da pesquisa, deparo-me com fragmentações e integralidades que quando analisadas mais profundamente mostram-se como falsas dicotomias. A

⁷ No Ato IV: os saberes e cuidados, abordarei mais sobre a biomedicina e a racionalidade médica.

⁸ “Equipe multi” diz respeito a equipe multiprofissional. É um termo nativo e, neste hospital, refere-se ao conjunto de profissionais das diversas áreas da saúde que trabalham no mesmo setor.

⁹ A integralidade vai ser abordada com mais atenção no Ato IV.

dicotomia entre o corpo e a mente facilmente se traveste em burocracia, diante dos esforços em aproximá-los, mais barreiras entre eles se constroem e mais nítida fica sua separação, como pudemos ver no uso do termo “equipe multi” e suas representações. Em relação à divisão entre biomedicina e medicina social, Foucault (2010) nos adverte que ambas têm a mesma origem e fazem o que o autor denomina de biopolítica¹⁰.

O objetivo aqui não é aprofundar a discussão sobre tais fragmentações ou integrações, apenas situá-las, uma vez que aparecem no hospital como formas de normatizar o cuidado. Barros (2007), ao analisar a distinção tradicional existente entre as ciências humanas e da natureza, propõe que “ao se tratar de atividade humana, essas separações deixam de ter sentido” (p. 114). Seguindo a indicação desta autora e dialogando com Mol (2002), trata-se menos de refletir sobre as divisões e mais de um reconhecimento das praticidades, das práticas que fazem corpos múltiplos. Deste modo, podemos refletir sobre os cuidados múltiplos realizados a partir de saberes múltiplos que fazem corpos múltiplos, e nesse ponto, pouco importa fragmentar essas ações no rol das práticas sobre o corpo ou sobre a mente.

No hospital geral, no momento em que algo para além da doença física aparece, normalmente, o setor de psicologia é chamado para resolver e fazer desaparecer o mal-estar. Como se assim fosse possível. A psicologia é acionada para solucionar, num passe de mágica, uma “mãe chorosa” diante da doença do filho, uma “puérpera deprimida” com a internação de seu bebê em uma unidade intensiva, um “adulto agressivo” que recusa o tratamento, uma “senhora desesperada” que deseja deixar o hospital antes de ser avaliada, um “homem perseguido” que dá um soco no paciente ao lado, uma “mulher sem identificação” que se recusa falar, uma criança que após cirurgia na perna perdeu a fala, uma “jovem em crise histérica”.

Até ser convocada para trabalhar como psicóloga em um hospital geral, nunca tinha pensado sobre a existência de psicólogas em hospitais. Isso significa que passei por cinco anos de graduação em tempo integral, três estágios diferentes, participações em congressos e jornadas, sem perceber, de fato, que a psicóloga também atende em hospitais gerais e de emergência. A assistência da psicóloga não se dá apenas na saúde mental ou na atenção básica.

Os primeiros meses de trabalho foram marcados por uma perplexidade, medos, angústias, crises de choro. Até arregaçar a manga do jaleco e me pôr a trabalhar, me pôr em

¹⁰ No Ato IV aprofundarei essa temática.

trabalho. E como tem trabalho a ser feito em um hospital!

Andava pelos setores atendendo na beira do leito os pacientes, pelos corredores os familiares e nas salas, no refeitório, em pé num balcão, a própria equipe. No bolso do jaleco, carregava um pequeno caderno para registrar nomes, algumas histórias, números de prontuários...

Quando ingressei no mestrado, recorri às minhas anotações e percebi que nos anos de trabalho nessa unidade, mudei. Mudei mais do que percebi, algo começou a se naturalizar dentro de mim. Algo que antes me inquietava e incomodava, começou a sossegar. A cada anotação em meus cadernos, menos informações, mais objetividade, até chegar a apenas números e letras iniciais de pacientes, de setores e de doenças. A rotina e o fato de cada vez mais conhecer os meandros administrativos do hospital me levaram à certa naturalização, a um não estranhamento.

De certa forma me percebi engolida pela fria objetividade hospitalar, mas não de todo engolida. Percebi que guardei na memória as histórias que mais me impressionavam e agora recorrerei às minhas lembranças e anotações. Entrar no mestrado e me dedicar a refletir sobre as questões que me inquietaram foi uma maneira de desassossegar, acordar e desnaturalizar o que não é e não poderia ser natural.

Velho (2008) propõe uma discussão em que sobressai a proposição de não somente tornar o exótico como familiar, mas tomar o familiar como exótico, no sentido de uma tentativa de desnaturalização e reflexão acerca daquilo que nos é familiar. Questionar o meio em que vivemos, o grupo do qual fazemos parte, as ações corriqueiras do cotidiano, um questionamento do que parece óbvio e automático pode desvelar a complexidade escondida nesse espaço e relações.

Estar familiarizada com o trabalho desenvolvido no hospital, acostumada a circular por aqueles corredores, setores e pessoas não inclui a compreensão sobre as relações em jogo ali, as formas como o poder e a burocracia estão organizados e como influenciam nas práticas de cuidado. Um trabalho a mais deve ser realizado, a partir de um estranhamento, permitindo uma análise mais profunda. A partir desta pesquisa pretendo abrir um espaço de reflexão e análise de desnaturalização do “sutil” que ficou comprometido por trás da “rotina, hábitos e estereótipos” (VELHO, 2008, p. 128).

Frente a essas inquietações, o objetivo desta pesquisa é produzir um estudo etnográfico no qual será possível descrever, narrar e analisar o cotidiano de profissionais de saúde no que se refere ao ato de cuidar. Ao descrever e analisar práticas de saúde que

provoquem reflexões relativas aos cuidados em saúde, pretendo reconhecer e analisar as interfaces, relações e desafios existentes nos cuidados e saberes em saúde.

Como profissional da saúde inserida em serviços que prestam cuidado em saúde, vivi situações que podem ocorrer em diferentes unidades, com diversos profissionais em suas práticas no espaço de saúde. A “etnografia é uma apresentação do real, uma verbalização da vitalidade” (GEERTZ, 2009, p. 186), com todos os desafios que essa tentativa inclui, a começar pela “estranheza de construir textos ostensivamente científicos a partir de experiências em grande parte biográficas” (p. 22).

Geertz (2009) descreve a etnografia a partir do “estar lá” e “estar aqui”. A presença do etnógrafo em outra forma de vida, penetrando nela e sendo penetrado por ela, é o “estar lá”. No estudo que proponho, penso ser possível estabelecer pontes de diálogos com este autor percebendo a ação do tempo como eixo central que constitui um “lá” e um “aqui” possíveis. Enquanto estive no hospital, o fiz como funcionária e profissional de saúde, naquele tempo eu atuava como psicóloga. Contudo, me relacionei com o universo do cuidado, com outros profissionais, usuários, familiares, gestores e tantos outros presentes “lá”, que compuseram as múltiplas vozes que falam nessa pesquisa, e o processo de escrita, que inclui descrever, refletir e analisar o que vivi e vi, é o “estar aqui”.

É importante destacar que somente ao entrar no mestrado e iniciar esta pesquisa houve uma mudança de registro nesses tempos, uma vez que passei a analisar as rotinas e fluxos do hospital geral. Portanto, é no “aqui” que se dá esse momento de virada. Conforme aponta Geertz (2009)¹¹, “estar aqui” refletindo e escrevendo sobre quando “estive lá”, pertencendo àquele espaço. Trazer a prática para a reflexão e diálogo, trazer à discussão as inquietações e estranhamentos.

Peirano (2014), em artigo intitulado “Etnografia não é método”, nos fala sobre as complexidades da ideia de “método etnográfico” e acerca do trabalho de campo afirma:

(...) a pesquisa de campo não tem momento certo para começar e acabar. Esses momentos são arbitrários por definição e dependem, hoje que abandonamos as grandes travessias para ilhas isoladas e exóticas, da potencialidade de estranhamento, do insólito da experiência, da necessidade de examinar por que alguns eventos, vividos ou observados, nos surpreendem. E é assim que nos tornamos agentes na etnografia, não apenas como investigadores, mas nativos/etnógrafos. (PEIRANO, 2014, p.

¹¹ Desenvolverei melhor este ponto mais adiante nesta dissertação.

379).

A partir da leitura das obras de Malinowski¹², “Os Argonautas do Pacífico Ocidental” (1998 [1922]) e da obra “Um diário no sentido estrito do termo” (1997 [1967]), é possível refletir sobre a separação entre os objetos de pesquisa cujos estudos podem levar à produção de conhecimento considerado científico, portanto, mais valorizados, e a pessoa do pesquisador com seus interesses pessoais e sociais, considerados “menores”.

Apesar de Malinowski (1998), em “Os Argonautas do Pacífico Ocidental”, instituir a presença física do pesquisador em uma etnografia, já que um trabalho de campo pressupõe um mergulho do pesquisador em seu local de pesquisa, pode-se apontar que a dimensão do corpo do escritor não aparece. Nesta obra, fica presente a ausência do corpo que sente prazer na dança, que sente as dores e os efeitos das medicações tomadas, o sentimento de culpa pelas tardes sem trabalhar tidas como perdidas com leituras de romances considerados menores, os sonhos, o sentimento de superioridade e o racismo. Corpo, desejos, afetos, dores, aspectos da subjetividade só foram revelados anos mais tarde, com a publicação dos diários pessoais do autor. Naquele momento, toda a subjetividade do autor foi retirada da etnografia, no entanto, esta traz dados fundamentais para o estudo.

Ainda é uma questão atual como produzir escritos acadêmicos em que a dimensão do corpo e da subjetividade daquele que escreve possam aparecer de forma mais explícita, contribuindo para o objetivo da pesquisa, sem desvalorizar a produção.

Não pretendo me ausentar ou me retirar de cena, em busca de resultados neutros ou imparciais. Seria impossível. O primeiro passo a dar é reconhecer que minha interpretação e minha subjetividade estão presentes nessa pesquisa. Reconhecer o poder da escrita, do aparecimento e silenciamento dos corpos e aqui traço um paralelo entre as ausências e presenças do corpo de quem escreve, do corpo de quem cuida e de quem é cuidado. Esse percurso é determinado por uma prática política, guiado pela ética e marcado pelo que carrego em nome próprio, ou seja, ligado ao desejo.

Contudo, também se faz imprescindível o reconhecimento de outras vozes presentes, dos profissionais de saúde e usuários dos serviços destinados aos cuidados em saúde, que estão diariamente atendendo ou sendo atendidos pelos hospitais ou quaisquer outras

¹² É importante situar o momento histórico em que se inserem esses escritos de Malinowski, isto é, um contexto colonial, no período da primeira grande guerra. Faz-se importante também esclarecer que os diários de Malinowski foram publicados postumamente, sendo considerados uma grande revelação no campo da Antropologia.

unidades de saúde. Neste sentido, é importante reconhecer que a escritura rascunhada por mim, traz não apenas o meu testemunho, o meu “eu-autoral”, mas, também, traz falas e vozes de outros profissionais de saúde, usuários da rede de saúde e seus familiares. Minha escrita, antes de dialogar com autores importantes da saúde coletiva e mesmo da antropologia, tem as marcas dessas outras pessoas, dos encontros e desencontros que vivi nesses anos de trabalho no hospital, ao longo das disciplinas e orientações do mestrado. Encontros e desencontros que constituem este estudo.

É importante enfatizar que a proposta não é entrar no que as inquietações e identificações dizem sobre mim, e sim o que elas abrem de campo de diálogo com a saúde coletiva. Usá-las para refletir sobre o que acontece no dia a dia dos espaços de cuidado da saúde, o que elas trazem da própria engrenagem do sistema de saúde, gerando efeitos nas relações estabelecidas entre quem cuida e quem é cuidado, portanto, efeitos na vida de pessoas, efeitos sobre os corpos.

Ao partir das experiências vividas, espero abrir um espaço de reflexão sobre as práticas de saúde, as formas de cuidado, com a intenção de contribuir para a produção de conhecimento. Pretendo me debruçar sobre os cuidados que acontecem no dia a dia dos serviços de saúde, compostos por profissionais que vestem seus jalecos e enfrentam determinadas rotinas e diversas dificuldades de trabalho. Não se trata de responsabilizar o profissional de saúde por determinadas formas de cuidados, tampouco de definir os cuidados ideais, mas de refletir as relações existentes ali, os jogos de poder subjacentes, o peso da burocracia nesses corpos que cuidam e que são cuidados.

Nessa etnografia descrevo vivências, em cenas e atos, que refletem situações possíveis de acontecer em diversos serviços de saúde. Neste sentido, convido o leitor a entrar no hospital, reconhecer os atos, vivenciar as inquietações e refletir sobre os processos que operam as relações entre cuidado e organização de saúde, como operam as regras, quem as sustenta, o que produzem de vida e de morte e quais os efeitos sobre a produção de cuidado.

Trabalho, portanto, com descrições etnográficas. Mol (2002) diferencia a normatividade epistemológica da normatividade das descrições etnográficas. A primeira é prescritiva, fiel ao saber considerado correto e adequado. A segunda tem compromisso com as práticas, onde os eventos descritos na etnografia mostram o corpo enquanto algo vivido, vivenciado, feito em ato. As cenas trabalhadas nessa etnografia contam sobre eventos em práticas. Nesse sentido, compartilho da posição de Mol (2002, p. 6, grifo da autora) “attending to the multiplicity of reality is also an *act*.”.

Mol (2002) afirma que os estudos etnográficos acerca das fisicalidades são recentes. Por muitos anos, os estudos sobre o corpo físico foram objeto da biomedicina, os cientistas sociais se mantinham distantes do “body-talk” (p.7). Contudo, existe algo sobre o corpo que está para além do conhecimento médico. A realidade de viver com uma doença não cabe apenas em uma fisicalidade. Todavia, este para além, que também faz parte dos seres humanos e de seus corpos, não é um assunto restrito às questões psicossociais. Portanto, o que está sendo defendido aqui é que o corpo não está restrito à biomedicina e o humano não diz respeito apenas ao psicossocial. Mol (2002) nos apresenta de forma clara:

That there are ways of ethnographically talking bodies. There are good reasons to try, if only this one: that the *humane* does not reside exclusively in psychosocial matters. However important feelings and interpretations may be, they are not alone in making up what life is all about. Day-to-day reality, the life we live, is also a fleshy affair. A matter of clairs and tables, food and air, machines and blood. Of Bodies. That is a good reason not to leave these issues in the hands of medical professionals alone but to seek ways, *lay ways* so to speak, to freely talk about them. (MOL, 2002, p. 27, grifos da autora).

Mol (2002) aborda as maneiras com que a medicina, em suas práticas, interage e molda seus objetos, em outras palavras, como a medicina põe em prática, em ato, os objetos que a concernem. A autora produz uma praxiografia sobre uma doença, a arteriosclerose, em um hospital. A partir do modo como a doença é vivida e vista de formas distintas em cada setor do hospital, a autora propõe a existência de múltiplas arterioscleroses que afetam corpos múltiplos.

A análise da autora é feita a partir da doença e não das perspectivas dos diferentes profissionais de saúde, pacientes ou familiares. Ao acompanhar a doença pelos diversos setores desse hospital, percebe como essa doença é observada, definida, medida, manipulada, acessada ou tratada. Nesse sentido, Mol (2002, p. 13) destaca: “‘disease’ becomes a part of what is done in practice.”.

Mol (2002) propõe a inversão do olhar sobre a prática, “instead of bracketing the practices in which objects are handled we foreground them – this has far-reaching effects. Reality multiplies.” (p. 5). Os objetos não precisam ser entendidos a partir das perspectivas de diferentes pessoas, mas podemos compreendê-los como manipulados em práticas, feitos e desfeitos, construídos e desconstruídos a partir dessa manipulação.

A autora apresenta os objetos como “mais do que um”, o corpo e suas doenças passam a representar mais do que um, não no sentido de serem fragmentados em vários, mas enquanto “múltiplos”, “The body multiple”, título de seu livro. Os objetos se distinguem de acordo com a prática que os manipula, mas existe uma relação entre eles, que se mantêm juntos de alguma forma. Sua questão é como esses objetos coordenam-se. Para estudar a multiplicidade e a coordenação dessa multiplicidade dentro de uma singularidade, Mol (2002, p. 82) resgata de Strathern a definição “More than one, and less than many” (apud STRATHERN, 1991, p. 35).

Para Mol (2002), a multiplicidade dos objetos agenciados não implica sua fragmentação. Os corpos múltiplos mantêm-se juntos, interligam-se, através da coordenação e distribuição. A ênfase em seu trabalho está em como isto é posto em ato, como é construído na prática, como é “enact”, para fazer uso do termo da autora.

Neste sentido, procuro nessa dissertação refletir sobre as diferenciações de cuidado, tendo atenção especial para não cair na ideia da fragmentação do cuidado, que presume que, em algum lugar, seria possível encontrar o seu oposto: um cuidado pleno, não fragmentado, portanto, completo. Assim como o corpo e suas doenças são múltiplos, os cuidados também podem ser vistos como múltiplos. Os cuidados possíveis de serem dados por um ser humano a outro ser humano, em determinadas situações e contextos, mais ou menos precários, considerando a presença das histórias, crenças, imaginações, medos, angústias, memórias, alegrias e tristezas que marcam a vida desses seres humanos e definem o que fazem e como fazem. Trata-se do cuidado que se perfaz em ato. Esta dissertação desenrola-se em torno de atos de cuidados e humanização.

Este trabalho não tem como foco a medicina ou os avanços biomédicos no cuidado em saúde, mas o que se faz com a medicina - o que a medicina faz, assim como práticas que se dão em nome da medicina. O foco não está apenas naquilo que é marcado e entendido como cuidado ou atenção em saúde, mas como esse cuidado pode aparecer em distintas práticas. Influenciada pela leitura de Mol (2002), que percebe os objetos em práticas, proponho trabalhar o cuidado em saúde não pelo cuidado em si, não o cuidado como agente, mas sim o cuidado como objeto em práticas. O cuidado que faz o corpo e que dá distintas materialidades ao corpo.

Ao descrever cenas de cuidados em saúde não são os fatos em si que importam, mas sim uma possível análise dos valores trazidos pelas cenas, bem como refletir sobre as praticidades e o processo de materialização no qual categorias são formuladas e acionadas,

estabelecendo definições acerca de quem “presta” o cuidado, o cuidado que “presta” e “não presta”, o que é entendido como cuidado e quem merece recebê-lo ou não.

O objetivo não é etnografar “sentimentos, significados ou perspectivas” (MOL, 2002, p. 15), que são interpretações pessoais, possíveis a cada sujeito de forma singular e distinta. Ao invés disso, pretendo nessa etnografia trabalhar com os cuidados em ato, feitos na prática.

Com o percurso e a proposta desta pesquisa delineados, no próximo ato trago uma descrição do hospital, não apenas de seu espaço físico, como também de seu funcionamento. Faço essa descrição menos pela compreensão do hospital em uma espécie de mapa e mais para possibilitar reflexões acerca da complexidade envolvida no hospital.

3 ATO II: O CENÁRIO

Corro de um canto a outro do palco
ainda que ele não passe do menor cubo
entre os cem que se encaixam uns nos outros
e onde mal consigo me mexer
parece impossível mas é bem possível
isto aqui ora é grande por fora
e pequeno por dentro
ora é pequeno por fora
e grande por dentro
Carlito Azevedo, 2016, p. 19

Agora que localizei a temática trabalhada nesta dissertação e o percurso escolhido, apresentarei uma descrição desse hospital geral de emergência para facilitar a leitura das vivências narradas e situar cada setor, seu funcionamento e sua função dentro do escopo desta unidade. Acredito que, assim, o leitor poderá andar melhor por seus corredores e por esta dissertação.

O convite que faço aos leitores é que possam percorrer os corredores de um hospital geral em que trabalhei como psicóloga, acompanhar meus atendimentos, viver alguns dias da rotina estabelecida naquele serviço de saúde, para reconhecer como algumas percepções e inquietações foram produzidas e algumas análises foram tecidas.

Os andares e setores do hospital serão descritos por mim, etnógrafa sem jaleco, para facilitar ao leitor acompanhar os passos dados por mim, profissional de saúde de jaleco, nesses corredores do hospital para atender aos chamados da psicologia. Nesse sentido, o hospital que descrevo aqui é conhecido, apenas, a partir desta inserção, do lugar de profissional de saúde de uma determinada área e com uma determinada sequência de fluxos e ordenamento de rotina. Através da descrição será possível perceber a complexidade e a maquinaria envolvida no funcionamento de um hospital geral.

O hospital é considerado grande, composto por cinco andares e um sistema de áudio, com saída de som em todos os andares, utilizado para a comunicação interna entre os diferentes setores, com a função de solicitar profissionais de saúde entre os setores. Esse sistema é apelidado pelos trabalhadores de “boca de ferro”.

O térreo do hospital tem um corredor central, atravessado por corredores menores, conta com seis entradas para as pessoas, sendo elas: uma exclusiva para profissionais, uma apenas para as emergências, uma chamada de entrada da maternidade, também usada para a entrada dos familiares nos horários de visita, uma entrada para os casos do pronto-atendimento, uma para o ambulatório e, por fim, uma entrada para as visitas, bem próxima à sala do serviço social. Em um momento posterior, o setor do “ponto”, que marca a entrada dos profissionais de saúde, foi transferido para essa porta.

Existem mais duas portas, uma para entrada de cargas e outra para a saída de corpos dos óbitos. A primeira é por onde entram as medicações e refeições, o hospital tem uma cozinha e refeitório, no entanto, a comida é terceirizada, feita e entregue já pronta por uma empresa particular. A segunda é por onde saem os corpos que faleceram e são direcionados para o Instituto Médico Legal ou para as funerárias. Ainda existem algumas portas para saída em casos de emergência, por exemplo, no corredor dos Centros de Tratamento Intensivo (CTI), também usada por profissionais que fumam, por estar direcionada para a parte de trás do hospital, conhecido como “os fundos”, em que há pouca circulação de pessoas.

Um dos corredores transversais é ocupado pela administração do hospital: um corredor inteiro para a direção médica, financeira, recursos humanos e documentação. Neste corredor não costuma ter circulação de pacientes e nem familiares. Apenas alguns profissionais o frequentam para resolver burocracias, como entrega de atestados médicos para justificar faltas, pedidos para marcar férias, entrega de protocolos de notificações compulsórias. Nesse mesmo corredor tem um auditório, destinado aos cursos, treinamentos, apresentações ou reuniões.

O térreo também conta com a cozinha, o refeitório e uma cantina. O setor de nutrição fica em uma sala próxima à cozinha, atrás do refeitório. Ali as refeições não são preparadas, mas organizadas em porções individuais e seguem em carrinhos para alimentar todos os pacientes. O refeitório abre primeiro para os funcionários e somente depois para os acompanhantes. Alguns pacientes tem o direito (ou o dever)¹³ de ter um acompanhante,

¹³ Ao longo dos anos em que trabalhei nesta unidade, a mim não ficou claro se a presença dos responsáveis das crianças ou dos idosos era um direito ou uma obrigação. Alguns setores exigiam sua presença, para ajudar nos cuidados aos pacientes, enquanto outros reclamavam de ter um acompanhante “dando mais trabalho”. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069/1990) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003) asseguram o direito de crianças, adolescentes e idosos serem acompanhados por um responsável durante suas internações, cabendo aos estabelecimentos de atendimento proporcionar as condições necessárias, tais como, alocação e alimentação. Há, ainda, os setores em que a presença de acompanhante era garantida por lei, mas não era permitida, como no caso das mulheres em trabalho de parto. Retomarei a discussão sobre o direito a acompanhante mais à frente.

como, por exemplo, as crianças e os idosos. O hospital oferece para os acompanhantes as três principais refeições: café da manhã, almoço e jantar. Os funcionários ganham, ainda, o lanche no meio da tarde. O funcionamento da cantina é independente do setor da nutrição e da cozinha. O espaço, que ocupa uma “esquina” envidraçada de um dos corredores transversais com o corredor central, foi cedido para uma pessoa administrar, preparar e vender guloseimas e café durante o dia. Muitas conversas informais entre os profissionais ou familiares ocorrem no balcão da cantina ou na fila do refeitório.

Por se tratar de um hospital geral de emergência, não há um ambulatório extenso, apenas o que é denominado por “ambulatório de follow up”, isto é, destinado a dar continuidade ao acompanhamento de pacientes que já receberam alta hospitalar. Este ambulatório ocupa um corredor inteiro do térreo para atender os pacientes que ainda precisam de algum tipo de cuidado após a alta, como os pacientes da ortopedia, que precisam retirar gessos ou pinos e os pacientes do pré-natal e puerpério para realizar exames de ultrassonografia ou tomar vacinas.

O esperado para esse setor eram atendimentos pontuais, que não se alongassem por extensos períodos. Caso houvesse a necessidade de um acompanhamento por mais tempo, um encaminhamento para uma unidade ambulatorial (responsável pelo cuidado secundário ou média complexidade) deveria ser realizado. Nesse hospital, uma unidade de cuidado do nível terciário ou de alta complexidade¹⁴, o ambulatório era um local cuja finalidade era encontros de continuidade do atendimento. Contudo, ainda assim, alguns profissionais montaram ambulatórios multiprofissionais de adolescentes e de neurologia, com a participação de pediatras, psicólogas, assistentes sociais e neurologistas, com acompanhamento semanal, por longos períodos e destinados às comunidades que vivem nos bairros próximos ao hospital.

A sala da psicologia, que é dividida com a fonoaudiologia e a psiquiatria, localiza-se no corredor do ambulatório, junto com outros setores que ocupam as salas vizinhas: Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), Núcleo de Atendimento ao Profissional de Saúde (NUAPS), imunização, uma sala para realização de exames de ultrassonografia do pré-natal, uma pequena sala para reuniões ou aulas, outras tantas salas de atendimento e um guichê para identificação do paciente e marcação de consultas.

As emergências pediátrica e adulta dividem um corredor com o setor de ortopedia,

¹⁴ Desenvolverei a caracterização dos hospitais na rede do SUS de forma mais aprofundada no Ato II desta dissertação.

que ocupa três grandes salas. A emergência adulta é subdividida em três ambientes de acordo com a classificação de risco do paciente que chega ao serviço.

A sala vermelha é para situações graves, com risco de morte, como um acidente vascular cerebral (AVC), um infarto do miocárdio, um traumatismo craniano. Esta sala, devidamente equipada, possui espaço para quatro leitos, todavia, é comum encontrar um número maior de leitos. Trata-se de um setor de passagem, os pacientes dão entrada, recebem os primeiros atendimentos, para serem estabilizados e seguir para outras áreas da própria emergência, para uma cirurgia, enfermaria ou CTI, por exemplo.

A área amarela, para casos de pacientes em estado crítico ou semicríticos, após a estabilização, mas que ainda demandam atenção e observação. Enquanto a sala verde é destinada aos pacientes não críticos em situações menos graves, necessitando de observação ou esperando transferência para outros setores. Na prática, neste hospital não existe uma divisão física clara entre as salas amarela e verde. Ambas as áreas ocupam o mesmo espaço. Um posto de enfermagem divide um grande ambiente para a emergência feminina e outro ambiente para a masculina. Na sala vermelha não há divisão entre homens e mulheres.

Na emergência, há ainda uma sala de sutura, para a qual seguem os casos que necessitam “tomar pontos”. Para essa sala também são direcionadas as situações que não necessitam ficar no grande ambiente amarelo/verde, tampouco na sala vermelha, mas que aguardam alguma prática de saúde de emergência, por exemplo: uma vacina antirrábica para alguém que levou uma mordida de cachorro, um pé torcido que aguarda o ortopedista para avaliação ou um alcoolista que “precisa entrar no soro”. Normalmente, essas situações são mais graves do que os atendimentos realizados no pronto-atendimento do hospital, mas não necessitam de internação. Na sala de sutura, os pacientes receberão o cuidado necessário e, em seguida, serão liberados.

Por fora do hospital a entrada da emergência é uma grande porta de vidro que fica constantemente aberta. Há um guichê de informações e primeiro registro do paciente, algumas cadeiras para os acompanhantes, uma porta de metal, com um guarda de plantão controlando os que entram e saem das salas de emergências, do lado direito a infantil, do lado esquerdo a adulta. Pelo lado de dentro do hospital, uma grande porta de plástico, que abre para fora e para dentro, e um cheiro bem específico, “de sangue”, marcam a entrada na emergência. É comum encontrarmos muitos leitos extras, inclusive para além da porta de plástico, ou seja, ocupando o corredor no hospital.

Diariamente, por uma hora no período da tarde, é permitida a entrada de até três

peças para visitar o paciente da emergência amarela/verde. As equipes de psicologia, serviço social e enfermagem acompanham o momento de visita, via de regra um profissional de cada uma dessas áreas. Há uma preparação por parte da equipe para o momento da visita, os pacientes já foram higienizados e receberam as medicações. É um momento em que o setor fica lotado e a equipe de saúde aproveita a presença dos familiares para se retirar. O lanche dos pacientes é servido no meio do horário de visita, para que os visitantes possam auxiliar na alimentação dos pacientes.

Ao fim deste horário, a equipe médica pode conversar com os familiares sobre a situação do paciente e esclarecer suas dúvidas. É comum observar que os visitantes aguardam ansiosamente por esse momento e muitas vezes o profissional de enfermagem, a psicóloga ou a assistente social precisam chamar o médico de plantão pela “boca de ferro”, para que as comunicações acerca do tratamento e do estado de cada paciente sejam realizadas.

Caso aconteça alguma intercorrência¹⁵ com qualquer paciente logo antes ou durante o horário de visita, os visitantes devem aguardar do lado de fora da emergência até a situação ser resolvida ou contornada pela equipe de saúde. Este fato causa preocupação e ansiedade nos pacientes, que aguardam pelos seus familiares e nos visitantes por não saberem o que se passa dentro da emergência, e, principalmente, qual o paciente que necessitou de atendimentos às pressas. Nessas situações cabe aos profissionais de saúde da área de psicologia, serviço social ou enfermagem uma explicação sobre o adiamento do horário de visita ou sua suspensão temporária.

A emergência não é a única “porta-de-entrada” dos pacientes nessa unidade hospitalar, os casos menos graves entram pelo pronto atendimento. Primeiramente, são avaliados pela equipe de enfermagem, que verifica pressão, temperatura e estado geral, somente depois são encaminhados para a consulta médica. Muitas vezes esses pacientes recebem alguma medicação ou apenas um soro na veia em uma sala com algumas cadeiras reclináveis e são liberados. Outras vezes precisam ficar na unidade para mais alguns exames ou procedimentos. Neste caso, são transferidos para outro setor conforme a necessidade.

O centro cirúrgico ocupa parte do térreo. É composto por algumas salas equipadas para as mais diversas cirurgias. Este centro não permite a entrada de nenhum acompanhante, somente a equipe responsável por cada cirurgia pode entrar ali. Antes de entrar, os

¹⁵ Pude observar que intercorrência é um termo muito utilizado nesse hospital geral para nomear qualquer evento inesperado no estado dos pacientes, como uma parada cardíaca, ou durante um procedimento hospitalar, por exemplo, uma queda do paciente, uma medicação ou tratamento que causa um efeito diferente do esperado.

profissionais devem passar por um processo de higienização, colocando roupas especiais, fornecidas pelo hospital, touca na cabeça, cobrindo os cabelos e protetores cobrindo os sapatos.

Na entrada do centro cirúrgico, uma porta que permanece trancada e só abre por dentro para entrada e saída das macas com os pacientes, há algumas cadeiras para os acompanhantes, que aguardam notícias sobre a cirurgia. Os profissionais possuem uma entrada própria, pela lateral do centro cirúrgico, a partir de um vestiário.

O Centro Obstétrico (CO), apesar de ser um centro cirúrgico, recebe, com frequência, a presença de outros profissionais, como psicólogas e assistentes sociais. Além disso, ocasionalmente, permitem a entrada rápida de algum acompanhante. A partir da lei 11.108/2005, é permitida a presença de um acompanhante para a mulher em trabalho de parto. No entanto, enquanto trabalhei nessa unidade hospitalar, essa lei não era cumprida¹⁶. A mulher devia parir apenas com a equipe de saúde na sala. Em raros casos, normalmente quando se tratava de uma mulher menor de idade, permitiam a visita rápida de uma acompanhante mulher e jamais no momento do parto. Acompanhantes homens não podiam entrar¹⁷.

O último corredor transversal deste andar é ocupado pelos três CTIs: adulto, pediátrico (CETIPE) e neo-natal (UTI-NEO). As unidades de tratamento intensivo são destinadas para as pessoas que estão necessitando de monitoramento constante e de algum equipamento ou medicação para auxiliar na manutenção da vida.

Na entrada do CTI adulto, que também recebe adolescentes, tem um pequeno corredor, com algumas cadeiras, para as visitas aguardarem a entrada e uma pia para higienização das mãos. A visita acontece uma vez por dia, durante uma hora à tarde, no máximo três pessoas podem entrar a cada dia, porém nunca juntas, deve haver um revezamento, de forma a cada leito receber uma visita por vez. Após a visita, os familiares têm a oportunidade de obter informações sobre o tratamento e o estado do paciente com o médico de plantão.

O setor de psicologia realiza um grupo semanal, reunindo os familiares antes do horário de visita deste setor. A presença não é obrigatória, trata-se de um convite para aqueles

¹⁶ Desde 2015, neste hospital geral, passou a ser permitida a presença de uma acompanhante mulher para cada paciente no momento do parto.

¹⁷ Faz-se presente uma diferenciação entre a permissão da entrada de mulheres e a proibição da entrada dos homens neste setor, o que pode deixar marcas na diferença das responsabilidades dos cuidados ao recém-nascido, que recai sobre a mãe e o pai. Outros estudos sobre o assunto devem ser realizados para aprofundar tais relações.

que querem falar sobre as dificuldades e dores de ter um familiar internado em uma unidade de tratamento intensivo. A psicóloga responsável pelo grupo pega, com a secretária do setor, uma lista com os nomes dos pacientes internados, vai até a entrada de visitantes, onde familiares aguardam autorização para entrar no hospital, libera a entrada de até três pessoas para cada paciente internado e direciona-os para a sala de reuniões do corredor do ambulatório. Lá são realizados esclarecimentos sobre o funcionamento da rotina neste setor, cada familiar se apresenta e pode falar sobre seu parente internado, entre outras questões que queira trazer. Por fim, são fornecidas explicações sobre o modo de proceder a higienização das mãos, quais objetos podem ou não entrar no setor, entre outras dúvidas trazidas pelos visitantes.

A psicologia oferece esse grupo como um momento do que no hospital convencionou-se chamar de “acolhimento¹⁸” e abertura de uma “escuta” aos familiares, além de propiciar um espaço de “troca de experiências” entre os visitantes. Não são fornecidas explicações sobre o estado de saúde dos internados, tampouco do tratamento médico realizado. Estas informações são fornecidas pela equipe médica ao final do horário de visita. As reclamações sobre qualquer procedimento do hospital são encaminhadas para o setor de ouvidoria. As informações sobre os grupos ficam registradas no livro interno da psicologia. Após o término do grupo, a psicóloga encaminha os visitantes, que optaram por participar deste grupo, ao setor do CTI para que iniciem a visita. Os outros visitantes que optaram por não estar neste grupo, são encaminhados diretamente para o CTI no horário em que a visita começa.

No espaço destinado aos recém-nascidos (RN), bebês e crianças até 12 anos, há uma antessala com cadeiras, uma mesa de centro, um bebedouro e dois banheiros. À direita, encontra-se a entrada do CETIPE com uma pia para higienização das mãos e à esquerda, a UTI-NEO, com sua área de higienização. O CETIPE possui doze leitos, sendo dois com isolamento de contato e respiratório, para as crianças com alguma doença contagiosa. Ao lado de cada leito, além de todos os aparelhos característicos de um CTI, há, ainda, uma cadeira reclinável para a acompanhante (em sua maioria mulheres) e um pequeno móvel para guardar objetos pessoais. São autorizadas até três pessoas que podem revezar como acompanhantes de cada criança. Neste setor não são permitidas visitas.

¹⁸ Considero importante enfatizar que o uso da palavra “acolhimento” nesta dissertação refere-se ao termo nativo utilizado no hospital. Reconheço que acolhimento é um conceito considerado amplo em saúde, havendo um debate em torno dele, no entanto, por não constituir o objeto desta dissertação, não aprofundarei essa discussão. Abordarei apenas as definições de acolhimento ligado ao cuidado em saúde, presentes nas políticas de humanização do MS.

A UTI-NEO só admite recém-nascidos, chamados internamente pelos profissionais de “RN”, normalmente são recém-nascidos cujos partos aconteceram nessa unidade hospitalar. As mães que estão internadas no hospital têm livre entrada no setor, a qualquer hora do dia ou da noite podem estar com seus filhos. As mães que não estão internadas¹⁹ nesse hospital e os pais podem entrar de 8h até 20h. Uma vez por semana há um horário de visita, conhecido como “visita das avós”, mas não é exclusivo para avós dos RNs e sim para qualquer pessoa que possa ajudar e dar suporte para a mãe e seu filho, principalmente após a alta hospitalar.

Essa visita, que se dá na antessala na UTI-NEO, organizada pela psicologia e serviço social, é também um espaço de “acolhimento” das famílias com RN internado. Começa com uma roda de conversa com mães, pais e dois visitantes, esclarecimentos sobre as restrições e cuidados do setor, segue-se a higienização das mãos e o rodízio entre as visitas²⁰. Ao lado de cada incubadora podem estar a mãe, o pai e apenas um visitante de cada vez, por quinze minutos; a visita deve acabar em meia hora. A equipe de saúde controla esse tempo, informando seu término imediatamente.

Em situações de intercorrências com qualquer paciente dos três CTIs, os visitantes ou acompanhantes são retirados desses setores, devendo aguardar do lado de fora, até que se conclua o atendimento necessário e a visita possa recomeçar. Nestes casos, ocorre uma mobilização semelhante àquela que descrevi no setor de Emergência. Os familiares são tomados por preocupação, ansiedade e medo. Médicos e enfermeiros correm para dar conta da tal intercorrência, enquanto psicólogas e assistentes sociais ficam no terreno tenso e movediço entre a ação e saber médicos, a impotência e as dúvidas dos familiares.

É importante mencionar que essas rotinas, tempos de permanência das visitas, higienizações e acessos de pessoas são orientações comuns na assistência hospitalar, principalmente nos centros de tratamento intensivo, sejam de RNs, crianças ou adultos, e são realizadas em nome das medidas de segurança do paciente²¹, para evitar infecções ou piora

¹⁹ As mães que estão internadas neste hospital são pacientes e por isso podem circular pela unidade durante o dia e a noite. As outras mães e os pais têm o acesso liberado ao longo do dia. Na descrição do alojamento conjunto, retornarei à questão das mães dos RNs da UTI-NEO que não estão internadas neste hospital.

²⁰ Mais adiante nesta dissertação aprofundarei a discussão acerca das ações da psicologia em um hospital. Contudo, quero marcar uma questão que aparece neste momento e será retomada mais adiante. Ao descrever a forma como a psicologia conduz os grupos de visitantes do CTI e da UTI-NEO, fica claro como esse setor também opera constituindo determinados fluxos e normalizações, ao definir o que deve ser feito em cada situação, para onde cada visitante deve se direcionar dentro do espaço hospitalar, a forma correta de higienizar as mãos ou, ainda, ao esclarecer os objetos que podem ou não entrar em cada setor. Diante de tantas comunicações e orientações, qual o espaço que resta para a escuta?

²¹ Voltarei a este ponto ao desenvolver as políticas de humanização e acreditação do MS.

do estado de saúde, por exemplo.

No térreo, ainda, localiza-se o Centro de Imagens para realização dos exames de ultrassonografias, tomografias e ressonâncias magnéticas; o laboratório para as análises clínicas; a farmácia para a dispensação de medicações apenas para os profissionais de saúde; o setor de esterilização de materiais e uniformes dos centros fechados; a Anatomia Patológica, para onde os corpos são levados em caso de óbito; a ouvidoria; o setor de informática; a xerox, para que os profissionais de saúde possam copiar as folhas de protocolos, de parecer ou qualquer outro documento; a central de vagas e mais algumas salas de documentação hospitalar.

O primeiro andar do hospital é ocupado pelas enfermarias do Alojamento Conjunto e recebe mulheres que acabaram de parir no CO deste hospital. O setor possui ainda uma sala de televisão, banheiros, uma sala de estar exclusivas para os plantonistas, um “posto médico” para os profissionais de saúde, com sofá e armário onde ficam guardadas as medicações a serem ministradas nas pacientes, um carrinho de parada cardiopulmonar, um grande balcão com pia, uma bancada com computador e divisórias separadas por número dos leitos para cada prontuário.

Através de um longo corredor é possível entrar nas enfermarias coletivas com alguns leitos para as mães distribuídos ao lado de bercinhos para os bebês. Normalmente as mães chegam nesse setor com seus RNs, mas algumas mães estão sem seus RNs, quando estes são encaminhados para a UTI-NEO. Nestes casos, as mães só ficam internadas no Alojamento Conjunto o tempo necessário, definido pela equipe médica, para a sua recuperação. Se o parto foi normal, os médicos costumam dar dois dias de internação, se foi cesárea, as mães ganham o direito de ficar no hospital por três dias.

Aqui surge um problema: os RNs da UTI-NEO não costumam receber alta em tão poucos dias. As mães recebem alta hospitalar do alojamento conjunto antes de seus bebês. Bebês que necessitam de amamentação, cuidados e contato com suas mães. Mães sem lugar para estar na unidade hospitalar, já que a UTI-NEO não permite acompanhantes, somente a livre entrada das mães e pais durante o dia, que não podem levar seus pertences e se alojarem neste centro de tratamento intensivo. Nos anos em que trabalhei nesta unidade, era comum ver mães, que moravam longe do hospital, dormindo nos bancos da antessala externa à UTI-NEO e ao CETIPE (o que não era permitido pela direção) ou do lado de fora do hospital.²²

²² Mais adiante na dissertação, nas seções sobre o fluxo hospitalar e a humanização no hospital, aprofundarei a questão dos contrassensos que os cuidados podem produzir.

No segundo andar do hospital, funcionam as enfermarias da pediatria, com paredes coloridas, desenhos pintados nas paredes, uma brinquedoteca (que permanece trancada, abrindo nos horários de atividades, definidos pela equipe de saúde e direção da pediatria), banheiros, algumas enfermarias coletivas, de dois até oito leitos ou berços, cadeiras para o acompanhante e pequeno armário para os pertences da criança e do acompanhante, uma enfermaria para isolamento com dois leitos, uma sala de estar para a equipe de plantão, uma sala para a direção da pediatria, um posto para os profissionais ficarem, um balcão com pia e armários para as medicações, carrinho de parada cardiorrespiratória, uma bancada com computador e local para os prontuários, local em que somente os profissionais de saúde podem circular. Este andar recebe bebês e crianças até 12 anos e seus acompanhantes.

O terceiro andar é ocupado pela Clínica Cirúrgica, recebendo pacientes que realizaram ou aguardavam por cirurgias médicas, com exceção das cirurgias obstétricas e ortopédicas, cujos pacientes são levados respectivamente para o Alojamento Conjunto e Ortopedias I, II e III. “A Cirúrgica”, como era chamada pelos profissionais e usuários do hospital, era composta por algumas enfermarias coletivas com dois, quatro ou seis leitos e banheiros, espaço de estar para os plantonistas, sala da direção, sala de equipe com as medicações, bancada com pia, carrinho de parada, computador e local para os prontuários divididos por número das enfermarias e leitos.

Neste andar, havia ainda uma enfermaria de custódia policial para a recuperação de pessoas que cometeram crimes e passaram por cirurgias no hospital. A porta desta enfermaria permanecia sempre fechada, com um policial militar armado e sentado fora da sala. Quando algum profissional de saúde entrava para prestar cuidados aos pacientes, que ficavam deitados e algemados ao leito, o policial acompanhava todo o procedimento.

No último andar do hospital funciona a Clínica Médica, para onde vão os pacientes que receberam alta do CTI ou da emergência e ainda necessitam de mais um tempo de internação para a recuperação até a alta hospitalar definitiva. O setor é estruturado de forma semelhante ao andar descrito anteriormente, enfermarias coletivas, uma enfermaria de isolamento respiratório ou de contato com dois leitos, banheiros, estar para os plantonistas, sala da direção, espaço restrito aos funcionários para as medicações, prontuários e computador.

Quando os pacientes “sobem para os andares” significa que já não necessitam de acompanhamento médico intensivo. Nos “andares” não há médico plantonista, apenas as rotinas médicas passam visita pela manhã. Somente os profissionais da enfermagem,

enfermeiros e técnicos de enfermagem, fazem plantão nos andares. Caso ocorra alguma urgência com algum paciente dos andares, a enfermagem solicita a presença de um médico plantonista da emergência do hospital.

3.1 O FLUXO

Uma mulher com forte sangramento vaginal e dores abdominais dá entrada na emergência adulta. Ela tem em torno de 40 anos, afirma nunca ter passado por uma gestação, inclusive no momento presente. Ela é direcionada para o CO. Neste setor, recebe avaliação de ginecologistas e obstetras.

Diagnóstico: “CA de colo”, isto é, um câncer no colo do útero, em estágio avançado.

Procedimento médico: cirurgia com a remoção do útero e ovários.

Após a intervenção, a paciente foi alocada no setor Alojamento Conjunto, que costuma receber mães com seus recém-nascidos. Ela dividiu a enfermaria com cinco mães e seus bebês. Uma mulher, que não tinha filhos e que perdera a possibilidade de tê-los de forma biológica, deveria se recuperar nesse ambiente, em meio a mães e bebês.

As mães reclamavam daquela mulher que só chorava e diante das reclamações a mulher chorava ainda mais. A equipe de saúde estava desesperada com o caos que se instalou na enfermaria e solicitou a presença da psicologia para conter aquele choro.

Ao chegar na enfermaria, a psicóloga ouviu reclamações de muitas mães e o choro sem palavras de uma mulher. Em uma sala sozinha com a psicóloga, a paciente contou um pouco de sua história: nunca conseguiu ter filhos, sua paixão por crianças, sua vida, sua barriga que começou a inchar, sua não procura por atendimento de saúde, seu sangue escorrendo pelas pernas, sua chegada no hospital. Ela já sabia que não poderia mais engravidar e chorava sua dor.

Após o atendimento, a psicóloga foi conversar com a equipe de saúde, dar um retorno à solicitação de atendimento e questionar sobre o porquê dessa paciente estar nesse setor. Neste momento, a resposta de uma profissional de saúde de plantão no Alojamento Conjunto foi rápida e curta: “é o fluxo”.

Existe um fluxo de movimentação previamente definido dentro de um hospital, que raramente é revisto diante de um caso diferente do habitual. A cirurgia de retirada do útero da moça foi assinada e carimbada²³ por um obstetra. Após toda cirurgia realizada por essa

²³ Pude observar, nesses anos de trabalho no hospital, o poder conferido ao carimbo, que sempre é seguido por uma assinatura ou uma rubrica. Nele encontra-se o nome do profissional de saúde, sua função e o número de seu registro profissional, dado pelo conselho que regulamenta sua profissão. No hospital todos os profissionais

especialidade médica, as pacientes são levadas para o Alojamento Conjunto, por se tratar de puérperas. A paciente poderia ter sido levada para a Clínica Cirúrgica, local de recuperação de pessoas submetidas a qualquer tipo de cirurgia. No entanto, não se alterou o fluxo dito normal, desconsiderando-se o sofrimento da paciente e aumentando o trabalho dos profissionais.

Reconhecer que “é o fluxo” a gerar situações como esta, não leva a uma reavaliação e uma ação diferenciada. A mulher não foi transferida para outro setor após o diálogo entre as profissionais de saúde. Antes que isso pudesse acontecer, ela recebeu alta hospitalar. A transferência dentro da estrutura hospitalar depende de arranjos e comunicações entre os profissionais responsáveis por cada setor. Os fluxos estabelecidos pelo e no hospital não são facilmente alterados.

Fluxo é um termo bastante comum na área da saúde, utilizado em todos os níveis de atenção (básica, média e alta complexidade), para referir-se aos caminhos percorridos, através de equipamentos e procedimentos, pelos pacientes dentro de uma unidade de saúde ou na rede, entre os diversos serviços do sistema de saúde. Mattos (2010) ao falar sobre os procedimentos que reconfiguram e redefinem a ordem médica, afirma “Tanto dentro como fora dos hospitais, o fluxo das pessoas passa a ser ordenado pela lógica da realização dos procedimentos, mesmo que essa lógica de ordenação produza ou agrave, ela mesma, o sofrimento das pessoas” (p. 346).

Na fala desta cena, “o fluxo” aparece como o caminho percorrido pelo interior do hospital, não apenas por essa paciente, mas por todas as mulheres que saem do CO. Portanto, o fluxo diz respeito ao caminho considerado padrão, a ser realizado nesse hospital.

O “fluxo” estabelece uma organização entre os espaços do hospital, não se refere apenas ao caminho que determinado paciente fez pelos setores do hospital, mas ao caminho que todos os pacientes devem fazer. Portanto, institui uma norma considerada correta a ser seguida sem reflexão ou questionamentos por parte da equipe de saúde. Os profissionais seguem as direções instauradas e impostas no fluxo estabelecido pelos papéis, pequenos ou grandes (NOGUEIRA, 2016), suas assinaturas e carimbos.

possuem um carimbo e o usam após qualquer ato de escrita. O carimbo, portanto, identifica o responsável por cada ação de saúde, mais do que isso, ele faz o ato em saúde. O carimbo, de acordo com a profissão carregada nele, marca, por exemplo, o fluxo definido entre os setores do hospital, como mostra esta cena, ou dispensa medicação, dá alta hospitalar, realiza exames, cirurgias, solicita atendimentos de outros profissionais... A importância do carimbo pode ser notada pelo fato de cada profissional carregá-lo e guardá-lo com bastante cuidado, muitas vezes pendurado no pescoço do profissional de saúde por cima do jaleco. Este objeto carimbo aparecerá em outras cenas dessa dissertação. Para aprofundar a questão em torno do carimbo e seu poder, sugiro Nogueira (2016).

Outro exemplo das imposições do “fluxo” entre os setores hospitalares: uma senhora tentou suicídio dando um tiro em seu abdômen. Após uma cirurgia, foi transferida para a Clínica Cirúrgica, no terceiro andar do hospital, em um leito ao lado de uma janela sem grades, local que possibilitava à paciente seguir com a tentativa de se matar.

O fluxo pré-estabelecido não tem lugar para os casos de exceção, existe uma grande movimentação entre os setores que talvez se encaixe bem para a maioria dos casos, mas existem casos que fogem à regra, que demandam um cuidado e atenção especiais, que abram a possibilidade de alterar condutas.

O movimento dos fluxos orienta a rotina de atendimentos no interior dos setores e entre os diferentes setores da unidade hospitalar. Em todos os setores, logo pela manhã, a equipe de enfermagem é responsável por verificar quais exames e procedimentos devem ser realizados com seus pacientes em outros setores: altas para outros setores, exames de raio x, ultrassonografia ou tomografia, cirurgias agendadas.

Cada fluxo destes define a preparação a ser feita com cada paciente, jejum, banho, medicações a mais ou a menos podem mudar de acordo com a movimentação do paciente pelo hospital. O paciente é levado na maca ou na cadeira de rodas, dependendo de seu estado, para outros andares, percorrendo os corredores e os elevadores do hospital. São idas e vindas que definem os fluxos na rotina de atendimento. Através desses fluxos, os corpos dos pacientes são coordenados por entre a segmentação do hospital em diversos setores e profissionais. O fluxo faz a coordenação no sentido proposto por Mol (2002). O fluxo ordena o funcionamento do hospital, o vai e vem de corpos. O que esse fluxo faz com o cuidado? Parece haver um tensionamento entre os fluxos e os cuidados. Mais adiante, ao descrever as políticas de humanização do MS, veremos que os cuidados considerados humanizados também produzem fluxos e operam normatizações. Veremos que a própria Política Nacional de Humanização (PNH) é um indutor de normativas.

3.2 ROTINAS, PLANTÃO E HUMANIZAÇÃO

Por se tratar de um hospital geral de emergência, esta unidade funciona 24 horas por dia, está sempre aberta todos os dias da semana, o ano inteiro. A administração hospitalar organiza os profissionais em dois tipos de regimes para exercer a carga horária de trabalho: o “plantão”, que pode ser de 24 horas ou de 12 horas, e a “rotina”, que costuma bater o ponto três vezes na semana, para 8 horas de trabalho.

Além da diferença de carga horária, esses dois regimes diferem pelo trabalho

exercido, os plantonistas fazem as emergências e os “centros fechados” (Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidades de Tratamento Intensivo) funcionarem e, ao final de seus turnos, “passam o plantão”, isto é, informam aos colegas recém-chegados à unidade sobre o estado de cada paciente do setor ou sobre as cirurgias agendadas. Os plantonistas que saem “entregam o setor” aos que chegam: material guardado, pacientes com medicações, anotações e registros atualizados. Ou assim a direção de cada setor, que funciona com plantonistas, orienta que aconteça.

Dentro do hospital é possível ouvir dois usos correntes para a palavra “rotina”. Primeiro, no sentido de um cotidiano, atividades do dia a dia, que se repetem, sempre muito parecidas, independente de quem as executa. Rotina da medicação, dos procedimentos de higiene, dos horários de visita, das refeições e das visitas. Há um segundo sentido para “rotina”, enquanto um regime de trabalho. O “pessoal da rotina” é responsável pelos atendimentos nas enfermarias, nos poucos programas de ambulatório, no PAD e no NUAPS. A “rotina passa visita” aos pacientes de segunda à sexta-feira, normalmente de manhã, sendo responsável pela continuidade do cuidado prestado a esses pacientes. Nos finais de semana e feriados, a equipe de rotina não comparece ao hospital. Enquanto os plantonistas trabalham em seus plantões todos os dias e noites do ano, inclusive finais de semana e feriados.

Neste hospital, a psicologia fazia parte do “pessoal da rotina”, atendendo pacientes, familiares e a própria equipe de todos os setores da unidade, com exceção da emergência. A equipe de psicologia entendia e defendia que os pacientes, quando dão entrada na emergência, necessitam de cuidados imediatos e urgentes da equipe médica e de enfermagem, uma massagem cardíaca, uma sutura, uma cirurgia, um soro na veia, uma emergência do corpo que insiste na vida. Para a equipe de psicologia, naquele momento, ainda não havia algo a ser falado e elaborado, ainda é puro susto.

Todavia, a direção do hospital decidiu colocar a psicologia de plantão na emergência. Fato que só ocorreu após uma semana em que um médico negou atendimento a uma vítima de acidente e, pouco tempo depois, um paciente ainda vivo foi levado para o setor da Anatomia Patológica (mais conhecido como necrotério), onde despertou.

Na semana seguinte, a psicologia era responsável por “humanizar a emergência”, com a função de “acolher” seus pacientes e familiares. Inicialmente, sob protestos de todas as psicólogas, inaugurou-se o plantão na emergência. Para a tarefa de humanização dos cuidados prestados na emergência, as psicólogas foram colocadas nesse setor com a função de intermediárias e mediadoras entre a equipe, que teve comportamentos “desumanos”, e os

pacientes e familiares, que sofreram os efeitos desses atos sem “acolhimento”. Em nenhum momento a direção propôs algum tipo de trabalho com a equipe de saúde no sentido de uma reflexão acerca do que é considerado um atendimento com humanização. Tampouco foi questionado o trabalho que a psicologia devia fazer a partir de então na emergência. Parecia que bastava a presença de uma profissional da psicologia neste setor para garantir ações mais humanas.

A partir de então, a emergência contava com o plantão diurno de duas psicólogas diariamente. Passadas algumas semanas, essas profissionais subverteram essa ordem em benefício próprio. Perceberam que fazendo um plantão diurno seguido de um noturno, só precisariam comparecer ao hospital uma vez por semana, ao invés de comparecerem duas vezes a cada semana. Desta forma, solicitaram à direção hospitalar o plantão noturno além do diurno, o que foi concedido. Assim, por 24 horas, todos os dias da semana, a emergência dispunha de duas psicólogas. Alguns meses depois, a direção limitou o plantão diurno e noturno a uma profissional, pois acreditava-se que uma psicóloga era suficiente para esse trabalho de humanização.

Considero esta uma cena-chave na presente dissertação, pela questão que ela carrega, para além da caracterização do trabalho da psicologia como rotina ou plantão, que se refere à atribuição do cuidado humanizado como responsabilidade principalmente da psicologia. A partir desse ponto, trazido por esta cena, pretendo trabalhar, ao longo da dissertação, o cuidado e a humanização no hospital, não com uma função da psicologia, mas como eles aparecem e desaparecem na rotina hospitalar.

4 ATO III: A CHEGADA

*São sete horas da manhã
Vejo Cristo da janela
O sol já apagou sua luz
E o povo lá embaixo espera
Nas filas dos pontos de ônibus*

Cazuza e Gilberto Gil, *Um trem para as estrelas*.

São sete horas da manhã, hora da troca do plantão e chegada dos profissionais da rotina. Os funcionários que chegam se dividem: uma fila dos “não-médicos”, isto é, todos os profissionais da área da saúde exceto os médicos, e uma “não-fila dos médicos”.

A porta de entrada e saída dos funcionários é marcada por uma parada obrigatória, o ponto, com sua representação dos vários vínculos de trabalho: estatutários, concursados temporários, terceirizados, funcionários de alguma organização social, mais conhecidas por OSS²⁴.

Ainda assim, a principal divisão se dá entre os médicos, no topo de uma hierarquia, que se faz visível também desta forma, e os “não-médicos”, isto é, os demais profissionais da área de saúde. Todos precisam registrar sua entrada nesta unidade de saúde, assinando o ponto ou passando o dedo em uma máquina destinada a produzir e averiguar o controle do horário por meio do uso da biometria.

O controle oscila de acordo com duas variáveis: a função do trabalhador no cuidado em saúde, ou seja, médicos/“não médicos”, e a forma como a direção imprime sua relação de poder com os trabalhadores. Ao longo do tempo em que trabalhei nesta unidade, vivi momentos em que a direção era considerada pelos profissionais como sendo “linha dura” que, naquele contexto, significava: alguns minutos de atraso já geravam problemas. Em outros momentos e tempos da gestão administrativa do hospital geral era permitido assinar a folha de ponto apenas uma vez ao mês.

De volta à fila dos “não-médicos”, depois de conversas informais com algum colega sobre as condições climáticas, se fazia muito calor ou muito frio, ou sobre a necessidade de colocar mais gente no controle do ponto para agilizar essa entrada, consigo assinar meu nome

²⁴ As Organizações Sociais de Saúde são entidades privadas, sem fins lucrativos, que prestam serviços para o poder público na área de saúde, sendo responsáveis pela assistência, ao contratar profissionais de saúde, ou pela gestão, ao administrar unidades de saúde (Lei nº 6043/2011).

e a hora, marcada em um relógio de parede ao fundo deste setor, às vezes, sob o olhar de algum “fiscal do tempo”, outras vezes, com sorte, enquanto o fiscal entrega a folha de ponto para outro funcionário, recupero os minutos perdidos na fila ou em algum atraso qualquer no caminho.

Enquanto estava parada na fila dos “não-médicos”, podia observar o livre acesso dos médicos sempre acompanhado de um animado “bom dia, doutor!”, por parte do fiscal do tempo. Aos médicos, muitas vezes, não era cobrado assinar a folha de ponto antes de entrar no hospital. Eles poderiam retornar ao setor mais tarde para colocar suas folhas de ponto “em dia”.

A fila do ponto, o fiscal do tempo, a folha de ponto, a máquina de biometria, a frase “bom dia, doutor” marcam momentos que constroem certa temporalidade da gestão administrativa do hospital geral, funcionam como dispositivos que marcam a presença do Estado. Não é o fiscal em si, mas a função de regulação no setor do ponto, que inclui saber quem é e quem não é médico, observar o bom andamento das filas, fazer com que tudo não saia de certa ordem (mesmo na desordem), acenar o “bom dia, doutor”, que se insere como um sutil operador moral.

Assim que entrava na unidade, dirigia-me pelo grande corredor central até o corredor do ambulatório para chegar à sala da psicologia. Lá encontrava as companheiras de trabalho, quase todas mulheres, e juntas tomávamos o café da manhã coletivo, cada uma trazia alguma coisa. Entre um café, um pão e um bolo, falávamos dos dilemas da vida pessoal, casamento, filhos e das dificuldades e desafios dos casos atendidos. O trabalho sempre foi pesado, no entanto, impressionava-me a força de cada profissional para enfrentar aquela rotina e a leveza na busca de respostas e soluções para os imensos problemas encontrados.

Desta forma, nós, as psicólogas, voltávamos duas vezes por semana para aquela unidade de saúde e para a cumplicidade de profissionais. Já trabalhei em outras equipes de saúde, mas nunca vivi parceria tão afinada como nesta sala dessa unidade de saúde. Considero que esse fato se dê desta maneira, em parte, pela dificuldade do trabalho no hospital geral de emergência. Tudo ao redor era tão árido, que levava a equipe de psicologia a trabalhar coesa, em parceria, dividindo o cotidiano do trabalho, suas dores e angústias. Ainda assim, em meio às dificuldades, ríamos. Provavelmente, para colorir a realidade dura e crua vivida ali.

Procuo aqui enfatizar o que há de cuidados também entre os profissionais de saúde, o café da manhã na sala da psicologia constitui uma forma de cuidado. Como o objetivo

desta pesquisa é refletir sobre o cuidado e a humanização, considero necessário sublinhar os momentos em que eles aparecem ou desaparecem. Ao longo da dissertação será possível perceber uma polissemia de significados e de práticas que os cuidados e a humanização assumem.

Ao final do café da manhã, cada profissional já estava lendo pareceres ou livros de registro dos atendimentos, o trabalho daquele dia. O funcionamento da psicologia dava-se através dos grandes livros de registro, capa preta e páginas numeradas. Um livro para cada setor do hospital: emergência adulta, ortopedias I, II e III, clínica médica, clínica cirúrgica, centro de tratamento intensivo adulto, pediatria (que inclui a enfermaria, a emergência e o centro de tratamento intensivo pediátricos), centro obstétrico, alojamento conjunto e unidade de tratamento intensivo Neo-natal. Nesses livros, as psicólogas deviam escrever os atendimentos realizados a cada dia, registrando nome, idade, número do leito de cada paciente, um breve resumo das principais questões trabalhadas, assinar e carimbar. Desta forma, a colega psicóloga poderia dar continuidade aos atendimentos daqueles pacientes, naquele mesmo setor, nos dias seguintes ou acompanhar o percurso dos pacientes pelos setores do hospital, conforme o tratamento “evoluiu”²⁵.

Um livro ata interno, destinado aos comunicados entre psicólogas, continha os pedidos de continuidade de atendimento. Já os pedidos externos solicitados pelos profissionais de saúde da rotina que trabalham nas enfermarias, onde os pacientes estão internados, eram realizados por meio de pareceres. Um papel padrão fornecido pelo hospital, com campos destinados para a identificação do setor, paciente, número do leito e demanda do atendimento e, abaixo, o espaço para resposta. Este parecer respondido, assinado e carimbado devia ser anexado ao prontuário do paciente, no setor em que estava internado.

Os pedidos de atendimentos para os pacientes que estão internados nas emergências, solicitados por profissionais de plantão, são realizados pelo telefone ou diretamente pelo sistema de áudio do hospital.

As psicólogas também realizavam uma “busca ativa” por pacientes nos setores sob sua responsabilidade, isto é, iam até o setor, conversavam com a equipe de saúde de plantão, liam prontuários e passavam pelas enfermarias para identificar pacientes que necessitavam de atendimento psicológico. Após a realização destes atendimentos, a psicóloga preenchia a

²⁵ No hospital geral, os profissionais de saúde utilizam o verbo “evoluir” referindo-se à forma como o tratamento ou o paciente desenvolvem-se ao longo dos dias. Inclusive nos casos de morte, o termo utilizado é “paciente evoluiu a óbito”.

“ficha de avaliação psicológica inicial”²⁶, assinava, carimbava e a colocava no prontuário do paciente. Sobre a ficha, é necessário explicar a inserção da palavra “inicial” em sua denominação. Foi uma saída, para as psicólogas que a elaboraram, no sentido de incluir uma temporalidade dessa avaliação, que não pode e não deve ser tomada como algo imutável ou fixo, refletindo o estado do paciente naquele momento de avaliação. Os comportamentos e sentimentos do paciente podem ser alterados, gerando novas avaliações, sempre referentes ao momento em que foram feitas.

Nogueira (2016) trabalha com a noção de “papéis pequenos” (p. 28) referindo-se aos papéis que fazem a rotina de uma unidade de saúde da atenção básica, papéis que guiam as consultas, sendo entregues aos usuários, produzindo seus passos dentro do serviço de saúde. Os “papéis pequenos” ordenam e coordenam os passos e os trânsitos dentro dos serviços de saúde. São papéis que fazem o fluxo e produzem o sentido de “coordenação”. Conceito emprestado de Mol (2002), que propõe uma praxiografia sobre múltiplas arterioscleroses e, portanto, corpos múltiplos, que se mantêm juntos através da coordenação e distribuição.

No hospital geral, os “pequenos papéis” também produzem os passos do cuidado prestado, porém são papéis sobre os usuários, que guiam os passos dos profissionais de saúde. Os pacientes, a princípio, não têm acesso a esses papéis: pareceres, livros de registros de atendimentos, fichas de avaliação psicológica inicial, ficha de avaliação social ou prontuários²⁷, que descrevem seus estados de saúde ou a evolução de seus quadros de saúde. Esses fluxos marcam a organização hospitalar e, conseqüentemente, a organização do cuidado. Esses papéis são produzidos e, ao mesmo tempo, produzem corpo que, seguindo os passos indicados por Mol (2002), trata-se do corpo múltiplo: “In the hospital *the body* (singular) is *multiple* (many).” (grifo da autora, p. 84). Por ora, considero importante destacar que cada papel carimbado e assinado por um profissional de saúde diferente produz um corpo, que vai coabitar com outro papel que faz outro corpo do mesmo paciente, que ocupa o mesmo leito.

Depois do café da manhã, já informados sobre os atendimentos necessários para

²⁶ Faz-se importante marcar que a “ficha de avaliação psicológica inicial” foi produzida pelo setor de psicologia a partir de um processo de Acreditação através do qual o hospital foi submetido. Durante esse processo, a direção do hospital solicitou a cada setor, que os registros das avaliações fossem facilmente identificáveis nos prontuários dos pacientes, mostrando, assim, que o paciente era acompanhado por uma equipe multiprofissional, ainda que cada setor tivesse a sua própria ficha separadamente. Ainda neste Ato, retornarei ao tema da Acreditação.

²⁷ De acordo com a Lei de Acesso à Informação, Lei 12.527/2011, é garantido ao paciente ou seu responsável legal o acesso ao prontuário em qualquer serviço de saúde. Contudo, é comum nos serviços públicos haver uma série de exigências a serem atendidas no setor de documentação médica para conseguir acesso ao prontuário (Brasil, 2011a).

aquele dia, jalecos vestidos, crachá à mostra, caderneta e caneta nas mãos, carimbo no bolso, cada profissional deixava a sala e seguia para seu setor de responsabilidade, com o compromisso de se encontrar para o almoço. Mergulhava, então, em um mar de atendimentos e seus registros, casos e causos, não via a hora passar.

Os atendimentos eram registrados diretamente nos prontuários dos pacientes. A primeira entrevista com cada paciente ou familiar compunha a ficha de avaliação psicológica inicial e os atendimentos seguintes eram registrados em uma folha de “evolução”, destinada à evolução do tratamento e ao estado geral do paciente.

A ficha de avaliação psicológica era uma folha frente e verso com espaço para a identificação do paciente, seu setor e informações recolhidas na entrevista inicial sobre o estado psíquico do paciente frente a sua doença e internação, assim como sobre o suporte familiar. A folha de evolução é um papel branco com linhas e um espaço demarcado para o nome do paciente, setor de internação e número do leito. Essas folhas juntamente com exames laboratoriais ou de imagem compõem o prontuário: um grande fichário de divisórias, na capa letras grandes estampam o número do leito do paciente, na primeira página a identificação e a ficha de entrada do paciente na emergência, a ficha de avaliação do serviço social e a ficha de avaliação psicológica inicial, em seguida há um espaço, com folhas de evolução, destinado aos atendimentos médicos, separado dos atendimentos dos outros profissionais, uma parte para os pareceres respondidos e, por fim, uma divisória para os exames.

Alguns profissionais “não-médicos” registram seus atendimentos na parte dos prontuários destinada à evolução médica, para, dessa maneira, tentar tornar mais acessível seus escritos aos médicos, que, às vezes, restringem suas consultas ao prontuário apenas à parte destinada à sua categoria profissional.

Considero importante apontar algo que será trabalhado mais adiante nessa dissertação, no Ato IV: os saberes e os cuidados: certa disputa entre as categorias profissionais da área de saúde, a hierarquia médica, como isso incide sobre o acompanhamento dos pacientes e como apresenta um cuidado que se faz a partir de um saber médico que opera na saúde.

Quando um paciente é transferido de setor, as folhas são retiradas do fichário e seguem junto com o paciente para o novo setor, onde recebem outra capa de fichário, sempre com o número do leito marcado na parte externa.

O prontuário com seus registros conta a história do paciente na unidade de saúde,

através dele é possível saber quem o atendeu, a conduta realizada, o tratamento e as medicações prescritas. Os profissionais de saúde têm atenção especial com o conteúdo e a forma que imprimem suas escritas nos prontuários por um cuidado com o sigilo profissional, resguardando informações consideradas pessoais. Ainda assim, o prontuário contém todo o percurso traçado pelo paciente naquela unidade de saúde. Dentro do hospital, o prontuário imprime fluxos, acionamentos, modos de construção das realidades.

Fila do ponto, café da manhã, papéis carimbados, atendimentos, atendimentos, atendimentos, fichas de avaliação, folhas de evolução e de parecer, assinaturas e carimbos, almoço, a burocracia em sua malha fina. As pausas para a própria alimentação lembravam-me que havia vida além da doença²⁸.

À tarde mais uma bateria de atendimentos. Cada psicóloga era responsável por alguns setores, isso incluía atender os pacientes e os familiares; fazer “interconsultas”²⁹ com outros profissionais; participar dos “rounds médicos”, que são reuniões com a equipe de cada setor nas quais são discutidas a situação e o tratamento médico de cada paciente internado; acompanhar o horário de visita; responder pareceres e, por fim, registrar tudo nos prontuários dos pacientes e livros internos da psicologia para, no dia seguinte, outros colegas darem continuidade ao trabalho. Uma rotina agilizada pelo tempo próprio da assistência à saúde e pelo tempo de cada profissional. A parte da tarde era mais corrida e marcada pela vontade de sair dali antes que a noite e o escuro, que a acompanha, chegassem, trazendo com ela certos perigos e medos³⁰.

Esse hospital não existe isolado, segue diretrizes e orientações dos “grandes papéis” (NOGUEIRA, 2016, p. 28). Na próxima sessão localizo a posição de um hospital geral de emergência na organização da rede do SUS, apresento pontos importantes sobre o conceito

²⁸ Por se tratar de um hospital geral de emergência, a população que chega a esse serviço o faz por necessitar de cuidados urgentes em saúde, são feridos ou doentes. Diferentemente de unidades da chamada atenção básica, que se inserem nas políticas de promoção e prevenção à saúde e recebem também usuários não doentes. Retornarei a diferenciação dos serviços da rede de saúde mais adiante, em particular, quando for abordar as consultas realizadas nos ambulatorios.

²⁹ Observei, enquanto trabalhei nesse hospital, que o termo nativo “interconsulta” era utilizado pelas psicólogas para referir-se a qualquer troca de informações com os outros profissionais de saúde sobre os pacientes ou os familiares. O objetivo desta comunicação era recolher informações sobre o caso a ser atendido pela psicologia e oferecer informações dos atendimentos realizados por estas profissionais, que pudessem auxiliar a equipe de saúde na construção do diagnóstico ou do tratamento. Neste hospital, a “interconsulta” podia ser solicitada por um profissional de saúde ou pode ser proposta pela psicologia. Contudo, é importante enfatizar que este termo tem sido debatido de forma mais ampla na área da saúde, estudos sobre a atenção primária em saúde, o núcleo ampliado de saúde da família, humanização e saúde mental tem abordado a questão. Para aprofundar este assunto, sugiro Silveira (2011), Mello Filho; Silveira (2005); Farias; Fajardo (2015).

³⁰ As redondezas desse hospital são conhecidas e temidas, pelos profissionais de saúde, por se tratar de uma área com assaltos, sequestros e estupros.

de humanização na saúde e trago um breve histórico sobre a inserção do psicólogo no hospital geral.

4.1 O SUS E A PSICOLOGIA NO HOSPITAL

O SUS é composto por inúmeros serviços, que podem ser classificados pelos seus diferentes níveis de atenção, compondo (ou não) uma rede. Existem diferentes maneiras de nomear esses níveis de atenção: atenção primária e atenção especializada; atenção primária, secundária ou terciária; média e alta complexidade. Não pretendo aprofundar essa discussão³¹, porém, acho importante tentar localizar a inserção do hospital na rede de atenção à saúde, já que nessa pesquisa meu foco é refletir sobre os cuidados em ato em um hospital geral de emergência.

Dentro destas classificações, o hospital é reconhecido como um serviço integrante do segundo ou terceiro nível de atenção, isto é, da atenção especializada, da média ou alta complexidade. A demanda que recai sobre um hospital é definida pelos outros serviços que compõem a rede, principalmente por aqueles do primeiro nível de atenção à saúde. Neste sentido, o que é do escopo da atenção básica³² e, por algum motivo, não é resolvido ali, pode recair sobre um hospital (KUSCHNIR, 2014).

Os hospitais, por sua vez, também são classificados de acordo com sua complexidade. O hospital deste estudo é conhecido como uma unidade geral de emergência, o que mistura duas classificações. Os serviços de emergência são caracterizados por receber pacientes que necessitam de atendimento imediato devido ao risco de vida, portanto, funcionam como “porta de entrada” do paciente no SUS, para sua estabilização e início do processo de cuidado (KUSCHNIR, 2014). No caso do hospital em questão aqui, o paciente já estabilizado sai da emergência e segue seu cuidado em outros setores do mesmo hospital, o que faz com que a estadia não seja tão curta como o esperado em um serviço apenas de emergência. A caracterização “geral” deste hospital refere-se à existência de várias especialidades médicas prestando o atendimento à população.

Aqui enfatizo o posicionamento do hospital enquanto uma instituição pertencente a

³¹ Sobre a organização da rede de atenção à saúde e a articulação entre os diferentes níveis de cuidado sugiro o artigo “Organizando redes de atenção à saúde: perfis assistenciais, articulação entre níveis e organização de linhas de cuidado” de Kuschnir (2014).

³² De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a “Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.” (Brasil, 2017, p. 2).

uma rede de atenção em saúde do SUS. Todavia, considero importante, ainda que brevemente, contextualizar historicamente o processo de edificação e fortalecimento do hospital e de certo modelo de fazer saúde.

Foucault (2015b) na conferência “O nascimento do hospital” traça o percurso das instituições hospitalares enquanto instrumento de exclusão, sem a presença da função médica no século XVII, até o hospital como lugar de cura, registro e formação de saber médico, com a gestão disciplinar dos corpos e a figura do médico como o grande detentor de poder, a partir do século XVIII, aperfeiçoando-se até a grande instituição que os hospitais se transformaram nos dias atuais.

Foucault (1994, 2015a) nos adverte para um momento de virada no fim do século XVIII e início do século XIX, quando a teoria anatomopatológica muda o paradigma da medicina, fazendo surgir o que se convencionou chamar de medicina moderna. As doenças passam a ter uma sede no corpo, que deve ser pesquisado e observado. O sofrimento passa a ser enquadrado objetivamente em categorias nosológicas. A visão mecanicista da medicina moderna constitui-se como um saber presente até os dias de hoje.

É neste período de virada que se constitui o “hospital médico” e a “medicina hospitalar” (FOUCAULT, 2015b, p. 174), momento em que o hospital passa a ser visto como “máquina de curar” (p. 173). É fundamental atentarmos para a palavra usada pelo autor: cura. O hospital como espaço de cura e não de cuidados.

Enquanto lugar de cura, o hospital constitui e carrega um saber, o saber médico, que se faz hegemônico, sendo sustentado e reforçado por outros saberes da área da saúde. Esses saberes estão a serviço do discurso biomédico, denominação que se refere à racionalidade da medicina ocidental contemporânea associada ao conhecimento elaborado pelas ciências biológicas (ALMEIDA, 2005).

A partir daqui, faço um diálogo com os estudos de Almeida (2005 e 2000) que, para refletir sobre as políticas de atenção à saúde da mulher, aborda os usos e sentidos da humanização em políticas de saúde. Para isso a autora situa os momentos de mudanças no saber científico que constituem a medicina ocidental enquanto um discurso hegemônico, localiza e caracteriza o hospital como lugar privilegiado desta medicina, reflete acerca do lugar da psicologia no hospital, analisa a polissemia do termo humanização na saúde e as propostas de ações de humanização nas políticas brasileiras. Percorrerei alguns desses marcos apontados pela autora.

No século XX, a medicina ganha mais destaque na sociedade com o desenvolvimento

de novas tecnologias da área da saúde, tornando-se cada vez mais especializada e fragmentada. Constitui-se como uma disciplina científica, que se atém ao discurso biomédico, com foco no corpo, em seus sintomas e lesões, retirando da sua prática o que for subjetivo. A medicina distancia-se do sujeito e do seu sofrimento, tratando-o de forma objetiva, reduzindo-o à doença que apresenta. O modo como as relações interpessoais na área da saúde se dão é marcado pela racionalidade médica e pelo processo de medicalização. O processo de medicalização transforma a saúde em uma questão restrita apenas à medicina, desassocia o sujeito da sua história e de seu meio social, político e econômico (ALMEIDA, 2005).

Nesta lógica, o hospital encarna o lugar, por excelência, da medicina, do saber e do discurso que a sustenta. Para dar conta de ser o espaço de cura, o hospital transformou-se em uma instituição objetiva, de protocolos definidos e rígidos, tempo agilizado, pouca conversa, pouca escuta aos pacientes, o que precisa ser visto e tratado rapidamente são os sinais e sintomas de cada enfermidade. Abriu-se uma distância entre o prestador da assistência em saúde, detentor do saber, e o receptor dela, considerado isento de saber. Produziu-se, assim, uma instituição na qual a assistência à saúde está desvinculada do olhar para o sujeito em sofrimento.

Almeida (2005) mostra que paralelamente ao crescimento deste complexo médico, inicia-se também no século XX, um movimento de crítica à forma fragmentada que a medicina tomava ao dividir o corpo entre as inúmeras especialidades médicas, sem atenção ao sujeito que habita este corpo. Surge, assim, o movimento da psicossomática, que ao criticar a medicina do corpo, por não reconhecer o sujeito e seu sofrimento, propõe a consideração dos fatores emocionais relacionados à doença. A medicina psicossomática assume uma atitude e um campo de pesquisa que toma as doenças como psicossomáticas, por incidirem sobre um corpo que é inseparável de sua psique.

Abre-se na saúde um campo de pesquisas sobre as relações entre o corpo e a mente. A psicologia toma para si as questões acerca da influência da psique sobre o corpo, mas, em um primeiro momento, mantém sua atuação longe dos hospitais gerais.

No Brasil, a inserção das psicólogas nas equipes de saúde dos hospitais gerais deu-se a partir da década de 90 e não parece ter sido acompanhada por uma reflexão mais cuidadosa acerca das especificidades necessárias para o trabalho dessas profissionais nesta área da saúde. Naquele momento, não houve uma atenção especial à complexidade do campo da saúde, que inclui uma reflexão acerca da saúde em suas dimensões sociais, políticas e

econômicas (ALMEIDA, 2000).

A psicologia entra no hospital com uma dupla missão; primeiro, relacionar o psíquico e o somático, atendendo aos sujeitos que carregam uma doença, isto é, escutá-los em seus sofrimentos, de certa forma, resgatando o que a medicina deixou de lado ao focar sua atenção na doença. E, em segundo lugar, sustentar diante dos outros profissionais da saúde que há algo que pode ser psíquico nas doenças, mediando a relação desigual entre os profissionais de saúde, inclusive os médicos, e pacientes.

É importante ressaltar que, no hospital em que trabalhei, a maioria dos pedidos de atendimento feitos por profissionais de saúde à psicologia dão-se baseados na primeira “missão” descrita acima. Como vimos, por exemplo, na cena do fluxo, em que a psicologia é chamada para “dar conta” da paciente em prantos, que está prejudicando o funcionamento da enfermaria do alojamento conjunto.

Abriu-se, dentro da psicologia, a necessidade de um espaço para a reflexão de novas técnicas para um novo campo de saber. A psicologia no hospital geral inaugura esse campo de saber. Contudo, podemos refletir que este saber acaba por reforçar uma atuação, ainda que diferente daquela da medicina, que também opera sobre os corpos, enfatizando ainda mais a divisão entre o psíquico e o somático. A psicologia no hospital, na tentativa de diminuir tal fragmentação, parece sublinhá-la ainda mais.

Almeida (2000) define algumas funções da psicóloga em uma equipe de saúde hospitalar: facilitar o funcionamento interdisciplinar, enfatizando a comunicação entre os membros da equipe de saúde; refletir acerca do sistema público de saúde, incluindo sua organização, as condições de trabalho de seus profissionais, o acesso da população atendida e as características sociais dessa população, isto é, uma análise dos fatores envolvidos no processo saúde-doença; e na atuação com os pacientes e seus familiares, faz-se necessária uma ação que considere a resolução de conflitos e a promoção da saúde.

Todavia, será que tais funções encerram as questões acerca da prática da psicologia no hospital geral? Ao realizar essas atividades em um hospital geral está feito o trabalho da psicologia? E ainda, é possível realizar tais funções? E de que maneira?

A “boca de ferro”, forma como o sistema de áudio do hospital é conhecido entre seus profissionais, determina: “psicólogo na emergência pediátrica com urgência”³³.

A psicóloga anda pelos corredores do térreo que ligam a sala da psicologia à

³³ Considero importante sinalizar que mesmo a psicologia sendo uma profissão eminentemente feminina, o chamado, através do sistema de áudio do hospital, é por um psicólogo, no masculino. Esta dissertação trabalha a partir de incômodos e inquietações, considero necessário marcar o momento em que elas se fazem presentes.

emergência pediátrica: uma enorme sala com adesivos de desenhos com temas infantis colados pelas paredes, com algumas macas distribuídas simetricamente pelo espaço, um balcão delimita o posto médico, onde a equipe de saúde permanece, enquanto as crianças acompanhadas por seus responsáveis aguardam sentadas em cadeiras até receberem o primeiro atendimento, com o preenchimento de uma ficha de identificação e serem encaminhadas a uma maca. Além de pediatras de plantão, ficam nesse setor enfermeiras e técnicas de enfermagem. Os outros profissionais são solicitados de acordo com a necessidade dos atendimentos.

A equipe de plantão solicita uma “interconsulta”, quando os profissionais de saúde trocam informações sobre os atendimentos de determinado paciente. Os pediatras estão preocupados e assustados. Uma menina de cinco anos deu entrada na emergência apresentando desorientação psíquica, com delírios, alucinações, falas sem sentido, agitação psicomotora. Foram os sintomas que levaram os pediatras a diagnosticarem o primeiro surto de uma psicose infantil, solicitarem a presença do “psicólogo” para atender a criança que estava enlouquecendo e, se necessário, encaminhá-la para a rede de saúde mental infanto-juvenil.

Antes de conversar com a criança e sua mãe, foi necessário “acolher” os profissionais de saúde, que se encontravam mobilizados com os sintomas observados e desesperados com o quadro diagnosticado. Neste momento de escuta aos profissionais, foi importante colocar um ponto de interrogação no diagnóstico realizado. A equipe acreditava que a criança estava abrindo um quadro de psicose infantil, a psicóloga colocou este diagnóstico como uma suspeita médica e não uma certeza, era uma possibilidade entre outras. A suspensão do diagnóstico teve um efeito imediato de alívio na equipe, voltar a não saber o que aquela criança tinha, possibilitou que os médicos reavaliassem a menina e enviassem para o laboratório seu sangue coletado.

No atendimento psicológico com a criança, foi possível perceber que ela tinha alucinações visuais, tentava pegar objetos que “voavam” na sua frente e via as paredes se mexendo. A mãe contou que nunca tinha acontecido nada parecido com a menina, falou sobre os hábitos e a vida da criança. Não tinha passado por nenhum trauma ou evento estressante nos dias anteriores. Aparentemente, nada explicava aquele quadro.

Após o atendimento com a menina e sua mãe, a psicóloga voltou a falar com a equipe de saúde. Nesta intervenção, uma frase da psicóloga teve efeito imediato entre os médicos. “As psicoses infantis não costumam ter como sintoma uma alucinação visual, que são mais

comuns de aparecer em casos de intoxicação por uso de drogas ou álcool, por exemplo”. Era uma fala que demonstrava seu saber sobre o diagnóstico da psicose e acerca da área da saúde mental.

A equipe de saúde em conjunto decidiu observar a menina até o resultado dos exames de sangue serem liberados pelo laboratório, em algumas horas. Ela continuou deitada em sua maca, sua mãe seguiu em pé³⁴ ao lado do leito da filha, nenhuma medicação foi ministrada. Ao longo da tarde, a agitação psicomotora da menina foi cessando.

Os resultados dos exames de sangue chegaram ao fim da tarde, com eles descobriu-se que a criança estava intoxicada por algum tipo de fungo. Quando os médicos informaram a mãe sobre este fato, ela logo lembrou-se do iogurte fora da validade que a criança tinha tomado, provavelmente estragado. Após receber o tratamento adequado, a tal da loucura foi embora.

Entre a possibilidade de loucura e a intoxicação pelo fungo, ocorreu nessa cena um entra e sai de profissionais da saúde, primeiro um técnico de enfermagem fez a primeira abordagem para entender a demanda do atendimento, passou as informações para os pediatras, que atenderam a criança e diagnosticaram uma psicose infantil, o que fez com que o caso saísse da alçada médica e entrasse na psicológica. O corpo não se comportou conforme esperado para o atendimento médico e sim para o atendimento psicológico. O saber psicológico, por sua vez, percebe que há algo que não se encaixa na suspeita de diagnóstico, os sinais e sintomas não são os característicos do quadro de psicose, contudo não pode fazer o diagnóstico, pois retirada de sangue, análises clínicas e intoxicação por fungo não são de sua alçada. Após o resultado do exame de sangue, o corpo intoxicado por fungos volta a ser objeto de tratamento médico e o saber psicológico pode ser dispensado.

Nesse entra e sai de profissionais com seus saberes, focados na doença com sede no corpo, há o não reconhecimento da criança e sua mãe, que não são chamados a falar sobre seu próprio corpo, no caso da criança, e acerca do saber sobre seu próprio filho ou sobre sua maternagem, no caso da mãe. São médicos que veem corpos, pedaços de corpos, índices e taxas em exames de sangue. São psicólogas chamadas quando uma quebra acontece na rotina já mecanizada, profissionais que comparecem com seu saber para avaliar humores, comportamentos, linguagem ou produções psíquicas produzidas por esses corpos. São

³⁴ A emergência pediátrica não possui cadeiras ao lado das macas para os acompanhantes das crianças. Por ser um setor de entrada no hospital e de passagem para outros setores, de acordo com cada caso, entende-se que nenhum paciente ficará na emergência por muito tempo, portanto, os acompanhantes não recebem um lugar para se acomodarem, ficando em pé ao lado da maca.

técnicos de enfermagem que coletam sangue de veias profundas ou superficiais. Escutas e ações sobre essas sonorizações do corpo. O que fala nessa cena é a fisicalidade do corpo da criança.

Naquele momento, tratavam-se de saberes que dispensaram a produção de uma interlocução com a criança e sua mãe, a fim de tentar produzir algum sentido para aqueles sintomas. A “loucura” é acionada, assim como seus profissionais em tese por ela responsável nesse interstício, nessa lacuna da relação médico-paciente. O corpo da criança não falou com os médicos e tampouco a mãe ou sua maternagem parecem ter sido convocadas a falarem. Não havia para a mãe sequer um lugar físico previsto na cena, menos ainda um reconhecimento da sua posição.

Há em andamento aqui o processo de apagamento, conforme Butler (2011) aponta, dos corpos da criança e da mãe. No hospital geral, a questão acerca de quais corpos importam, pode ser aprofundada: qual parte dos corpos importa a cada profissional de saúde e seu saber? O que é acionado sobre as partes dos corpos que são passíveis de serem curadas no espaço hospitalar? Desses corpos que não importam, existem partes que recebem atenção e, portanto, passam a importar. Partes que “fazem” tanto a doença do paciente quanto o profissional de saúde, conforme propõe Mol (2002). A psicóloga só se faz nessa cena, porque existe uma criança louca. O técnico de enfermagem só se faz nessa cena, porque existe um sangue a ser coletado de uma veia. O médico só se faz nessa cena, porque existe um corpo contaminado por fungos. O corpo da criança, que não importa, fez-se “múltiplo” em, pelo menos, três corpos a partir do saber de cada profissional da saúde, ao pôr a “máquina de curar” (FOUCAULT, 2015b) em ação. Tal máquina parece operar a partir de apagamentos de corpos, na qual sobressai fisicalidades.

Ao chegar na emergência pediátrica, a psicóloga dirige-se, primeiramente, à equipe de saúde e a “acolhe”. Antes de direcionar a escuta ao desespero da menina, que com olhos arregalados se assustava por, de forma repentina, começar a ver animais voando na sua frente, ou “acolher” essa mãe que além de ver a filha agir de maneira completamente nova e diferente, acaba de ouvir dos médicos que sua filha está abrindo um surto psicótico, seja lá o que isso signifique. No entanto, após ser informada sobre a solicitação de atendimento e identificar o desespero dos médicos diante da possibilidade de uma criança louca, a psicóloga percebe a necessidade de intervir com essa equipe antes mesmo de se dirigir à paciente.

A loucura dessa menina parece atualizar para a equipe o insuportável que a loucura

carrega. Diante do desespero, o recurso acionado foi chamar o psicólogo, em uma espécie de reforço da falsa dicotomia médicos tratam corpos e psicólogos cuidam da mente, principalmente, se for uma “mente louca”.

Por que os médicos do hospital geral se assustam com a loucura? O que é dito sobre doenças psíquicas para esses profissionais? O mal-estar e a doença que são de ordem psíquica permanecem como o desconhecido que causa horror? Um corpo aberto, sem perna, enfraquecido por bactérias ou intoxicado por fungos, por exemplo, não os assusta. Nesses casos, existe um protocolo, algo a ser feito, um tratamento, uma ação clara. Enquanto na loucura aparece o desespero de cada um diante do que não tem resposta, daquilo que remete a loucura de cada um.

Retornamos à questão sobre o que cabe ao setor de psicologia em um hospital geral. Em que momento a psicóloga é acionada e para quê? Será possível atender e resolver o conflito, como é esperado dessa categoria profissional?

As solicitações da equipe de saúde para o setor de psicologia são as mais diversas e variam de acordo com as particularidades de cada situação vivenciada pelo paciente. Todavia, ao fim de cada pedido, é possível observar que se referem a uma comunicação que auxilie na preparação do paciente para os procedimentos e intervenções médicas, falas que ajude o paciente a enfrentar a doença e aceitar o tratamento, palavras e explicações sobre os transtornos mentais para a equipe de saúde ou para os pacientes. No hospital, local em que a palavra pouco circula, é esperado que a psicologia hospitalar trabalhe com a linguagem, com a escuta ao paciente, seu familiar e que intervenha na relação médico-paciente. Um ponto em comum parece permear essas solicitações e pedidos aos psicólogos: o trabalho com o paciente no sentido de adaptá-los e normalizá-los, fazê-los aceitar suas condições, seus corpos doentes, os tratamentos e intervenções necessários segundo os médicos.

Há duas vertentes de análise sobre essa função da psicologia nos hospitais gerais: o trabalho da psicologia favoreceria tornar o “paciente ativo no seu processo de adoecimento e hospitalização” (CANTARELLI, 2009, p. 140) ou pode ser mais um saber a serviço de certa “docilização do corpo” (ALMEIDA, 2005, p. 104), reforçando o corpo passivo, para facilitar a aceitação da intervenção de saúde por parte do paciente.

Independentemente da forma de reflexão, a psicologia é inserida no espaço hospitalar com a responsabilidade de trabalhar com a linguagem, escutar os pacientes e faz isso a partir do discurso da humanização. A inserção dessa categoria profissional se dá como tentativa de produzir cuidados no hospital. À psicologia é atribuído, ao mesmo tempo em que assume

para si enquanto parte de seu saber, o lugar de fala e de atuação sobre a humanização nos hospitais.

Até aqui vimos como a psicologia entrou e se posicionou nos hospitais gerais como porta voz do discurso da humanização. Agora cabe analisarmos como a humanização se fez presente nos hospitais, no SUS e no campo da Saúde Coletiva.

4.2 A HUMANIZAÇÃO, SUAS POLÍTICAS E O HOSPITAL

Considero importante apresentar um breve histórico, a partir do ano 2000, acerca do conceito e uso do termo humanização em alguns documentos do MS e artigos científicos sobre o SUS. O objetivo é analisar os documentos responsáveis por difundir o conceito de humanização nos serviços de saúde, começando por aqueles que antecedem a PNH (BRASIL, 2003a), à qual darei atenção mais detalhada.

Na área da Saúde Coletiva, o termo “humanização” ganhou destaque a partir do ano 2000, quando o MS lançou o Programa Nacional de Humanização e ao ser tema da 11ª Conferência Nacional de Saúde, intitulada “Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com controle social”. A partir de então, é possível encontrar o termo relacionado à assistência e ao cuidado, muitas vezes é considerado o norte, discutido e analisado em pesquisas e almejado em ações de saúde e normas do Ministério da Saúde, sobre a possibilidade de uma prática em saúde mais cuidadosa.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), um documento de 60 páginas, tem o objetivo de promover e “disseminar uma nova cultura de atendimento humanizado” (BRASIL, 2001, p. 5). O PNHAH pretendia começar tal mudança dentro das instituições hospitalares, uma vez que pesquisas do MS apontaram dificuldades na assistência à saúde prestada pelos hospitais do SUS. Logo em seu início, o documento menciona “o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais” (BRASIL, 2001, p. 9), e define o “fator humano” como o eixo estratégico a ser trabalhado neste programa.

Além do documento do PNHAH, em 2000 foi lançado, pelo MS, o Manual do PNHAH (BRASIL, 2001a), com conteúdo similar, apresentado de forma mais resumida e objetiva, em 20 páginas.

Para tornar a assistência mais humanizada, o programa reconhece a comunicação como o fator essencial, faz-se necessário o estabelecimento de um diálogo em que se reconheça a palavra do usuário e do profissional de saúde. A humanização em saúde é

definida, neste programa, como o resgate ao respeito à vida humana, considerando-se as circunstâncias sociais, educacionais, éticas e psicológicas dos relacionamentos humanos (ALMEIDA, 2005).

Consoante ao mesmo movimento e trazendo para o centro da análise a questão da qualidade do serviço ofertado, o MS, em 2001, aprova a Portaria GM 1970/2001 com o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2001b), para regulamentar o Processo de Acreditação³⁵, que é uma avaliação dos recursos institucionais de um serviço de saúde, seguida por uma certificação, com o objetivo de melhorar a qualidade da gestão e da assistência prestada. A acreditação consta em padrões previamente definidos através dos quais o hospital é avaliado, não se trata de uma fiscalização, tampouco de um controle oficial, uma vez que as instituições de saúde se submetem a esta avaliação de forma voluntária, podendo receber a certificação ou não, conforme as estruturas e funcionamento que caracterizam a instituição avaliada (ALMEIDA, 2005; FORTES, 2013).

Vimos no início desse Ato que a partir do Processo de Acreditação ao qual o hospital geral se submeteu, o setor de psicologia foi incentivado a desenvolver uma ficha de avaliação psicológica inicial para ser preenchida no primeiro atendimento psicológico do paciente. Não se trata de uma exigência da acreditação, mas de uma tentativa do hospital em mostrar que possui uma equipe multiprofissional que presta uma assistência de qualidade, avaliando os pacientes e registrando no prontuário essas avaliações.

Trago esse exemplo pelo que ele carrega como questão fundamental, que permeia todos as normativas sobre humanização: como transformar a política definida pelo MS em prática de saúde? Uma ficha garante uma assistência de qualidade? O que é uma assistência de qualidade? Fichas das diferentes profissões da saúde anexadas lado a lado no prontuário configuram uma assistência multiprofissional? Essas e outras questões vão norteando a escrita da dissertação e serão retomadas ao longo do estudo, assim como vão suscitando novas indagações.

³⁵ A partir dos anos 1990, o debate acerca da acreditação faz-se mais presente no Brasil. O discurso da acreditação foi inaugurado, primeiramente, nas instituições hospitalares, com foco na qualidade desses serviços, definindo padrões e exigências mínimas a serem seguidos pelos setores hospitalares, avaliando o funcionamento destes e certificando-os com selo de qualidade. Em 1995 é criado pelo MS, através da Portaria GM/MS 1107/95, o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (BRASIL, 1995). Em 1998 e 1999 são criadas as duas instituições, consideradas principais, na promoção da acreditação, sendo elas, respectivamente, o Consórcio Brasileiro de Acreditação e a Organização Nacional de Acreditação (ONA) (FORTES, 2013). É possível pensar na existência de uma relação entre o debate, as políticas e as ações da acreditação com o PNHAH, que também possui foco na qualidade do cuidado prestado, restringindo suas ações também aos hospitais. Outros estudos acerca da relação entre esses programas podem ser feitos, aprofundando e desenvolvendo essas questões.

Em 2003, o MS lança uma nova política de Humanização, considerada uma política de assistência mais abrangente, com perspectiva transversal, intitulada Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida por HumanizaSUS (Brasil, 2003a). O programa PNHAH (BRASIL, 2001) e a política PNH (BRASIL, 2003a) foram construídos pelo MS, porém em momentos políticos distintos, por diferentes equipes, o que se faz ver nos próprios documentos, que são compostos por materiais considerados diferentes.

Faz-se importante contextualizar o MS no momento em que o PNHAH e a PNH foram elaborados. O primeiro acontece enquanto José Serra encontra-se à frente do MS, em um momento em que o Governo Federal assume uma agenda de reforma do Estado marcado por uma política neoliberal (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017). O programa é lançado pela Secretaria de Assistência à Saúde e não identifica os nomes dos responsáveis por sua elaboração.

Enquanto a PNH é lançada pelo Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização da Secretaria-executiva do MS³⁶, por um grupo específico da Saúde Coletiva associado a um grupo de psicólogos que traz, para o debate da humanização, conceitos e discussões novas, como: clínica ampliada, matriciamento, escuta diferenciada, co-gestão, entre outros que abordarei mais adiante.

A PNH representou uma ruptura em relação ao PNHAH. Este é um programa, cujo conteúdo é mais técnico, estabelecendo normativas, além de se aplicar apenas às instituições hospitalares públicas, enquanto o segundo é uma política, com maior consideração ao contexto sócio-político, trazendo uma discussão mais ampla, filosófica e conceitual, sendo, inclusive, direcionado para todos os serviços de saúde do SUS, mas não restrita apenas à atenção em saúde dos usuários. A política pretende enfatizar, além da humanização na assistência ao usuário, intervenções na gestão e em relação aos profissionais de saúde, tendo maior alcance intra-setorial, concentrando os projetos de humanização e incentivando intercâmbio com outras políticas (BRASIL, 2004).

Todavia, ambos, programa e política, destacam em seus textos as dificuldades nas relações entre os profissionais de saúde e os usuários; reconhecem problemas nas condições de trabalho na saúde, assim como no processo de comunicação entre gestores, profissionais

³⁶ Quando a PNH foi elaborada e lançada, Gastão Wagner de Sousa Campos ocupava o cargo de secretário-executivo do MS (de 2003 a 2005), e participaram do grupo de trabalho Regina Benevides e Eduardo Passos (psicólogos que assessoravam a Secretaria-Executiva também nesse período). Esta equipe enfatiza o sistema de saúde enquanto único, defende o aumento da participação social no SUS, acredita na construção de uma gestão participativa e propõe políticas que intencionam mudar práticas. É a partir destes princípios que a PNH é elaborada.

e usuários; e como possibilidade de incentivo e melhoria na comunicação apresentam a formação de grupo de trabalho, página virtual e ainda estratégias de prêmio para práticas inovadoras de humanização em saúde (ALMEIDA, 2005). É possível entender essas premiações como um incentivo às ações que colocassem em prática uma nova forma de fazer saúde, considerada mais humanizada.

A primeira edição da PNH foi publicada em 2003, pelo MS, através da Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. O documento possui 20 páginas, a capa apresenta o título, em letras grandes, HumanizaSUS, o subtítulo é Política Nacional de Humanização. Logo abaixo é possível ler “Documento para Discussão”, “Versão preliminar” (BRASIL, 2003a).

Esse primeiro documento foi elaborado para servir de apoio à discussão sobre a implementação da PNH. Em 2004, o MS publicou a versão definitiva da PNH, também com 20 páginas, com conteúdo mais completo, mesmos título e subtítulo, acrescentando à capa a frase “Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS” (BRASIL, 2004).

As duas primeiras publicações da PNH, de 2003 e de 2004, possuem o conteúdo textual bem similar, com a diferença na apresentação. No primeiro documento os pontos principais são apresentados em tópicos, com o objetivo de incentivar e promover sua discussão, e no segundo encontra-se uma redação que desenvolve os principais conceitos, não apenas caracterizando-os, mas trazendo o desenvolvimento histórico e justificativas metodológicas.

Em suas duas versões, a política prioriza o “atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 6). Essa normativa é criada com o objetivo de definir ações de cuidado e acolhimento dentro dos serviços de saúde, inclusive hospitais, não sendo mais restrito a eles.

Conforme destacado pela frase acrescentada à capa da PNH em 2004, a política tem ênfase na prática de saúde, com o objetivo de mudar os modos de gestão e cuidado em saúde, na tentativa de promover inovações no fazer saúde. Os valores, apresentados na PNH, incentivam a autonomia e protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade dos sujeitos e coletivos, a criação de vínculos mais solidários e a participação coletiva nos processos de gestão (BRASIL, 2004).

No que se refere às unidades hospitalares, a PNH (2004) apresenta algumas diretrizes

específicas, divididas em dois níveis de padrões (A e B), para adesão à política, são elas, por exemplo, ter Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), visita aberta, direito a acompanhante, recepção com acolhimento aos usuários, equipe multiprofissional, mecanismos de desospitalização, ouvidoria, plano de educação permanente para os trabalhadores, entre outras.

Para debater e regulamentar diretrizes como estas, a PNH conta com dez cartilhas, responsáveis por aprofundar os temas, “disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde” (BRASIL, 2004a, p. 4) e com função multiplicadora de um novo fazer saúde.

As cartilhas da PNH são sobre: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde; Ambiência; Clínica Ampliada; Equipe de Referência e Apoio Matricial; Gestão e Formação no Processo de Trabalho; Gestão Participativa: Co-Gestão; Grupo de Trabalho de Humanização; Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico; Visita Aberta e Direito a Acompanhante; e, por fim, Humanização e Redes Sociais (BRASIL, 2004a).

A cartilha sobre “A Clínica Ampliada”³⁷ (BRASIL, 2004b) traz conceitos como: “escuta”, “produção de vida” e “vínculo e afetos”. Este documento trabalha a necessidade do profissional de saúde ver o sujeito doente de forma singular, de assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, reconhecer os limites do seu conhecimento e das tecnologias usadas, buscando construir a intersetorialidade e, por fim, assumir um compromisso ético profundo (p. 8). A cartilha traz ainda o princípio da clínica ampliada de combater a ideia de saúde como um bem de consumo, para isso faz-se fundamental reconhecer a singularidade de cada sujeito atendido, incluindo suas expectativas em relação à doença e sua rede de apoio.

A partir da ampliação da clínica e da integralidade das práticas de saúde, novas formas de relações entre os profissionais e usuários dos serviços de saúde precisam ser inauguradas. Destinada a trabalhar esses vínculos da assistência e propor outros arranjos organizacionais para os serviços, foi lançada a cartilha sobre “Equipe de Referência e Apoio Matricial” (BRASIL, 2004c). Nesse documento, equipe de referência é entendida como a equipe multiprofissional responsável por determinados pacientes. Esta equipe não precisa

³⁷ O conceito de Clínica Ampliada foi criado por Gastão Wagner de Sousa Campos e tomou grande repercussão no campo da Saúde Coletiva, fundamentando, inclusive, a PNH. Para o autor, a clínica ampliada é a clínica do sujeito, na qual considera-se a doença, o contexto e o próprio sujeito. Para aprofundar essa discussão, sugiro “A Clínica do Sujeito: Por uma Clínica Reformulada e Ampliada” (CAMPOS, 2003).

dar conta da totalidade dos cuidados dos usuários sob sua responsabilidade. Ao contrário, a equipe de referência conta com o apoio não só de especialistas como também de profissionais que, de acordo com a cartilha, podem estar mais próximos do paciente. Desta forma, constrói-se o projeto terapêutico em conjunto, incluindo o próprio usuário. O apoio matricial é, portanto, esse apoio que proporciona uma ampliação e organização da oferta de ações em saúde (BRASIL, 2004c).

Esta cartilha problematiza um hábito bastante comum na área da saúde: o excesso de encaminhamentos de pacientes entre os serviços através das guias de referência e contra referência. E apresenta a equipe de referência e o apoio matricial como instrumentos fundamentais à humanização da atenção e da gestão em saúde (BRASIL, 2004c).

Ao partir do conceito de equipe e de construção coletiva do trabalho, a PNH apresenta a cartilha de “Gestão participativa: Co-gestão” (BRASIL, 2004d), que conceitua a gestão participativa como uma ferramenta necessária na tentativa de aproximar profissionais e usuários da organização do SUS e de seus processos de trabalho. Este documento define co-gestão como “um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo” (p. 6). A cartilha apresenta tipos de dispositivos para que a gestão participativa aconteça nos serviços de saúde: contratos de gestão, colegiados, conselhos e dispositivos que garantam a participação efetiva dos trabalhadores e usuários no dia a dia das unidades de saúde e na sua gestão.

Ao considerar a importância da participação dos profissionais nas unidades de saúde, a cartilha “Gestão e formação nos processos de trabalho” (BRASIL, 2004e) almeja contribuir para a qualificação dos trabalhadores da saúde. Esta cartilha esclarece pontos importantes sobre a formação em saúde e trabalho, reconhecendo a não existência de saber neutro e o viés político de todo saber, ao considerar que “o conhecimento produz sujeitos e mundos” (p. 11).

A cartilha intitulada “Grupo de Trabalho de Humanização” (BRASIL, 2004f) propõe um espaço de reflexão e encontro de pessoas com interesse no debate sobre o serviço que utilizam ou trabalham, suas relações e a qualidade da produção de saúde. A cartilha oferece temas pelos quais os GTHs podem iniciar suas discussões e construir propostas com o objetivo de promover atitudes humanizadoras.

A cartilha “Visita aberta e direito a acompanhante” (BRASIL, 2004g) parte do conceito de clínica ampliada para incluir o momento de visita de familiares ou amigos e a

permanência de um acompanhante como agentes fundamentais na produção de saúde, facilitando a autonomia do sujeito internado e a reabilitação após a alta hospitalar.

Esta cartilha se aplica a serviços de saúde que internam pacientes, portanto, espaços hospitalares ou unidades de urgência e emergência com internação. O texto caracteriza o hospital como um “espaço protegido” (BRASIL, 2004g, p. 9), responsável por resguardar a integridade da vida do paciente e responsabiliza o profissional de saúde por promover o cuidado.

Este texto propõe redimensionar o espaço da visita e do acompanhante no hospital. Para isso analisa como a presença de visitantes ou de acompanhantes vem sendo vivida pelos profissionais de saúde nas unidades de internação: um “‘peso’ a mais” (BRASIL, 2004g, p. 6), algo que pode obstruir o trabalho e a rotina hospitalar. Com o intuito de mudar este quadro, a cartilha define orientações, voltadas aos hospitais, para implementar a visita aberta e a presença de acompanhante. Ao fim do documento, há uma poesia³⁸ sobre a importância da visita e do acompanhante na recuperação dos pacientes e incentivando os profissionais de saúde a adotarem a visita aberta no hospital.

A cartilha “Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico” (BRASIL, 2004h) enfatiza a importância do trabalho transdisciplinar como um modificador das práticas de saúde focadas apenas na doença e fragmentadas. Segundo este documento, o prontuário transdisciplinar pretende fortalecer o trabalho em equipe, o diálogo entre os profissionais,

³⁸ “APRIMORANDO O CUIDADO (de Esther e Mercedes)

Para cuidar de alguém / No momento da enfermidade / Precisamos do calor / De toda a comunidade, / Dos amigos, da família, / De muita fraternidade / Por isso preste atenção / Naquilo que vou falar / Visita é uma coisa séria / Ajuda o doente a curar / Faz ele ficar ciente / Do que acontece no lar / Quando a doença pega / A pessoa desprevenida / Perdemos a confiança / Ficamos frágeis na vida / Tudo fica diferente / Passamos a ser doente / A casa fica distante / E tudo o que se fazia / A vida muda bastante / Parece ficar vazia / Ficamos sem paciência / E também sem alegria / Mas quando, no hospital, / Chega a hora da visita / Vem um clima diferente / E a gente acredita / Que tudo vai melhorar; / Que a vida vai ser bonita / A visita dos parentes / E dos amigos distantes / Dá força pra levantar / Tocar a vida adiante / Sentindo que essa presença / Nos deixa mais confiantes / A gente sente melhor / Dá vontade de comer / Falar das coisas da vida / Do que cerca o seu viver. / Então já não sou só doente / Tenho um nome, sou um ser. / Tenho um nome, SOU UM SER... / Que tem sua própria história / E posso mostrar pras pessoas / Toda a minha trajetória / E tudo o que sei e sou. / Faz parte do meu viver! / Se o parente não chegou / Na hora do combinado / Pegou o caminho errado / Chegou um pouco atrasado / Não tem porque não entrar / É preciso entender / Que não foi caso pensado / Outra coisa é o horário / Que é sempre muito pouco / Pra tanto o que se falar / Pra tanto tempo distante / Seria muito melhor / Que tivesse acompanhante / Pra ajudar nos cuidados / E pra fazer companhia / Vigiar quando preciso / Sei que é muita correria / Não tem porque dispensar / Esse apoio dia a dia / Digo então pros hospitais / Como doente que fui: / Visita nunca é demais / É força que contribui / Pro enfermeiro ou doutor / Aliviar minha dor / Por fim quero dizer / Reforçando o meu recado: / No plantio da semente / Deve o chão tá preparado / Senão tem um grande risco / De nascer atrofiada / Meus amigos, meus irmãos / Que trabalham na saúde / Preparem o coração / Mudem de atitude / Acolhendo os visitantes / De forma ampla, afinal / Que os serviços de saúde / E toda gente envolvida / Possam ser os guardiões / E os promotores da vida / Adotando a visita / Aberta no hospital.” (BRASIL, 2004g).

considerar o doente como sujeito, levando em conta sua dimensão subjetiva e social no adoecimento, alterar a forma de escuta na relação entre profissionais, pacientes e familiares e padronizar a forma de registrar os problemas, as demandas, os objetivos terapêuticos, a divisão das ações entre a equipe e as avaliações dos resultados do tratamento, ou melhor, do projeto terapêutico. Esta mesma cartilha define o que é e como deve ser elaborado o projeto terapêutico de cada paciente pela equipe transdisciplinar.

A cartilha sobre “Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde” (BRASIL, 2004a) traz uma definição de acolhimento como “uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde” (p. 5). Além disso, a cartilha apresenta uma proposta aplicável de avaliação e classificação de risco em quatro cores, a partir do estado de chegada dos pacientes às unidades de urgência e emergência.

De acordo com esta cartilha, os níveis da classificação de risco são: vermelho ou prioridade zero para os casos emergenciais que necessitam de atendimento imediato, sem espera; amarelo ou prioridade 1 para os casos que demandam atendimento o mais rápido possível; verde ou prioridade 2 para os casos não urgentes, em que o atendimento pode aguardar algum tempo; e azul ou prioridade 3 para as situações de baixa complexidade, quando o atendimento acontece por ordem de chegada dos pacientes à unidade (BRASIL, 2004a).

Após a explicação acerca da divisão dos casos em cores e prioridades, esta cartilha define quais as situações de saúde, diagnósticos e quadros são características de cada cor, estabelecendo, conseqüentemente, para onde o paciente deve ser direcionado. O documento estabelece ainda o que deve ser avaliado no paciente: nível de consciência, discurso, responsivo ao nome, pupilas, verificação dos sinais vitais, índices para avaliação de dor torácica, aspectos para avaliação da saúde mental, entre outros (BRASIL, 2004a).

Considero importante enfatizar que na segunda edição desta mesma cartilha, em 2006, há uma alteração no título, que passou a ser: “Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde” (BRASIL, 2006). A nova cartilha traz outros marcos teóricos sobre o conceito de acolhimento, além da história do acolhimento no SUS. Não há menção à classificação de risco ou à divisão dos casos em cores no novo documento, e sim um item sobre “O acolhimento com avaliação de risco como dispositivo tecnológico e as mudanças possíveis

no trabalho da atenção e da produção de saúde” (p. 25).

A cartilha sobre “Ambiência” (BRASIL, 2004i) trata da ambiência hospitalar, isto é, do espaço físico destinado a promover uma atenção humana, resolutiva e com acolhimento, reconhecido enquanto espaço social, profissional e das relações interpessoais. A cartilha define três eixos principais da ambiência: um espaço de reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho; um espaço que objetiva o conforto, a privacidade e a individualidade aos trabalhadores, usuários e sua rede social; o espaço enquanto instrumento mediador do processo de trabalho, a maneira como os setores são divididos e dispostos no hospital e que influenciam nas relações entre profissionais, pacientes e familiares e nas interações de trabalho, favorecendo ou dificultando a atividade da equipe de referência. Neste sentido, também são necessários espaços destinados a atender as demandas estabelecidas a partir da visita aberta, do direito a acompanhante, do acolhimento com classificação de risco. Além de espaços como “estar” ou “copa” direcionados aos trabalhadores do hospital. A cartilha atenta, ainda, para a importância do respeito às diferenças e à cultura em todos esses espaços hospitalares e a necessidade de sinalização com placas de informação sobre cada espaço e setores.

A cartilha intitulada “Humanização e Redes Sociais” não foi encontrada em minha pesquisa nos sites do MS e da Biblioteca Virtual em Saúde do MS.

A prática em saúde vivenciada na unidade hospitalar descrita nesta dissertação ainda está distante da nova forma de fazer saúde proposta pelas políticas de humanização. A PNH e suas cartilhas foram elaboradas a partir de experiências consideradas bem-sucedidas no SUS, as cartilhas têm como objetivo multiplicar tais experiências de um “SUS que dá certo”³⁹. No entanto, não é tarefa fácil. O texto das cartilhas da PNH traz explicações sobre a maneira como a discussão acerca da humanização transformou-se em ações. As experiências exitosas, e pontuais, foram discutidas, deram origem a diretrizes e definiram formas de ações a serem seguidas, que acabaram por compor o conteúdo das cartilhas. Todas as cartilhas trazem exemplos de situações vivenciadas em serviços de saúde. Contudo, não há garantias de que “na ponta” tais orientações e normativas chegarão e, ainda mais, se serão discutidas e seguidas.

Em um dos cafés da manhã na sala da psicologia, a cartilha sobre acolhimento e classificação de risco circulou entre as profissionais. Não sei de onde ela veio e tampouco

³⁹ Referência ao projeto da Rede HumanizaSUS, um dos dispositivos da PNH, para incentivar a construção de redes e o diálogo entre usuários, profissionais e gestores. “O SUS que dá certo” é uma mostra de vídeos com relatos de experiências exitosas no SUS.

para onde foi. Não sei por que motivo ou como esta cartilha chegou à sala da psicologia, psiquiatria e fonoaudiologia. O que quero chamar atenção é o fato de jamais ter visto ou ouvido qualquer menção à PNH e suas cartilhas durante os anos em que trabalhei nesse hospital geral de emergência, com exceção da cartilha de acolhimento no café da manhã. O que não significa que a política do HumanizaSUS não se tenha feito presente de alguma maneira, apenas não se fez vista aos meus olhos.

Nas descrições que trago do hospital e das cenas, aparecem questões sobre os horários restritos de visitas, o direito a acompanhante, o modo como o prontuário é organizado e como os registros dos diferentes profissionais de saúde são inseridos nele, ou seja, aparecem questões que se referem à discussão e às diretrizes trazidas nas cartilhas. Todavia, não observei a circulação destas cartilhas, tampouco de seus conteúdos na unidade nos anos em que trabalhei.

Observei na fala de alguns profissionais um peso dado a outras normativas que regulamentam alguns dos assuntos tratados na PNH, como, por exemplo, a importância dada à “lei do acompanhante”, referindo-se ao direito a acompanhante para idosos, crianças e parturientes, ou o “cuidado com o que escreve no prontuário” referindo-se aos registros nos prontuários. Ao longo da dissertação descrevo alguns desses momentos e aponto tais normativas.

Todavia, chama a atenção a única cartilha a ser vista impressa circulando em uma sala no interior do hospital, ser a cartilha sobre “Acolhimento com avaliação e classificação de risco” (BRASIL, 2004a). Trata-se da cartilha com conteúdo mais diretivo, objetivo, que define o exercício de uma prática ao estabelecer quais ações devem ser tomadas e como desenvolvê-las. No hospital em questão nessa dissertação, as situações classificadas na cor azul eram atendidas no Pronto-Socorro da unidade, enquanto as outras cores davam entrada pela emergência.

Ainda em relação à cartilha do acolhimento e classificação de risco, é possível observar que o conteúdo sobre classificação de risco está aplicado na emergência e pronto-socorro do hospital, porém a parte inicial da cartilha, que desenvolve e caracteriza o acolhimento enquanto uma postura ética, não parece ter adentrado a emergência, ou o fez de modo a ser de responsabilidade única da psicologia na emergência do hospital. Como vimos anteriormente, os profissionais de saúde atribuem à psicologia a função de trabalhar com a palavra, a escuta, o acolhimento ou o tratamento considerado mais humanizado. Talvez produzir novas formas de acolhimento, consideradas mais humanizadas, exija mudanças

mais profundas da prática.

Como visto, outras cartilhas, além do acolhimento e classificação de risco, possuem conteúdos que envolvem diretamente o funcionamento de unidades hospitalares, como aquelas sobre visita aberta e direito a acompanhante, ambiência, prontuário transdisciplinar. O conteúdo dessas quatro cartilhas parece atender a uma preocupação com a qualidade dos serviços de saúde, guardando relação mais próxima com os textos da PNHAH e das normativas de acreditação. Estas quatro cartilhas possuem, inclusive, uma linguagem diferenciada das cartilhas sobre clínica ampliada, co-gestão, equipe de referência e apoio matricial, gestão e formação nos processos de trabalho e GTH. Estas últimas trazem conceitos e tecnologias de humanização, que refletem a mudança de um modelo assistencial de saúde, sendo questões que interferem ou exigem mudanças de concepção na tentativa de operar novas práticas.

De volta às normatizações da Humanização, além das publicações da PNH e suas cartilhas em 2004, entre os anos de 2010 e 2013, o MS volta a lançar novas publicações da PNH. Em 2010, há o documento “PNH o que é e como implementar” (BRASIL, 2010) uma síntese com diretrizes e dispositivos da política e os “Cadernos HumanizaSus” (BRASIL, 2010a). Em 2013, o folheto com o conteúdo da PNH (BRASIL, 2013) apresentado de forma resumida e objetiva. Tais documentos parecem mostrar um reinvestimento e retomada na divulgação da PNH de 2004.

O folheto informativo do HumanizaSus, lançado dez anos após a publicação da PNH, traz uma apresentação mais jovial e objetiva da política, citando seus princípios e suas diretrizes em tópicos, explicando o que é e como fazer. O folheto vai direto ao ponto, sem entrar nas explicações acerca da história da política, de seus precedentes ou justificativas para sua elaboração (BRASIL, 2013).

Sobre as normativas que regularizam os serviços hospitalares, em 2013 é instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), através da Portaria MS/GM nº 3390 de 2013 (BRASIL, 2013a), que estabelece as diretrizes para a organização dos serviços hospitalares da Rede de Atenção à Saúde. Esse documento tem como uma de suas diretrizes a atenção humanizada em consonância com a PNH e inclui a definição dos princípios desta política, desenvolvidos nas cartilhas da PNH, tais como: acolhimento, apoio matricial, classificação de risco, clínica ampliada, gestão da clínica entre outros apresentados na PNH e nas cartilhas.

O objetivo com a análise feita aqui acerca das políticas de humanização é perceber

como essas normativas, diretrizes e conceitos aparecem ou desaparecem no hospital, como se fazem presentes mesmo quando ausentes. Tais normativas estão colocadas como pano de fundo sobre as quais o fazer saúde cotidiano se constrói em um hospital. Mesmo a PNH não aparecendo claramente no hospital, ela está lá. Ela faz a ambiência da emergência pediátrica, ela põe ou tira uma cadeira para a mãe de uma paciente que possui o direito à acompanhante. A PNH se faz presente na fila do ponto, na hierarquia entre os profissionais de saúde. A PNH e seus conceitos deixam marcas na nova política que regulamenta a atenção hospitalar, a PNHOSP.

Benevides e Passos (2005), autores que participaram da discussão e elaboração da PNH no MS, em artigo intitulado “Humanização na saúde: um novo modismo?”, analisam como a humanização se faz presente nas práticas de saúde de forma segmentada:

(...) a humanização se apresenta como um conceito-sintoma presente em práticas de atenção: a) segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar); b) identificadas ao exercício de certas profissões (assistente social, psicólogo) e a características de gênero (mulher); c) orientadas por exigências de mercado que devem ‘focar o cliente’ e ‘garantir qualidade total nos serviços’. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 390).

Os autores partem da humanização como um “conceito-sintoma” e defendem a necessidade de redefinição do conceito de humanização. A humanização não está nas estatísticas, “o homem normal ou o homem-figura-ideal, metro-padrão não coincide com nenhuma existência concreta” (p. 391). Segundo os autores, essa consideração é necessária para reposicionar os sujeitos nas práticas de saúde e tomar a “humanização como estratégia de interferência” nas práticas de saúde (p. 391). São pessoas com existências concretas que prestam os cuidados considerados mais ou menos humanizados. Nesse sentido a PNH é entendida como uma ruptura em relação as normativas anteriores (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Em 2004, um artigo de Ayres reconhece que as práticas de saúde contemporâneas vivem uma crise. Apesar de todos os avanços tecnológicos e científicos, as demandas de saúde das populações e dos indivíduos não são possíveis de serem atendidas, frente às limitações que as práticas de saúde enfrentam. O autor apresenta as propostas de humanização e a integralidade no cuidado em saúde como estratégias para enfrentar a crise das práticas de saúde, em uma tentativa de “reconstrução ética, política e técnica do cuidado

em saúde” (AYRES, 2004a, p. 16).

Parece que se constrói na saúde coletiva a ideia de que a humanização pode ser uma saída para alguma crise ou a orientação para uma nova prática de saúde, uma nova forma de fazer saúde. Todavia, ela mesma é uma construção, feita por determinado grupo, dentro de determinado discurso, que não escapa às normativas da biomedicina ou da própria saúde coletiva.

Certamente as políticas nacionais deixam marcas nas práticas, por se fazerem excessivamente presentes ou ausentes, podendo até engessar práticas de saúde, como veremos em algumas das cenas, nessa dissertação. Como visto anteriormente, Nogueira (2016) trabalha com o conceito de “grandes papéis” (p. 28), que fazem direcionamentos e instauram realidades, “através dos quais e com os quais se almeja consolidar um fazer saúde pública” (p. 36). Trago esse conceito para pensar o que a PNH produz e opera sobre as práticas de saúde e sobre o cuidado.

A classificação, em diferentes cores, das situações que chegam à emergência, juntamente com o “papel pequeno” (NOGUEIRA, 2016, p. 28) da “ficha de avaliação psicológica inicial” podem ser tomadas como materialidades construídas a partir dos grandes papéis das políticas nacionais de saúde (p. 132).

Nos textos oficiais do MS e no campo da Saúde Coletiva, as proposições acerca da humanização aparecem relacionadas à dimensão da linguagem e da comunicação, enquanto processo interacional (DESLANDES, 2004; AYRES, 2004b). As normativas mostram que um dos objetivos da humanização é mudar as relações entre profissionais de saúde e usuários (ALMEIDA, 2005).

O debate na Saúde Coletiva tem focado sobre a necessidade de acrescentar o cuidado às práticas em saúde, em outras palavras, tornar as ações dos humanos que trabalham na área da saúde mais humanas. O esforço está em alcançar e promover a humanização do humano? Como questiona Deslandes (2004) “O que designa humanizar? Subentende-se que a prática em saúde era (des) humanizada ou não era feita por e para humanos?” (p. 8).

Deslandes (2004) identifica quatro eixos discursivos em dois dos textos oficiais das políticas de humanização do Ministério da Saúde, a PNHAH e seu Manual: a humanização em oposição à violência; oferta de atendimento de qualidade, articulando avanços tecnológicos e acolhimento; condições de trabalho dos profissionais de saúde; necessidade de atenção ao processo de comunicação na saúde, incluindo gestores, profissionais, pacientes e familiares.

A partir desses pontos, Ayres (2004b), ao debater artigo da Deslandes (2004), identifica uma questão em comum que se faz presente quando o assunto é humanização: a invisibilidade do outro, a necessidade de interação com o outro e, principalmente, a necessidade de legitimação dessa interação, o que implica em reconhecer, primeiramente, a presença do outro e o respeito ao outro nas práticas de saúde.

Em relação à comunicação, Deslandes (2004) afirma que os textos oficiais desconsideram “a natureza sociológica dessa (im)possibilidade comunicacional” (p. 11). O fato dos homens estarem inseridos no mundo da linguagem, não garante o diálogo entre eles. Algumas barreiras podem se erigir ao diálogo, como as relações sociais, de gênero, de trabalho, de status ou as relações de saber-poder (DESLANDES, 2004).

Como nos aponta Mol (2002), no encontro entre um médico e um paciente, a doença é feita. É nessa interação que se dá, por um lado a construção da comunicação entre eles, mas também a produção dos próprios sujeitos que estão envolvidos e do que é definido e produzido entre eles. Para Ayres (2004b) a comunicação não é uma mera troca de informações entre pessoas diferentes, mas um processo de construção de identidades e subjetividades que nesse encontro são feitas.⁴⁰

Deslandes (2004) e Ayres (2004b) concordam que humanizar é abrir-se ao outro em toda sua diversidade. Neste sentido, seria possível alguma proposta de cuidado que se dê no ideal de humanização?

Por que a política HumanizaSUS se fez necessária e o que ela opera nesse espaço hospitalar? Auxilia na relação entre profissionais e pacientes ou pode erigir-se como mais uma barreira na qual a burocracia se instala?

É possível, a partir da proposta de Das e Poole (2008), invertermos a reflexão. Ao invés de concentrar a análise nas marcas que as políticas produzem nas práticas de saúde, podemos pensar como as “práticas e políticas de vida” (p. 19) desenham as políticas de normatização, que regulam e disciplinam, constituindo o que as autoras denominam de Estado. A partir das cenas do cotidiano produzido pelos profissionais de saúde e usuários no hospital, podemos pensar as políticas de humanização. Assim, novas questões surgem.

Ao analisar a PNH, a partir do que aparece ou não aparece dela na prática no hospital, é possível pensar, com Butler (2011), quais corpos precisam ser humanizados? Humanizar,

⁴⁰ Mol (2002), Almeida (2005), Ayres (2004a; 2004b), Deslandes (2004) e a própria PNH (2004), ao desenvolver reflexões sobre a doença e o cuidado que ela demanda, mencionam uma interação, um encontro entre profissionais e usuários de saúde e o que pode acontecer ou não nesse encontro. No próximo ato, retomarei a questão do cuidado e o encontro.

em certos contextos, pode ser domesticar? É importante enfatizar que para Butler não há separação entre o que os corpos fazem e a linguagem, sendo os corpos construções definidas a partir do discurso. Assim, retorna para mim uma questão crucial: a qual discurso essa lei atende? Quais sentidos e acepções, usos e atribuições essa normativa vem construindo ao longo dos anos?

No diálogo estabelecido, anteriormente, neste ato, entre Butler (2011) que questiona sobre os corpos que importam, Mol (2002) que entende o corpo enquanto múltiplo e Foucault (2015b) que caracteriza o hospital como “máquina de curar”, podemos incluir o “hospital como espaço protegido” (BRASIL, 2004g, p. 9) da PNH, no qual cuidar é associar avanços tecnológicos com acolhimento, produzindo saúde e sujeitos (BRASIL, 2004).

No espaço protegido do hospital, máquina de curar, além da produção de saúde e da produção de sujeitos, fazem-se corpos múltiplos, domesticados, produzem-se saberes, sobressaem fisicalidades e desaparecem humanos. Cuidados são prestados em nome de se alcançar uma cura. Cuidados colocam em funcionamento a máquina de curar.

No Ato IV: os Saberes e os Cuidados, desenvolverei mais essas questões, a partir de Foucault e Canguilhem, refletindo acerca do saber que opera sobre a vida, definindo o que é considerado saudável ou doentio, bom e, portanto, aceitável e reproduzível ou mau e, logo, reprovável e execrado.

5 ATO IV: OS SABERES E OS CUIDADOS

Ora cara não me venha com esse papo

Sobre a natureza

Cada um inventa a natureza

Que melhor lhe caia

Mariá Portugal, *Um olho aberto*, interpretado por Elza Soares.

Até aqui descrevi algumas cenas que apresentam o hospital, seu funcionamento, fluxos, rotinas e estabelecem um diálogo com marcos normativos acerca do cuidado no hospital geral e com alguns lugares possíveis da psicologia nesse enredo. Considero importante aprofundar a discussão sobre a produção do cuidado e das práticas em saúde e suas relações com o saber.

Neste ato, parto de uma reflexão acerca dos modos de produção de saberes sobre a saúde, doença e a medicina, para trabalhar com alguns referenciais de cuidado da saúde pública e das normativas de humanização. Descrevo uma cena que reflete as relações entre os saberes, os cuidados e descuidados que se fazem nesse hospital, considerando que a produção de cuidado guarda relação íntima com a produção de saberes. O interesse é partir das tessituras de vida para refletir sobre como os saberes e os cuidados fazem-se múltiplos no dia a dia de um hospital.

Para ajudar a pensar sobre o cuidado em seu uso popular, trago a definição do verbo “cuidar” do Dicionário Aurélio (1988) e, em seguida, o que observei nos anos de trabalho no hospital geral. O primeiro significado que aparece no dicionário é imaginar, pensar, meditar, em seguida aparecem outros dois verbos: julgar e supor. Só então surgem expressões que poderiam ser utilizadas na área da saúde: “aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação...”, “ter cuidado; tratar”, “fazer os preparativos; tratar”, “prevenir-se, acautelar-se” e “ter cuidado consigo mesmo, com a sua saúde, a sua aparência ou apresentação” (p. 190). Enquanto a palavra “cuidado” apresenta como significado: atenção, precaução, cautela, diligência, desvelo, zelo, encargo, responsabilidade, conta, inquietação de espírito, pessoa ou coisa que é objeto de desvelos (DICIONÁRIO AURÉLIO, 1988, p. 190).

Nos anos em que trabalhei no hospital, notei que é comum o termo cuidado vir acompanhado pelo verbo prestar. O “cuidado é prestado” para referir-se ao cuidado que é dado a um ser humano por outro ser humano. O cuidado refere-se à relação entre pessoas,

podendo ser mais próxima e quente ou distante e fria. O “cuidado prestado” passa a ter a marca de certo jogo de poder entre um ser humano que detém algo (um saber, uma máquina, um acesso a um instrumento...) e o outro que necessita desse algo, podendo dar ou não dar com presteza ao prestar ou não esse cuidado.

Antes de aprofundar no debate acerca dos sentidos e usos dos cuidados encontrados nas cenas que descrevi, nos documentos e textos que consultei, faz-se fundamental refletirmos sobre os saberes acerca dos processos de saúde e doença que estão a serviço e constroem um saber que se faz hegemônico na saúde, o saber biomédico. Camargo Jr. (2005), em artigo intitulado “A Biomedicina”, esclarece-nos que esta refere-se à Medicina Ocidental Contemporânea.

Este autor define a biomedicina como vinculada “a um ‘imaginário científico’ correspondente à racionalidade da mecânica clássica, caminhando no sentido de isolar componentes discretos, reintegrados *a posteriori* em seus ‘mecanismos’ originais” (CAMARGO JR., 2005, p. 178, grifo do autor). Para o autor, a racionalidade biomédica está baseada em três caracteres: o generalizante, o mecanicista e o analítico. A partir deles, produz um discurso universal, com modelos e leis gerais, que naturalizam o Universo e, portanto, o corpo, como uma grande máquina, compreendido a partir de mecanismos de causalidade linear, cujo entendimento dá-se a partir do isolamento das partes e do pressuposto de que o todo é dado pela soma das partes (CAMARGO JR., 2005).

Foucault (1994) em “O Nascimento da Clínica” trabalha a mudança na noção de conhecimento provocada a partir do século XIX com a “anátomo-clínica”. Com a possibilidade de localização da doença no corpo, ocorre a emergência de uma nova linguagem, uma nova forma de existência do discurso médico. Ver e localizar a doença no corpo muda a maneira que se faz clínica, altera o exercício médico, instaura-se novo olhar e nova linguagem médicos. Um olhar profundo, que acessa o interior do corpo, transformando aquilo que é visível e invisível no corpo humano.

Para este autor, a medicina moderna é inaugurada pela ruptura provocada pela anátomo-clínica e caracterizada pela “especialização” (FOUCAULT, 1994, p. X) e “verbalização” do patológico (p. X), referindo-se ao espaço do conhecimento, do olhar e percepção médicos. O olhar e linguagem estão ligados, trata-se de um olhar médico que vai produzir uma linguagem, nos termos do autor: “O olhar clínico tem esta paradoxal propriedade de *ouvir uma linguagem* no momento em que *percebe um espetáculo*” (p. 122, grifos do autor).

O autor discorre sobre o processo de produção de conhecimento a partir do olhar médico, da observação médica e de seus métodos. O olhar médico, que observa e pesquisa, é produtor de conhecimento e a clínica se estabelece como forma de conhecimento.

Contudo, Foucault (1994) nos adverte de quem e para quem está dirigido este olhar e esta linguagem: “A descrição, na medicina clínica, não tem o sentido de colocar o oculto, ou o invisível, ao alcance daqueles que a ele não tem acesso; mas de fazer falar o que todo mundo vê sem vê-lo, e de fazer falar apenas aos iniciados na verdadeira palavra” (p. 131). Temos, portanto, um saber que é afirmado e reafirmado, proferido e repetido, tomado como verdade por e para um determinado grupo de pessoas que partilham o discurso considerado hegemônico da biomedicina, que se faz sob outro grupo de pessoas que carece dessa atenção. Pessoas estas consideradas fora do normal, doentes, isto é, que carregam uma patologia.

Ao analisar as formas como o normal e o patológico são caracterizados e vivenciados nos diferentes períodos da história, Canguilhem (1995), em “O Normal e o Patológico”, percorre o caminho das diferenças quantitativas ou qualitativas entre o normal e o patológico, passando por definições do normal determinado a partir do meio, relaciona normal e média, reconhece o limite impreciso entre o normal e o patológico, no qual a doença “é uma norma de vida” (p. 146), porém considerada uma norma inferior, por estar mais exposta às variações de suas condições. Seu argumento central é que não há o patológico em si, pois o anormal só pode ser apreciado em uma relação. Ao fim, Canguilhem conclui que “não há uma ciência biológica do normal. Há uma ciência das situações e das condições biológicas consideradas normais” (p. 188). Nesse sentido, o valor de normal é construído e atribuído ao que se apresenta de forma mais constante na vida.

Para Canguilhem (1995), a medicina, como todas as técnicas, é uma atividade com origem no “esforço espontâneo do ser vivo para dominar o meio e organizá-lo segundo seus valores de ser vivo” (p. 188). O autor destaca um esquecimento comum: “o médico tem tendência a esquecer que são os doentes que chamam o médico” (p. 169). Assim afirma que a existência da medicina se deve, primeiramente, ao fato dos homens ficarem doentes. Como consequência, os homens vão se dedicar a saber sobre sua doença.

Em relação à doença, Canguilhem (1995) destaca que ela é tomada como uma ameaça à existência do indivíduo, podendo ser vista como “uma nova dimensão da vida” (p. 149), “o aparecimento de uma nova ordem vital” (p. 156). A qualificação do que é considerado patológico dá-se através da clínica, na relação com o ser doente. Este autor aponta que o conceito de doença se faz em relação ao de saúde, sem uma definição mais clara desses

conceitos. A doença é a ausência de saúde e a saúde, a ausência de doença. O autor chama atenção para o fato de ambas, saúde e doença, apresentarem-se enquanto normas. As anomalias representam “outras normas de vida possíveis” (p. 113). A “normalidade advirá de sua normatividade. O patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida” (p. 113/114).

Canguilhem (1995), a partir das definições de saúde e doença, trabalha o conceito de cura como uma tentativa de volta do indivíduo doente ao seu estado inicial, anterior à doença, ou um rearranjo, isto é, o estabelecimento de outro arranjo possível para a vida daquele indivíduo. O autor afirma que “Curar, apesar dos déficits, sempre é acompanhado de perdas essenciais para o organismo e, ao mesmo tempo, do reaparecimento de uma ordem. A isso corresponde uma *nova norma individual*” (p. 156, grifo do autor). Assim, curar pode ser tomado como a criação para si de “novas normas de vida.” (p. 188).

Procurando estabelecer diálogos entre os autores, cabe ressaltar que Foucault (1994) chama atenção para o lugar central que a doença passa a ocupar no saber e na prática médica, a partir da segunda metade do século XVIII. Para Camargo Jr. (2005), neste momento, a medicina transforma-se na “ciência das doenças” (p. 180) e “as dimensões da racionalidade médica ocidental estarão, desde então, sempre referidas às doenças.” (p. 181). Este autor mostra que apesar dos esforços contemporâneos por definições mais amplas, a saúde ainda é assumida, e eu diria vivida no dia a dia, como ausência de doença.

Canguilhem (1995) ao refletir sobre a postura médica acerca da determinação do normal, da saúde ou da doença, afirma “o que lhes interessa é diagnosticar e curar” (p. 94). O objeto do médico é o corpo doente ou o pedaço doente do corpo e seu objetivo é fazê-lo voltar ao seu estado “normal”. O hospital é o local privilegiado para restabelecer esse normal e para que o doente volte a ser um indivíduo normativo. Como vimos, Foucault (2015b) caracterizou esse espaço como “máquina de curar” (p. 173). Neste sentido, o hospital se apresenta como o espaço em que se produz e reproduz de forma mecânica e automática um fazer saúde no qual almeja-se “voltar à norma uma função ou um organismo que dela se tinham afastado” (CANGUILHEM, 1995, p. 94).

A medicina moderna se constrói em um processo contínuo de delimitações de novos espaços de atuação. Ela chama para si e define o que é questão de saúde, normalizando e medicalizando esferas da vida. Para esse debate, considero importante destacar dois termos utilizados por Mattos (2010): a “medicalização” referindo-se a “um processo mais longo de invasão da vida social pela medicina, ou melhor, pelo saber médico” (p. 326) e a

“colonização por um saber médico” (p. 331) em referência à “relação de dependência permanente, de tutela, de vigilância contínua” (p. 331) dos corpos.

Até o momento, percorremos o caminho de como a racionalidade biomédica cria as concepções de saúde e doença, com Foucault abordamos a questão de como a partir da localização da lesão no corpo, há uma expansão do que era tomado pela medicina no plano individual para o social, do corpo biológico para o corpo social. O que nos fez entrar no conceito de medicalização.

Uma medicalização que se faz indefinida, ou seja, que adentra em todas as esferas da vida e deixa seus efeitos dentro e fora do que é considerado área da saúde. A medicalização se expressa nas práticas cotidianas de profissionais de saúde, inseridos ou não em instituições de saúde, nos espaços da vida, na forma como as pessoas relacionam-se, interagem, produzem e reproduzem atos de cuidar e de cuidar-se.

A partir da medicalização, podemos refletir sobre as práticas de cuidado também terem sido medicalizadas e de estarem a serviço da colonização do saber médico. Mattos (2010) toma como prática de cuidado “o conjunto de práticas sociais que se constituem como esforços (ou tentativas) de assegurar a continuidade da vida, quer da vida de indivíduos, quer da vida de um grupo social, quer da vida da espécie” (p. 322). No mesmo artigo, mais adiante, o autor reconhece que as “práticas de cuidado se fazem predominantemente sob a égide de uma racionalidade médica” (p. 326), mesmo quando se dão fora do hospital e não são realizadas por profissionais de saúde.

Portanto, a medicalização define a produção de práticas de saúde. Agora faz-se necessário percorrermos algumas definições de autores importantes da saúde coletiva⁴¹ sobre os cuidados e seus encontros, que, em seus debates, partem das análises realizadas por Foucault e Canguilhem. Em seguida, abordarei os cuidados presentes em documentos do MS e as formas como o cuidado aparece ou desaparece no espaço hospitalar.

Ayres (2004a) trabalha a partir de dois sentidos dados ao cuidado: um cuidado, substantivo comum, que se refere às atividades e procedimentos no sentido comum e um substantivo próprio, o Cuidado, conceito ontológico trazido de Heidegger e definido por Ayres (2004a) como “uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.” (p. 22).

⁴¹ Entendemos que na saúde coletiva há uma produção de reflexões e práticas, que inclusive são defendidas em políticas concretas do MS, como vimos na PNH, sobre o cuidado. Escolhi trazer o debate que alguns atores fazem acerca do cuidado, pela discussão e sistematização que propõem e que se faz vista também na PNH.

O autor propõe que o conceito de Cuidado tenha “como norte a construção do *compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum*” (AYRES, 2007, p. 128, grifo do autor). O autor acrescenta ainda que “no plano operativo das práticas de saúde, é possível designar por Cuidado uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial e, enquanto tal, político” (p. 132).

Em um artigo anterior, Ayres (2004a) define o norte ético e político da noção de humanização desta mesma forma. O autor constrói os conceitos de Cuidado e humanização a partir da mesma definição, como sinônimos, e aposta que eles possam guiar as práticas de saúde. Considero importante destacar esse achado nos artigos de Ayres, por apresentar a forma como alguns autores do campo da saúde coletiva desenvolvem a questão do cuidado, relacionando-o à “humanização”, “felicidade humana”, “Bem comum”.

Ayres (2004a) afirma que o humano inventa a si próprio e seu mundo, se constrói e reconstrói, e entende esse movimento como Cuidado. A partir disso, é possível assumir as práticas de saúde também como Cuidados, uma vez que são inéditas, inventadas a cada encontro entre profissional de saúde e paciente, construídas e reconstruídas, mesmo existindo uma técnica definida com protocolos e normativas.

Sobre a prática do cuidado, Barros (2007) afirma não serem restritas aos passos ou procedimentos utilizados pelos profissionais, mas sim “um caminho de encontros e problematizações que se efetivam nos processos de trabalho” (p. 120). A autora destaca a atuação coletiva, o encontro, com suas trocas acerca das práticas de saúde, transformando o trabalho em um “processo contínuo de constituição de sujeitos e de mundos” (p. 120), portanto há uma característica inventiva no trabalho em saúde. “Trabalhar é fabricar uma cadência. É inventar um passo. Um modo de andar” (p. 120).

Tampouco, trata-se de dispensar as ações em saúde que estão prescritas ou protocoladas, inclusive estas também carregam uma “história-criação” (BARROS, 2007, p. 121) das profissões e dos profissionais. O importante aqui é perceber os atos de saúde como inéditos, feitos rotineiramente, todo dia, a cada dia, a cada encontro entre profissional de saúde e paciente. O cuidado em saúde dá-se nesse encontro, nessa relação, em um terreno permeado por tensionamentos diversos. O cuidado em saúde faz-se nas “condições concretas do trabalho” (p. 121). A rotina vivenciada nos serviços de saúde impõe dificuldades e questões que produzem maneiras inéditas e particulares de operar.

Mattos (2013) apresenta a integralidade como uma forma ampliada de entender as necessidades de saúde dos sujeitos e da população. Seu objetivo não é definir um modelo ideal para as práticas de cuidado em saúde, para as organizações dos serviços e das políticas. Pelo contrário, seu objetivo é abrir um espaço para práticas e reflexões a partir de vários saberes e da riqueza das experiências, mesmo quando elas parecem fracassadas.

O autor propõe o cuidado prudente, a partir de um diálogo com as definições de Boaventura Santos sobre o conhecimento prudente para uma vida decente, ao defender o “conhecimento científico na medida (e apenas na medida) em que ele se volte para uma vida decente” (MATTOS, 2013, p. 122), isto é, a proposta de uso da ciência de forma responsável e ética. O autor pretende olhar desta maneira para o cuidado, que seja prudente e se volte para uma vida decente, inclusive este é o título do seu artigo.

Nesse sentido, Mattos (2013) toma o cuidado enquanto uma “dimensão da vida humana. Dimensão que frequentemente se dá no plano da intersubjetividade” (p. 122), assim, cuidar faz-se de diversas formas e a partir de diversos conhecimentos.

Mattos (2010) também destaca que para o cuidar em saúde é necessário articular o saber médico e seu conhecimento sobre as doenças com “outras formas de conhecimento sobre a vida, ou melhor, sobre os modos concretos de andar a vida, sobre o adoecimento vivido, sobre as concepções, temores e sentimentos das pessoas que sofrem (ou que podem vir a sofrer)” (p. 338). Para o autor, “o cuidado integral demanda profissionais capazes de conhecer doenças e de contextualizar suas propostas no modo de andar a vida do outro” (2010, p. 338).

Neste sentido, também se pretende um encontro entre profissionais de saúde, que detêm algum conhecimento sobre as doenças, e pessoas que possuem algum conhecimento sobre si, isto é, sobre seus corpos, suas doenças e suas vidas. Ainda acerca do cuidado integral, Mattos o define como aquele realizado pelo profissional de saúde “centrado na compreensão do sofrimento” (p. 347) e preocupado em “descolonizar, reduzir tutelas, deixar de vigiar e controlar, para dar lugar à emancipação, à maior autonomia por parte dos sujeitos que sofrem” (p. 348).

Cecilio (2011) propõe tomar a gestão do cuidado em saúde a partir de seis dimensões, sendo elas: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

A dimensão individual refere-se ao indivíduo que vive a experiência da doença e da saúde, é aquele que tem a autonomia para cuidar de si. Para o autor, cada indivíduo “tem a potência de produzir um modo singular de ‘andar a vida’, fazendo escolhas” (p. 589). Cecilio

(2011) alerta para a necessidade de considerar nessa dimensão da gestão do cuidado: que a subjetividade não é coerente, durável ou individualizada, já que somos seres sociais; a autonomia sempre na relação entre o organismo e seu meio; e que não podemos tomar a subjetividade sem considerar a existência de um biopoder que regula modos do sujeito ser na vida.

A dimensão familiar está localizada no “mundo da vida” (p. 591), inclui os contatos próximos do doente, que auxiliam e exercem os cuidados diretos. É uma dimensão que diz respeito à produção de uma rede (CECILIO, 2011).

A dimensão profissional do cuidado dá-se no encontro entre o profissional e o usuário. De acordo com o autor, “é um encontro ‘privado’, que, na sua forma mais típica, ocorre em espaços protegidos, de modo geral, fora de qualquer olhar externo de controle.” (p. 591). Para produzir esse encontro, Cecilio (2011) destaca três elementos importantes para o profissional na composição dos cuidados: sua capacidade técnica; sua postura ética; e competência em construir vínculos com aqueles que recebem seus cuidados.

O autor define a dimensão organizacional do cuidado como aquela que acontece nos serviços de saúde, caracterizada pela organização: do acesso e da segurança dos usuários; dos processos de trabalho, como a definição dos fluxos internos do serviço de saúde e externos, com outros dispositivos da rede de saúde; do trabalho em equipe com seus desafios diários; dos registros de informações; e das comunicações entre equipe, gestores, usuários e familiares.

A dimensão sistêmica da gestão do cuidado diz respeito à forma como as políticas de saúde são implementadas na prática, como os usuários se movimentam pela rede do sistema de saúde, entre os serviços e equipamentos de saúde, como se dão os arranjos organizativos de serviços e ações de saúde e as regulações do sistema de saúde (CECILIO, 2011).

Por fim, Cecilio (2011) define a dimensão societária, que se refere ao modo como a sociedade cuida de sua população. Trata-se da dimensão mais ampla da gestão do cuidado em que são definidos a política de saúde e o papel do Estado nelas, guardando relação com a política econômica e social do país.

Refletir sobre o cuidado a partir dessas dimensões, permite Cecilio (2016) afirmar que o cuidado é o resultado de cruzamentos dessas múltiplas dimensões, com diferentes atores envolvidos. O autor defende que os cuidados são encontros, porém, enfatiza que são encontros políticos. Nas palavras do autor:

Se colocarmos a ‘ponta do compasso’ naquela pessoa que demanda cuidado, poderemos compreender que, o que parece ser um encontro privado,

profissional-paciente, é, imediatamente, atravessado e constituído por múltiplas outras dimensões, elas próprias habitadas por um grande número de atores com seus interesses, seus projetos, seus sentidos para o trabalho em saúde. Cada uma das dimensões do cuidado pode, portanto, ser disputada numa perspectiva mais ou menos emancipatória, mais ou menos controladora, mais ou menos comandada por um biopoder. Por isso tudo, penso ser possível dizer: cuidar é, sempre, um ato político. (CECILIO, 2016, p. 78).

Cecilio (2016) destaca outra perspectiva do encontro do cuidado, enquanto um encontro político. O autor toma a política enquanto encontro entre sujeitos, com seus recursos diferentes, que carregam interesses, necessidades e sentidos em nome próprio, que com suas ações estão em um processo de produção da vida social.

Também para Merhy (2004) as práticas de saúde fazem-se em um encontro. Nas palavras do autor: “Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas ‘pessoas’” (p. 112).

É importante destacarmos que, assim como, na discussão feita no ato anterior sobre a humanização, aparece a questão do encontro entre profissionais e usuários de saúde, nas reflexões sobre os cuidados, os autores mencionados invariavelmente relacionam os cuidados e o encontro: os cuidados em saúde acontecem nesse terreno do encontro.

No Ato III, vimos com Mol (2002) que a doença é feita, construída, no encontro entre médico e paciente. Ayres (2004b) e Deslandes (2004) destacaram a importância dada à comunicação no encontro entre profissionais de saúde e usuários. Para o autor as construções de identidade e subjetividade dão-se no encontro e tais construções são fundamentais para que se dê o cuidado humanizado em saúde. Deslandes (2004) enfatiza que nas políticas de humanização aposta-se na comunicação e diálogo que deve acontecer no encontro do cuidado em saúde, mas desconsidera-se as questões referentes à impossibilidade de comunicação. Almeida (2005) conclui que um dos objetivos da humanização é agir na relação entre profissionais e usuários de saúde, ou seja, mudar algo que acontece nesse encontro.

Neste Ato IV, ao percorrer as definições acerca dos cuidados em saúde, notamos a importância dada, pelos autores mencionados, ao encontro entre quem cuida e quem é cuidado.

A PNH ao definir o cuidado também o faz a partir do encontro. A cartilha “HumanizaSus: Visita aberta e direito a acompanhante” (BRASIL, 2004g) define o cuidar em saúde, reconhecendo ser um conceito amplo, que inclui o tratamento recomendado associado “a criação de um ambiente que proporcione mínimas condições de conforto à pessoa cuidada, um reencontro com ela mesma, fazendo nascer uma confiança proveniente desse encontro” (p. 6). O texto caracteriza esse estado de confiança como uma qualidade do cuidado e condiciona a eficiência do tratamento proposto ao estabelecimento desse estado.

É possível identificar pontos comuns no modo como os cuidados são tomados na PNH e nas definições dos autores supracitados. Os cuidados são feitos a partir da associação de tecnologias da saúde com a criação de um ambiente em que a pessoa que recebe o cuidado experimente uma vivência consigo e com seus sentimentos. Portanto, o foco não está somente na relação entre o cuidador e o que recebe esse cuidado, como também em um processo interno de cada sujeito, profissional ou usuário de saúde. Como vimos, há o destaque do encontro que se daria nas situações de cuidado. Um encontro para além da técnica, dos passos e procedimentos, mesmo quando são passos considerados humanizados. Ou seja, definir passos humanizados não garante esse encontro. O encontro que caracteriza o cuidado pode se dar ou não entre o cuidador e o ser cuidado.

Vimos, ainda no Ato III, que na discussão do setor saúde acerca da humanização há uma tentativa de incluir o cuidado nas práticas em saúde. Contudo, os cuidados não seriam práticas de saúde?

Foucault (2010), na conferência “Crise da medicina ou crise da antimedicina”, traz uma questão sobre a medicina, desde sempre, se fazer em efeitos positivos e negativos e do próprio saber médico produzir o que seria considerado antimedicina. Portanto, Foucault nos adverte para o fato da ruptura pretendida com a medicina social ser, ela também, inserida em certo tensionamento constante no processo de construção de saber em saúde que está no discurso da biomedicina.

Quero fazer uso do argumento de Foucault (2010), para pensar nos cuidados e seus encontros, para refletir sobre o deslocamento a ser feito na questão. Não se trata de definir uma boa ou má prática de saúde e sim de reconhecer que há uma medicalização que deixa efeitos radicais na vida. Ao lado dos cuidados construídos e defendidos pela biomedicina, temos outras construções críticas à biomedicina, que apostam na criação de outros caminhos para a constituição de novas práticas em saúde, consideradas distintas por não serem centradas na doença, e sim no diálogo com o sujeito doente, reconhecendo as diferentes dimensões

envolvidas no processo de saúde e doença, como vimos nas propostas dos autores da saúde coletiva e defendidas nas cartilhas da PNH, principalmente no conceito de Clínica Ampliada.

Contudo, se por um lado a biomedicina define “a” prática de saúde a ser seguida e reproduzida, do outro lado, sua crítica não tem escapado de criar definições sobre o caminho a ser seguido para construir o bom cuidado. Ambas definem práticas de cuidado e o fazem ancoradas em seus operadores morais. Ambas apresentam faces consideradas diferentes de um mesmo saber e se apresentam como definidoras de fazer saúde e podem, inclusive, ratificar ou criticar os cuidados que são realizados.

Seguindo as pesquisas apontadas até o momento, podemos tomar a discussão feita no setor saúde a partir de dois vieses: do lado da biomedicina, as práticas de saúde e a relação médico-doente; do lado das críticas à biomedicina, identificadas em torno da Clínica Ampliada, os cuidados em saúde e o encontro.

Se o encontro do cuidado pode acontecer ou não, como denominar aquilo que acontece entre profissional e usuário de saúde quando não há o tal encontro? Questiono se toda prática de saúde não se daria em um encontro, diferente a cada vez. Parece que apenas o cuidado considerado “bom” e “legítimo” é caracterizado como encontro. Existe cuidado ruim? E o cuidado ruim não seria ele também um encontro em que se produziu algum modo de fazer saúde?

Corremos o risco de cair em mais dicotomias da saúde: a prática de saúde e o cuidado, o cuidado bom e o cuidado ruim ou cuidado e descuidado. Parece que em algum lugar (distante das unidades de saúde existentes na rede) é possível ter um encontro “quase mágico”, no qual se produz o verdadeiro cuidado entre profissional e paciente. O que pode recair como mais uma demanda de trabalho. Além de todos os passos dos protocolos de atendimentos, o profissional de saúde é responsável por criar o ambiente e o clima para o “encontro” do cuidado.

Foucault (1994) em “O Nascimento da Clínica”, ao falar acerca da formulação do discurso de estrutura científica sobre o indivíduo, aprofunda as questões do encontro e da relação médico-doente ao afirmar que:

(...) nossos contemporâneos veem neste acesso ao indivíduo a instauração de um ‘colóquio singular’ e a mais rigorosa formulação de um velho humanismo médico, tão velho quanto a piedade dos homens. As fenomenologias acéfalas da compreensão mesclam a esta ideia mal articulada a areia de seu deserto conceitual; o vocabulário pobremente erotizado do ‘encontro’ e do ‘par médico-doente’ se esgota desejando

comunicar a tanto não-pensamento os pálidos poderes de uma fantasia matrimonial. A experiência clínica – esta abertura, que é a primeira na história ocidental, do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade (...) – foi logo tomada como um confronto simples, sem conceito, entre um olhar e um rosto, entre um golpe de vista e um corpo mudo, espécie de contato anterior a todo discurso e livre dos embaraços da linguagem, pelo qual dois indivíduos vivos estão ‘enjaulados’ em uma situação comum mas não recíproca. (p. XIII).

Foucault (1994) destaca a existência de uma impossibilidade do encontro médico-doente, que parece não ser reconhecida, ficando o encontro reduzido, simplificado ou até romanceado. Chama a atenção como Foucault coloca a questão entre os dois indivíduos vivos presos em uma relação de desigualdade, marcada por uma hierarquia. Ambos estão presos, o que relativiza essa desigualdade, ao fim, parecem estar igualmente submetidos a algo maior e mais pesado, que em alguns momentos parece ser difícil de sustentar.

O que acontece entre o profissional e o usuário de saúde é marcado pela racionalidade médica ou pelas tentativas de ruptura com ela, mesmo assim, isso que acontece entre essas duas pessoas gera um espaço de cuidado. A aposta é que entre uma pessoa que precisa de cuidados e outra que se disponibiliza a cuidar, há sempre encontros e cuidados a serem refletidos.

Sobre o debate acerca das marcas da racionalidade médica nas práticas de saúde, Mattos (2010) escreve:

(...) a racionalidade médica não existe senão por meio dos exemplos de sua aplicação e nos traços por ela deixados na memória dos profissionais que a aplicam. Por outro lado, esta racionalidade se reproduz (e se modifica) cotidianamente a cada uso que dela se faz em situações concretas. (p. 317).

Os fazeres saúde estão inseridos na lógica da racionalidade médica, ao mesmo tempo em que a constrói e mantém. Em uma espécie de “roda viva”, não há algo fora desse saber-fazer, embora haja sempre a possibilidade de, na repetição, modificar algo, e em um ato, construir novas possibilidades. Resta-nos refletir de dentro desse saber-fazer, com ele, a partir dele, para construir algumas questões.

Chega ao hospital, trazida por seus filhos, uma senhora usando um vestido largo que cobre seus braços e pernas, com uma ferida no pé. Após avaliação pela equipe de plantão da

emergência, a senhora é internada na Clínica Médica, no quarto andar do hospital, submetida a exames de sangue, que apontam para o diagnóstico de diabetes em estado avançado e sem tratamento. Diagnóstico feito, os clínicos gerais solicitam avaliação de cirurgiões, para definirem a intervenção através da qual a mulher será tratada. Clínicos e cirurgiões, diante da presença daquele corpo ferido no pé, fazem a decisão sobre a intervenção a ser feita: “amputação dos dedos” envolvidos na ferida, além de medicações para “controlar a diabetes”.

A senhora escutou os médicos que a avaliavam em seu leito, falavam e marcavam com caneta a parte do pé que deveria ser retirada, amputada, removida de seu corpo. Foi então, que com muita calma a senhora falou: “eu vim ao mundo com os dez dedos do pé e voltarei com os dez dedos do pé”. Os médicos não se importaram muito com aquela frase em tom de profecia e seguiram em suas decisões e demarcações sobre o corpo alheio. No entanto, a senhora estava decidida em relação ao seu próprio corpo. Não aceitou o jejum preparatório para a cirurgia, tampouco as medicações necessárias. Seguiu a dizer que não tirariam seus dedos do pé.

Na sala de psicologia chega um pedido de parecer, trazido pela secretária da Clínica Médica, que solicita atendimento para essa senhora localizada em um leito desse setor. A psicóloga vai ao quarto andar carregando na mão o papel do pedido de parecer, que precisa ser respondido. Primeiro, abre o prontuário e lê sobre o motivo que levou a paciente ao hospital, depois conversa com alguns técnicos de enfermagem que se encontram no posto médico, começa a esclarecer-se o motivo do pedido e inicia-se o atendimento da psicologia a essa pessoa que rejeita os cuidados médicos indicados. A senhora apresenta-se de forma lúcida e clara, relata sua história e fala sobre a sua decisão já tomada: “não viverei sem meus dez dedos”.

A psicóloga realiza uma “interconsulta”⁴² com a equipe médica do setor, que se apresenta de forma alterada, indignados pela recusa aos cuidados indicados e considerados necessários para esse caso. Os médicos estão todos mobilizados, todos dizem as mesmas frases “a parte do pé tem que ser amputada”, “é uma parte bem pequena”, “tem que ser feita”,

⁴² Faz-se importante destacar que, nesta cena, os profissionais de saúde não solicitaram uma “interconsulta”. Esta foi proposta pela psicóloga após perceber a mobilização da equipe. Há uma importante diferença a ser destacada entre a solicitação ou não da “interconsulta” em duas cenas descritas nessa dissertação. Na cena da “criança louca” na emergência pediátrica, a equipe médica solicitou a “interconsulta”, pois achava que lhe faltava um saber sobre a loucura, saber que cabia à psicóloga. Com a senhora que deve ter o dedo amputado não há dúvidas da equipe médica, eles sabem o que deve ser feito e solicitam à psicologia uma intervenção com a paciente (quase uma estratégia de convencimento) e não uma discussão de equipe multiprofissional para refletir sobre o cuidado a ser prestado a esta paciente.

“ela não tem escolha”, levantando a questão se tais cuidados seriam indicados ou impostos.

Para entrar na sala de cirurgia, a paciente tem que assinar um termo de consentimento e autorização da amputação de qualquer parte de seu corpo, por menor que seja. Caso ela estivesse impossibilitada de assinar, um responsável da família teria que assinar em seu lugar. Contudo, a paciente está acordada, lúcida e decidida a não assinar a retirada de seus dedos.

Os médicos mantêm a paciente mais alguns dias no hospital, com a esperança de que ela mudará de ideia. Apostam suas fichas no setor de psicologia e em seus familiares que ajudarão a “abrir os olhos” da paciente para a “necessidade de amputar aqueles pequenos e inúteis dedos do pé”.

Os dias passam, a senhora segue no hospital. Não mudou de ideia em relação à sua recusa em perder parte do seu corpo. Aceitou as medicações para controlar sua diabetes, mas segue recusando a amputação. O tratamento medicamentoso pode e deve ser realizado pela paciente em sua casa, não se faz necessário uma internação para isso. Não há mais motivos que justifiquem a permanência da paciente no hospital⁴³.

Sem ter mais o que fazer, os médicos liberam a paciente. Dão a alta hospitalar com inúmeras ressalvas e documentos que mostram o diagnóstico realizado, a necessidade de intervenção cirúrgica para amputação dos dedos do pé, enfatizando a recusa da paciente ao tratamento necessário. Documentos que respaldam suas ações para evitar futuros questionamentos. Documentos que reafirmam o saber médico e desacreditam os saberes que orientam a produção de vida e a construção de mundo dessa senhora. A paciente sai do hospital com seus filhos e seus papéis.

Alguns meses depois, em uma reunião de um grupo de estudo⁴⁴ sobre a prática da psicologia em hospitais gerais, com a presença de psicólogas de diferentes unidades hospitalares, uma psicóloga de outro hospital menciona a mobilização que a equipe médica enfrentava diante de uma senhora que se recusava a ter o pé amputado. Dizia ela: “eu vim ao mundo com meu pé inteiro e voltarei com meu pé inteiro”.

Esta paciente fez o caminho até o hospital para cuidar de seu pé ferido, colocou seu corpo a ser analisado em exames clínicos e laboratoriais, como nos indica Mol (2002), na interação com os médicos, ela fez e foi feita em um diagnóstico de diabetes, aceitou as

⁴³ Parece que nesta situação a lógica da gestão hospitalar sobre os leitos e a necessidade de liberá-los para que outros usuários possam ocupá-los, não se aplica. A equipe médica “segura” a paciente no hospital, entendendo que a tentativa de a convencer sobre a realização do tratamento considerado necessário é mais importante do que liberar a vaga do leito hospitalar.

⁴⁴ Os grupos de estudos fazem parte das práticas de estudo da psicologia, não apenas no meio acadêmico, como também entre profissionais, que possuem o interesse em discutir e trocar sobre suas experiências de trabalho.

medicações por via oral e injetáveis responsáveis por regular os níveis de açúcar em seu sangue. E recusou a intervenção cirúrgica de amputação dos dedos do pé e mais tarde do pé inteiro. Dizia que não conseguiria viver sem uma parte do seu corpo, reconhecia isso como um limite do seu próprio corpo para estar em e na vida.

Existem inúmeras possibilidades de interpretações das cenas, de diálogos entre as cenas e os marcos teóricos do campo da saúde. O objetivo não é oferecer ao leitor interpretações de situações ou verdades construídas por mim, por isso a proposta é refletir sobre algumas possibilidades que esta cena oferece, inclusive dos modos como poderia se desenvolver, e, assim, poder discutir com o que vem sendo produzido sobre os cuidados em saúde.

Nos serviços de saúde, cada profissional terá também sua visão do que está acontecendo com determinado tratamento ou paciente, assim como o usuário também tem suas verdades para o que se passa com sua saúde. A leitura proposta por Mol (2002) traz questões interessantes, pois nos permite reconhecer que cada olhar produzirá um corpo, tornando-se um corpo múltiplo ou o que Foucault (1994) sinaliza como conhecimento produzido a partir do olhar que se incide.

Um paciente pode relacionar sua doença à sua religiosidade. Um médico pode acreditar seu tratamento a todo seu conhecimento e acesso científico-tecnológico. Uma psicóloga pode fazer uma interpretação psicanalítica da relação dessa paciente com sua doença, com seu médico e seu tratamento. Uma enfermeira pode acreditar que seguindo todos os protocolos operacionais padrão estará garantido o cuidado. Um gestor pode preocupar-se com o indicador de morte por pé diabético que pode aumentar com o não tratamento desta senhora. Não há uma dessas histórias que seja mais verdadeira do que a outra. Todas essas possibilidades e regimes de verdades percorrem os corredores do hospital, sobem e descem por escadas ou elevadores, entram e saem de setores. Todas essas possibilidades narrativas coabitam e fazem o corpo doente.

Todavia, parece que algumas dessas possibilidades são mais afeitas a assumirem estatutos de reconhecimentos e serem inseridas em um regime de verdade que se quer (historicamente) hegemônico. No caso desta cena, os saberes da equipe médica assumem esse lugar de legitimidade, sobrepondo-se aos saberes da própria senhora acerca de seu corpo e seus dedos do pé. Os saberes dos médicos, da psicóloga, da equipe de enfermagem, dos plantonistas, dos técnicos que colhem e analisam o sangue que corre nas veias da mulher, todos esses saberes constituem e perfazem o discurso da biomedicina e o saber científico. Um saber saúde que, no setting do hospital, impõe-se a outras formas de saber e de estar no

mundo. Um saber que opera para ordenar, normalizar e educar, definindo o que é bom para o outro, classificando-o e operando toda sorte de violência em nome de uma ordem.

Como vimos, por exemplo, quando a psicóloga faz sua intervenção na emergência pediátrica, ao atender a menina que “enlouqueceu”, não há ruptura com o saber médico sendo proposta ali, e sim um reforço. São diferentes saberes, com seus desdobramentos próprios que se dão sobre os corpos, que constituem a racionalidade biomédica. Neste sentido, a partir de Mol (2002) podemos pensar sobre saberes múltiplos que coabitam e fazem os corpos múltiplos. Como sugere Camargo Jr (2005, p. 184): “A articulação dos saberes entre si e destes com a prática é fluída, o que faz com que a prática médica possa ser vista, neste particular, como um interminável exercício de criação de ideologias científicas”.

Tais modos de articulação dos saberes saúde parecem construir certo caminho e formas de fazer saúde, que vão sendo reproduzidos como um padrão, criando normativas, definidos por um saber. Cria-se um círculo reproduzido em diferentes serviços de saúde, como, por exemplo, os atendimentos com poucas palavras, nos quais parte-se do princípio de que aquele que precisa e procura por cuidado pouco sabe sobre o que lhe acomete, cabendo esse saber à equipe de saúde. Esta, além do saber, detém o poder de dar ou não esse cuidado, e até mesmo, a cura. O saber do paciente sobre o que ele sente é colocado em termos secundários, inscritos em narrativas e regimes de verdade aos quais não são facultados à entrada no hospital.

Cecílio, Carapineiro e Andrezza (2014) em sua recente pesquisa sobre “Os Mapas do Cuidado”, relatam que “a valorização do conhecimento produzido pelo usuário a partir, sobretudo, das suas experiências sociais, em contraposição com o saber científico, dos especialistas, foi-se impondo como reflexão à medida que o estudo prosseguia” (p. 115). Os autores propõem tomar os usuários enquanto sujeitos de conhecimento e reconhecem um “agir leigo na saúde” baseado em um saber dos usuários que além de válido, produz modos de cuidado em saúde, distintos daqueles do já reconhecido e legitimado saber científico dos profissionais de saúde.

Faz-se importante reconhecer que a saúde não é a única forma de produzir cuidados ou de fazer as pessoas se sentirem melhor. As pessoas têm múltiplas expectativas e podem ter outras formas de viver que não operam com a lógica da saúde. Há cuidados fora do dispositivo assistencial da saúde. No entanto, com essa pesquisa, percebo que no hospital, por ser um dispositivo que opera em uma lógica de enquadre assistencial, é difícil reconhecer os cuidados para além do que a saúde pode oferecer e possibilitar uma ruptura com certa

forma já estabelecida de fazer saúde.

Essas duas dificuldades podem guardar relação com outro entrave observado no hospital: seu não funcionamento em rede. Rede é um conceito chave na área da saúde. A Atenção Básica preconiza sua organização em rede de saúde, relacionando os serviços de saúde entre si e com outros dispositivos para além da saúde. No hospital, as ações de saúde dificilmente se estendem para fora de seus muros, não parece haver abertura para a realização do trabalho em rede⁴⁵.

Como vimos, Foucault (2015b), em “O Nascimento do Hospital”, nos fala do processo de medicalização do hospital. A partir dessa medicalização o saber científico passa a ser hegemônico no hospital, não há mais espaço para a religião ou para “saberes leigos”. Podemos pensar que a partir dessa medicalização houve a troca do saber religioso e de outros saberes para além da medicina, que habitavam as instituições hospitalares, pelo saber científico, que ainda assim opera a partir de uma moral, respaldada em um “saber legítimo” que define os modos de fazer saúde naquele espaço e na relação médico-paciente.

Voltando a refletir sobre a relação médico-paciente no hospital, Mol (2002) afirma que diagnosticar e tratar doenças requer uma colaboração, uma cooperação entre dois sujeitos: o médico e o paciente. É necessário um “paciente-corpo” (p. 24) que coopere com o médico. Primeiro um paciente que chegue até esse médico, com uma queixa ou que seja levado e tenha um porta-voz da queixa ou da dor, na sequência, um paciente ou seu porta-voz que responda às perguntas feitas pelo médico, depois, um paciente que deixe o médico examinar seu corpo. Por último é necessário ainda que o “paciente-corpo” se submeta ao tratamento ou intervenção médica considerada necessária.

No hospital, o foco parece estar mais no curar do que no cuidar. Como vimos com Canguilhem (1995), os médicos e seu(s) saber(es) estão focados em curar e garantir o retorno ao estado anterior à doença ou a criação de um novo arranjo para seguir a vida. Enquanto o cuidado, que diz respeito àquele “encontro” entre médico e doente, se torna tema de uma política de humanização e é transformado em objeto de estudo com o objetivo de se alcançar uma forma de fazê-lo adentrar o hospital.

A paciente que aparece na cena descrita neste ato traz uma questão que está para além do curar e do cuidar no hospital. Ela poderia ter aceitado ou negado a amputação. Ter se submetido ou não à intervenção de cura ou de cuidado. O que quero sublinhar aqui é a

⁴⁵ As dificuldades do funcionamento hospitalar em rede apresentam questões que mereciam ser aprofundadas em outros estudos.

possibilidade de escolha de um fazer com seu próprio corpo e a possibilidade de aceitação ou não dessa escolha por parte da equipe de saúde. Um saber sobre si e sobre seu corpo que raramente é considerado no hospital. Um saber que se refere ao conhecimento e à autonomia sobre seu próprio corpo e sua vida, que inclui sua subjetividade, desejo, fé, intuições, crenças e valores. Um saber sobre si que encontra pouco espaço na ciência moderna. Sobre a relação desse conhecimento com a racionalidade médica, Mattos (2010) afirma “diante do saber médico, são silenciados todos os demais conhecimentos sobre as práticas do cuidado” (p. 331).

Na cena, é possível notar rapidamente a recusa da paciente em aceitar a intervenção de amputação do dedo, no entanto, há outra recusa em jogo, mais difícil de ser notada ou de causar estranheza: a recusa da equipe médica frente ao posicionamento desta paciente, fato que faz os médicos solicitarem atendimento da psicologia para reverter a posição dela, ou seja, os médicos recorrem a outro saber científico, que também legitima um saber e fazer sobre o corpo do outro.

Todavia, segue não havendo o reconhecimento da fala e dos saberes dessa mulher sobre si própria e sobre sua forma de estar na vida. A partir de Canguilhem (1995) podemos refletir sobre uma forma possível de pensar o normal e o patológico nesta cena. Para os profissionais de saúde a senhora carrega uma patologia, está fora dos limites ditos normais, portanto, transforma-se ela toda em patológica. A senhora opta por seguir patológica e nessa escolha rompe com a biomedicina, que prescreve o que é o normal e a melhor forma para essa paciente seguir na vida. Os médicos parecem não reconhecer que o ser considerado patológico pode querer se manter enquanto patológico, uma agência do patológico que coloca em xeque esta edificação dos saberes médicos.

A equipe médica utiliza, inclusive, o tempo como dispositivo na tentativa de convencer a paciente a tirar seus dedos, deixando ela internada por mais uma semana sem necessidade clínica para a internação, uma vez que apenas eram ministradas medicações, que a mulher poderia fazer uso em qualquer lugar fora do hospital. Ao fim, a equipe médica deixa a paciente ir embora, ainda sem reconhecê-la, reforçam o próprio saber médico através de inúmeros papéis, carimbos e assinaturas que resguardam seu saber e marcam a importância da intervenção médica que deveria ter sido feita.

Afirmaram o saber médico, porém o mal-estar já estava instaurado entre a equipe de saúde, pois o desfecho ficou marcado por ter se dado de forma diferente da indicada pelos médicos. A negação à amputação por parte da paciente produz um corte que abre uma ferida

no discurso e, portanto, no saber, da equipe médica. A mulher com o dedo morto mantido no corpo mostra que está viva.

Por um lado, os profissionais de saúde com seus cuidados biomédicos reafirmam o discurso da racionalidade médica, operando tutela e controle sobre o corpo, por outro lado, a senhora com sua postura reafirma a falência do discurso biomédico.

A mulher que aparece para os médicos é a diabética, com ferida aberta no pé, necessitando de medicação e amputação. No hospital, essa mulher torna-se apenas um dedo a ser retirado, parte de um corpo, que pode ser tomado em sua dimensão de objeto, a ser examinado, acessado, aberto, mexido, amputado, curado.

A mulher em volta do dedo, suas vestimentas, sua cor de pele, seu modo de ser, o que acredita para seu corpo e sua vida, seus princípios, enfim, seu saber, são apagados e retirados de cena. O saber que ela carrega, que se constituiu como regimes de verdades para ela e o fato dela não abrir mão dele diante dos médicos é o que quero trazer para a cena, por deixar vivo que inúmeros saberes coabitam o corpo, por mais que tentemos apagá-los.

Nessa dissertação, não quero oferecer um único caminho, percorrendo determinados saberes sobre as práticas e teorias. Assim como na saúde, os mais diferentes saberes coabitam os corpos. Quero mostrar que a discussão travada aqui é uma possibilidade de interpretação entre outras e que não há definição possível que dê conta de abarcar tudo o que o cuidado em saúde pode representar.

Considero importante, além da reflexão sobre a produção acerca do cuidado na saúde, trazer para a discussão também o que está sendo feito diariamente nos serviços de saúde, e que é cuidado, mesmo quando “torto”, com ou sem o “encontro” desejável pelas cartilhas especializadas no assunto. O que acontece na ponta é cuidado, o cuidado possível, na relação possível entre aquelas pessoas que ocupam o espaço do hospital.

Como visto, Barros (2007) traz essa dimensão para a discussão ao desenvolver que o cuidado acontece “nas condições concretas de trabalho” (p. 121) em saúde e Mattos (2010) discorre sobre a necessidade de reconhecimento dos “modos concretos de andar a vida” nas práticas de cuidado (p. 338). Portanto, há mais que o definido pela racionalidade médica e prescrito nas normativas, há o que acontece de “concreto” no dia a dia dos serviços de saúde, impregnado de vida, com suas contradições, naturalizações e resistências.

Os cuidados em saúde dão-se na relação e na interação entre profissional e paciente, mais do que isso, nas relações que os sujeitos, médicos e pacientes, estabelecem com seus próprios mundos, com sua inserção neste, com os saberes considerados “legítimos” ou não

e com o novo mundo que se abre quando se entra em contato com o outro.

Nesta cena descrita, além das duas recusas, podemos observar duas indignações, uma por parte dos médicos e, outra, da paciente com o que é colocado por eles. A paciente não aceita a ideia da amputação indicada pelos médicos e estes não aceitam sua recusa. A senhora se vê como sujeito apenas com seus 10 dedos e só assim ela é capaz de habitar o mundo que produziu para si. Os médicos só se sentem sujeitos quando o paciente aceita suas indicações de tratamento, intervenções e de cura. Aqui fica claro como a interação médico-paciente e, portanto, os cuidados em saúde se dão em um terreno tenso.

Mol (2002) nos diz que sem o “paciente-corpo”, o médico não é capaz de fazer um diagnóstico. Eu enfatizo que sem o paciente, o médico não é capaz de tratar e cuidar desse corpo diagnosticado. Refiro-me ao paciente que não se resume ao corpo que carrega, mas que inclui a dimensão subjetiva, com seus saberes, modos de ver e viver a vida, que podem não se encaixar ou aceitar o que é considerado como saúde e doença.

A partir de Mol (2002), podemos entender que não se trata de reconhecer as diferentes perspectivas sobre um mesmo objeto, doença ou corpo, e sim perceber a forma como essas diferentes perspectivas se mantêm juntas e se interligam. Os cuidados são prestados, depositados sobre aquele corpo deitado na maca, um a um, cada profissional deposita seu fazer saúde sobre aquele corpo. Corpo e cuidado são múltiplos, nos interessa a coordenação dessa multiplicidade, o reconhecimento de como os cuidados mantêm-se juntos, coabitam e fazem o corpo.

Na cena da negação da amputação e refletindo a partir de Foucault (1994), é possível observar os efeitos do olhar e da linguagem sobre esse corpo, no cotidiano de trabalho da equipe de saúde. Os diferentes profissionais vão sendo convocados a entrar em cena para, diante do visível dedo morto do pé da paciente, proferir a reafirmação de um discurso.

Ainda sobre o olhar e a linguagem, sobre o visível e invisível da lesão no corpo, podemos retomar a cena da criança que “enlouquece” na emergência pediátrica. Vimos ali qual corpo é objeto da medicina. Há o domínio sobre o espaço corporal, a técnica médica permite descartar a loucura percebida à primeira vista e ver o invisível: o sangue contaminado por fungos. Foucault (1994) define o “olhar loquaz” (p. X) do médico, com “poder de trazer à luz uma verdade que ele só recebe à medida que lhe deu à luz” (p. XI), o olhar fundador, que instaura um saber. Sobre esse olhar, Mol (2002) reflete acerca das várias arterioscleroses construídas nos atendimentos entre profissionais de saúde e pacientes em um hospital. A partir das várias formas de visualização das lesões no corpo produz-se ou não

uma doença e instaura-se ou não uma prática de cuidado.

Como ampliar a discussão sobre os cuidados para os profissionais que estão nos serviços de saúde, praticando saúde? É possível o reconhecimento das práticas realizadas por esses profissionais enquanto formas de cuidado? Eles cuidam e o fazem a partir do discurso da biomedicina ou de suas críticas. A possibilidade de reconhecimento desses cuidados pode abrir para a reflexão de outras possibilidades de saberes na prática de cuidado?

Seguir investindo no dualismo biomedicina e saúde coletiva, em que a primeira constrói práticas de saúde e a segunda apresenta-se como um campo de conhecimento que se ocupa das reflexões de cuidado, “integralidade”, “felicidade” ou “Bem comum”, parece reforçar a fragmentação entre esses saberes. Tensionando mais essa dicotomia, seria como se a saúde coletiva não reconhecesse que a prática de saúde preconizada pela biomedicina é uma forma de cuidado e a biomedicina não reconhecesse outros saberes e maneiras de estar no mundo para além de suas verdades normativas.

Não me parece possível trocar um saber por outro para orientar ou construir uma prática. Tampouco travar uma luta contra as normas. Sobre isso, Canguilhem (1995) nos adverte que é característica da própria vida ser normativa, uma vez que a vida constrói modos para garantir sua continuidade. Ao analisar a cena da senhora que negou a amputação, pretendo levantar reflexões que não caiam na crítica à conduta dos médicos com a paciente. Não é suficiente, para a discussão proposta aqui, dizer que o importante é considerar o sujeito doente. Neste caso, corremos o risco de trocar um saber por outro, também referido à racionalidade médica, construindo outra normalização. Como também não é o caso de descartar os estudos sobre a integralidade do cuidado e a necessidade de construção de novas práticas de cuidado na saúde.

Assim como o saber médico pode colonizar vidas, Mattos (2010) nos adverte para “as possibilidades de repetições e recorrências de estratégias e táticas, também produtoras da colonização” (p. 332). Portanto, outros discursos podem colonizar vidas e definir o fazer saúde “certo”. O autor propõe como saída à medicalização colonizadora, “a reflexão crítica de nossas práticas” (p. 332), a tentativa de identificar em nossas falas e fazeres a “potência colonizadora sobre o outro. Isso implica abrir mão da ideia de que conhecemos a melhor forma de conduta para as pessoas (p. 332/333)”.

Todavia, é difícil escapar da tentação de afirmar modos de cuidar que poderiam instaurar outras formas de fazer saúde, que poderiam mudar o que acontece nos serviços de

saúde. A intenção não é ter respostas, tampouco verdades. Reconhecer a falência de verdades, a ausência de respostas, pode abrir espaço para a reflexão e discussão sobre os cuidados que acontecem no cotidiano dos serviços de saúde e talvez até de outros cuidados possíveis de serem construídos.

O interesse não é trabalhar na fragmentação dos saberes e das práticas. Sigo aqui os passos indicados por Mol (2002), cujo foco é a multiplicidade e não a fragmentação. O objetivo é, a partir do reconhecimento de que o cuidado é múltiplo, poder refletir sobre formas dessa multiplicidade acontecer, se interligar e se conectar, ou seja, pensar a partir das formas como os cuidados se dão “no concreto”, no cotidiano dos serviços de saúde.

Proponho nessa dissertação pensar o cuidado múltiplo, a partir do reconhecimento das práticas de cuidado “concretas” que acontecem no dia a dia dos serviços de saúde. Sem jogá-las fora, sem afirmar outra forma melhor de fazer, sem um “só assim será possível”. Será possível da forma possível para cada profissional e cada paciente. Como incluir o que é feito nos serviços de saúde enquanto um cuidado em saúde? Como considerar o que se constrói no dia a dia, que às vezes sai bom, às vezes sai ruim, como um cuidado? O cuidado é múltiplo. Talvez uma possibilidade para pensar o cuidado seja reconhecer a sua multiplicidade, sem tentar sobrepor uma forma de cuidado sobre a outra. Refletir sobre suas formas de acontecer no cotidiano e, neste sentido, pensar quais discussões são possíveis entre os profissionais que estão envolvidos com os cuidados em saúde, os gestores, os pacientes e familiares.

Canguilhem (1995) traz uma pequena cena, ao reunir suas reflexões para chegar em uma definição de saúde. Parece escrever mais livremente, sem citações de teóricos, sem referências da filosofia, da medicina ou da fisiologia. Fala de forma sutil e certa sobre o cuidado e sua relação com a medicina. Fala da vida. Transcrevo aqui uma parte que considero importante para a reflexão sobre o cuidado.

(...) As prescrições do bom senso médico são tão familiares que nelas não se procura nenhum sentido profundo. E, no entanto, é aflitivo e difícil obedecer ao médico que diz: ‘Poupe-se!’. ‘É fácil dizer para eu me cuidar, mas tenho minha casa para cuidar’ dizia, por ocasião de uma consulta no hospital, uma dona-de-casa que não tinha nenhuma intenção irônica ou semântica ao dizer esta frase. Uma família significa a eventualidade do marido ou de um filho doente, da calça rasgada que é preciso remendar à noite, quando o menino está na cama, já que ele só tem uma calça, de ir longe comprar pão se a padaria próxima estiver fechada por infração aos dispositivos

regulamentares, etc... Cuidar-se... como é difícil, quando se vivia sem saber a que horas se comia, sem saber se a escada era íngreme ou não, sem saber o horário do último bonde porque se a hora tivesse passado, voltava-se a pé para casa, mesmo que fosse longe.

A saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio. Porém, não será absurdo falar em infidelidade do meio? Isto ainda é admissível quanto ao meio social humano, em que as instituições são, no fundo, precárias, as convenções revocáveis, as modas, efêmeras como um relâmpago. Mas o meio cósmico, o meio do animal de modo geral não será um sistema de constantes mecânicas, físicas e químicas, não será feito de invariantes? É claro que esse meio definido pela ciência é feito de leis, mas essas leis são abstrações teóricas. O ser vivo não vive entre leis, mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis. O que sustenta o pássaro é o galho da árvore, e não as leis da elasticidade. Se reduzirmos o galho às leis da elasticidade também não devemos falar em pássaro, e sim em soluções coloidais. Em tal nível de abstração analítica, não se pode falar em meio, para um ser vivo, nem em saúde, nem em doença. Da mesma forma, o que a raposa come é um ovo de galinha, e não a química dos albuminóides ou as leis da embriologia. Pelo fato do ser vivo qualificado viver no meio de um mundo de objetos qualificados, ele vive o meio de um mundo de acidentes possíveis. Nada acontece por acaso, mas tudo ocorre sob a forma de acontecimentos. É nisso que o meio é infiel. Sua infidelidade é exatamente seu devir, sua história. (CANGUILHEM, 1995, p. 158/159).

Cuidar-se e cuidar segue sendo difícil. Não sabemos e não saberemos a hora que se come, se a escada é íngreme ou a hora do último bonde. Ou mesmo que saibamos tais informações, a vida seguirá sendo vivida sem um saber, sem sabermos os acontecimentos que nos atravessarão. É isso que é vivido em um hospital, a vida por um fio atravessada pelo último bonde. E não há prescrição possível, nem mesmo “a” prescrição médica, que dê conta.

Passado um tempo, a senhora que nega a amputação de seus dedos retorna ao hospital negando a amputação de parte de sua perna. Passado um tempo maior, ela retorna ao hospital negando a amputação da perna inteira. Ela retorna ao hospital de tempos em tempos e nega a amputação de parte do seu corpo. Assim acontece até ela chegar ao hospital desorientada ou inconsciente e os médicos, sem precisar de sua autorização, realizam a cirurgia de amputação da perna.

Ao acordar, em um CTI, a senhora se vê sem sua perna, não consegue falar mais nada e não resiste. Morre em poucos dias. Afinal, como ela disse, inúmeras vezes, não sabe viver sem parte do seu corpo, sem parte de si. Os médicos não entendem a evolução da paciente ao óbito. Afinal, os sinais vitais da paciente estavam ótimos e a cirurgia tinha sido um sucesso.

Será possível uma forma de preservar a escolha e autonomia da paciente, reconhecendo as diferenças nas formas de ver e pensar sobre a amputação ou não de seus dedos? Quais diálogos são possíveis entre quem cuida e quem é cuidado?

A senhora recebeu alta hospitalar seguiu para casa com seus papéis, seus filhos, sua vida, seus dedos podres e a orientação de que pode voltar a qualquer momento ao hospital. A equipe de saúde deixou claro que discorda da conduta adotada pela senhora, mas respeita e seguirá cuidando dela e de seu pé da maneira possível: higienizações e curativos na ferida nos dedos do pé, o que na saúde mental convencionou chamar de “redução de danos”. O cuidado possível entre os médicos com seus saberes e modos de ser no mundo e a senhora com seus saberes e modo de ser no mundo.

A vida seguiu vivendo mais alguns anos para aquela senhora com seus dedos. Ela ia ao hospital quando sentia necessidade e voltava para casa. Até o momento em que a morte se fez presente. Talvez porque “a escada era íngreme” ou porque “vivia sem saber a que horas se comia” (CANGUILHEM, 1995, p. 158).

Ou podemos pensar que nada disso aconteceu. Ao sair da primeira internação no hospital com seus filhos e seus papéis, após a negação da amputação de seu dedo do pé, a senhora foi atropelada pelo último bonde, antes mesmo de chegar em casa. Morreu em poucos dias.

Com ou sem dedos do pé, a morte acontecerá.

Foucault (1994) nos adverte que a partir da anatomia patológica, há uma “trindade técnica e conceitual” (p. 165) formada pela vida, doença e morte, “o olhar médico gira sobre si mesmo e pede à morte contas da vida e da doença” (p. 167). Até aqui concentrei a pesquisa no cuidado a partir do viés da vida e da doença. Na próxima seção, retomarei o caminho percorrido na dissertação e, como não poderia deixar de tocar nesse nó, abordarei a questão da morte e alguns de seus desdobramentos no hospital.

6 EPÍLOGO

Os sentimentos vastos não têm nome.
Perdas, deslumbramentos, catástrofes do espírito,
pesadelos da carne, os sentimentos vastos não têm boca,
fundo de soturnez, mudo desvario,
escuros enigmas habitados de vida mas sem sons,
assim eu neste instante diante do teu corpo morto.

Hilda Hilst, 2012, p. 128/129

Os atos aqui impressos carregam as questões que me inquietaram e me colocaram em trabalho. Questões com as quais me deparei no período em que trabalhei “na ponta”. Inquietações que fui guardando na memória, rascunhado em diários pessoais ou mesmo em papéis soltos, até inquietarem tanto a ponto de me dirigir ao mestrado e dedicar-me a refleti-las de outra forma, com objetivo de produzir conhecimento com essas experiências.

As cenas têm uma temporalidade, foram vividas em determinado período, em determinado contexto político. Não era meu interesse realizar um estudo de caso sobre essa unidade hospitalar, tampouco me aprofundar sobre os aspectos políticos ou legislativos e normativos dessa área. Procurei refletir sobre os cuidados que se deram em ato nessas cenas que apresento. E, assim, construir um estudo a partir desses parâmetros, trazendo para as cenas quem e o que importa, dando novos sentidos ao que nós, profissionais da saúde, fazemos, seja como profissionais da ponta ou pesquisadores.

Desde a vivência dessas cenas até os dias de hoje, passaram-se alguns anos. Provavelmente, mudanças aconteceram nesse hospital e na rede de saúde que o envolve. Não acompanhei essas mudanças, não tenho acesso a atual organização e funcionamento desse hospital. Para esse estudo, não considero importante a contextualização atual. O que foi vivido retrata uma prática de saúde e levanta questões importantes para o debate sobre o fazer saúde.

Não pretendo aqui encontrar uma resposta para minhas questões, mas sim abrir um espaço para pensá-las, trocar com outros estudos e encontros ao longo desse percurso. Considero ser impossível esgotar essas questões, no sentido de respondê-las ou de dar conta de uma discussão que todas as perguntas que faço aqui podem gerar. Espero que esse trabalho tenha sido um convite para pensar nessas questões e nas formas como elas podem estar

interligadas. Um convite à reflexão sobre os cuidados que são “prestados” nos serviços de saúde, esperados de acordo com as normas e os que são possíveis de se fazer no dia-a-dia, diante de tantas dificuldades.

Ao longo dessa dissertação, percorri os cuidados vividos nos fluxos deste hospital, os cuidados apresentados pelas políticas do MS, os cuidados almejados pela PNH, os cuidados encontrados em algumas discussões da área da saúde e os cuidados que se fazem no dia a dia do hospital. A partir dessas análises, seguindo os passos indicados por Mol (2002), propus pensar o cuidado enquanto múltiplo.

Nesse percurso, fez-se necessário descrever este hospital, refletir sobre a constituição do hospital enquanto “máquina de curar”, a posição que o hospital ocupa no SUS, a entrada da humanização no hospital, até chegarmos a quem é responsável por esta nesse espaço, a quem cabe o cuidado no hospital. Assim, entrei na discussão sobre os saberes, a racionalidade médica e suas críticas, a apresentação de outras saídas, que, ainda assim, estão em referência a esta racionalidade. Todas as vezes que se tenta afirmar como fazer saúde, parece que ficamos à beira da esquina do campo normatizador. Através da análise desta disputa no campo da saúde, reflito sobre o encontro que se dá entre profissional e usuário, entre quem cuida e quem é cuidado, e propus pensar que em todo e qualquer encontro em saúde há um cuidado que é performado.

Observei uma distância entre os cuidados preconizados nos documentos e artigos da área da saúde e os cuidados concretos feitos nos serviços de saúde. É nessa distância aberta que proponho inserir a discussão desta dissertação. É preciso considerar o que há, o que se tem discutido e feito como prática de cuidado, para assim pensar no que há de possibilidade de transformação.

Foucault (2009) nos aponta esse caminho, ao considerar a dimensão de produtividade do poder, que pode ser transformador, no sentido de possibilidades que podem ser construídas, reconstruídas ou desconstruídas. O poder do e em ato. Nas palavras do autor:

Quando definimos o exercício do poder como um modo de ação sobre as ações dos outros, quando as caracterizamos pelo ‘governo’ dos homens, uns pelos outros – no sentido mais extenso da palavra, incluímos um elemento importante: a liberdade. O poder só se exerce sobre ‘sujeitos livres’, enquanto ‘livres’ – entende-se por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidades onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer (FOUCAULT, 2009, p. 244).

Neste sentido, há sempre possibilidades de fazeres em saúde que rompam com o que vem sendo feito, produzido e reproduzido.

Em diversos pontos desse caminho, atravesso as cenas que trazem as inquietações e nos impulsiona adiante nessa estrada. Em alguns momentos dessa dissertação, o desenrolar das inquietações tocam em um ponto que se faz fundamental para mim. O humano e o que ele carrega: seu corpo, sua subjetividade, seus saberes. Estar no mundo, construir nossos mundos e nos relacionarmos com os mundos dos outros humanos demanda um esforço e um cuidado. Isso é a vida. A vida em ato. Com seus limites, mal-entendidos e não-entendidos, como a linguagem e a morte.

Um adolescente internado há meses, um tumor cerebral, muitas cirurgias e neurocirurgiões, uma família em choque, uma mãe desesperada.

A morte.

A morte aconteceu no dia em que a mãe se ausentou da cabeceira do leito do filho. A mãe acompanhava seu filho desde o primeiro dia de internação na emergência pediátrica para realização de exames, seguiram para pediatria na espera da cirurgia, passaram pelo CETIPE para recuperação no pós-cirúrgico, voltaram para pediatria com a melhora do quadro, voltaram para o CETIPE com a piora do quadro, nova cirurgia, CETIPE, cirurgia, CETIPE. O adolescente já entrava e saía de cirurgia desacordado, entubado, isto é, só respirava com auxílio de aparelhos, dreno na cabeça.

Como esse hospital geral de emergência não é um serviço de tratamentos oncológicos, o menino não era submetido ao processo quimioterápico necessário. Naquela unidade, apenas a cirurgia de retirada do tumor podia ser feita e refeita. Para submeter o menino ao restante do tratamento, seria necessária uma transferência para outra unidade.

Como a transferência não era possível, primeiro pela demora em conseguir uma vaga e depois pela impossibilidade devido ao agravamento do quadro, o tumor crescia e era retirado em uma cirurgia, voltava a crescer e era novamente retirado, assim, passaram-se meses.

Um dia, a mãe, exausta, foi para casa, deixou o pai com inúmeras recomendações ao lado do filho. O pai esteve presente desde o início da internação, passava diariamente no hospital, após o trabalho para ver o filho e a esposa. Nos dias de folga no trabalho, o pai ficava no hospital como acompanhante do filho, para que a mãe pudesse passar em casa, pegar novas roupas limpas e se preparar para mais uma semana como acompanhante do

filho. Nesse dia, o adolescente morreu, antes que a mãe voltasse.

A maior preocupação do pai passou a ser como contar para a mãe. Ele pediu ajuda da psicologia. Assim que a mãe voltou para o hospital, ainda sem saber de nada, mas acompanhada por duas familiares, já informadas sobre a morte do menino, o pai e a psicóloga esperavam-na na porta de entrada do hospital. Eles se viram, choraram, abraçaram e falaram enquanto andávamos pelo corredor central até o corredor dos CTIs. Sentamos na antessala, próximo à porta de entrada do CETIPE, a mãe, chorando, questionava-se porque a família estava vivendo tudo isso. Ali foi falado sobre a presença diária deles com o filho, em todos os momentos, sobre as lembranças e aprendizados deixados pelo adolescente.

Em nenhum momento foi falado claramente sobre a morte do menino, que havia se dado horas antes. Contudo, o assunto pesava no ar, falávamos disso sem usar a palavra morte⁴⁶. Até o momento em que a mãe afirmou querer entrar no CETIPE para pegar umas coisas. O pai hesitou. Ela insistiu e entrou. Eu entrei logo em seguida. O corpo do adolescente já havia sido retirado. A mãe viu o leito vazio e, apenas nesse momento, percebeu sobre o que estávamos falando desde a porta do hospital. Ela não aguentou e caiu no chão, aos prantos.

Somente após ver o espaço vazio naquele leito deixado pelo seu filho, a mãe teve algum contato com a informação de que ele não vivia mais. Digo algum contato, pois em relação à morte é difícil pensar na possibilidade de um entendimento, há a possibilidade de construção de um sentido para cada um que vive uma perda. A morte é reconhecida socialmente por ser um “assunto delicado”, um “grande desconhecido”, um “mistério”.

Se a linguagem já deixa caminhos abertos para inúmeros mal-entendidos, falar sobre a morte torna-se ainda mais difícil. Somente repassando a cena na minha memória, percebi que na hesitação do pai poderia haver a percepção do não entendimento da mãe sobre o que estava sendo dito ali. Faltaram palavras mais claras, mas quais palavras são possíveis diante de uma mãe que perde um filho? O que do mal-entendido da linguagem poderia ser evitado diante da impossibilidade de entendimento da morte? Quais os efeitos sobre os profissionais de saúde do trabalho tão próximo da morte? O que a morte coloca de limite para esses profissionais?

No hospital, muitas vezes a psicologia foi chamada quando aconteceu um óbito, para auxiliar a equipe médica a informar à família ou “acolher” a família e equipe ou para conter

⁴⁶ No hospital, é comum falar sobre a morte, sem usar esta palavra. Os profissionais de saúde costumam utilizar os termos “não resistiu” ou “faleceu”, para comunicar aos familiares que o paciente morreu.

alguma reação mais barulhenta de algum familiar ou acompanhante. A equipe de saúde muitas vezes falou da morte como um fracasso ou impossibilidades de suas ações: “perdemos o paciente”, “fizemos tudo que estava ao nosso alcance”. Explicações que tentam dar conta do sem sentido da vida: “estava na hora deste paciente”, “cumpriu sua missão na vida”. E, por fim, a tentativa de tornar a morte menos dramática, mais rotineira, afinal, para quem trabalha em um hospital, ela se faz presente cotidianamente: “partiu dessa para melhor” e, às vezes há o uso de termos pejorativos, como “foi para o saco”, referindo-se ao invólucro no qual o corpo morto é colocado antes de seguir para o setor da anatomia patológica do hospital.

O corpo morto do adolescente seguiu para o setor da Anatomia Patológica. Lá o corpo não será aberto, tampouco dissecado, já o foi em vida. Nos dias atuais, este setor mantém vivo na estrutura hospitalar a teoria anatomopatológica. A ruptura fundamental que inaugura a medicina moderna, apontada por Foucault (1994), mantém-se como setor na estrutura hospitalar, recebendo corpos mortos, que não precisam mais ser abertos, pelo menos não ali. Abriam essa cabeça várias vezes em vida. Sobre a anatomia patológica, Foucault (1994) afirma que “a anatomia só pôde tornar-se patológica na medida em que o patológico anatomiza espontaneamente. A doença, autópsia na noite do corpo, dissecção no vivo” (p. 149).

No século XVIII, com o olhar anátomo-clínico, o saber passa a ser construído a partir da morte e de seus cadáveres (Foucault, 1994). Procurava-se no corpo morto o conhecimento sobre a doença e a saúde, sobre o que poderia manter a vida. Atualmente, diante de tantos avanços tecnológicos, parece que se procura no corpo vivo o conhecimento sobre a doença e a saúde, sobre o que pode levar a morte.

Sobre a morte, Foucault (1994) destaca que “A divisão que ela (a morte) traça e a finitude, cuja marca ela impõe, ligam paradoxalmente a universalidade da linguagem à forma precária e insubstituível do indivíduo.” (p. 227). O autor, ao percorrer as distintas descrições das manifestações da doença e da morte feitas por Bichat, afirma que “A morte é, portanto, múltipla e dispersa no tempo (...); pouco a pouco, cada um de nós se rompe em vários lugares até que a vida orgânica cesse, ao menos em suas formas principais” (p. 162/163). Foucault foca aqui na dimensão da vida orgânica, mas acredito que a morte possa ser tomada enquanto múltipla para além da vida orgânica. Não entrarei nesse ponto, novos e futuros estudos podem aprofundar esta e outras questões que essa dissertação aponta, mas não se propõe a aprofundar, pois tem outros focos.

No presente estudo, começamos com a chegada de profissionais no hospital e suas entradas na fila do ponto. Percorremos setores, corredores, fluxos, inquietações, atos e encerro, por assim dizer, com o corpo morto fechado no saco na anatomia patológica do hospital. Que os ecos dessa dissertação possam alcançar profissionais de saúde “na ponta” e pesquisadores. Que possam inspirar fazeres em saúde.

7 POSFÁCIO

A humanidade inteira procura pelo começo,
ai, quando descobrirem chegaremos ao fim.

Hilda Hilst, 2012, p. 127

Realizar o resgate de tais memórias, dedicar-me à essa escrita e trabalhá-la, isto é, polir essa escrita, verificar o que das minhas antigas anotações e das lembranças podiam ser incluídas nessa pesquisa, fazer as conexões e diálogos com as questões consideradas importantes para a área, escolher os caminhos através dos quais desenrolei meu estudo, não foram tarefas simples, tampouco isentas de esforço.

Na banca de qualificação, ouvi “tem muita Laura aqui”. Realmente, concordo. Tem muito de mim nesse texto. Será isso considerado um problema no meio acadêmico?

Recebi esse comentário em relação ao momento em que, no texto do projeto de qualificação, marquei que me identifiquei com uma das pacientes descritas em uma das cenas. Naquele momento do texto não trabalhei esse ponto, que pode ser considerado um tabu: profissionais de saúde são tocados pelos casos que atendem, profissionais de saúde se identificam com o que ouvem, profissionais de saúde temem viver uma dor como aquela que estão cuidando, profissionais de saúde podem se colocar no lugar daqueles com quem estão envolvidos nos procedimentos de cuidado, profissionais de saúde podem viver situações semelhantes àquelas vividas por seus pacientes, afinal, a morte se coloca para todos, mais cedo ou mais tarde.

No ambiente hospitalar, identificações como essas são consideradas problemáticas e raramente são externalizadas. Talvez, sejam, inclusive, uma das causas da proliferação de atendimentos distantes e frios por parte dos profissionais de saúde.

Somos humanos e, ao meu ver, precisamos abrir espaços para falar e trabalhar esses pontos difíceis, esses nós, que engasgam e que, à primeira vista, pensamos em excluir de nossas práticas, ignorá-los nos nossos textos. Essa dissertação é uma tentativa de abertura de um desses espaços de reflexão de incômodos que vivi como trabalhadora e pesquisadora da área de saúde.

Somos humanos e o que vivemos pode deixar marcas em nós. As lembranças dos tempos de trabalho naquele hospital geral voltam, somem dentro de mim e re-voltam em minha vida. Essa dissertação é uma tentativa de fazer algo com o que vivi.

Essa dissertação foi escrita entre o início de 2017 e início de 2018, em um Brasil que vem sofrendo mudanças estruturais enormes e inimagináveis alguns anos antes. Um momento de grande ruptura com a orientação da política econômica e social vigente no país, quando da ascensão de um partido de centro-esquerda ao poder.

Não pretendo fazer nenhuma análise política ou social acerca destes dois momentos. Quero apenas marcar a dificuldade de escrever sobre cuidados e práticas de saúde humanizadas diante de práticas antidemocráticas, de suspensão e retrocessos de direitos humanos, sociais e trabalhistas, impeachment da presidenta, assassinato da vereadora mais votada, intervenção militar, situações vividas no Brasil e no Rio de Janeiro.

Os efeitos enormes são vividos e vistos imediatamente na área da saúde. Quando ingressei no mestrado, no início de 2016, o SUS, mesmo com problemas e dificuldades, vivia um momento de crescimento. Os cuidados de saúde atingiam cada vez mais a população brasileira nos locais mais afastados do país. Ao sair do mestrado, apenas dois anos depois, vivemos imensas perdas. A saúde enquanto “um direito de todos e dever do Estado” sofre riscos, vem sendo precarizada, reduzida, privatizada, ignorada.

Em alguns momentos, pensei sobre o sentido que faz refletir acerca do cuidado e da humanização em um hospital, quando está em risco o próprio funcionamento do hospital do SUS, gratuito, responsável por atender “quase todos pretos, ou quase pretos, ou quase brancos quase pretos de tão pobres” (Caetano Veloso e Gilberto Gil, *Haiti*).

Teria o cuidado virado um luxo? Quando é o próprio atendimento, destinado a uma parcela dita carente da população, que está em risco de sucateamento, de abandono, de privatização, de descaso em consequência das mudanças políticas aceleradas que o governo atual impõe ao país de forma antidemocrática.

Se seguirmos a linha que eu aponto nessa dissertação, os cuidados seriam justamente esses fazeres em saúde que sofrem com o que acontece na política, cuidados que podem ser precarizados e privatizados.

Chego ao fim dessa escrita, pensando a relação do que é definido como o cuidado humanizado e a histórica desumanização dos pobres ou negros no Brasil, ainda decorrente da forma como foi conduzida a questão da escravidão. Discutir a humanização em serviços de saúde pública diz respeito ao reconhecimento da população que faz uso desses serviços enquanto seres humanos, com direitos, que merece ser tratada com respeito e não apenas ser tratada. Também é disso que falamos, ou tentamos falar, nessa dissertação. Receber cuidados e atenção em saúde reflete o reconhecimento de um ser que vive, que constrói seus saberes

e faz suas escolhas de vida.

Ao meu ver, não serão normativas a regulamentar esse reconhecimento. Há um processo duro a ser vivido nas pequenas mudanças das práticas cotidianas, não só da saúde, mas da vida. Discussões devem ser travadas e sustentadas nas formações, não só dos profissionais de saúde, mas nas formações escolares. Precisamos contar outra história e aí talvez possamos construir outros modos de viver.

Recentemente, eu re-escutei a música *Marvin* interpretada pelos Titãs. E lembrei da última vez em que pensei nessa música.

Estava acompanhando a visita da emergência, uma senhora chegou com umas oito crianças de todas as idades. Ela ainda não sabia, mas seu esposo, a quem viera visitar, havia morrido. Após a notícia, a comoção, o desespero e o olhar assustado do filho mais velho, um menino de, no máximo, 13 anos, “quase preto de tão pobre” (Caetano Veloso e Gilberto Gil, *Haiti*) que, naquele momento, não conseguia sequer chorar. Eu não me assustaria se ele dissesse: *Meu pai cuidava de toda a família. Sem perceber segui a mesma trilha*. E poderia ainda ouvir o pai morto dizer: *Marvin, agora é só você e não vai adiantar chorar vai me fazer sofrer. Marvin, a vida é pra valer. Eu fiz o meu melhor. E o seu destino eu sei de cor*. (Ronald Dunbar, Norman Johnson, Nando Reis e Sérgio Brito, *Marvin*, interpretada por Titãs).

Tive vontade de abraçar o menino, mas meu jaleco não me deixou. Fiz um carinho em sua cabeça e disse que eles inventariam algum jeito de viver. Ele me olhou como se eu fosse louca. Talvez, faria mais sentido se da “boca de ferro” do hospital saíssem as vozes de Caetano Veloso e Gilberto Gil a cantar.

Haiti

(Caetano Veloso e Gilberto Gil)

Quando você for convidado pra subir no adro

Da fundação casa de Jorge Amado

Pra ver do alto a fila de soldados, quase todos pretos

Dando porrada na nuca de malandros pretos

De ladrões mulatos e outros quase brancos

Tratados como pretos

Só pra mostrar aos outros quase pretos

(E são quase todos pretos)

*E aos quase brancos pobres como pretos
Como é que pretos, pobres e mulatos
E quase brancos quase pretos de tão pobres são tratados
E não importa se os olhos do mundo inteiro
Possam estar por um momento voltados para o largo
Onde os escravos eram castigados
E hoje um batuque um batuque
Com a pureza de meninos uniformizados de escola secundária
Em dia de parada
E a grandeza épica de um povo em formação
Nos atrai, nos deslumbra e estimula
Não importa nada:
Nem o traço do sobrado
Nem a lente do fantástico,
Nem o disco de Paul Simon
Ninguém, ninguém é cidadão
Se você for a festa do pelô, e se você não for
Pense no Haiti, reze pelo Haiti
O Haiti é aqui
O Haiti não é aqui
E na TV se você vir um deputado em pânico mal dissimulado
Diante de qualquer, mas qualquer mesmo, qualquer, qualquer
Plano de educação que pareça fácil
Que pareça fácil e rápido
E vá representar uma ameaça de democratização
Do ensino do primeiro grau
E se esse mesmo deputado defender a adoção da pena capital
E o venerável cardeal disser que vê tanto espírito no feto
E nenhum no marginal
E se, ao furar o sinal, o velho sinal vermelho habitual
Notar um homem mijando na esquina da rua sobre um saco
Brilhante de lixo do Leblon
E quando ouvir o silêncio sorridente de São Paulo*

Diante da chacina

III presos indefesos, mas presos são quase todos pretos

Ou quase pretos, ou quase brancos quase pretos de tão pobres

E pobres são como podres e todos sabem como se tratam os pretos

E quando você for dar uma volta no Caribe

E quando for trepar sem camisinha

E apresentar sua participação inteligente no bloqueio a Cuba

Pense no Haiti, reze pelo Haiti

O Haiti é aqui

O Haiti não é aqui

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Eliane Carnot. **O Psicólogo no Hospital Geral**. In: Psicologia: Ciência e Profissão. Vol. 20, n. 3. Brasília, 2000.
- ALMEIDA, Eliane Carnot. **Humanização e Políticas de Saúde**: um estudo sobre os usos e sentidos das propostas de humanização nas políticas de atenção à saúde da mulher. Tese (doutorado) Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- AURÉLIO BUARQUE DE HOLANDA FERREIRA. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1988.
- AUSTIN, John Langshaw. **How to do things with words**. Oxford: Claredon Press, 1975.
- AYRES, José Ricardo de C. M. **Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde**. In: Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (orgs). Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2007.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. In: Saúde e Sociedade. V. 13, n. 3, p. 16 – 29, 2004a.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva**. In: Ciência & Saúde Coletiva, 9 (1): 15 - 29, 2004b.
- AZEVEDO, Carlito. **Prólogo Canino-operístico**. In: Livro das Postagens. Rio de Janeiro: 7letras, 2016.
- BARROS, Manuel de. **Autorretrato**. In: Ensaios Fotográficos. São Paulo: Leya, 2013.
- BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Seria possível uma prática do cuidado não-reflexiva? O cuidado como atividade**. In: Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (orgs). Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2007.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **Humanização na saúde: um novo modismo?** In: Interface – Comunicação, Saúde e Educação. Vol. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.
- BONET, Octavio. **Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Coleção Antropologia e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- BRASIL. **Lei nº 8069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial União. Brasília: Distrito Federal, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
- BRASIL, **Portaria MS / GM nº 1107**, de 14 de junho de 1995. Cria o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de**

Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília: DF, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1970**, de 25 de outubro de 2001. Aprova o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. **Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial União. Brasília: DF, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização.** Documento para discussão. Versão preliminar. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização:** a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas em todas as instâncias do SUS. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Clínica Ampliada.** Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Equipe de Referência e Apoio Matricial.** Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Gestão Participativa: Co-gestão.** Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Gestão e Formação nos Processos de Trabalho.** Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Grupo de Trabalho de Humanização.** Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2004f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Visita Aberta e Direito a Acompanhante.** Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2004g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico**. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2004h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Ambiência**. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2004i.

BRASIL. **Lei nº 11.108**, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial União. Brasília: DF, 2005. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª Edição. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: o que é, como implementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS: Formação e Intervenção**. Vol 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. **Lei nº 6043**, de 19 de setembro de 2011. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais, no âmbito da saúde, mediante contrato de gestão, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro de 20 de setembro de 2011. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTA4Mjg%2C>

BRASIL. **Lei nº 12527**, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial União. Brasília: DF, 2011a. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: PNH - Política Nacional de Humanização**. 1ª edição. Brasília: DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS / GM nº 3.390**, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Distrito Federal, 2013a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a

organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2017.

BUTLER, Judith. *Bodies that matter. On the discursive Limits of “sex”*. New York: Routledge, [1993], 2011.

CAMARGO Jr., Kenneth Rochel. **A Biomedicina**. In: *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 15 (Suplemento), p. 177 – 201. Rio de Janeiro, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A Clínica do Sujeito: Por uma Clínica Reformulada e Ampliada**. In: *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CANTARELLI, Ana Paula Silva. **Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar**. In: *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. Vol. 12, n. 2. Rio de Janeiro, 2009.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde**. *Interface: comunicação, saúde e educação*. V. 15, nº 37, p. 589-99, 2011.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Cuidar é, sempre, um ato político**. *Intervezes: trabalho, saúde e cultura*. Vol. 1, nº 1, p. 76-9. Petrópolis: FASE / ENSP / ISC, 2016.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; CARAPINHEIRO, Graça; ANDREAZZA, Rosemarie (ORGs). **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. São Paulo: Hucitec Editora e Fapesp, 2014.

CHO, Grace M. **Haunting the Korean Diaspora: shame, secrecy, and the forgotten war**. University of Minnesota Press. Minneapolis/London, 2008.

CLIFFORD, James. **Introdução: verdades parciais**. In: CLIFFORD, J. e MARCUS G. (Org.). *A escrita da cultura: poética e política da etnografia*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; Papel Selvagens Edições, 2016a.

CLIFFORD, James. **Sobre a alegoria etnográfica**. In: CLIFFORD, J. e MARCUS G. (Org.). *A escrita da cultura: poética e política da etnografia*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; Papel Selvagens Edições, 2016b.

DAS, Veena; POOLE, Deborah. **El estado y sus márgenes. Etnografías comparadas**. In: *Cuadernos de Antropología Social*, n. 27, p. 19 – 52, UBA. Buenos Aires, 2008.

DESLANDES, Suely F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004.

FARIAS, Gabriely Buratto; FAJARDO, Ananyr Porto. **A interconsulta em serviços de Atenção Primária à Saúde**. *Revista Gestão e Saúde*. V. 6, Supl. 3. Universidade de Brasília, 2015.

FORTES, M^a. Thereza Ribeiro. **Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde.** Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2013.

FOUCAULT, Michel. **Crise da medicina ou crise da antimedicina?** In: Verve - Revista do Núcleo de Sociabilidade Libertária da PUC-SP, n.18, p.167-194. São Paulo, 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646/6432>

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica.** 4^a edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Medicina Social.** In: Microfísica do poder. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2015a.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento do Hospital.** In: Microfísica do poder. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2015b.

FOUCAULT, Michel. **O sujeito e o poder.** In: Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow. MICHEL FOUCAULT. Uma Trajetória Filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2^a. Edição Revista. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

FREMLIN, Peter Torres. **Corporalidades de chumbados: uma etnografia de pessoas com deficiências físicas no Rio de Janeiro.** Dissertação de Mestrado. Museu Nacional/UFRJ. Rio de Janeiro, 2011.

FREUD, Sigmund. **O ‘Estranho’.** Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2006 [1919].

GALEANO, Eduardo. **O Livro dos Abraços.** Porto Alegre: L&PM, 2006.

GEERTZ, Clifford. **Obras e vidas: o antropólogo como autor.** Rio de Janeiro: Ed UFRJ, 2009.

GOLDSCHMIDT, Walter. **Anthropology and the Coming Crisis: An Autoethnographic Appraisal.** American Anthropologist, v. 79, n. 2, p. 293-308, 1977.

HILST, Hilda. **Uma superfície de gelo ancorada no riso: antologia de Hilda Hilst.** Seleção, organização e apresentação Luisa Destri. São Paulo: Globo, 2012.

KUSCHNIR, Rosana. **Organizando redes de atenção à saúde: perfis assistenciais, articulação entre níveis e organização de linhas de cuidado.** In: Kushnir, R. (Org.). Gestão de Redes de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: EAD Ensp, 2014.

LACAN, Jacques. **O Seminário XV: O Ato Psicanalítico.** Seminário inédito. 1967/1968.

MACHADO, Cristiani Vieira, LIMA, Luciana Dias, BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **Políticas de Saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal.** In: Caderno de Saúde Pública, 33, Sup. 2, 2017.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Os Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Abril Cultural, 1998.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Um diário no sentido estrito do termo**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

MATTOS, Ruben Araujo. **Cuidado Prudente Para Uma Vida Decente**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Abrasco, 2013.

MATTOS, Ruben Araujo. **Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores**. In: *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Gustavo Corrêa Matta e Júlio César França Lima (Orgs.). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2010.

MATTOS, Ruben Araujo. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. Os sentidos da integralidade. Pinheiro, R. e Mattos, R.A. (orgs). Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

MELLO FILHO, Júlio de; Silveira, Lia Márcia da. **Consulta Conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde**. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, 2005.

MERHY, Emerson Elias. **O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *SUS Brasil: cadernos de textos*. P.108-137. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MOL, Annemarie. **The body multiple: ontology in medical practice**. Duke University Press. Durham and London, 2002.

NIETZSCHE, Friedrich. **Humano, demasiado humano: um livro para espíritos livres**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. **Dá licença, posso entrar? Uma etnografia em uma clínica da família**. Universidade Federal do Rio de Janeiro / Museu Nacional / Programa de pós-graduação em antropologia. Rio de Janeiro, 2016.

PEIRANO, Mariza. **Etnografia não é método**. In: *Horizontes Antropológicos*, ano 20, n. 42, p. 377-391. Porto Alegre, 2014.

SILVEIRA, Elaine Rosner. **Práticas pedagógicas na saúde: o Apoio Matricial e a Interconsulta integrando a saúde mental à saúde pública**. Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

STRATHERN, Marilyn. **Partial connections**. Savage, Md.: Rowman and Littlefield, 1991.

VELHO, Gilberto. **Observando o familiar**. In: *Individualismo e Cultura: notas para uma*

antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2008.