

Universidade Federal de Juiz de Fora
Pós-Graduação em Ciência da Religião
Mestrado em Ciência da Religião

Cynthia Cavaliere Miguel

**PRÁTICAS DE CUIDADO, TECNOLOGIA E RELIGIOSIDADE: UMA
ETNOGRAFIA EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA**

Juiz de Fora
2010

Cynthia Cavaliéri Miguel

**PRÁTICAS DE CUIDADO, TECNOLOGIA E RELIGIOSIDADE: UMA
ETNOGRAFIA EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciência da Religião, área de concentração: Ciências Sociais da Religião, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Fátima Regina Gomes Tavares

Juiz de Fora
2010

Cynthia Cavaliere Miguel

**PRÁTICAS DE CUIDADO, TECNOLOGIA E RELIGIOSIDADE: UMA
ETNOGRAFIA EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciência da Religião, área de concentração: Ciências Sociais da Religião, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Aprovada em: 08 de abril de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Fátima Regina Gomes Tavares (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Octavio Bonet
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dr^ª. Rachel Aisengart Menezes
Universidade Federal do Rio de Janeiro

À Júlia, por sua inquietude e intensidade; ao João Vítor, por sua meiguice e pelo olhar mais belo e inocente; ao Lorenzo, simplesmente pelo seu sorriso maroto e pelo carinho desajeitado; e ao Josemar, por personificar as mais diversas metáforas do amor...

AGRADECIMENTOS

Considero que prestar agradecimentos é uma tarefa espinhosa, por duas razões: a primeira delas é que sempre há o risco de nos esquecermos de alguém que, em algum momento da trajetória, pessoal ou acadêmica, teve importância crucial. O outro risco é inerente à própria distância que existe entre as palavras escritas e o afeto que as motivou – trata-se do risco de ser demasiadamente superficial. Tentarei contorná-los, dentro do possível.

Quanto ao primeiro, me permitirei ser um tanto obsessiva, citando alguns nomes. E me desculpo, desde já, por eventuais esquecimentos. O segundo aspecto desta tarefa é mais difícil de contornar, pelo menos no texto. Não sou exatamente uma pessoa poética, mas faço questão do toque. Sintam-se abraçados. Estarei sempre por perto.

Enfim, fazendo um retrospecto, inicio meus agradecimentos a uma pessoa que, de alguma maneira, foi responsável pela minha decisão de retomar meu investimento acadêmico, depois de dez anos da conclusão da graduação. Estávamos no estacionamento do Hospital Dr. João Penido. Lembro-me com muita vivacidade dessa ocasião. Na mesma tarde iniciei minhas sondagens no site da UFJF, especialmente no site do PPCIR (Programa de Pós-Graduação em Ciência da Religião). Refiro-me à Zulmira Buzan, que me estimulou em algumas outras decisões, também importantes. O amigo Wander costuma dizer que você tem o poder de nos mobilizar.

Aproveitando o ensejo, agradeço muito a você, meu caro e terno amigo, Wander. Um bom parceiro de trocas, uma escuta sempre atenciosa e respeitosa. Presente em cada momento de angústia, diante dos meus conflitos teóricos e práticos, comuns no cotidiano do Hospital. Além de tudo, “segurou as pontas” dos atendimentos nas enfermarias, para que eu pudesse me dedicar um pouco mais à pesquisa.

A outros amigos e colegas, vinculados ao HRJP - Hospital Regional Dr. João Penido - e à FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - devo parte deste empreendimento. Sidney do Carmo, que apesar dos nossos raros encontros, foi também uma figura muito importante. Conversas e sugestões muito ricas, além da disposição para um trabalho “arqueológico” nos arquivos do Hospital. Dedico meus sinceros agradecimentos aos funcionários do Núcleo de Ensino e Pesquisa, em especial ao Dr. Aloísio Gamonal e Elenir. Joaquim, do Arquivo do HRJP; às demais colegas psicólogas e estagiários de Psicologia Hospitalar da UFJF; à Beth Lima e aos Diretores Dr. Márcio Itaboray e Dr. Renato Lobo, pelo

suporte à pesquisa e pela liberação de dias de trabalho para o cumprimento das disciplinas e participação em eventos. Agradeço também a todos os funcionários e colegas do CTI do HRJP. Meus sinceros agradecimentos pela paciência e pelo tempo dedicado para que eu pudesse desenvolver este trabalho. Peço desculpas pelas ocasiões em que minhas intromissões foram necessárias. Foi uma tarefa muito prazerosa. Reforço minha admiração e respeito a vocês, pessoalmente, pelo desafio que encaram de lidar diariamente com os limites da vida. Isto não é qualquer coisa!

Penso em uma maneira de agradecer a minha família: Josemar, Júlia, João e Lorenzo, este que chegou em meio a esta jornada, mobilizando os sentimentos mais preciosos. Não há como não engasgar nessa hora. Josemar, meu “namorado” (ou “marinado”, como diz o caro professor Wilmar), companheiro, mais que parceiro, amigo, supervisor e crítico, nas horas vagas. Não há palavra, ou qualquer outro símbolo que comporte o que você significa para mim! Júlia, João e agora, Lorenzo... quantas brincadeiras deixamos de curtir nos últimos tempos! Vocês motivam cada um de meus projetos, cada passo. São muitas emoções também indisíceis, mas a única coisa que posso fazer agora é deixar registrado o mais puro amor e o mais absoluto desejo de que sejam muito felizes.

Minha mãe... a imagem que me ocorre agora é a sua expressão na minha colação de grau. Espero que em meio a tantas lutas, tantas dificuldades, você possa experimentar a sensação de dever cumprido. Estimulou-me sempre a encenar tantos papéis: mãe, profissional, mulher, enfim, o de cada uma dessas “deusas” que a gente teima em tentar ser. Obrigada! Merecem um agradecimento muito especial, meus avós, Eny e Walter, meus tios maternos, irmãos, cunhados e primos. Ao meu pai atribuo momentos de grande preocupação, mas também de descontração. Como pôde nunca amadurecer?! Eterno moleque! Impossível não lembrar o afeto carinhoso das minhas grandes amigas-irmãs, Patrícia, Martha, Giliene e Josiane e de amigas queridas, com quem fiz laços mais recentes, Carmem (tia Cacá) e Karenzinha... A vocês, todo meu carinho...

Agradeço aos meus amigos e professores do PPCIR - Programa de Pós Graduação em Ciência da Religião- em especial ao amigo e professor Fabiano Fernandes, ao funcionário Antônio Celestino (cuja atenção, disponibilidade, competência são incomparáveis), ao professor Francisco e ao amigo João Henrique. Deixo o super João como representante de todos os amigos que fiz durante o curso. Ele vai adorar abraçá-los junto comigo!

Você, Octavio Bonet, que foi um bom conselheiro (especialmente nas dicas para o trabalho de campo) é uma daquelas pessoas nas quais sentimos imensa confiança. Como se

fosse aquela pessoa da família, a quem recorremos quando sentimos medo... ou quando nos vemos em alguma encrenca. Obrigada!

Agora, hora de segurar as emoções, mais uma vez. Quero dedicar uma parte muito especial para falar de você que se tornou, além de tudo, uma grande amiga, Fátima Tavares. Lembro-me de um trecho em que Anmarrie Mol fala do que seria de um trabalho sem referências: “uma criança sem acompanhante... isolada, perdida, qualquer coisa pode lhe acontecer...”. Apesar das adversidades, comuns a uma jornada como esta, não me senti desamparada. Você foi a minha referência. Mais que orientadora, é uma “cuidadosa cuidadora”. Encara essa tarefa sem reservas. Como é grande a minha sensação de amparo – não aquele amparo provido por alguém que nos livra das dificuldades, mas aquele de quem não tem medo de dar a mão e está sempre junto para desafiar o “perigo” e aproveitar alguma coisa de nossas dificuldades. Sua aposta, seu cuidado, sua amizade são muito caros para mim.

Entre amigos, costumo dizer que, na vida, devemos nos aproximar das coisas e pessoas que “fazem diferença”, que mudam a trajetória e nos fazem sentir vivos. A todos vocês, que fazem toda a diferença, meu muito obrigada!

RESUMO

A questão norteadora desta proposta de trabalho é: “Se e de que maneiras religiosidade e tecnologia se articulam às compreensões e práticas de cuidado, no CTI – Centro de Terapia Intensiva - do Hospital Regional Dr. João Penido / FHEMIG?”. O objetivo é o de apresentar algumas reflexões acerca das controvérsias presentes nas práticas de cuidado em saúde, no contexto do CTI de um hospital da rede estadual de saúde, situado em Juiz de Fora/ MG. Tais controvérsias se manifestam nas perspectivas de pacientes e profissionais da saúde; na dialética entre demanda e oferta de cuidado, práticas de cuidado convencionais e religiosas, dentre outras. A experiência da enfermidade provoca uma desorganização no universo dos sujeitos que adoecem e no processo de reordenação e elaboração da doença, esses sujeitos recorrem às suas crenças e valores. Uma das grandes fontes de significação é de natureza religiosa. Apostam no conhecimento médico, nos avanços da ciência e também em outros elementos, os mais diversos. Não é possível colocar os cuidadores, ou seja, os profissionais que prestam assistência, em outro lugar, em um lugar oposto, em uma posição oposta àquela em que se encontram os pacientes: o de não afetação. Testemunham a dor, atuam sobre ela. Pensam e repensam suas práticas, suas vidas, a partir dos seus múltiplos referenciais de sentido: crenças, conhecimento, emoções, identificações, etc. Nesse contexto nada está cristalizado. Tudo é dinâmico, relacional. O “cuidado” aqui não é tomado como um ponto de partida, mas um conceito a ser perseguido pelo trabalho de campo.

Palavras-chave: Práticas de cuidado – tecnologia. Religiosidade.

ABSTRACT

The question that guides this work is: “If and in what forms, religiosity and technology articulate to the care understanding and practices in the ICU – Intensive Care Unit - of the Regional Hospital Dr. João Penido - FHEMIG?”

The objective is to present some reflexions over the controversies present in health care practices, in the context of a ICU in a hospital that is part of the state health network, located in Juiz de Fora – Minas Gerais. Such controversies arise from the perspectives of patients and health professionals; in the dialectics between supply and demand of care; conventional and religious care practices, among others.

The experience of an illness causes a desorganization in the universe of the persons that get sick and in the reorganization process, these persons return to their believes and values. One of the greatest source of significance is of religious nature. They rely in medical knowledge, advances in science and also in others elements. It's not possible to put care takers, the support professionals, in another place, in a opposite position to where the patients: a place of emotional isolation. They witness the pain and act on it. They think and rethink their practices, their lives, from their multiple referentials: believes, knowledge, emotions, identifications, etc. In this context, nothing is crystalized. Everything is dynamic and interrelated. The “care” here is not taken as a starting point, but a concept to be pursued on the field work.

Key-words: Care practices – technology. Religiosity.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	EXPLORANDO O CAMPO: REFLEXÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	17
2.1	O CAMPO	17
2.2	A ANTROPOLOGIA NO CTI	19
3	“BANCANDO” A ESCUTA PSICOLÓGICA E A OBSERVAÇÃO NO CTI	29
3.1	O “BANQUINHO”	32
3.2	O DIÁRIO DE CAMPO.....	40
4	CONSTRUINDO CONTROVÉRSIAS E METÁFORAS DO CUIDADO NO CTI	45
4.1	O CUIDADO ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.....	46
4.2	O CUIDADO ENQUANTO DOM E MISSÃO.....	54
4.3	O CUIDADO ENQUANTO TÉCNICA.....	57
5	MULTIPLICANDO AS CONEXÕES NO CTI: OS MEDIADORES HUMANOS E NÃO HUMANOS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO	64
5.1	PROTOCOLOS E PRÁTICAS	65
6	CUIDANDO DE JUCA OU JUCA CUIDANDO?	74
7	CONCLUSÃO	78
	REFERÊNCIAS	81
	ANEXOS	87

1 INTRODUÇÃO

Antes de iniciar formalmente a pesquisa etnográfica no CTI, despertou-me imensa curiosidade um dia em que entrei por uma das portas do CTI e observei sobre uma bancada vários recipientes com água, que seriam levados para consumo dos pacientes. Uma senhora que fazia a entrega da água, vinda da cozinha do hospital, dizia a uma Técnica de Enfermagem: “elas [as águas] já estão bentas pelo Padre Marcelo Rossi...”. Em uma outra ocasião, um médico plantonista pega o seu celular e põe para tocar uma música; circula entre os leitos, dizendo: “ouvir música clássica vai fazer bem para eles [os pacientes]”.... Estes são alguns exemplos que indicam a existência de uma certa pluralidade de compreensões a respeito do que proporciona efeito terapêutico, em pacientes internados em uma unidade que oferece cuidado intensivo.

Diante disso, foi empreendida uma proposta de trabalho: explorar, etnograficamente, as controvérsias presentes no âmbito das práticas de cuidado em um CTI - Centro de Terapia Intensiva – e perceber se e de que maneiras diferentes argumentações e significações, como as de natureza religiosa e tecnológica, se relacionam a tais controvérsias. Desviando de uma pretensão universalista e generalizante, característica do modelo de ciência convencional, tradicional e tomando por base tendências antropológicas recentes¹, neste trabalho não serão empreendidos esforços no sentido de definir, conceituar ou determinar qualquer aspecto das práticas de cuidado de antemão. Embora seja possível afirmar que, ao final do trabalho, possa haver indicações a respeito dos conceitos produzidos no processo de pesquisa. O objetivo é tecer um ponto de vista diferente e “explorá-lo”, parece ser o termo que melhor se aplica a esse propósito. Explorar a dialética dos movimentos, entendendo dialética enquanto tensão, alternância, diálogo, enquanto uma abordagem que rompe com as noções de subjetividade e objetividade a fim de valorizar as mediações.

A referência “às práticas”, no plural, justifica-se pela constatação de que elas referem-se a um conjunto heterogêneo de ações e intervenções, legitimadas por diferentes discursos (o religioso, o moral, o político, o cultural, o econômico, etc.), que não apenas o discurso convencional, o discurso médico ou das ciências da saúde. Aliás, pode-se afirmar que os contornos, as delimitações de “prática convencional” sejam algo preciso, exato? Suspeita-se

¹ Alguns dos representantes destas tendências que foram usados como referência são: Bruno Latour, Roy Wagner, Annmarie Mol, dentre outros, que serão citados oportunamente.

que a resposta seja negativa. Nem as práticas, nem os discursos são uníssonos. Ambos são plurais. Não há como separar, dicotomizar as práticas dos discursos que as atravessam.

Outra observação relevante a respeito do que se entende aqui por “práticas” é a de que essas não se referem a ações unilaterais, a intervenções da equipe do CTI direcionadas aos pacientes. Esses atores também possuem suas práticas, suas maneiras de lidar com a experiência da doença e da internação. A própria demanda² de cuidado implica em um movimento, que irá se desdobrar em múltiplas ações. Ações que se atualizam constantemente, a partir das diversas relações estabelecidas entre profissionais, pacientes e outros mediadores, no CTI.

A estrutura do trabalho será organizada na intenção de apresentar algumas das principais controvérsias que permeiam o campo. Algumas delas referem-se à própria questão da minha posição no hospital. Outras dizem respeito às práticas e relações de cuidado. Em alguns momentos, me refiro às controvérsias como “transgressões”. A sensação, eventualmente, tem sido de fato a de uma transgressão, considerando certa dose de “contaminação”, decorrente da minha formação³. Em outros momentos do trabalho, serão discutidos os papéis dos mediadores humanos e não humanos na prática terapêutica e as metáforas do cuidado que emergem nessas práticas, problematizando a questão dos protocolos clínicos, seus desdobramentos nas ações de cuidado e as noções de práticas convencionais, religiosas, dentre outras.

Tomar o CTI do HRJP como campo para pesquisa implica, então, em uma primeira controvérsia: há cerca de dez anos sou psicóloga contratada pelo HRJP e há cerca de três anos atuo especificamente no CTI, realizando atendimento psicológico aos pacientes (os que estejam conscientes e lúcidos), aos familiares que eventualmente demandam atendimento e à equipe de assistência. Sou “Nativa Relativa” no sentido de Eduardo Viveiros de Castro (2002), e vou procurar deixar tão claro quanto possível as nuances de minha delicada posição, do movimento dialético de aproximação e distanciamento em relação aos eventos ocorridos no CTI e aos sujeitos com os quais contraceno. Para tal, precisei da cuidadosa intervenção de

² Talvez seja mais apropriado abordar a questão das “demandas”, também no plural. Os pacientes requerem, reivindicam diferentes ações por parte da equipe. Eles podem demandar remédios para alívio da dor; orações em intenção de sua melhora; um contato telefônico para saber notícias de sua família, etc.

³ Durante minha trajetória acadêmica, no período de graduação em Psicologia (UFJF, 1992-1997), ouvia, reiteradamente, advertências a respeito de categorias como: isenção, imparcialidade, neutralidade, enfim, todos estes aspectos que deveriam preservar um espaço bem delimitado na relação de saber, que se estabelece entre terapeuta e paciente.

minha orientadora, pois ter clareza dessas percepções nem sempre foi muito fácil. Primeira “transgressão”, então: durante a pesquisa, atuei como psicóloga e pesquisadora.

A segunda transgressão é de natureza epistemológica: sou uma psicóloga fazendo pesquisa antropológica (o que representou um desafio para mim, e algo um pouco confuso para os colegas e para as chefias). Orientei minha prática através da noção de “fronteiras borradas” de Annemarie Mol. Busquei “inventar” e “reinventar” minha atuação a partir da compreensão da dialética Wagneriana. Não se trata de uma invenção fantasiosa, mas uma invenção decorrente de observação e intervenção. Amparada também por Latour (2001, p. 121), considerei os conflitos decorrentes da dialética entre as duas disciplinas – psicologia e antropologia - não como um freio, mas como motor da pesquisa. Tratarei de ambas as “transgressões” em capítulos específicos.

Quanto às controvérsias mais marcantes, estas foram encontradas nas próprias relações e ações de cuidado, práticas e protocolos. Costumo afirmar que a pesquisa de campo foi iniciada muito antes de seu marco oficial (pelo parecer 42/08, do Comitê de ética em Pesquisa da FHEMIG, assinado em 15/05/2008). As observações e percepções, que acabaram por tomar uma configuração de dissertação de mestrado, se apresentaram desde o ano de 1995, quando entrei no HRJP como estagiária de Psicologia Hospitalar e de maneira mais significativa a partir de 2000, quando fui contratada como psicóloga da equipe de abordagem familiar da central de transplantes⁴. Foi nesta condição que entrei pela primeira vez em um CTI. Depois disso, a direção do HRJP solicitou que eu realizasse atendimento domiciliar, atendimento ambulatorial, atendimento a parecer psicológico nas enfermarias e, até mesmo, seleção de pessoal. Mas somente há três anos foi possível sustentar um trabalho no CTI, embora eventualmente realize atendimentos nas enfermarias.

Em sua maior parte, as solicitações de pareceres psicológicos são assinadas por enfermeiros e médicos, para pacientes da unidade prisional, da psiquiatria e pediatria. É interessante notar que as justificativas destas solicitações são normalmente as seguintes: “paciente apresentando choro fácil”; “paciente poliqueixoso”; “paciente não colabora com o tratamento”; “paciente recusa atendimento, medicação”; “paciente deprimido”; “paciente terminal, necessidade de elaboração de luto”. E durante todo o período de atuação no hospital, foram atendimentos a estas demandas que me aproximaram, cada vez mais, da infinita multiplicidade de aspectos envolvidos no cuidado em saúde, da presença da religiosidade, das crenças e valores envolvidos nas práticas de cuidado, o que sempre foi para mim algo

⁴ Atualmente, este serviço não está em funcionamento no espaço físico do HRJP.

intrigante. Crenças, valores e práticas religiosas apareciam no contexto hospitalar com uma frequência significativa, favorecendo a uma reordenação do universo do paciente, desordenado pela enfermidade e norteando algumas das ações dos profissionais. As significações produzidas pelos sujeitos – pacientes, familiares, profissionais - permitem que eles possam lidar, de alguma maneira, com a dor, a aflição e a perspectiva de finitude, constituindo elementos fundamentais no processo terapêutico.

No discurso e prática dos profissionais, crenças e argumentações religiosas emergem, eventual e concomitantemente, diante dos casos que desafiam o saber e as técnicas convencionais, e mais ainda, que desafiam as emoções. Lembro-me de uma médica discutindo o caso de um paciente muito idoso, quadro muito grave. Apesar da gravidade, o paciente resistia à morte. Ela disse: “na roça as pessoas dizem que até para morrer é preciso ter força. tem que dar leite materno para a pessoa ter força para fazer a passagem. e ele está muito fraquinho.”. A tenacidade deste paciente desafiava o conhecimento médico: “nos livros não há nada que justifique este homem estar vivo ainda.” (fala da mesma médica) e mobilizava sentimentos (“não suporto mais ver o sofrimento da família deste homem.”). Esse caso será retomado, posteriormente, em função do apelido que acabou por receber da equipe: “*highlander*”. Em sua pesquisa, Menezes (2006) parece ter esbarrado nesta mesma forma de expressão:

O paciente '*highlander*', denominação frequente em hospitais, referindo-se a um filme cujo herói é um guerreiro imortal, é aquele que, a despeito de todo investimento terapêutico, não apresenta nem melhora nem piora durante um tempo prolongado. Em geral, o '*highlander*' resiste, apesar da decisão médica de interromper o tratamento e a realização de exames. De acordo com os profissionais, não há explicação científica para esse tipo de caso. (MENEZES, 2006, p. 79).

Enfim, as questões são muitas e elas parecem indicar que as posições dos profissionais e pacientes não são unívocas; na relação entre demanda e oferta de cuidado, parece que a cura não representa um objeto monolítico, almejado igualmente por todos. A noção do que é “terapêutico” é plural, controversa e, muitas vezes, contraditória.

Um dos desafios assumidos neste trabalho é, então, desconstruir a ideia de que o objeto de cuidado no CTI seja único, inequívoco, de que há fixidez nas posições e de que as realidades sejam dicotômicas. As representações das realidades não são exatas e precisas. Entre o preto e o branco são infinitas as gradações de cinza. E para encarar esse desafio,

Annemarie Mol foi de extrema importância. Irei procurar fugir dos modelos epistemológicos para fundamentar-me em um modelo de investigação etnográfico.

A proposta aqui é a de um estudo “NO CTF”, e não “DO CTF”. Referenciais metodológicos importantes aqui são as noções de “práticas” e “experiência”. Práticas serão privilegiadas às teorias e discursos. É na prática que os objetos e sujeitos se conectam, se relacionam, produzindo algo novo, imprevisível e inapreensível pela anterioridade de modelos teóricos. “... a realidade não precede as práticas, mas é parte delas...” (MOL, 2004, p. 06). Para além das interpretações dos sujeitos a respeito de supostas realidades, é necessário investigar o que é vivido e como é vivido por estes sujeitos. E nessa perspectiva, aquilo que é material adquire relevância, assim como o caráter relacional, intersubjetivo, dialógico das práticas. Os objetos ganham diferentes significados na ação, na relação. Daí a importância de considerarmos os mediadores, humanos e não humanos. Por sua vez, a noção de “experiência” confere centralidade a elementos como “corpo” – fundamento de nossa inserção prática no mundo - e “intersubjetividade”.

A pretensão epistemológica com as suas referências e com a universalização de conceitos é preterida, pois a questão é a necessidade de que, na compreensão de cuidado, as trilhas, os percursos, o processo deve ser mantido, perseguido o mais persistentemente possível, pois os problemas, os objetivos terapêuticos migram de um lugar para o outro, o tempo todo.

Latour afirma que, nos experimentos científicos, as metáforas mais adequadas são aquelas referentes a trilhas, caminhos, pois elas enfatizam o movimento. Não ferem a autonomia do objeto. Valorizam as transformações e os espaços intermediários⁵. Experimentos, práticas são eventos, e não um “jogo zerado”, “uma descoberta”, “um desvelamento” ou uma “imposição” (LATOURE, 2001, p. 148). Os conceitos, para Latour, não podem estar distanciados daquilo que eles envolvem. Eles estão ligados estreitamente, a um repertório bem mais amplo. Acredito ser esta a perspectiva de Mol ao abordar a questão da saúde, aliás, do cuidado. Ela irá valorizar aspectos que se ligam, se conectam, produzindo efeitos no processo de tratamento. A tarefa da Antropologia é a de caracterizar as redes em sua heterogeneidade e verificar os efeitos que elas produzem. Latour, ao valorizar as conexões produzidas nas práticas, e pontuar sua compreensão de ciência, afirma:

⁵ “... na prática real, entretanto, não se trafega diretamente dos objetos para as palavras, do referente para o signo, mas ao longo de um arriscado caminho intermediário” (LATOURE, 2001, p. 55/56).

A qualidade da referência de uma ciência não vem de um *salto mortal* para fora do discurso e da sociedade, com vistas a ter acesso às coisas, e sim da extensão de suas mudanças, da segurança de seus vínculos, do acúmulo progressivo de suas mediações, do número de interlocutores que atrai, de sua capacidade de tornar os não-humanos acessíveis às palavras, de sua habilidade em se interessar e convencer os outros, e de sua institucionalização rotineira desses fluxos (LATOURET, 2001, p. 115).

Desta forma, as questões norteadoras do presente trabalho são: como os atores, no âmbito do CTI do HRJP, lidam, na prática, com as controvérsias que emergem no âmbito das relações de cuidado? Quais são os conectores e as conexões nessa rede, conforme entenderemos aqui este CTI? Como são fabricados os corpos? Como o cuidado é construído, nesse campo? Perseguiremos esse norte, acompanhando as transformações, as traduções, os deslocamentos, que somente podem ser descritos percorrendo a rede, através da observação das práticas e da apreensão de conteúdo e contexto, em um mesmo movimento.

Mencionei, anteriormente, que desde o ano de 1995 atuo no contexto hospitalar. Algumas observações deste período foram registradas, mas o marco para o registro formal para fins de pesquisa (relatos, observações, entrevistas) foi março de 2008 e o término, janeiro de 2010. Permaneci no CTI durante o turno da manhã, na maior parte do tempo. É nesse período que ocorre a maioria das intervenções e discussões sobre os casos. Exames são realizados, médicos fazem visitas, curativos, higiene, medicação, enfim, tudo isso acontece pela manhã. Recentemente, tenho observado que o banho de leito tem ocorrido de manhã, mas durante quase todo o período da pesquisa esse procedimento acontecia à noite. A enfermagem alegava que, à noite, a função com os cuidados era menor e o banho noturno relaxava o paciente, que poderia ter uma noite de sono um pouco mais tranquila.

Pelo menos três vezes por semana, procurei passar a manhã inteira no CTI. No capítulo 3, quando abordo minha posição e meu movimento dentro do campo, descrevo um pouco mais detalhadamente como foram realizadas as entrevistas e as observações. De uma maneira geral, procurei não marcar dia e hora para essas tarefas. As entrevistas, em sua maior parte, foram realizadas informalmente, dentro do possível, durante os acontecimentos que me pareciam relevantes. Considerei relevantes eventos que envolviam polêmicas, controvérsias, decisões, dúvidas. Essa quota de imprevisibilidade foi uma das razões pelas quais as entrevistas não foram gravadas. A outra razão para o não uso do gravador foi a tentativa de deixar os profissionais um pouco mais a vontade, menos defensivos. Explico melhor a questão das defesas e resistências dos profissionais também no capítulo 3.

Procurei registrar as entrevistas fora do CTI, ao final das manhãs, na sala do Serviço de Psicologia que funciona no ambulatório do hospital. O local é mais silencioso e lá eu não sofreria as interrupções (tão comuns no CTI) que poderiam prejudicar minhas lembranças acerca do que havia escutado. Já os dados decorrentes do trabalho de observação, dentro do possível, foram registrados quase que “em tempo real”. Sempre sentada no “banquinho”, ao lado da bancada de preparo das medicações (de onde eu tinha uma visão privilegiada de tudo o que acontecia no espaço entre os leitos), procurava anotar as falas e redigir algumas observações e considerações a respeito do que havia acabado de ocorrer e daquilo que havia me causado, em termos de sensações. Gostava de dar um espaço de tempo para reler as anotações e, então, poder fazer articulações com os textos que estava lendo, para a composição da dissertação.

A pesquisa ficou interrompida entre os meses de março a julho de 2009, em razão de meu afastamento (licença maternidade). Quando retornei, encontrei mudança na chefia médica e a criação de uma função de coordenação – uma médica plantonista passou a fazer visitas diárias para oferecer à chefia suporte nas funções burocráticas, nas avaliações dos casos e na organização da comunicação e do funcionamento do CTI, de uma maneira geral.

Houve pequenos intervalos em que o trabalho de campo ficou menos intenso. Primeiro, por que em virtude das férias de colegas, tive que oferecer suporte nos setores em que eles atuam. Segundo, por ter me sentido, eventualmente, confusa e cansada diante do movimento entre essas duas funções – psicóloga e pesquisadora. Afastar-me, em alguns momentos, foi fundamental para retomar o fôlego. Nessas ocasiões, aproveitei para escrever e, na escrita, poder registrar algo da minha afetação. Considerei que lidar com minhas sensações seria relevante e que isso estaria em consonância com a proposta aqui: explorar as controvérsias e alguns de seus efeitos.

2 EXPLORANDO O CAMPO: REFLEXÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Neste capítulo, farei uma apresentação do campo – o CTI, do contexto em que está inserido – o HRJP. Também serão relacionados aspectos das referências teóricas e metodológicas que serviram de instrumento na exploração do campo.

2.1 O CAMPO

O CTI investigado é um setor do Hospital Regional Dr. João Penido – HRJP - situado em Juiz de Fora, Minas Gerais. É um hospital da rede pública⁶ estadual de saúde, sendo uma das unidades assistenciais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG – a maior rede de hospitais da América Latina, no qual atuo como psicóloga. O fato de explicitar o nome do hospital, campo da pesquisa, deve-se a uma exigência do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP – da FHEMIG, em um parecer anterior à aprovação final do projeto. Isto foi um pouco problemático, pois a principal preocupação foi garantir o sigilo e a segurança para os entrevistados, de que eles não seriam identificados. Em nenhum momento serão citados nomes, embora alguns de meus colegas possam se encontrar no decorrer dos capítulos. Minha posição não é a de criticar, mas explorar as divisões e controvérsias que são inerentes ao humano e às “difíceis decisões”⁷ implicadas nas práticas em um serviço que presta cuidados

⁶ É necessário enfatizar uma característica particular do hospital público, como campo de investigação: “O hospital público é um lugar em que a prática médica sofre com as tensões sociais, psicológicas e econômicas, com mais evidência” (BONET, 2004, p. 15). O aspecto de gratuidade do serviço público deixa sinais diferenciais na relação médico-paciente, sendo um mediador relevante na questão do cuidado. Tanto profissionais quanto pacientes e seus familiares pontuaram, em algumas entrevistas, que entendiam o cuidado enquanto “um favor”. Profissionais relataram a sensação de que, por serem mal remunerados, estariam fazendo “o favor” para o estado ou para o paciente – não entendiam o paciente enquanto contribuinte, alguém que paga por aquele serviço, mesmo que não diretamente. Quanto a pacientes e familiares, por diversas vezes ouvi-los dizer que temiam não conseguir pagar pelo tratamento. Procuravam não solicitar demais atenção dos profissionais e não “dar palpites”, com medo de ofender ou de perder o direito ao tratamento, supostamente gratuito. No capítulo 4 (pág. 61 e 62), cito um caso que exemplifica essa questão.

⁷ “Difíceis Decisões” é o título do trabalho da pesquisadora Rachel A. Menezes, publicado em 2006, também uma etnografia em CTI. No decorrer de todo este trabalho, serão feitas diversas referências à pesquisa da autora. Em vários aspectos que serão discutidos, pontuarei consonâncias e dissonâncias em relação às suas constatações, decorrentes de seu trabalho de campo. “Difíceis Decisões” serviu como um “livro de cabeceira”, ao qual recorri em diversos momentos, para refletir sobre minha pesquisa. Comungo de muitas das suas percepções, dificuldades e reflexões.

intensivos. Espero deixá-la clara, sempre de maneira respeitosa, no texto. Reforço que as interpretações que irão permear o trabalho são parciais – não há nenhuma pretensão generalizante – são apenas algumas dentre tantas possíveis. É natural que muitos colegas não compartilhem das minhas observações.

É necessário deixar registrado também que o fato de citar o nome do hospital representou certo impedimento para que os dados colhidos no trabalho de campo fossem expostos aqui em sua totalidade. Relações de poder e interesses institucionais sempre são mobilizados quando algo é pesquisado. Selecionar este material, então, foi uma tarefa delicada. Todos os esforços empreendidos se deram com vistas a um foco nas práticas de cuidado. O contexto político-institucional, embora relevante, teve função de “pano de fundo”, neste cenário de pesquisa. Os personagens principais estiveram encenando uma importante batalha, onde o que esteve em causa foi a luta pela vida, contra as investidas da morte.

Foi feita uma opção por pesquisar somente os turnos matutino e vespertino, pois estes são os momentos em que “as coisas acontecem”, onde as decisões clínicas são tomadas e os principais procedimentos realizados e discutidos. À noite, são atendidas intercorrências. Certamente, é importante investigar como são as práticas no CTI, num contexto em que a dinâmica é diferenciada: menos funcionários, menos movimentos de circulação dentro e fora do setor. Mas foi necessária uma escolha, no sentido de delimitar um contexto.

O HRJP foi criado como hospital de campanha para tratamento de tuberculose na década de 50. Desde a década de 80 tornou-se um hospital geral e, atualmente, é referência para Juiz de Fora e outras cidades da região. Possui leitos de clínica geral, angiologia, cardiologia, pneumologia, psiquiatria, cirurgias, além de oferecer serviços especializados, como é o caso da UTI neonatal, maternidade para gestantes de alto risco, centro de reabilitação e transplante de córneas. Atualmente, o hospital comporta 205 leitos.

O projeto inicial era o de investigar todo o hospital, mas na medida em que o trabalho de campo foi avançando, tornou-se cada vez mais evidente que as inúmeras particularidades do CTI, – entre elas, a urgência do cuidado - das maneiras como se estabelecem as práticas de cuidado, estimularam a necessidade de um trabalho específico⁸.

⁸ Algo que reforça a particularidade do CTI em relação ao restante do Hospital é a maneira pela qual os seus profissionais referem-se ao setor: “atuo em setor fechado”. O “fechado” remete a uma diferenciação em relação a outros setores. É como se estivesse implícita uma ideia de que, “do CTI ninguém sai e lá ninguém entra” (fala de uma funcionária do CTI na fila do refeitório para o almoço). O que, na prática não ocorre, pois o CTI depende de conexões com outros setores. Está em articulação. Não é uma ilha isolada dentro do hospital. Lavanderia, Central de Esterilização de Material, Centro Cirúrgico, Raios-X, Farmácia, Laboratório, Almoxarifado, dentre outros, são setores fundamentais para o funcionamento do CTI. Mas nos discursos, reforço, prevalece a impressão de isolamento.

O CTI é palco, como afirma Menezes (2006), de “difíceis decisões”, em que a vida e a morte se colocam em constante embate. Intervenções de urgência e discussões sobre ortotanásia, distanásia estão presentes o tempo todo. Tudo é de fato muito “intenso” no CTI⁹: as emoções dos pacientes, dos seus familiares e da própria equipe; os conflitos interdisciplinares e hierárquicos; as queixas das dificuldades relacionadas à estrutura de trabalho oferecido pela instituição, etc. Em sua pesquisa de campo, Menezes (2006) observa que “o CTI é um microcosmo que reflete - de forma aguda, tendo em vista a gravidade e a liminaridade da situação vivida pelos doentes internados – representações sociais mais amplas, referentes à saúde/ doença, vida/ morte, juventude/ velhice, entre outras” (ibidem, p. 13).

Uma característica marcante do CTI é o quanto este setor ficou naturalizado como uma referência da racionalização da Medicina, em função do papel da tecnologia na relação de cuidado. A maior parte dos pacientes não pode verbalizar, estão em coma ou sofrem de sequelas que afetam a fala. Os profissionais contam com outros mediadores, humanos e não humanos (monitores, exames laboratoriais, radiografias, etc.) na avaliação das evoluções clínicas. Apesar de esses mediadores estarem presentes também nas enfermarias, muitas vezes seu papel é secundário ao do relato verbal do paciente.

2.2 A ANTROPOLOGIA NO CTI

Por que recorrer ao método etnográfico na investigação deste tema? A área da saúde constitui um campo de conhecimento e prática científica, na qual os mais diversos discursos circulam, tornando esse campo algo particular em termos de possibilidades de investigação. Diferentes saberes se esbarram no cotidiano, produzindo as mais variadas conexões interdisciplinares e leituras acerca da saúde e da doença. Os profissionais que se interessam pelas questões da saúde formam uma comunidade heterogênea, em termos epistemológicos e sociológicos.

⁹ No prefácio o livro “Difíceis Decisões”, de Rachel A. Menezes (2006, p. 10), Luis Fernando Dias Duarte define o CTI como “caixa técnica”... “cujo ritmo é mantido impecável por um corpo técnico altamente especializado e treinado”... de onde “entram e saem continuamente pacientes e cadáveres”.

Especialmente na década de 80, a Antropologia trabalhou na superação de dicotomias¹⁰, entre o tradicional e o moderno; o lógico e o ilógico; a subjetividade e a objetividade; o sagrado e o profano, científico e religioso. Essa perspectiva reforça que a compreensão de saúde e da doença ultrapassa a dimensão biológica e desconstrói a relação de oposição entre práticas religiosas e práticas científicas, incorporando a dimensão simbólico-cultural na compreensão do processo saúde/doença.

Coexistimos com diferentes códigos culturais. As abordagens médica e religiosa coexistem no âmbito das práticas de cura. Guedes (1998) afirma que:

‘Estar desenganado` ou `desenganar alguém` significa que todos os recursos médicos disponíveis, reais e supostos, foram esgotados no tratamento daquela pessoa doente. Deste modo, seu emprego remete, necessariamente, ao momento percebido como confluência de dois processos: o primeiro, encerrado, trata dos diversos procedimentos médicos buscados para curar o doente; o segundo, que só pode ser disparado com o término do primeiro, trata do processo de cura divina” (Guedes, 1998, p. 55).

Observo que a experiência desta etnografia aponta para uma situação de coexistência desses dois processos colocados pela autora. Um não exclui o outro; o primeiro não precisaria ser encerrado para que o segundo fosse iniciado. Um jovem rapaz, de família evangélica, se descobre portador do vírus da AIDS, já apresentando sintomas de manifestação da doença, aos dezesseis anos de idade. Iniciou o tratamento médico e durante o período de sua internação, solicitou à equipe autorização para sair em viagem com uma caravana de pessoas doentes. Eles iriam visitar um pastor no interior do estado de São Paulo, para tomarem uma “benção de cura”. Ao ser escutado e questionado sobre as maneiras pelas quais compreendia sua condição e avaliava o tratamento, responde:

“fiquei sabendo que o pastor tem curado muita gente. vocês me deixam sair, só por uns dias, eu volto. ele [o pastor] me cura, mas eu sei que não posso parar de tomar os remédios. né. senão volta tudo. a doença volta de novo”.

E foi dessa maneira que o paciente e sua família estabeleceram seu plano terapêutico, sem a necessidade de criar, inventar antíteses, contradições entre as possibilidades de tratamento.

As Ciências Sociais têm se inserido no campo da saúde através de perspectivas teórico-metodológicas que buscam ampliar, então, a compreensão biomédica a respeito da

¹⁰ Apesar de não ser possível afirmar que a Antropologia se constitua enquanto um saber de identidade homogênea, ou seja, não há um paradigma que estabeleça os princípios reguladores do conhecimento social.

saúde e da doença, entendendo que a saúde comporta aspectos econômicos, políticos, religiosos, simbólicos. As doenças, assim como os corpos, são fabricadas. Diagnósticos são fabricados. Os corpos que entram no CTI, para tratamento, não são corpos prontos. Eles se recompõem em cada intervenção, em cada ação de cuidado; eles são lidos e traduzidos a partir de diferentes inscritores.

O adoecer remete o sujeito doente, seus cuidadores e o seu universo sociocultural a um mundo de crenças, valores e práticas, o que favorece o surgimento de significações, inclusive religiosas, na construção de um sentido para sua aflição. Doença constitui uma significação. Esta perspectiva antropológica concebe que diferentes significações, como as religiosas, por exemplo, agem sobre o indivíduo como um todo, reinserindo-o como sujeito em um contexto; oferece um sistema de explicações para a doença e elementos para a construção das suas ações de cuidado. Constituem preciosos instrumentos de reordenação da desordem ocasionada pelo adoecimento e pela relativa impotência diante da vida.

O conceito de *experiência* tem sido desenvolvido como um campo em que se entrecruzam as dimensões da cultura e da individualidade, da consciência e do corpo, do pensamento e da ação. A ideia de intersubjetividade surge como uma alternativa à oposição entre objetivismo e subjetivismo. Desloca-se a atenção da doença como fato para o curso da doença como experiência.

A questão não é identificar o momento em que a cultura se faz presente no delineamento da experiência da doença (ou partir do pressuposto que há um momento anterior à ação da cultura), pois toda a experiência já é em si cultural... Trata-se de considerar que o modo como os indivíduos vivenciam a aflição expressa uma síntese (pré-reflexiva) entre corpo e cultura que se dá anterior a qualquer representação sobre a doença... (ALVES, 1998, p.110).

A experiência do adoecer aponta para o poder do corpo; para o poder de um saber (não intelectual) radicado no corpo. Ela não tem relação com o aprendizado intelectual de novas representações, mas com o desenvolvimento de novas sínteses corporais, ou seja, de novos modos de atentar “com” e “para” o corpo. “O esquema que confere prioridade à cognição sobre a ação, ou às representações sobre as práticas, revela-se claramente insuficiente” (ALVES, 1998, p. 110). O remanejamento das capacidades corporais a partir da experiência da doença não são nem automatismo e nem resultado de uma operação totalmente reflexiva. Trata-se também de uma experiência compartilhada entre aquele que sofre e aqueles que cuidam. O corpo da medicina, bem como a doença, não é algo único, fechado, com contornos delimitados. Ele aparece, desaparece, é interpretado e reinterpretado nas diferentes práticas de

cuidado. O corpo é construído, e é múltiplo. São muitas as controvérsias no percurso entre exame clínico do paciente e a exame patológico, entre diagnóstico e tratamento, e são infinitas as mediações nesse processo de construção da prática em saúde: sintomas relatados pelos pacientes, as interpretações da equipe e dos pacientes sobre os mesmos, as consequências desses sintomas sobre a vida dos sujeitos, a observação do clínico e os recursos não-humanos utilizados, todos esses atravessamentos estão implicados no cuidado.

É através do corpo que o sujeito se insere no mundo, ou seja, o corpo é o fundamento da nossa inserção prática no mundo. Corpo não é uma “matéria em que se inscreve o texto da cultura – e que, portanto, pode ser lida ou decifrada – mas também como produtor de sentido, lócus em que se articulam formas de conhecimento e intervenção sobre o mundo” (LEIBING, 2004 p. 175). Essa noção sugere um domínio da esfera prática sobre o pensamento. Há duas questões implicadas nessa compreensão de corpo: a primeira é a de que o corpo é mais que um instrumento; além de condição é uma possibilidade de o sujeito atuar sobre o mundo. A segunda questão diz respeito ao fato de que há uma relação originária entre consciência e mundo que só pode ser entendida quando se entende o lugar mediador do corpo.

A compreensão da doença consiste em um modo próprio de ajustar-se a uma situação, obtida com o corpo – fundamento para toda a ação, racional e irracional. A experiência não tem como suporte o sujeito individual, definido como interioridade, mente e consciência, reforçando o protagonismo do aspecto corporal na experiência: o corpo não é simples instrumento a serviço dessa experiência e nem mero objeto de manipulação, passivo. E se o corpo é o fundamento de nossa existência no mundo, ele é diferente de qualquer outro objeto; ele se confunde com o nosso próprio ser. O corpo não é o reservatório de representações sobre o mundo e nem o espaço bem delimitado da existência pessoal. O corpo comporta uma dimensão “pré-pessoal” da “existência social anônima” (LEIBING, 2004, p. 183), que se apresenta incorporada na postura, gestos, expressões, etc. E assim, nos permite estarmos imersos em um campo dialógico com os outros. Uma paciente, com idade de 35 anos, após ter sofrido um quadro de infecção generalizada decorrente de uma complicação renal, tendo sido necessário ficar cerca de três dias com suporte de ventilação mecânica, relata em entrevista:

“respirar agora é algo tão sublime. antes [da internação no CTI] parecia banal respirar. me disseram que o meu pulmão estava tomado de infecção. me colocaram então em uma máquina [respirador]. sem ele era impossível que eu continuasse viva. tinha ficado quatro dias sem dormir. estava apavorada. daí, com a máquina aconteceu algo estranho. eu dormia e me sentia livre, flutuando, respirando. quando me tiraram da máquina e eu acordei, parecia que não era eu. não reconhecia meu corpo. fiquei feliz com meu corpo novo. simplesmente porque este corpo novo podia respirar e

respirar não doía mais. sinto uma rede atravessar meu corpo. tudo foi se conectando, de maneira que a cura foi acontecendo. é o médico que pega na sua mão na hora mais difícil, é alguém que te diz algo que te acalma, é a medicação que faz o efeito desejado. tudo isso se conectou à rede que atravessa meu corpo. e tem uma força superior que coordena a rede.”

Esse relato, além de exemplificar a questão dessa dimensão do corpo, indica a importância do caráter relacional, interativo na construção, significação e ressignificação da imagem corporal. A paciente indica a existência de inúmeras conexões e mediações que na significação de seu corpo e da sua experiência.

Fazer pesquisa social em saúde, buscar de compreensões dos modos através dos quais os indivíduos vivenciam a doença, formulam sentidos e desenvolvem práticas para lidar com ela e sobre quais referenciais culturais se constroem tais sentidos, é uma tarefa inesgotável, justamente pela plasticidade, pela dinâmica mobilizada pelos processos relacionais. No caso do presente trabalho, o interesse está centrado nas maneiras pelas quais os profissionais atuam sobre a dor, intervêm sobre os corpos; como eles significam e interpretam suas práticas, sobre a doença do outro, que os afeta também. Não há uma divisão proposta aqui, do tipo: “eles sofrem” – “nós atuamos”. Nós e eles vivenciamos, experienciamos a doença.

A saúde e a doença enquanto experiências e, portanto, objetos de investigação das Ciências Sociais, envolvem um caráter histórico, uma consciência histórica – a saúde se articula às visões de mundo historicamente construídas pela sociedade. Fazer pesquisa social em saúde implica em lançar luz sobre alguns aspectos de uma realidade, considerando que essa tarefa só é possível no aprofundamento de um recorte social, sem a pretensão de se alcançar grandes generalizações.

O que é acionado a partir do olhar das Ciências Sociais sobre a saúde é uma ruptura com os discursos de generalizações, objetivações e neutralidade – herança positivista sobre a qual se situa o discurso médico. As Ciências Sociais estão comprometidas com diferentes perspectivas epistemológicas: englobam a História, Sociologia e a Antropologia - e é nesta última que está concentrado nosso interesse, pelos instrumentos de investigação que oferece – o método etnográfico.

Os estudos antropológicos revelam as tensões em relação à primazia do saber médico, privilegiando questões como: de que maneira os indivíduos se apropriam da noção de saúde? Em outros termos, a Antropologia busca compreender os significados de saúde e doença no contexto cotidiano, as definições construídas pelos atores sociais. Ao romper com o discurso de objetividade e neutralidade vigentes nas pesquisas em saúde, a Antropologia

multiplica os ângulos de problematização e fundamenta-se sobre um plano de incertezas; sobre um plano que indica condições, possibilidades de análise acerca da constituição de eventos, a partir dos significados assumidos pelos sujeitos sociais.

A partir da década de 80, como já dissemos, a produção teórica antropológica esteve voltada para a superação das dicotomias que permeavam os estudos sobre medicina popular: tradicional/ moderno; lógico/ ilógico; sagrado/ profano. As pesquisas antropológicas buscam uma desconstrução da relação de oposição entre práticas religiosas e práticas científicas, indicando que as práticas religiosas de cura apresentam como efeito uma possibilidade de reorganização simbólica da desordem que o adoecimento provoca na vida dos indivíduos. Desde então, a Antropologia ganha legitimidade na análise dos fenômenos que eram encarados como matéria exclusivamente médica.¹¹

Enquanto o tratamento médico despersonaliza o doente (TAUSSING, 1980), o tratamento religioso visa agir sobre o indivíduo como um todo, reinserindo-lhe como sujeito, em um novo contexto de relacionamentos. (RABELO, 1999, p. 47).

Até o momento, foram enfatizados aspectos das perspectivas sociais, em particular, da perspectiva antropológica, que contribuíram para ampliar os limites da compreensão biomédica sobre o processo saúde/ doença. Mas quais são esses limites?

Parece pertinente uma referência a Camargo (2004) para apontar alguns elementos que caracterizam o conhecimento médico. Camargo indica que o eixo principal da medicina não é a produção de conhecimento; seu conhecimento e suas práticas se alimentam de diferentes fontes teóricas e técnicas, mas nenhuma dessas fontes é a “província intelectual dos médicos” (CAMARGO, 2004, p. 119). A principal característica do estilo de pensamento médico é a primazia pela necessidade daquilo que é tido como “verdadeiro”, “objetivo” e “científico”. O seu modo de pensar é marcado por uma busca “intuitiva, pragmática e orientada a resultados, por informação relevante, selecionada de fontes com suficiente ‘credibilidade’ acadêmica e submetida a um primado do conhecimento prático, experiencial...” (Ibidem, p. 139). Exemplos desta perspectiva são: a criação dos protocolos clínicos, a medicina baseada em evidências, dentre outros.

Esse modelo parece comprometer a confiança médica fundamentada na experiência, construída a partir das intervenções clínicas em casos individuais. O modelo estatístico, objetivante, do tipo “receita de bolo” revela-se, então, insuficiente. Apesar dessas considerações, não haverá neste trabalho uma pretensão de criticar o modelo biomédico e seu

¹¹ Um exemplo é o caso da contribuição antropológica nos estudos sobre epidemias, dentre outros.

suposto reducionismo biologista. Os comentários sobre a construção do saber médico pareceram pertinentes no sentido de localizar, contextualizar nossas observações, ou seja, fizemos uma brevíssima caracterização desse modelo que circula, de maneira relevante, nos hospitais e no CTI. A literatura da área é vasta de críticas ao modelo biomédico, centrado na doença e não nos sujeitos. Não precisa de acréscimos. Em consonância com Mol (2003), não se trata de a pesquisa antropológica criticar a medicina, mas analisar o que acontece no intermédio das práticas médicas.

Por falar em modelos, mais uma vez reforçamos que não há um consenso, uma homogeneidade de modelos teórico-metodológicos dentro da própria Antropologia. A perspectiva clássica sustentou-se sobre a noção de que há uma relação de superioridade intelectual, cognitiva do discurso do observador sobre o discurso do observado, ou nativo. Através de conceitos pré-estabelecidos, os antropólogos se dedicavam a pesquisar e explicar os comportamentos nativos, seu objeto.

Concepções mais recentes subvertem esta relação, propondo que o essencial para a pesquisa antropológica é que o discurso do observador estabeleça uma relação de sentido com o discurso do nativo. Trata-se de duas entidades em mesma condição – ambos são humanos instalados nas suas respectivas culturas. O que os diferencia são suas posições: a relação do nativo com a cultura é inconsciente, espontânea; a relação do pesquisador, por sua vez, é reflexiva. Latour (1997, p. 30/31) propõe o conceito de “simetria”: “Nós... consideramos em igualdade de condições com aquele que estudamos. Eles contam, nós contamos, eles experimentam, nós experimentamos, eles constroem, nós construímos...”. E para definir a posição do pesquisador, Latour (ibidem, p.31) observa: “... as diferenças virão depois. Estaremos, portanto, tão atentos à elaboração de nossos próprios relatos quanto aos relatos dos cientistas [eles eram os informantes de Latour]. É a reflexividade que esperamos para garantir a nossa saúde”.

Para Wagner (2002), a antropologia é, inevitavelmente, mediadora, estando ou não consciente disso. Se a antropologia recusar-se a aceitar a universalidade desta mediação, estará reduzindo os significados a crenças, dogmas; estará fazendo escolhas, entre os significados dos nativos e os do antropólogo, atribuindo valores: significados dos nativos seriam pura superstição; significados dos antropólogos seriam a ciência.

Uma referência a Viveiros de Castro (2004) se torna pertinente, no sentido de melhor delimitar o foco dessas novas tendências antropológicas. Os conceitos nativos são “relativos, relacionais e relatores” – sua objetividade é intrinsecamente relacional. Eles refletem a relação de inteligibilidade entre duas culturas; revelam um duplo enraizamento que representa o que

há de cada um no contexto do outro. Essa compreensão confere dignidade às percepções constituídas nos laços intersubjetivos, atualizam os aspectos do mundo social e seus fenômenos. A intersubjetividade é o elemento definidor do conceito de *experiência*: estar em meio à presença de outros é algo original, anterior a qualquer processo de subjetivação e objetivação. A presença ativa do outro “... constitui comigo um campo do qual emergem nossos fins e que possibilita a coordenação de nossos esforços para intervir na realidade” (ALVES, 1998, p. 114).

Latour e outros autores rompem com o excesso de subjetivismo, presente no paradigma da experiência, ultrapassando essa noção, em favor da dimensão mediada e mediadora das ações. Faço referências ao paradigma da experiência e à compreensão de corpo, citada anteriormente, para localizar, minimamente, mudanças dentro da própria Antropologia, no que diz respeito às suas perspectivas teóricas e etnográficas. Também foi relevante ressaltar o aspecto relacional e intersubjetivo valorizado pelo paradigma da experiência. Mas foi Latour e alguns autores que estão em consonância com sua perspectiva (como Mol e Wagner), que ofereceram a principal contribuição para esta pesquisa: apresentar uma maneira de perceber o CTI em todas as suas redes de conexão e apontar para a construção do cuidado, ressaltando o quanto humanos e não humanos se hibridizam nesse processo. O cuidado é, então, o final e não o início da pesquisa. É o ponto de chegada, não o ponto de partida.

Em um dos nós dessa rede está a religiosidade. As manifestações de religiosidade implicam, normalmente, em um modo de coexistência que acirra a dimensão das relações intersubjetivas – religião é um modo partilhado, um mundo familiar, sobre o qual atuamos. Religião não é uma realidade externa e impessoal.

O estudo sobre o adoecer coloca em tensão as noções de cura – que implica em uma perspectiva anatomo-patológica – e cuidado – uma abordagem mais humanística, integral e mais abrangente. Ele deve estar fundamentado na atenção aos processos interativos que se desenvolvem nas situações de doença e cura. Essas relações, sua fluidez, podem ser observadas, por exemplo, na busca por diferentes abordagens terapêuticas. Em consonância com Ayres, o “Cuidado” aqui é compreendido como “... uma atitude e espaço de reconstrução de intersubjetividades, de exercício aberto, de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar-se resumir-se a ela, a intervenção em saúde” (AYRES, 2000, p. 120).

Ayres (2007) esclarece que faz referência ao “Cuidado”, com inicial maiúscula, por se tratar de um termo, com uma designação específica: trata-se de “... uma atenção à saúde

ativamente instruída pelo sentido existencial do adoecimento na experiência de indivíduos e comunidades e, conseqüentemente, atenta aos significados e implicações práticas das ações técnicas demandadas, sejam de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2007, p. 133).

Essa proposta de “cuidado”, não dissocia a dimensão individual da dimensão coletiva, daquilo que o autor chama “projeto de felicidade”. A “Felicidade”, para Ayres (ibidem, p. 129), é algo que “... só se efetiva enquanto tal no âmbito de uma experiência compartilhada, isto é, no âmbito sempre relacional onde se confrontam as experiências singulares das pessoas. Assim, entende-se que não há uma felicidade definível abstratamente, como um *a priori* universal e atemporal, que precisamos sempre apreendê-la com referências às práticas e valores socialmente construídos, nas diferentes formas e dimensões em que se validam enquanto tal...”. O autor defende que são esses *projetos de felicidade* que orientam as práticas de cuidado, em qualquer plano – individual, familiar, comunitário, etc. As relações terapêuticas incorporam a preocupação com o *projeto de felicidade*, e assim estão permeadas, atravessadas por mediações técnicas: “... na perspectiva de um efetivo Cuidado, o encontro terapêutico deve abrir a possibilidade de colocar o sentido instrumental das técnicas, isto é, o ‘êxito técnico’ das ações de saúde, a serviço dos *projetos de felicidade* daqueles que demandam atenção, para que o encontro que resulte em um sucesso prático” (apud AYRES, 2007, p. 132).

A noção de “Cuidado” é, então, mais ampla e abrangente que a de “saúde”. Incorpora a “felicidade”. Ela implica em redes, processo, caminho, práticas, atravessamentos, intersubjetividades e não meramente em um produto, efeito, resultado de uma intervenção sobre o corpo. Sendo assim, o movimento que direciona esta pesquisa é: o conceito de cuidado somente pode ser produzido no intermédio das práticas, dentro das relações terapêuticas, a partir das conexões entre pacientes, profissionais, seus múltiplos referenciais de sentido, instituição e outros mediadores, e na própria situação de prática de pesquisa.

A presença do pesquisador, o olhar do observador, mobiliza, reorganiza relações. Ele passa a estar dentro delas. Os sujeitos constroem fantasias sobre esse novo ser, um curioso, que sabe-se lá por que (*a priori*, nem ele sabe ao certo... ou não deveria achar que sabe!) passa a se interessar pelas coisas, aliás, por todas as coisas que fazem. Então, é natural que todos se comportem de uma maneira diferente, a partir da chegada deste estranho. E as coisas, as relações, continuam em movimento, na medida em que esse estranho começa a ter um lugar no contexto de campo, deixando de ser o tão absolutamente estranho. Ao final da pesquisa, está tudo diferente do quadro inicial. Quando o pesquisador sai de campo, as relações

novamente se reconfiguram, na ausência dessa figura. Bonet (2004) aborda a relação observador-nativo da seguinte maneira: “... o antropólogo... é observado tanto quanto observa...”. Na situação de pesquisa há um “co-nascimento”, um “jogo”, onde “o antropólogo constrói os seus nativos e eles nos constroem como antropólogos” (BONET, 2004, p.20).

3 “BANCANDO” A ESCUTA E A OBSERVAÇÃO NO CTI

De que maneiras pode-se apreender um contexto? Pode-se tomar o CTI como um setor literalmente fechado, cuja função encerra-se nos seus limites de estrutura física, de sua configuração arquitetônica. Ou pode-se fazer uma opção por outra leitura do campo: tomar o CTI como um contexto, que é experimentado, criado por diferentes sujeitos, onde infinitos elementos se associam e ganham significados, no curso das ações, denotando seu caráter dinâmico, imprevisível e inesgotável. Apesar de os profissionais fazerem referências enfáticas ao caráter “fechado” do setor, ele está em conexão com outros serviços. O CTI depende dessas conexões¹². Mesmo os pacientes que dão entrada no CTI circulam, no hospital e até fora dele. Ressonância Magnética, por exemplo, é um exame feito em outro hospital. Pacientes podem ter sido transferidos da enfermaria para o CTI em decorrência de uma piora, ou vice-versa, podem ser transferidos para a enfermaria, após dias de internação no CTI, em função de uma melhora. Podem ter alta e depois, retornar. Tudo isso é possível. E talvez seja o fato de estarem muito bem articuladas todas essas conexões, o que faz prevalecer na percepção dos funcionários a impressão do “fechado”. Enfim, essa segunda opção na abordagem do campo – a dinâmica - parece ser mais estimulante!

O CTI investigado é constituído por nove leitos, sendo que um deles é leito de isolamento de contato. Eles estão dispostos da seguinte maneira: quatro leitos, com monitores e um pequeno armário, separados por biombos. Em frente a eles, outros quatro leitos, dispostos da mesma maneira e, entre eles, um espaço de circulação, onde existem duas mesas, nas quais os profissionais registram seus atendimentos, fazem suas anotações. Não existe privação visual entre os leitos que se encontram frente a frente. Os profissionais têm o cuidado de colocar um outro biombo em frente ao leito daquele paciente que está sofrendo uma parada cardíaca e recebendo os cuidados da equipe, que está tomando o “banho de leito” ou sofrendo alguma intervenção mais íntima ou invasiva.

O leito de isolamento fica em um pequeno quarto com um banheiro, onde permanecem os pacientes cujo quadro envolve risco de contaminação (algumas bactérias mais resistentes, meningite, tuberculose, etc.); ou quando o paciente está lúcido, com relativa autonomia, e que a proximidade com pacientes que estão em coma, a convivência com situações de óbito podem ser evitadas com a sua permanência no isolamento.

¹² Falo dessas conexões e cito quais seriam os serviços articulados ao funcionamento do CTI em nota de rodapé (nota 9), página 18, capítulo 2.

Existem duas portas de acesso ao CTI: uma porta maior, por onde passam os equipamentos maiores, como o de raios-X, e macas. A porta menor dá acesso a uma antessala, onde profissionais e visitantes lavam as mãos para depois entrarem no setor. Próxima a essas portas fica uma bancada, onde as medicações são preparadas. Há uma pia também nessa bancada. Tem um pequeno quarto que serve de rouparia e uma mesa, com arquivo de prontuários e impressos. Uma porta interna serve de acesso a uma sala que é usada pela enfermagem e pelo técnico administrativo, para serviço burocrático. Pequenas reuniões e conversas particulares são realizadas nessa sala, pois não há um local para reunião de equipe e discussão de casos. Não há um local específico que sirva como sala de espera para os familiares dos pacientes, ou para atendimento individual. As conversas com familiares são tidas no corredor, do lado de fora do CTI, ou na antessala, a de lavagem das mãos. Também há um banheiro, um pequeno quarto de repouso e armário para a enfermagem e, um outro quarto, não tão pequeno, para os médicos. De frente para o expurgo, tem o que é chamado de “copinha” pelos funcionários: uma pia com prateleiras onde fica um filtro de água e café.

Para o atendimento aos nove leitos, circulam mensalmente no CTI cerca de 60 profissionais, cujos vínculos são de efetivos do Estado e contratados, que trabalham em esquema de plantões de 12 ou 24 horas, em escalas de 12h x 36h ou 12h x 60h e diaristas. São, mais ou menos, 30 técnicos de enfermagem, 09 enfermeiros, 13 médicos, 03 fisioterapeutas, 01 nutricionista, 01 psicóloga, 01 técnico administrativo e 01 funcionário da limpeza. A nutricionista e a psicóloga não estão em dedicação exclusiva ao CTI; prestam assistência em outros setores do hospital. No CTI há duas coordenações: uma médica e uma de enfermagem. Também circulam diariamente, no CTI, 04 estagiários de medicina, em caráter esporádico, e 03 estagiários de enfermagem – um por turno – em caráter efetivo.

Observo que me refiro aos ambientes do CTI sempre como “pequenos”, e é de fato a impressão causada àqueles que trabalham e visitam o setor. Este parece ficar menor ainda pela manhã, quando a maior parte dos especialistas, que atendem às solicitações de parecer, frequenta o setor. Às vezes, acontecem verdadeiros “congestionamentos”. Há cerca de um ano, o horário de visita foi ampliado. As visitas são permitidas das 16h às 18h. Podem entrar até quatro pessoas, desde que seja uma por vez. Na ocasião da mudança de horário também foram colocados relógios de parede sobre todos os leitos. A intenção era oferecer orientação temporal para os pacientes, já que o setor funciona em tempo integral com luz artificial – os pacientes não têm percepção do dia e da noite. Atualmente, somente dois desses relógios estão funcionando.

Outro aspecto que caracteriza o CTI investigado diz respeito à identidade dos profissionais. Muitos dos enfermeiros e fisioterapeutas são “intensivistas”; possuem formação especialização em cuidados intensivos. Não é comum que os médicos apresentem-se enquanto “intensivistas”, apesar de alguns deles possuírem essa especialidade (na função de coordenação ela é obrigatória). Afirmam: “sou o plantonista de... [dia da semana e turno]”. Costumam, em certas situações, apresentarem-se pelas suas especialidades, exercidas nos consultórios particulares: “sou cardiologista”, ou “faço clínica”. Quando alguém diz ser “plantonista” parece estar falando de uma especialidade. Isso parece reforçar a criação de um vínculo de passagem, marcado por certo grau de descontinuidade nas ações. Essa é uma queixa dos próprios médicos. Os profissionais “passam os plantões”. Essa expressão é interessante, pois o que se passa são as informações. As decisões, pelo menos as principais, são do médico diarista. Futuramente, essas funções serão melhor apresentadas.

Na verdade, a relevância desses elementos consiste no fato de que eles compõem um cenário, eles atribuem características, suscitam estados e emoções, e contextualizam dois momentos liminares: o da introdução da escuta psicológica e, posteriormente, o da observação-participante, ou da escuta antropológica, para a pesquisa. São liminares no sentido de que dizem de algo novo, provocam mudanças, mas carregam também a marca das convenções, das maneiras convencionais de cuidar. Foram introduzidas novas formas de observação e atenção aos sujeitos – a psicológica e a antropológica - enquanto os elementos antigos circulam, velhas formas de ouvir e observar. O velho, por sua vez, também altera o caminho do novo. Pude ouvir de alguns profissionais da enfermagem que, antes da minha entrada no setor enquanto psicóloga, eles mesmos dedicavam um tempo do seu plantão para escutar os pacientes mais chorosos ou angustiados. Hoje mesmo – dia 26 de janeiro de 2010, entro no CTI para atender a um paciente recém retirado do tubo (internado pela quinta tentativa de suicídio) e vejo uma enfermeira conversando com ele. Um colega me aborda dizendo: “ele estava muito agitado e como você não tinha chegado ainda, ela foi lá atendê-lo”. Quando ela terminou, fui me apresentar para o paciente como psicóloga do CTI e ele retrucou: “uma de vocês acabou de sair daqui”. Pacientes já eram escutados antes da entrada da psicóloga no CTI e ainda o são na minha ausência. Pude introduzir algumas noções de abordagem do paciente. Eles [os outros profissionais] assistem muitos de meus atendimentos. Ao mesmo tempo, eles me apresentaram o ritmo de funcionamento do CTI, me ensinaram muito sobre as alterações psicológicas decorrentes de quadros orgânicos e outras as formas e as possibilidades de abordar aos pacientes nos diferentes quadros clínicos. Um modo não exclui o outro; eles se entrelaçam, se misturam, se hibridizam.

Falando dos dois momentos liminares:

Os atributos de liminaridade, ou de *personae* (pessoas) liminares são necessariamente ambíguos, uma vez que esta condição e estas pessoas furtam-se ou escapam à rede de classificações que normalmente determinam a localização de estados e posições, num espaço cultural. As entidades liminares não se situam nem aqui, nem lá; estão no meio, entre as posições atribuídas e ordenadas pela lei, pelos costumes, convenções e cerimonial. (TURNER, 1974, p. 117).

A liminaridade é um processo dialético, uma experiência dialética entre homogeneidade e diferenciação e seus símbolos, seus atributos também são ambíguos. Objetos antigos, conhecidos dos que atuam no CTI, ganham novas funções e significações. É o caso do “banquinho” (que ora representa somente um lugar para se assentar, ora um lugar para se ouvir e observar) e do caderno de anotações e prontuários cujos registros se estendem a um diário de campo. As pessoas são importantes, os objetos são importantes, na medida em que também são interpretados e reinterpretados no contexto das práticas diárias e suscitam novas e dinâmicas significações a um dado espaço.

Este estágio liminar não é um espaço vazio; é espaço e tempo de criação, de invenção. Para os pacientes, estar no CTI não é um lugar de espera onde as possibilidades são viver ou morrer. Muitas transformações acontecem nesse lugar, nessas pessoas, nos seus corpos e nas suas vidas.

3.1 O “BANQUINHO”

Até o ano de 2006, o Serviço de Psicologia do HRJP respondia a algumas raras solicitações de interconsulta, feitas por médicos ou enfermeiros, para pacientes do CTI. Nessa ocasião, surgiu a proposta de introdução do atendimento psicológico efetivo no setor, a partir de discussões dentro da implantação da Política Nacional de Humanização. A proposta era oferecer suporte psicológico aos pacientes, mas também aos seus familiares e funcionários do setor. O nome sugerido – mas não oficializado – do projeto era “Cuidando de Quem Cuida”.

Paralelamente a essa proposta, havia uma orientação da Política Nacional de Humanização quanto à realização de uma pesquisa de satisfação dos usuários do HRJP em relação à assistência recebida. O fato de ter sido associada à entrada do psicólogo no CTI para

atendimento, a pesquisa de satisfação despertou uma reação inicial nos funcionários do CTI de uma certa dose de resistência, talvez um temor por estarem tendo suas práticas avaliadas, julgadas pelo psicólogo. O primeiro desafio, então, foi o de separar, dissociar a escuta psicológica da pesquisa de satisfação. O que, na verdade, não diminuiu as fantasias e resistência dos profissionais, pelo menos a curto prazo. O CTI é um “setor fechado”¹³, de acesso restrito, limitado, e a ameaça de investigação psicológica suscitava no imaginário das pessoas a ideia de que supostos “segredos” seriam desvelados. O que estava fechado, de repente, deveria ser aberto.

Demorou um tempo até que a proposta de oferecer-lhes suporte fosse melhor compreendida e relativamente aceita. Menezes (2006), em seu trabalho de campo, esbarra nessa mesma categoria, a do CTI como “setor fechado”, com as noções de “dentro e fora”. Porém, as características atribuídas ao que está “dentro e fora” pelos informantes de Menezes (2006) são contrárias ao que encontrei nesta pesquisa de campo. Em “Difíceis Decisões”, o que está “fora” do CTI (equipamentos, profissionais, etc.) é desqualificado, em relação ao que está “dentro”. O CTI do hospital carioca pesquisado pela autora tem privilégios em relação aos demais setores. Já no HRJP, o que está “dentro” do CTI é preterido em relação a tudo o que está “fora”, pelo menos essa é a fala de todos os profissionais, durante as entrevistas ou durante conversas informais. Eles afirmam trabalhar em condições - de espaço, principalmente - menos favorecidas, em relação a setores e serviços novos do hospital (maternidade de alto risco, UTI neonatal, centro de reabilitação). Somente em setembro ou outubro de 2009, os leitos antigos foram trocados por leitos melhores, mais confortáveis para os pacientes e mais modernos. Os plantonistas, com alguma frequência, se desdobram para viabilizar vagas que atendam à demanda de “fora” (ambulatórios, enfermarias e até de outros hospitais). O estigma do “fechado” serve meio como uma proteção, um traço que confere identidade e união aos seus profissionais.

Enfim, ao mesmo tempo em que se ouvia de alguns profissionais que seria bom poder compartilhar suas angústias, também circulavam rumores, tais como: “o que Freud pode fazer por nós aqui?”. Um certo sarcasmo, uma quota de ironia em algumas falas, indicava que algo estava sendo mobilizado: a noção de que a aflição experimentada pelos sujeitos no CTI não era apenas de ordem física e, até aquele momento, a outra ordem (ou as outras ordens) havia sido encoberta. Alguns diálogos foram realizados, em especial com um técnico de enfermagem. Ele questionava minha presença, afirmando: “me desculpe pela sinceridade. mas

¹³ Abordei algo dessa expressão anteriormente, no tópico 3.1.

acho que você está perdendo seu tempo”. Outro fator que parece ter estimulado uma resistência, em alguns momentos verbalizados pela equipe, é de natureza funcional. A presença de estranhos atrapalha a rotina, incomoda, atrasa “os cuidados”. Cada técnico de enfermagem é responsável por dois leitos. Os “cuidados” incluem banho, higiene, alimentação, medicações, monitoramento, controle de pressão, respiração, glicemia, etc. A impressão que fica ao entrarmos no CTI é a de que as pessoas não param. A maior parte das conversas que visavam a uma intervenção, ou esclarecimento de alguma questão, durante a observação para a pesquisa, foi feita enquanto os profissionais executavam alguma outra tarefa. Em determinados horários, o setor fica absolutamente congestionado¹⁴. O espaço de circulação entre os leitos é pequeno. Os ruídos decorrentes das conversas, das brincadeiras (que funcionam como uma defesa emocional bastante utilizada), dos aparelhos são intensos.

Foi nesse contexto que a escuta psicológica tentou se sustentar no CTI: em meio a resistências, interrupções, como se o cuidado – o cuidado de escutar – não implicasse em urgência.

No entanto, o grito de um sujeito em aflição, provoca um furo nessa percepção, comum a alguns colegas, especialmente médicos e estagiários de medicina. (Eles sempre interrompem o atendimento psicológico!). O grito indica que a urgência pode dizer de algo do físico, mas para além dele também. Indica a insuportabilidade da experiência liminar – produzir algo no processo incerto entre a vida e a morte.

Certo dia, as pessoas que circulavam pelos corredores do hospital ouviam a voz da telefonista nos alto-falantes anunciando: “atenção psicóloga do CTI. favor comparecer ao setor com urgência”. Esse chamado foi, de fato, surpreendente. Entrando no CTI ouvia o paciente, gritando: “deus. por que eu gosto das coisas tão certas? por que comigo senhor?” Tal paciente estava no CTI em função de uma complicação cirúrgica, na retirada de um tumor no intestino. Mal havia passado pela porta e o técnico de enfermagem – o mesmo que me questionava sobre a escuta psicológica no CTI – me entrega um banquinho, sugerindo que ele serviria para que eu ficasse mais a vontade ao lado do paciente. Disse, com expressão de ansiedade: “para esse aí [o paciente], só Freud”.

Aos poucos, eram cada vez mais comuns solicitações de atendimento. O ato de me entregarem o “banquinho” quando entro pela porta do CTI é cada vez mais comum. (Confesso que, eventualmente, me sinto incomodada quando entro no CTI e me deparo com outro profissional usando o “banquinho” para outro fim, que não o de estar atento ao paciente ou

¹⁴ Menezes (2006) também relata ter esbarrado nessa condição de “congestionamento” humano, dentro do CTI.

aos outros colegas, como por exemplo, quando usam o “banquinho” para se sentarem de maneira mais acomodada para se apoiarem na bancada e descansarem).

Em sua maior parte, as demandas de atendimento psicológico para os pacientes são manifestas pelos técnicos de enfermagem e por um fisioterapeuta. Eles se expressam, dizendo: “aquele lá, do leito x, é caso para a psicologia.” ou “o senhor y está precisando de você”. A primeira fala - marcada com uma pitada de ironia e distanciamento (“aquele lá”), normalmente é formulada quando se trata de algum paciente que gera desconforto para a equipe (o suicida, o poliqueixoso, o psiquiátrico). Já a segunda (“ele precisa”), refere-se a pacientes com quadros como o de infarto, acidente vascular cerebral, complicações pós-cirúrgicas e, especialmente, para pacientes jovens. Ou seja, quando a aflição do paciente é resultado de uma situação inesperada, de uma “infelicidade do destino”, é comum que a reação da equipe seja de maior atenção, zelo, paciência.

Certa ocasião, ao entrar no CTI, fui abordada por uma profissional, que disse: “hoje você vai atender em fila. o leito dois e o leito três são todos seus”. Ela não me disse que “as pacientes internadas nos leitos dois e três precisavam de atendimento psicológico”. Ambas estavam internadas por causa de “tentativa de suicídio por intoxicação exógena”. Respondi que as pacientes do leito dois e do leito três já estavam em acompanhamento psicológico, aos meus cuidados, bem como a paciente do leito cinco, portadora de uma cardiopatia grave. Surpresa, a colega argumenta: “mas por que vai atendê-la? ela já está bem. nem está chorando. e além do que, ela não pediu para estar aqui! Aqui tem as pessoas que não pedem e as que pedem para estar aqui, feito essas aí do dois e do três”. Tentei argui-la sobre essa fala, mas ela estava ocupada com um procedimento. Gostaria de compreender mais sobre estes critérios, estabelecidos na sua prática para diferenciar e classificar demandas legítimas e não legítimas; quem precisa e deseja cuidado e quem não o deseja. Resta a percepção de que a tentativa do suicídio incomoda; faz uma ferida narcísica no ego de profissionais tão zelosos pela vida; e de que o choro é o “sinal verde” para a escuta psicológica, o sinal claro de que o sujeito está sofrendo. Sem choro, sem sofrimento. É culpado por estar tomando nosso tempo e desafiando nossas boas intenções em salvar sua vida! Quer morrer? Vá falar com o psicólogo, e não comigo! O estigma de “suicida”, então, interfere na tomada de decisões dos profissionais, tanto quanto no cuidado a ser dispensado ao paciente. Essa decisão a respeito das práticas de cuidado é tomada, então, a partir não só do conhecimento técnico, mas a partir de valores morais, culturais.

Era possível notar que, por detrás das demandas dos funcionários – “eles precisam de você.” – havia outra demanda sendo enunciada: “também preciso de ajuda.”, “está difícil lidar

com tudo isso”. De alguma maneira, emerge a percepção de que a experiência da doença, do estar internado em um CTI, aponta para uma dor para a qual o cuidado com o corpo, o cuidado técnico, não se revela suficiente. É relativamente comum que os profissionais em um CTI estabeleçam uma diferença entre SINTOMA – objeto de intervenção clínica; aquilo que o corpo revela (como se fosse algo dado, “natural”) – e QUEIXA – aquilo que o paciente diz sobre seu sintoma, e para além dele (algo construído). Dicotomizam: algo é avaliado pelos que detêm o conhecimento científico; outra coisa é dita, interpretada pelo “objeto” da sua ciência (certamente que a primeira situação possui maior legitimidade que a segunda), mesmo que às vezes possa haver alguma consonância entre elas. Um dos esforços da introdução da escuta e intervenção psicológica no CTI foi o desfazer essa fronteira entre o que é manifesto pelo corpo do paciente, manipulado e interpretado pelos profissionais, a partir de seus critérios, e o que é avaliado, elaborado, sentido e vivido pelos pacientes; tenho buscado trabalhar a possibilidade de abrirmos espaço para o saber do próprio paciente acerca de seu estado, considerarmos aquilo que ele nomeia enquanto efeito terapêutico e incluir esses elementos no nosso plano de cuidado.

E esse tem sido um dos maiores desafios à prática médica: a dessimetria, entre as percepções (de médicos e pacientes) acerca do corpo, da dor e da cura. Muitas vezes, o médico ou o terapeuta inventa, constrói um sintoma, que não é visto pelo paciente enquanto tal. Recordo-me de dois casos que exemplificam a dessimetria a que me refiro. Um deles é um caso de uma menina de quinze anos, que é internada no hospital com quadro de desidratação decorrente de bulimia¹⁵. A paciente havia passado dos seus 64 quilos para 51. Dizia que queria chegar aos 30 quilos e que sentia estar pesando uns 80. Demonstrava certa revolta em relação aos pais por a terem levado para o hospital e também satisfação com os sintomas associados ao quadro. É legítimo convencer a paciente de que ela está doente, que precisa se tratar, se ela afirma estar “mais viva” a cada vômito provocado, a cada quilo perdido? Chamamos de “efeito terapêutico” uma melhora daquilo que nós nomeamos de sintoma ou daquilo que o paciente relata ser dor e sofrimento? E quando essas duas perspectivas são antagônicas?

¹⁵ Transtorno alimentar caracterizado pela ingestão de grandes quantidades de alimentos, seguido por indução de vômito e uso de outros meios de eliminação, como diuréticos e laxantes. Envolve também alteração da imagem corporal.

Outro caso refere-se a um paciente com diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia¹⁶, internado com complicações decorrentes dos sintomas de AIDS. Certo dia, o paciente acorda agitado, e gritava:

“me tira daqui... tenho que pegar agora um trem para o Rio de Janeiro. tenho meia hora. tenho que ir para Ubá e depois chegar na Bahia em meia hora. tudo de trem. anda. me ajuda. socorro”.

Na tentativa de realizar uma intervenção de aplacamento de angústia, algo que o acalmasse, tentei:

“tudo bem. calma. vamos conversar um pouco e você me fala dessas coisas todas que você deseja fazer. vamos devagar. não te parece muita coisa para um só dia?”

A psicóloga aqui sentiu-se uma completa ignorante, desavisada, ao ser advertida pelo paciente, a essa altura do campeonato, muito mais lúcido que eu: “doutora, meu tempo é diferente do seu. não deu para perceber?” Era óbvio que os nossos tempos eram diferentes! Independente do diagnóstico de esquizofrenia e das suas consideradas “percepções delirantes”, estávamos em posições e condições absolutamente diferentes. Eu estava de pé, saudável, achando que tinha todo o tempo do mundo para planejar qualquer coisa que fosse. Eu e minha calma! Ele, acamado, diante do fato de que lhe restavam apenas alguns dias. Viver era algo, de fato, de extrema urgência. Como podemos estabelecer com nossos pacientes uma relação terapêutica, minimamente eficaz, considerando e respeitando essa pluralidade de percepções? É possível encarar esse desafio? Como dispensar cuidados sem que estes se estabeleçam de maneira tão vertical – o meu tempo é o verdadeiro, e o dele, falso, delirante? Pelo menos até o momento, o modelo que responde a essa controvérsia é o modelo de medicalização das diferenças. Os médicos solucionaram o problema: “vamos dar uma ‘sedadinha` nele para ver se acalma. já tumultuou demais hoje”. O fato é que é gigantesco o desafio de estabelecer uma conexão, uma negociação, uma simetria entre as verdades. Mas, de antemão, podemos inferir que não parece haver nada de terapêutico na tentativa de convencer e impor verdades quando percepções são desiguais.

Em meio a tudo isso o “banquinho” foi ganhando status de símbolo da escuta, de observação e reflexão no CTI. Ele é colocado ao lado dos leitos, durante os atendimentos (eles possuem a altura adequada para permitir um contato visual e um diálogo mais demorado com

¹⁶ Quadro psicótico que pode ser brevemente caracterizado pela alteração do juízo de realidade.

o paciente). Após os atendimentos aos pacientes, o banquinho é levado para uma bancada, onde é comum que alguns funcionários iniciem pequenas conversas. Fala-se sobre sentimentos evocados a partir do envolvimento com alguns pacientes, de dificuldades com os colegas, de questões de natureza pessoal, etc. São muito ricos esses momentos. Algumas informações relevantes sobre a vida, a história e a família de alguns pacientes são passadas, especialmente pelos técnicos de enfermagem. Normalmente, são os profissionais com maior proximidade com os pacientes. Entre este grupo de profissionais surgem, eventualmente, queixas de não terem suas opiniões consideradas, em processos de decisão e avaliação de casos.

Tentei oferecer o “banquinho” também aos familiares. No horário de visitas, costumava circular entre os leitos; era realizada uma breve apresentação e a oferta de atendimento psicológico. Mas, neste momento da visita, a família deseja falar com o médico. Na prática, a autoridade, o saber sobre o paciente é, prioritariamente, do médico. Fiz tentativas de deixar cartões com telefone e horários de disponibilidade para os atendimentos individuais, mas nos dois últimos anos, não houve nenhuma demanda espontânea.

Atendi três famílias, mas todas encaminhadas pelos médicos e enfermeiros. Uma das famílias foi encaminhada pela equipe da cirurgia vascular, pois filhos e esposa se dividiam na opinião a respeito de decidirem a favor ou contra a amputação da perna do paciente. Este não podia opinar, pois encontrava-se confuso, disfásico, sequelas de um AVC - Acidente Vascular Cerebral.

As outras duas famílias foram encaminhadas pela enfermagem. Na verdade, eram duas mães de adolescentes, os quais estavam em quadros terminais. Um deles era portador de distrofia muscular e a mãe já havia presenciado a morte de dois outros filhos, com o mesmo diagnóstico. A equipe já conhecia a história dessa família, e o sofrimento desta mãe¹⁷. Já o outro caso, foi de um rapaz que havia tido uma passagem inicial pelo CTI com quadro de insuficiência renal. Recuperou-se e foi transferido para a enfermaria, onde passou cerca de uma semana, apresentando uma piora. Retorna ao CTI já com quadro de insuficiência respiratória. O rapaz teve que ser colocado no respirador, e foi a óbito dias depois. Em ambos os casos a equipe ficou bastante mobilizada. Os relatos todos diziam de uma certa revolta, quando referiam-se ao segundo caso:

¹⁷ Este caso, pelas inúmeras controvérsias que levantou, mereceu um espaço particular, o capítulo 6.

“investimos muito nele. rapaz novo, bonito, com um futuro lindo pela frente. não dá para aceitar. entender o que houve de errado? ele saiu daqui, na primeira vez rindo. bem. não dá para a gente encarar essa mãe. coitada.”

Neste contexto, surgiu um outro dado relevante, a respeito de como os profissionais do CTI lidam com alguns pacientes:

“às vezes rola uma sensação ruim quando um paciente vai ter alta para a enfermaria. a gente tem medo dele piorar lá. não é que os colegas não cuidem direitinho, mas sabemos que lá o paciente não é olhado o tempo todo. como aqui. não é ciúme não. mas é que a gente se apega. a gente investe muito na recuperação, e a gente não quer que nada atrapalhe isso. a gente perde tanto paciente, que quando o paciente melhora é difícil a gente desmamar dele também.”

A presença do “ciúme”, de uma relação de posse, propriedade do paciente foi observada durante outra entrevista, também com um técnico de enfermagem:

“a gente faz o papel do psicólogo, também. estamos aqui o tempo todo com eles, e nos tornamos o psicólogo, o pai, a mãe. damos conselho, consolamos, essas coisas. não vou fazer o seu papel. mas a gente tenta ajudar.”

O outro lado da história (lembrando que neste trabalho decidi por um distanciamento do paradigma da neutralidade): essa fala suscitou uma reação ambígua nesta pesquisadora / nativa. A pesquisadora ouviu e registrou. Exclamou sobre o quanto foi interessante notar que, de fato, as práticas ultrapassam a fronteira da formação profissional; que as categorias profissionais, nas práticas, visam a uma certa interdisciplinaridade. Mas na psicóloga emergiu o desejo de intervir; pensei: “bom, se eles estão escutando e intervindo junto ao paciente, pelos menos eles devem saber como fazer isso. preciso pensar em um treinamento. essa coisa de dar conselhos é muito séria”. Enfim, decidi deixar para pensar nessa história de treinamento depois de concluída a pesquisa. Isso faz parte da minha prática.

Este primeiro momento, o da entrada da escuta psicológica no CTI, implicou em um movimento de simbolização diferenciadora; de invenção de uma figura provedora de um novo modo de cuidar. O psicólogo introduz novos referentes, àqueles convencionalizados nas práticas de cuidado e, com o tempo, essa prática foi sendo também convencionalizada. Então, inicia-se, dialeticamente, outro movimento de simbolização diferenciadora (WAGNER, 1981); já existia uma maneira de ouvir e observar instituída e, mais uma vez, “inventamos moda”: vamos ouvir diferente. O “banquinho” ganha companhia: o diário de campo.

3.2 O DIÁRIO DE CAMPO

Em março de 2007, iniciei o curso de Especialização em Ciências da Religião na Universidade Federal de Juiz de Fora, quando me propus a tomar contato, academicamente, com o tema da Religião e Saúde, pois na prática, já convivía com este “par” desde 1995 (quando iniciei o estágio curricular em Psicologia Hospitalar, no período de graduação).

Durante a Especialização, no ano de 2007, houve um flerte inicial com autores da antropologia e diálogos ricos, longos, instigantes, com minha orientadora desde a ocasião, Fátima Tavares. Terminado o curso de Especialização, iniciei o Mestrado em março do ano seguinte, foi quando decidimos formalizar os registros dos eventos ocorridos no CTI e o trabalho de campo, embora (como disse anteriormente, no capítulo 1) esta tarefa tenha se iniciado, informalmente, com a experiência da introdução da escuta psicológica. Neste contexto, outro símbolo é introduzido no CTI: o diário de campo. Porém, essa nova fase liminar, não implicou em um abandono do “banquinho”.

De qualquer maneira, foi necessário estabelecer algumas estratégias de abordagem dos colegas e pacientes, e algumas estratégias para mim mesma, para o desenvolvimento do meu trabalho: escuta, observação e intervenções.

Este tem sido, então, o grande desafio assumido nesta pesquisa: transitar, dialeticamente, entre estes dois lugares. Ter alguma clareza possível das posições assumidas é um objetivo diário, mas a solução mais viável (pelo menos aparentemente) foi tentar fugir de uma situação esquizofrênica; fugir de uma situação caricaturada, conhecida pelo senso-comum como “dupla personalidade”. Como não foi possível conseguir junto a minha chefia uma liberação para atuar exclusivamente como pesquisadora, já que recebo meu salário para fazer atendimento psicológico, foi necessário “inventar” um lugar possível. Obviamente, nunca entrei no CTI anunciando: “caros colegas, hoje quem está aqui é a psicóloga.”; ou “hoje estou somente fazendo pesquisa. então nada de questões emocionais comigo. hoje só me interesse pelas práticas”. Sinto-me chamada a responder dos dois lugares, o tempo todo. E é por isso que o termo “dialética” e não “delimitação” foi escolhido, para uma referência mais aproximada daquilo que foi possível construir em termos de posição subjetiva diante do campo.

Como uma estratégia inicial, pensei em mudar a cor do jaleco. Usar o jaleco branco para os atendimentos psicológicos e mandar fazer um jaleco de cor, para os momentos destinados à pesquisa. Pensei também em marcar horários, dias específicos para o

atendimento psicológico e para a observação-participante. Mas percebi que os eventos e a velocidade com que as coisas acontecem, não seriam tão pacientes comigo, a ponto de me esperar, generosamente, despir um personagem para vestir outro.

E assim, a construção de um lugar possível implicou em uma segunda situação liminar, também para a equipe. Tiveram que lidar com essa quase condição de “dupla-personalidade avisada”. Ainda são comuns algumas falas assim: “olha ela sacando a gente de novo. com aquele caderninho na mão. o que será que ela está escrevendo?”. Alguns chegam a perguntar diretamente quais são minhas anotações. Dentro do possível, essas perguntas receberam uma resposta direta e sincera. Nossa comunicação não poderia estar fundamentada em muitas fantasias. É claro que a existência de algumas delas era inevitável, mas o excesso tinha que ser evitado. Em outros momentos, simplesmente não havia uma resposta. Um evento ganha importância e significação, somente no devir. Foi necessário, em alguns momentos, ultrapassar os limites da convenção da escuta e observação, e compartilhar algumas das aflições com alguns colegas.

Um certo constrangimento foi notado nas primeiras entrevistas. Primeiro, porque os profissionais não compreendiam que a psicóloga estava interessada nas práticas; segundo, porque aos poucos foi ficando claro que era mais fácil falar de sentimentos, de algo que dizia respeito ao que é de ordem supostamente pessoal, íntima, do que falar a respeito do modo como trabalhavam, dos elementos que permeavam suas práticas. Falar das práticas implica em falar de um modo de ser de toda uma categoria profissional, de todo um setor; implica em falar de ética profissional. Havia certa inibição nas falas de profissionais, que falavam que rezavam, oravam ou davam “passe” em pacientes, mas não gostariam que outros colegas soubessem. Temiam ser ironizados. Outras situações indicavam que as minhas anotações poderiam servir como um meio de expressão das suas necessidades, como se a pesquisa pudesse servir a alguns pequenos protestos. Certa vez, enquanto fazia algumas anotações, uma profissional disse:

“anota aí nos seus papéis que os funcionários do CTI, precisam de espaço para trabalhar. [estava organizando, preparando medicações em uma pequena bancada] e aproveitando o ensejo, põe aí também que a gente precisa de uma copa maior. aliás, uma copa. porque o que a gente tem aqui é uma ofensa. como alguém pode pensar que a gente pode comer em pé, na frente do expurgo¹⁸? a gente merece também uma geladeira, mesa, cadeira, e quem sabe até um micro-ondas. como o pessoal novo? [refere-se aos profissionais dos setores novos: maternidade de alto risco, UTI neonatal e

¹⁸ Expurgo é o local onde são desprezados resíduos, lavados os materiais resultantes dos procedimentos com os pacientes.

centro de reabilitação] de repente você consegue fazer os outros enxergarem que a gente merece respeito.”

Por tudo isso e para garantir aos colegas o máximo de tranquilidade quanto o sigilo das suas falas e das informações que prestaram, o uso do gravador ficou bastante limitado. Ao final de cada entrevista, fazia um resumo para que os entrevistados pudessem retificar ou ratificar o que desejassem.

Nesta fase liminar, os endereçamentos a mim também eram confusos: “você hoje vai poder atender o paciente x ou você prefere que a gente faça um parecer para um psicólogo?”. Certa vez, observava o evento: uma paciente sai da sedação e apresentava agitação psicomotora. Havia tentado suicídio por intoxicação exógena e essa era a razão de sua internação no CTI. Normalmente os pacientes acordam agitados, sem saber onde estão; confusos, costumam dizer que não sabem se estão vivos ou mortos e querem retirar o soro, todos os fios que os prendem àquele lugar. Quando o diálogo não é suficiente para acalmá-los, recorre-se à sua contensão física.

No capítulo 4, o recurso da contensão física será explorado em outros aspectos. Dentro do possível, este é o papel da psicóloga: buscar orientar, acalmar o paciente, situá-lo no tempo e no espaço, buscando evitar esse recurso mais agressivo. Nesse dia, decidi somente observar, pois a atuação do técnico de enfermagem responsável pela paciente me chamou a atenção. Um pouco irritado, ele dizia que se os pacientes psiquiátricos não “obedeciam”, restava-lhe “castigá-los”. Uma técnica de enfermagem olhava com ar de reprovação a conduta do colega. Questionou-me por não intervir. De fato, foi muito difícil não interromper o evento, mas assim que tudo se acalmou, a paciente recebeu atendimento psicológico.

Reforçando o que foi dito anteriormente, esse caso coloca em causa duas coisas: a necessidade de uma escolha em termos de posicionamento subjetivo diante do campo, suscitando conflito para a equipe, e para mim também; e que este é mais um fato que diz do quanto o paciente suicida incomoda grande parte da equipe. É como se a equipe estivesse tendo que investir no cuidado de uma pessoa que não deseja este cuidado. “a gente tem que consertar as bobagens que esse povo faz. briga com o namorado e a gente é que paga o pato.”, diz uma técnica de enfermagem. Porém, em alguns casos de tentativa de suicídio, percebi uma atitude de grande ternura, por parte de duas técnicas de enfermagem com as pacientes. Uma delas disse: “penso que podia ser com minha filha”. E de fato é assim que as coisas funcionam: não se podem generalizar as condutas.

Wagner (1981) desdobra em três aspectos, a posição do antropólogo no campo. O primeiro aspecto é o do antropólogo enquanto forasteiro, um estranho perante seus “objetos”

de estudo. Nunca me senti exatamente uma forasteira, durante a pesquisa. Estava imersa em uma cultura e em discursos que me eram familiares. Algum incômodo, certo desconforto, obviamente, foi vivenciado, mas não me definiria como forasteira. Ao mesmo tempo, buscava não demonstrar uma familiaridade excessiva para não enfraquecer o respeito mútuo e sustentar a seriedade da pesquisa. Desviar do propósito seria muito fácil, já que qualquer deslize é utilizado como defesa emocional para lidar com a dor, o sofrimento, que circulam tão intensamente, no CTI. Tudo o que não precisava era que a pesquisa virasse motivo para brincadeiras. Por isso, me aproximei e me distanciei, em alguns momentos.

A segunda condição do antropólogo no campo, apresentada por Wagner é a de “nativo metafórico”, perante sua própria cultura. Finalmente, a terceira condição – e a mais familiar – é a de um estranho profissional, para ambas as culturas. Esta posição gera estranheza justamente pelo seu caráter intermediário. Wagner (1981) acrescenta que o principal problema dessa posição do antropólogo é o impacto sobre ele próprio, causado pela não sustentabilidade da ilusão de conseguir transcender os dois mundos.

Ao encarar tais desafios, anunciados acima, busquei uma condição de simetria com o discurso dos colegas. Durante todo o trabalho no campo, o que sustentei foi a possibilidade de estabelecimento de uma relação de sentido, pois pesquisadora e nativos estávamos em uma mesma condição cultural. Nós nos relacionamos em um mesmo universo. A pesquisadora também é nativa. Assim, nessa relação não houve um sujeito e um objeto – procurei evitar essa dicotomia nas relações que pretendi estabelecer. A diferença de posições talvez estivesse no fato de que, enquanto observadora, minha atitude foi mais reflexiva, menos espontânea, diante dos fatos.

“O antropólogo enuncia sobre si mesmo, ao discorrer sobre o discurso do nativo” (Viveiros de Castro, 2002). Desta maneira, qualquer que seja o campo – uma tribo no oceano pacífico ou um CTI onde o pesquisador atua profissionalmente – é inevitável que o pesquisador esbarre em si mesmo ao se deparar com o outro. Mais que qualquer outra coisa, é a nossa condição humana nos aproximou e que provocou nesta pesquisadora um importante processo de reinterpretação de significados, de valores, de crenças. A proposta deste trabalho, ainda em consonância com o autor, é a de “realizar uma experimentação de um mundo possível... realizar uma experimentação com o pensamento do outro e com o nosso...” e, nas variações discursivas, perceber que toda relação é uma transformação. Ambos os discursos se atualizam, a partir de uma relação dialógica, que se estabelece ao se fazer pesquisa etnográfica. “Se há algo que cabe de direito à antropologia, não é certamente a tarefa de explicar o mundo de outrem, mas a de multiplicar o nosso mundo”(ibidem, 2002).

Todo o esforço, em uma pesquisa dessa natureza, está direcionado para uma tentativa de tornar aquelas pessoas que observamos, suas condutas, plenas de sentido. E então, comunicar este pleno significado a outros. O que quer que se aprenda com os “objetos”, será assumido em forma de extensão (WAGNER, 1981), construída sobre e com o que já se sabe, através da produção de analogias.

Sendo “nativa relativa”, fui objeto de mim mesma. Busquei aprender e apreender meu próprio saber, acerca das minhas compreensões e práticas de cuidado. Ao mesmo tempo, me desdobrei para lançar um olhar sempre reflexivo, a partir de uma nova ótica – a da antropologia. Atuei no campo, como se fosse, ao mesmo tempo, expectadora e intérprete, de dois papéis. A cada movimento, foi necessário congelar a cena, refletir, perceber-me, mudar de lugar e descongelar novamente. Tentei fazer um movimento minimamente regular e estável.

O foco sempre foi mantido em torno do “cuidado”, de suas compreensões e de suas práticas. E esses passaram por constantes desdobramentos, atualizações. O “cuidado” foi reinterpretado a partir dos desafios lançados por determinados casos clínicos, e também pela implantação de protocolos clínicos e outras determinações políticas e administrativas, pela introdução de novas tecnologias, etc. O “cuidado” transformou-se, especialmente, quando cada sujeito no âmbito do CTI se permitiu, dialogicamente, discuti-lo. Cada conexão que se estabeleceu, remeteu a algo novo, a uma transformação. “Diálogo”, “dialética”, “relatividade discursiva” foram os aspectos valorizados no campo e são aqui, no momento de elaboração da experiência no campo, na formulação do texto.

4 CONSTRUINDO CONTROVÉRSIAS E METÁFORAS DO CUIDADO NO CTI

Hoje é dia treze de outubro do ano de 2009. Faço minha visita diária ao CTI, para realizar os atendimentos necessários. Fico por quase uma hora em companhia da equipe de enfermagem; discutimos alguns casos e volto para minha sala, para dar início à redação deste capítulo da Dissertação do Mestrado. Abro a gaveta onde guardo o diário de campo, e ao pegá-lo, caem alguns – aliás, muitos - pequenos pedaços de papel. São rascunhos, bilhetes com anotações que, com o decorrer do tempo, fui anexando ao diário de campo. Percebo que levo quase uma hora para conseguir escrever a primeira frase. Minha dificuldade está relacionada a essa sensação de que o trabalho de campo não acabou e não acabará, enquanto estiver atuando no CTI.

Constato que não há alternativa: tenho que escrever sobre o que foi vivido até o ponto em que foi possível caminhar. Durante todo o período em que venho ofertando escuta e realizando intervenções psicológicas, foi inevitável recorrer a estes inúmeros rascunhos. Voltando a considerar o quanto tudo é de fato muito “intenso” no CTI, são inúmeras as situações que despertam a atenção, que suscitam reflexões, improvisos, dilemas e que, normalmente, resultam em um monte de grandes controvérsias. Além disso, há uma série de eventos que foram registrados no diário de campo, mas que foram - e são - revividos em outros momentos, no cotidiano das práticas. E ao serem revividos, fazem novas conexões, com outros dilemas, outros contextos; ganham nova dimensão e novas considerações. Mas agora é necessário parar. E escrever.

Algumas das situações a serem discutidas neste capítulo dizem respeito, então, a algumas metáforas: as metáforas do cuidado. As metáforas são maneiras pelas quais operamos nossas vidas. Construimos uma linguagem para falar dos eventos dos quais participamos e elas são produzidas, aqui, a partir de uma série de controvérsias, inerentes às práticas do cuidado: necessidades assistenciais e decisões político-administrativas (lembrando que estamos falando de um hospital público); defesas psicológicas dos profissionais para lidar com o adoecer, com o sofrimento, com a morte e as questões éticas implicadas nisso; os movimentos de aproximação e distanciamento nas relações de cuidado; humanização da assistência e tecnologia; formação profissional (acadêmica) e experiência prática dos técnicos, “saber e sentir”. Conforme BONET (2004), essas controvérsias abarcam uma “tensão estruturante”, implicadas na dialética entre a cultura objetiva e a cultura subjetiva, presente nas instituições de saúde e nas relações de cuidado. Essa tensão é acionada principalmente

quando o “saber” não oferece aos profissionais as respostas esperadas e o “sentir” ganha espaço, não sendo possível, então, escapar deste “duplo vínculo” (ibidem, p. 119). Quando esses “pares” são problematizados, não estamos tratando de desvalorizar as técnicas, ou vice-versa. Quando se valoriza o aspecto do sentir, das experiências, não há o que ser colocado em hierarquia, mas em tensão, em dialética.

Será realizada uma divisão interna neste capítulo, mas cabe reforçar que não se trata de uma classificação das metáforas de cuidado. O objetivo dessa divisão é o de uma simples organização do pensamento e da escrita. Esse tipo de divisão foi escolhido em detrimento a uma divisão cronológica dos eventos. Trata-se de uma questão de estratégia. Mesmo porque será fácil perceber que cada situação relatada apresenta afinidades com mais de uma das metáforas apontadas, e poderiam ser transcritas dentro de uma ou outra divisão. Também por motivo de organização, foram sugeridas estas três metáforas do cuidado: a metáfora da humanização, a metáfora religiosa e a metáfora científica. Existem outras tantas, mas as escolhidas se apresentaram apenas como as mais recorrentes. Para Wagner (1981), as metáforas mais usadas apontam para um aspecto de estrutura, de uma configuração convencional, e ao serem construídas, novos elementos são incorporados aos antigos. Essa é a razão de não considerar a divisão aqui escolhida em termos de classificação.

4.1 O CUIDADO ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Tomemos como ponto de partida uma pequena discussão sobre a controvérsia que se apresentou, nesse período, como a mais curiosa para esta psicóloga/ pesquisadora, e que gerou mais debates entre os profissionais: a tal da “humanização”.

“Humanização” em CTI é algo controverso, mesmo se não houvesse nenhuma discussão crítica sobre o tema. O CTI é o coração, o centro de tecnologia de um hospital. Não há como pensar em humanização em CTI, sem os equipamentos que asseguram uma avaliação “precisa” (numérica, objetiva) da evolução clínica dos casos e que oferecem algum conforto e segurança para o paciente. Mas essa questão dos mediadores não-humanos será discutida posteriormente¹⁹. Cabe agora problematizar um pouco a noção de “humanização” e de “cuidado humanizado”. Pode-se trabalhar com duas definições (incoerentes) de

¹⁹ Capítulo 5.

“humanização”: a definição literal, aquela descrita nos dicionários: “Humanização” é “o termo utilizado para descrever a aquisição ou assimilação de características humanas positivas por uma pessoa (grifo meu) ou grupo de pessoas” (pt.wikipedia.org/wiki/Humanização_(humanidade)). E a definição apregoada pelo Ministério da Saúde, na Política Nacional de Humanização da Assistência em Saúde, que será discutida nos próximos parágrafos.

Paralelamente à implantação da Política Nacional de Humanização, acontecem outros processos dentro dos hospitais, públicos e particulares, relacionados à melhoria da qualidade dos serviços e assistência ao paciente, otimização de recursos e organização da administração. Um deles é o processo de acreditação²⁰. Os sistemas de acreditação e outros protocolos procuram atenuar a fragmentação dos processos de trabalho, favorecendo, em tese, a uma identificação mais clara das responsabilidades sobre as ações de saúde e a uma maior integração, comunicação e execução das atividades de diagnóstico e terapêuticas.²¹ Uma das fases do processo de acreditação é de implantação da técnica oriental dos “5S”²². E esse processo está se dando neste hospital, alvo de estudo. Em uma visita de avaliação da efetivação dos “5S” em alguns setores do hospital, ouço que os “espaços físicos” precisam ser “humanizados”. Pensei: “é necessário colocar pessoas (conforme destacado na definição de Humanização, anteriormente apresentada) fazendo acolhimento, prestando informações nos setores!”. Estava equivocada. Para essa metodologia, humanizar um ambiente é colocar neles plantas e quadros. Ainda surpresa, questiono: o que será, então, humanização no CTI de um hospital?

No portal *HumanizaSUS*, há uma definição de “humanização” como política pública, cujo principal objetivo é efetivar o SUS no cotidiano das práticas e da gestão dos serviços de

²⁰ Acreditação é um “sistema de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado” (www.ona.org.br). Tem caráter educativo sem a finalidade de fiscalização e controle. Diferencia-se dos procedimentos de licenciamento oficiais do Estado. É proposta pela Organização Nacional de Acreditação – ONA – uma organização não governamental cujo objetivo é o de promover a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, buscando o aprimoramento contínuo da atenção e da qualidade da assistência.

²¹ Esta fragmentação é considerada um obstáculo estrutural à prática da chamada “clínica ampliada” e à interdisciplinaridade. Consequentemente, compromete o fortalecimento do SUS.

²² O 5S é uma metodologia de origem japonesa para a organização de quaisquer ambientes, principalmente os de trabalho. É composta de cinco princípios ou sentidos, cujas palavras transliteradas para o nosso idioma, iniciam-se com a letra “S”. Os propósitos da metodologia **5S** são de melhorar a eficiência através da destinação adequada de materiais, especialmente os desnecessários, organização, limpeza e identificação de materiais e espaços e a manutenção e melhoria do próprio **5S**. Os 5 Ss são: *Seiri*: Senso de utilização; *Seiton*: Senso de ordenação; *Seisō*: Senso de limpeza; *Seiketsu*: Senso de saúde; *Shitsuke*: Senso de autodisciplina.

saúde, através da pactuação coletiva e democrática, envolvendo usuários, servidores e gestores. Visa também fomentar a autonomia e protagonismo dos sujeitos e aumentar a coresponsabilidade sobre a prevenção, conservação e recuperação da saúde. O Ministério da Saúde indica como dispositivos para a implantação da Política Nacional de Humanização: acolhimento com classificação de risco; criação de equipes de referência e apoio matricial (objetivando transversalidade e não mais horizontalidade nas ações de saúde); ambiência; gestão compartilhada; sistemas de escuta qualificada através de pesquisa de satisfação e ouvidoria; inclusão da família no processo terapêutico; visita aberta; etc.

Parece que essa perspectiva de humanização diz de ações e preceitos éticos, de obrigações político-administrativas e, portanto, deveriam estar completamente arraigados nas práticas cotidianas, das ações de saúde e da gestão do aparelho público, e não algo colocado como uma proposta política a vigorar a partir de uma data determinada, a da assinatura de uma Resolução ou de uma Portaria. Políticas de Humanização devem buscar de fato ampliar o poder dos usuários e sua participação na elaboração do seu plano terapêutico, retirando-o do lugar de objeto de intervenções e decisões, antes de pensar na sua participação das ações coletivas.

No ano de 2003, profissionais representantes de alguns hospitais do estado de Minas Gerais foram convidados a participar de uma capacitação em Belo Horizonte, referente ao antigo PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – (alterada, na gestão política, em 2004, para PNH – Política Nacional de Humanização). Uma das etapas da capacitação era a realização de um diagnóstico institucional, acerca daquilo que os usuários (eram considerados usuários pacientes, familiares, profissionais, comunidade e gestores) do hospital entendiam por “humanização” e quais eram suas dificuldades e expectativas relacionadas ao tema. Durante cerca de um ano, uma equipe no HRJP ficou envolvida com essa tarefa de realizar o tal diagnóstico. Fomos supervisionados pessoalmente pelo psiquiatra argentino Gregório Baremlitt (autor de trabalhos sobre análise institucional, sobre a dialética dos movimentos instituídos e instituintes, um dos fundadores, no Brasil, do Instituto Felix Guattari). Os dados resultantes desse trabalho serviriam como fundamento para a elaboração do “plano de ação”.

Em 2004, tivemos o último contato com o psiquiatra, quando este, que normalmente era bastante entusiasta, apresentou-se abatido, desculpando-se pela interrupção dos trabalhos, alegando que este era o seu segundo grande projeto “engavetado”, devido a mudanças políticas nas esferas de governo. Em “efeito dominó”, nosso trabalho também foi perdido. Mas ainda nos lembramos que o ponto marcante do resultado do diagnóstico foi a queixa

generalizada quanto às dificuldades de comunicação entre setores e segmentos intra e extra hospitalares e pouca participação nas decisões. Profissionais queixavam-se da não participação nas decisões políticas e pouco acesso às informações. Pacientes e familiares queixavam-se de pouca participação no tratamento e dificuldade de acesso às informações clínicas. Atualmente, visitas de palhaços, realização de festas, homenagens, comemorações de datas festivas, estão sendo consideradas como “ações de humanização”. Mas as decisões sobre as vidas dos sujeitos continuam sendo tomadas, apesar de sua opinião. Neste sentido, a Humanização favorece ao fortalecimento de um saber “digitalizante” (BONET, 2004), que é construído sobre o paciente, para o paciente, na ausência do paciente²³.

Agora, se a proposta for a de introduzir a “Política Nacional de Robotização da Assistência”, talvez fique mais fácil compreender que plantas e quadros sejam elementos “humanizadores” – eles remeteriam aos humanos... Enquanto isso não acontece, percebo que os “humanos” neste hospital anseiam mais por cuidados, providos por outros “humanos” e, normalmente, demonstram satisfação quando conseguem estabelecer, entre si, relações de confiança e respeito.

Vamos voltar ao CTI. A AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira – preconiza a existência de algumas recomendações, algumas delas desejáveis, outras essenciais, em termos de humanização em CTI. Dentre as recomendações desejáveis, destacam-se: 1) visualização de vegetação (a presença de plantas na sala de espera ou na área externa aos leitos suavizaria o ambiente); 2) utilização de recursos audiovisuais, dentro do CTI e na sala de espera; 3) painel personalizado (posicionado à beira do leito, para que artigos pessoais, como fotos e cartas possam ser afixados, diminuindo a sensação de perda de individualidade); 4) cadeiras para visitantes à beira do leito (essa recomendação está associada a uma política de permissão de visitas em horário ampliado; visa a uma maior integração do familiar ao ambiente terapêutico, com permanência minimamente confortável); 5) painel informativo (recurso que deve ser de fácil visualização para a equipe, familiares e pacientes, como proposta de uma educação continuada, promoção de campanhas como a de combate à poluição sonora e incentivo do contato físico); 6) sala de entrevista (local com

²³ Menezes (2007) faz referências a alguns autores para trabalhar os conceitos de “morte moderna” ou “morte tradicional” e “morte contemporânea”. O modelo da “morte moderna” – aquele que exclui, que priva o sujeito de sua própria morte, que oculta a verdade do paciente - ainda prevalece, no CTI, sobre o modelo que inclui todos os envolvidos no processo de morrer, que debate a morte e o morrer. Se os sujeitos doentes são excluídos das decisões sobre seu tratamento nas enfermarias, no CTI, os pacientes terminais ficam mais isolados ainda. Para a autora (ibidem, p. 33), o CTI é o “local exemplar do modelo da ‘morte moderna’: em um ambiente frio, o doente permanece absolutamente só, com seu corpo invadido por tubos e aparelhos. É uma unidade hospitalar isolada da vida e do mundo externo, onde há quase uma abolição total do tempo...”.

privacidade aos atendimentos individuais e/ ou familiares). Das recomendações desejáveis, até o momento nenhuma é ofertada neste CTI.

Das recomendações essenciais, pode-se enumerar: 1) controle da dor, da iluminação, dos ruídos e da temperatura; 2) oferta de orientação e informações; 3) conforto; 4) facilitação da comunicação e integração²⁴; 5) acesso à luz natural (contato com o mundo exterior favorece a orientação espaço-temporal do paciente e também da equipe); 6) iluminação individualizada e regulável (visa reduzir a privação do sono, identificada como fator de aumento significativo de alterações de natureza orgânica e psíquica); 7) presença de calendários e relógios de parede (recurso que também visa à orientação do paciente); 8) sala de espera (para acolhimento e bem-estar das famílias e visitantes).

Enfim, todos esses elementos são citados para corroborar o papel dos elementos não-humanos, que não podem ser confundidos com meros objetos, passivos diante de quem os manipula, e possuem fundamental importância como fonte de efeito terapêutico para os pacientes internados em CTI e, assim, parte integrante das práticas de cuidado. Plantas e quadros podem ser elementos humanizadores, se eles estiverem mesclados a uma série de ações coerentes com a proposta de fazer emergir no processo terapêutico a autonomia dos sujeitos. Isoladamente, não significam nada. Dependendo do contexto, talvez nem para decoração.

O estabelecimento de protocolos clínicos está articulado com a política de humanização. São considerados dispositivos para a implantação do *HumanizaSUS*, assim como o acolhimento com classificação de risco, criação de equipes de referência e apoio matricial, etc. As entrevistas com duas profissionais foram ricas em elementos articulados a essa noção de cuidado enquanto execução de protocolos. Uma delas possui apenas um ano de prática em CTI, e a outra, mais de quinze anos. Para a mais experiente,

“o caráter, a índole da pessoa, interfere no cuidado, na maneira como ela vai lidar com a sua profissão, com suas obrigações, com seus colegas e chefias. a falta de caráter é o pior problema dentro de uma organização. o sujeito sabe o que tem que fazer, mas não faz.”

²⁴ Voltando ao trabalho de observação-participante, houve uma fala interessante de um profissional do CTI, dirigida a mim, enquanto psicóloga: “depois que você atende aos doentes, eles acham que podem interagir com a gente”. Esse profissional foi questionado: “mas interagir não é bom?”. Ele responde que, às vezes, não sabe o que dizer ao paciente, como reagir. Plantas, painéis dizem de “humanização”, e as pessoas falam da sua impossibilidade em colocar-se em relação sujeito-sujeito... O que é mesmo “humanização”??? De que servem tantos recursos, todos esses mediadores, se eles não conseguem quebrar a frieza da relação terapêutica baseada no modelo sujeito – objeto??? Esses mediadores precisam, e podem ser ressignificados, particularmente, no contexto das práticas de cuidado... Certo! Vamos parar, por aqui, de crucificar a humanização como se fosse uma entidade quase personificada.

Sua colega, com menos tempo de prática, argumenta:

“isso é falta de educação continuada. tanto a enfermagem quanto os médicos. estamos estabelecendo nossos protocolos. já temos alguns. como o protocolo de sepsis. a educação continuada é que vai fazer com que tudo o que foi aprendido seja registrado, checado e padronizado”.

Na verdade, esse diálogo nem pareceu uma entrevista. Foi mais uma conversa entre duas colegas, tentando acordar algumas coisas e mediar tensões. A colega retruca:

“e::, a gente tem que automatizar mesmo alguns cuidados aqui. mas não acho que isso passe por educação continuada. mas por cobrança. o chefe não pode ter medo de ser chefe. é a cabeça dele que pode rolar”.

A mais jovem relativiza:

“hoje temos instrumentos preciosos para nos auxiliar. como é o caso da metodologia da problematização. é uma estratégia pedagógica que acho que a gente deveria instituir aqui. ela se contrapõe ao modelo perceptivo. o de condicionamento. pois valoriza a troca, o diálogo. na verdade os colegas mais antigos são muito resistentes a mudanças. instituir a metodologia de problematização é mais um desejo pessoal. que demanda da instituição. meu intuito é o de melhorar a qualidade. a FHEMIG está exigindo que a gente crie nossos POP’s. [procedimentos operacionais]²⁵. e institua aqui no CTI os cinco s’s. padronização é uma coisa que a gente já vem tentando fazer. falta passar para o papel. mas a lógica desses modelos é vertical. acho que a gente tem que ouvir nossa equipe, pois ela que põe a mão na massa. tem que opinar sobre a praticidade, a viabilidade desses protocolos. padronizar é legal. diminui erros e riscos de infecção, mas tem que ser prático e viável. senão não adianta. não vai funcionar”.

A essa altura do campeonato, minha preocupação era a de direcionar, produtivamente, essa tensão. Legitimidade, autoridade, saber, poder, eram aspectos que estavam em ebulição. Era um debate importantíssimo, que poderia render bons frutos, se não fosse tomado como algo de natureza pessoal. Eram duas profissionais, com visões de mundo, com experiências e atitudes completamente diferentes, mas desejando dirigir seus esforços num mesmo sentido: melhorar a qualidade das ações dentro do CTI e melhorar a maneira como o setor é visto, pelos “de fora”; era garantir mais respeito, afinal, o que era consenso entre as duas profissionais era o de que havia muitas ações iniciadas no CTI, com alguns resultados, e ninguém sabia. Muitas pessoas “de fora” davam opiniões sobre como as coisas tinham que ser

²⁵ Os POP’s ou Procedimentos Operacionais incluem as atividades, as tarefas, as funções de cada categoria profissional. Recentemente, foi solicitado pelos representantes da ONA – Organização Nacional de Acreditação – no HRJP que cada serviço assistencial (psicologia, fisioterapia, serviço social, etc.) definisse seus respectivos POP’s: o que e como vocês fazem as coisas aqui? Esta é a pergunta norteadora dos POP’s.

“aqui dentro”. Coloquei para ambas o quanto era rico esse diálogo, e o quanto esse compartilhamento poderia lhes dar força para avançar; o quanto ambas, nas suas visões, tinham razão. Ambas sorriram e pontuaram que, de fato, isso poderia ser interessante para a enfermagem, mas que os médicos continuariam fazendo suas próprias rotinas e protocolos. Uma delas afirma: “eles estão lá. e a gente cá. isso nunca vai mudar”. A outra manifesta uma expressão de concordância. A partir desse ponto, a conversa toma outro rumo. Uma das profissionais desabafa:

“ultimamente tenho andado muito frustrada com o meu trabalho. houve um aumento importante de pacientes graves e nossos investimentos sem retorno. a gente constata que tem casos em que a gente poderia fazer mais. mas não depende só da gente. e isso aumenta a frustração.”

Questionadas sobre a maneira como elas lidam com essa sensação de frustração, uma responde:

“mentalmente penso em deus no momento de um óbito. peço que deus lhe dê um bom lugar.”; a outra: “penso em como a gente pode melhorar nosso protocolo de alta para a enfermaria. porque nosso problema é muito em função da falta de continuidade dos cuidados. tenho medo de dar alta para o paciente. se a gente conseguisse criar esse protocolo com o pessoal da enfermaria, eu ficaria mais segura. essa é minha preocupação. quanto à questão da morte, não me afeto tanto. acho que nada é por acaso e a gente tem que aprender a deixar nosso paciente partir. se chegou a hora dele. uns vão, outros ficam. e estes sim precisam de nós”.

Houve outras ocasiões em que uma atitude pedagógica da chefia da enfermagem em relação aos técnicos foi verificada, durante o período de observação. Certo dia, todos os leitos do CTI estavam ocupados – o que não é nada incomum – mas a movimentação estava calma, ambiente silencioso – coisa rara. Todos pacientes estavam entubados, inconscientes. A equipe de enfermagem realizava alguns procedimentos, enquanto conversavam em tom baixo sobre trivialidades. Duas técnicas de enfermagem combinavam a maneira que iriam executar o curativo em uma escara (ferida) de calcâneo. De repente, a voz de uma enfermeira rompe a calma, expressando uma interjeição. Após checar um livro de protocolo de entrada e saída de pacientes, com escara, percebo algo que a desagradou. Murmurando queixas, de estar fazendo um “re-trabalho”, passa novamente orientações para a enfermagem (corpo técnico):

“já falei. paciente com mais de sete dias de internação tem que tomar banho de descolônização. independente do quadro. tem que fazer direito e registrar. para a gente controlar. aqui está cheio de *strepto*²⁶.”

Na sequência, passa pelos leitos, orientando: “abaixa o braço desse aqui. arruma a cabeça do fulano”. Esse aspecto educativo, das orientações sobre os cuidados, faz lembrar a atitude de uma mãe com filhos pequenos, em uma função interminável, de dizer repetidamente, o que é certo e errado, o que pode ou não ser feito. Mesmo assim, os filhos fazem as coisas à sua maneira, primeiro, porque querem fazer valer essa sua maneira de fazer as coisas. Talvez por teimosia, deixam claro nas entrelinhas: “do meu jeito pode ser legal também” ou “do meu jeito pode estar certo também”. Segundo, contradizem os pais para testar sua força, sua autoridade. Filhos levam os pais a seus limites, para testarem o quanto e até onde são capazes de sustentar suas regras. Do mesmo modo, acontece dentro de um CTI, na relação entre chefias e subordinados. Estes testam a segurança que o chefe tem nas regras que está transmitindo; testam a sua autoridade para verificar se e até que ponto reproduzem o discurso e as normas da instituição, ou se as relativiza demais, até que ponto o chefe é capaz de defender sua equipe.

Enfim, são infinitos os elementos que emergem nas relações interpessoais e atravessam o modo como as pessoas fazem as coisas. Eles apontam para o caráter quase nada reflexivo, e quase todo vertical, das políticas de saúde, dos protocolos e dessa maneira de tomar a saúde como processo de produção. Acredito, ou preciso acreditar, que as intenções sejam as melhores possíveis. Sem dúvida há muitos ganhos com a instituição de protocolos, especialmente em termos de co-responsabilidade dos diferentes atores nas ações em saúde. Protocolos são colocados em prática; práticas transformam-se em protocolos, ciclicamente. Porém, a cada sujeito escutado, fica claro o quanto suas experiências são desconsideradas. Não somente suas experiências, mas os aspectos de relacionamento do grupo, aspectos psicológicos, dentre outros, também parecem ser desconsiderados. Discussões que surgiram durante este processo de pesquisa, diálogos entre os profissionais, denunciam as dificuldades de instituição dos protocolos. A função dos protocolos seria “homogeneizar formas de tratamento”; eles são instituídos a partir de “informação disponível existente sobre um tema e estabelece um consenso sobre os passos adequados de tratamento” (BONET, 2004, p. 99). No entanto, a execução prática dos mesmos aponta para os “furos” na tentativa de instituir modelos, sem a mediação, a relativização de quem vai, de fato, operacionalizá-los. Não se

²⁶ Refere-se à bactéria *streptococos*.

trata de destituir toda e qualquer importância dos protocolos, mas sua análise exige a mediação das subjetividades e da intuição. Para Bonet (ibidem, p. 72)

A tensão entre as exigências do modelo biomédico com ênfase no saber e nas práticas guiadas por `algoritmos` e `protocolos`, por um lado, e a experiência individual, a dimensão do vivido, dos sentimentos, pelo outro, fica estabelecida desde o momento em sua a visão de totalidade da situação... e das totalidades que entram em jogo (`médico` e `paciente`) são preteridas em decorrência de uma visão compartimentalizada, dicotomizada, que deriva das exigências da `biomedicina` como ciência.

A questão colocada pelo autor, que se apresenta como um desafio à aprendizagem e, por consequência, à prática em saúde é: como manejar esses níveis de tensão? É necessário que essa questão esteja sempre em causa, permeando as reflexões de todos nós, profissionais da saúde.

4.2 O CUIDADO ENQUANTO DOM E MISSÃO

Durante o trabalho de campo, foram inúmeras as situações e relatos que indicam a multiplicidade de sentidos e significações das várias ações, das várias práticas de cuidado. As práticas indicam um “caminho promissor para a compreensão dos processos de significação”; um caminho entre (BONET; TAVARES, 2007, p. 263): o trabalho dessa mediação e de construção é mobilizado na prática. Um exemplo: passar uma sonda nasogástrica e oferecer uma dieta hiper-calórica para um paciente com impossibilidade de se alimentar, normalmente, pode significar uma tentativa de ajudar na sua recuperação – “ele precisa ficar mais forte.” – ou significar o contrário: “ele está muito fraco. precisa se fortalecer para fazer a passagem. ele não tem força nem para morrer.” (caso do paciente apelidado de “highlander”, citado na introdução deste trabalho). Fortalecer é necessário para viver e para morrer.

Uma contenção física pode servir para que o paciente não se machuque, não retire soro ou curativos, se estiver muito agitado, mas também pode ser aplicado como um “castigo”. Esse ponto esbarra nos sentimentos dos profissionais, na questão dos seus recursos para lidar com suas limitações diversas. Esbarra na impossibilidade de o profissional estabelecer uma relação neutra, imparcial, de não afetação, diante de desafios, diante de outros sujeitos.

Certo dia, durante as observações matutinas no CTI, percebo uma paciente muito agitada. Gritava e se debatia na cama, mas não era possível ter clareza das suas

reivindicações. Segundo relato da enfermagem, era uma paciente encaminhada da enfermaria psiquiátrica, por tentativa de suicídio. Foi abordada, anteriormente²⁷, a questão do preconceito com o paciente suicida, pelo fato de que ele coloca em causa o “furo” nas expectativas, no investimento e nas boas intenções dos profissionais em cuidar. Agora, a questão envolve o paciente psiquiátrico e o quanto ele aciona defesas no profissional, que tende a desconsiderar, mais do que em outros casos, as possibilidades de que o paciente colabore com o tratamento.

O médico plantonista grita: “já mandei fazer um HF [Haldol com Fenegan]”. O técnico de enfermagem responsável pela paciente responde: “já fiz o que o senhor me pediu. mas ainda não funcionou”. Em voz baixa, enquanto amarrava as pernas da paciente, dizia: “cuidar deles [dos psiquiátricos] é como cuidar de criança. a gente manda e eles obedecem. se não obedecem, a gente põe de castigo”. A paciente ficou amarrada ao leito, pelas pernas e braços, até que se acalmasse. Essa é uma intervenção comum, no CTI. Muitas vezes, principalmente quando o paciente sai da sedação ou do coma, acorda muito confuso, agitado. Algumas vezes, gritam, achando que estão mortos, denotando um verdadeiro pânico. A questão é que este instrumento, ora necessário para poupar o paciente de se ferir, também é utilizado como um recurso para o profissional lidar com suas limitações. Limitações essas que, durante as entrevistas, foram interpretadas como “cansaço” (“saio de um plantão à noite, em outro hospital. e corro para cá.”; “não durmo há dois dias.”); como excesso de função naquele plantão (“hoje o bicho está pegando aqui. não dá para ficar de papo com paciente não.”); e como dificuldades pessoais e familiares (“é estranho e frustrante isso. passo mais tempo cuidando deles do que do meu filho.”).

Enquanto registrava esse último evento, o da contensão da paciente e a fala do técnico de enfermagem, uma colega deste, com nove anos de atuação em CTI, me aborda: “você não vai fazer nada? você sempre vai tentar acalmar o paciente e evitar essa tortura?”. Respondi que a atenderia assim que ela estivesse em melhor condição de ouvir. Ela continua:

“a gente não pode misturar as estações. se eu estou com problemas em casa, tenho que resolver isso lá. não posso aproveitar da fragilidade do paciente e descontar tudo nele. sou católica e acho que se a gente se propõe a cuidar de alguém, tem que ser com amor e carinho. eles precisam da gente. na pior situação das suas vidas. cuidado carinho e amor são regras universais. quer dizer. deveriam ser. [grifo meu] é duro ver que nem todo mundo pensa assim.

²⁷ Vide capítulo 3.

Pelo menos duas questões importantes emergem nessa fala: Primeira: a denúncia da existência de conflitos velados entre os colegas, relatados somente em uma conversa particular. O fato de o CTI ser um setor tido como “fechado”, o faz assemelhar-se a algo bem próximo de uma panela de pressão. As pessoas costumam dizer que “guardam muitas coisas para evitar problemas. pois está todo mundo no mesmo barco”. Não há diálogos. As pessoas não discutem suas condutas. Aconteceu, algumas vezes, de conflitos culminarem na substituição de profissionais, já que aquilo que incomoda é levado ao extremo, é “cozinhado”, como me disse certa vez uma enfermeira, ao invés de ser discutido. Segunda: a compreensão da técnica de enfermagem de que sua prática é amparada por princípios religiosos “universais”. Cuidar, para ela, é algo que inclui seus princípios religiosos e acha que isso deveria estar “convencionalizado”, nas práticas de todos. Interessante notar que ela conclui sua fala da seguinte maneira: “a gente tem que saber fazer bem o trabalho da gente e pronto”.

Uma técnica de enfermagem, com cerca de quatro anos de experiência em CTI, relata que:

“cuidar é estar aberta para captar, saber o que o paciente está precisando, naquele momento. [grifo meu] mesmo estando em coma, a gente precisa saber o que ele precisa. você tem que estar um passo a frente do paciente. não é nem caminhar junto, porque seu lugar é outro. quando a hora chegar [entendi que ele estava se referindo à hora da morte, mas ocultou o termo da fala – isso também é uma defesa: não pronunciar a palavra ou usar eufemismos e termos irônicos] vou ter que estar preparada. não posso ser pega de surpresa. o cuidado envolve muitos detalhes. e eu tenho que saber do estado dele. aquilo que ele precisar eu vou fazer. neste ponto, acho que a religião interfere. sou muito católica. rezar ajuda você ficar com a mente aberta. rezo antes de sair de casa, pedindo proteção. porque acho que você recebe influências. rezo sempre que o paciente morre. para que ele faça uma passagem tranquila. porque acho que o espírito fica por perto do corpo, assistindo aos procedimentos. não gosto de tamponar o corpo. é uma invasão muito grande. acho que a gente pode receber influência negativa. como raiva ou vingança. eu costumo saber quando o paciente vai morrer. primeiro porque tento respeitar e estar muito atenta aos sinais. e depois porque tenho intuições. é um dom que deus me deu para cuidar”.

A riqueza desse relato consiste no fato de que ele inclui vários aspectos que revelam as “fronteiras borradas”, nas práticas em um CTI. A profissional refere-se ao “saber e sentir”, a sua experiência e a sua intuição diante da morte; fala da técnica e da crença que norteia a aplicação da técnica – ela define com os colegas que ela não “tampona”, por temer as possíveis influências espirituais; fala da utilização do dispositivo religioso, ao afirmar ser católica, com práticas claramente espíritas.

A literatura que aborda o tema do trânsito de pacientes entre terapêuticas convencionais e alternativas, e até mesmo entre diferentes terapias alternativas, é mais abundante que a literatura que aborda esse movimento por parte dos profissionais. De que maneiras os profissionais transitam entre tantas fontes de significação e também de intervenção sobre o corpo, no movimento de busca pela cura? Diante das limitações apresentadas pelo modelo biomédico, esse dispositivo de mobilização de outras fontes de significação, para compreensão e intervenção sobre os casos, parecem ser acionados com mais vigor. Mais do que isso, mobilizam sentimentos e expectativas. Outro relato parece exemplificar esta observação:

“que coisa doida essa. normalmente a gente reza para o doente melhorar, mas para aquele paciente ali, do leito x, a gente acaba rezando para ele morrer logo. estou pedindo a deus para dar descanso a esse sujeito. ele está assim há mais de cinquenta dias. a família nem vem mais como vinha no início. é duro terminar a vida assim. e se o coitado sobreviver vai ser um verdadeiro ‘pé-de-couve’.”

Metáforas como essa são muito comuns, são eufemismos para a morte anunciada. Crenças e interpretações são mobilizadas e os tais protocolos, criticados anteriormente, servem aqui como parâmetros importantes, para definir como, quando e quanto de investimento deve ser dedicado a um caso terminal. Não fosse isso, as condutas poderiam ser pautadas em critérios absolutamente empíricos, do tipo: “acho que é hora do fulano parar de sofrer”. Sem o mínimo de consenso sobre as condutas, os plantões seriam “passados”²⁸, no sentido mais absoluto da expressão, sem a continuidade e a reflexão necessária.

4.3 O CUIDADO ENQUANTO TÉCNICA

Certa vez, afirmou um técnico de enfermagem, colocando-se contrário à compreensão de cuidado de uma colega - a de que devemos cuidar com “amor e carinho...” - relatada, anteriormente:

“a gente tem que vir aqui para fazer o serviço da gente e pronto. cuidar, a gente tem que cuidar é da vida da gente. da família da gente. se a gente ficar

²⁸ A expressão “passar o plantão” é usada, frequentemente, na virada dos turnos.

muito ligado com essa história de morte de paciente, a gente pira. melhor é cuidar da vida da gente.”

Cuidar não é mesmo algo unívoco!

Um dos médicos plantonistas, com cerca de vinte anos de atuação em CTI, ao falar da ocorrência de alguns óbitos, relata:

“acho que a gente vai ficando mais velho, vai tendo mais fé. acho que a gente precisa ter fé em tudo. eu rezo e peço a deus para fazer bons negócios. mas se o paciente está grave, não vou rezar por ele. se ele melhora de maneira inesperada, ou se piora sem motivo evidente, vou procurar respostas na medicina. cuidar é dominar o conhecimento da evolução clínica do paciente. [grifo meu] a experiência do médico é fundamental na decisão de quando parar de insistir em evitar um óbito. você tem os sinais clínicos e a experiência do médico.”

Antes de passarmos para outro relato, cabe uma pausa para abordar este ponto, que também gera grandes discussões em CTI. Refiro-me à decisão do médico a respeito de quando parar de insistir. Discussões sobre distanásia²⁹ e ortotanásia³⁰ (sobre a eutanásia³¹, quase nada se fala, por ser uma intervenção legalmente proibida no Brasil) ocorrem de maneira velada no CTI, e os médicos às vezes discordam na condução dos casos. Em um paciente terminal, trata-se ou não com antibióticos – o que onera sua internação – uma infecção oportunista? Existe um médico de plantão por turno, um médico coordenador, e um médico diarista, que concentra parte das decisões sobre condutas clínicas. Não raro, são escutados murmúrios e queixas sobre colegas que mudaram prescrições e conduta. Não há uma discussão, principalmente interdisciplinar, de casos clínicos. Mais uma vez, o termo usado para definir o movimento dos médicos é “passar o plantão”. Descontinuidade nas ações e decisões é algo comentado em algumas entrevistas; algo colocado em termos de queixa. Alguns profissionais atribuem essa descontinuidade também a uma frequente troca de chefias médicas.

²⁹ Distanásia é uma prática pela qual se continua, através de métodos artificiais, a vida de um enfermo incurável; é prolongar, artificialmente, uma pessoa biologicamente morta.

³⁰ Ortotanásia é um termo utilizado para definir a morte natural, sem interferência da ciência; é dar prosseguimento ao percurso e evolução natural da doença.

³¹ Eutanásia é uma prática pela qual se abrevia a vida de um doente incurável, de maneira controlada e assistida por especialista.

Outro profissional, com formação superior e cerca de quinze anos de atuação em CTI, relata:

“cuidar é propiciar o bem-estar físico, psíquico e social do doente. [grifo meu] diante da não resposta do paciente à sua intervenção técnica, aceito os resultados. quer dizer. com criança é diferente. o emocional afeta o racional. paciente hostil me incomoda muito. eu abandono. quer dizer. por ética a gente não pode abandonar, mas faço o básico. o paciente só vai melhorar se ele desejar. isso é com ele. vi você conversando com “fulano” [o médico da entrevista relatada anteriormente] sobre religião. me acho católico, mas fui mais praticante. minha religião agora é a religião do retorno. o que você faz recebe em troca. e isso não interfere no meu trabalho. o caso de “juca” [paciente que será apelidado por mim, desta maneira; morreu aos vinte anos, com quadro de distrofia muscular, manifesto ainda na infância]³² me abalou muito. ele era praticamente uma criança, que não usufruiu a vida. ele me pedia para não deixá-lo morrer. mas não penso em religião nessa hora. isso eu deixo para os meus filhos. minhas coisas. os colegas espíritas acharam que a mãe dele veio pagar alguma coisa. afinal juca foi o terceiro filho que ela viu morrer assim. aqui no hospital. ela merecia um estudo psicológico. como alguém suporta tanto? acho que essa é uma questão psicológica e não religiosa. essa experiência me deixou mais seco e realista. às vezes acho que a morte é um descanso. mas lidar com esses quadros como o do juca, faz a gente perceber que isso não é vida. vida é poder gozar de tudo o que está lá fora. fora daqui. acho que isso interferiu nas minhas crenças.”

Ao mesmo tempo em que é possível perceber que alguns profissionais associam suas crenças ao seu conhecimento técnico e os entendem como aliados na execução do cuidado, no enfrentamento da morte, outros, com a mesma finalidade, adotam uma atitude oposta. Tendem a dicotomizar o emocional x o racional; aqui dentro x lá fora; ciência x religião, etc. Na verdade, a técnica “não é uma ação instrumental, em oposição a uma perspectiva simbólica da ação” (BONET; TAVARES, 2007, p. 266). As técnicas mobilizadas nas práticas de cuidado “abrangem toda uma rede ampliada de híbridos...” (idem). O fato é que, no percurso, todo mundo se afeta e se transforma! É sempre no percurso que as metáforas do cuidado são produzidas, construídas.

Outra metáfora: “cuidar é demonstrar tranquilidade e confiança naquilo que se faz...”. Quantos elementos envolvidos neste relato! “Tranquilidade”, “confiança” são aspectos que implicam em um entrecruzamento de inúmeras dimensões: a segurança em relação à técnica, que pode ser consequência da experiência, de atributos psicológicos e situacionais do sujeito, etc. Essa é uma fala de um técnico de enfermagem, com quarenta e oito anos de idade, e cerca de dez anos de experiência em CTI. Atua no CTI do HRJP desde sua inauguração. Continua:

³² Mais uma vez, uma referência a este caso, que é citado aqui e em alguns outros momentos do trabalho, como no capítulo 3, aponta para a pertinência em dedicar a ele um espaço...

“não há como ser insensível diante da morte. achei uma maneira de trabalhar melhor assim. sempre comunico qualquer procedimento ao paciente. sedado ou não. é mais fácil lidar com o paciente sedado. o paciente acordado queixa muito. procuro ter boa vontade. porque sei que é muito difícil lidar com a rotina de um CTI. às vezes a gente acaba fazendo vínculo. a demanda do paciente em relação a gente é a de preencher o tempo dele, para não ficar pensando na morte. dentro do possível a gente atende a essa demanda também. quando sobra tempo das outras demandas. a gente tem que cuidar de muitas coisas. tem também a privacidade do paciente. a exposição corporal do paciente. tomo o maior cuidado com isso. nem todo colega faz isso. como fico sobrecarregado, tento explicar para o paciente que ele não é o único aqui, e que tenho que cuidar de outros também. não sou um amigo. mas ele também não é um mero cliente. a gente tem uma relação. isso é complicado, não é? ao mesmo tempo, tem o lado dele ser cliente mesmo. é a doença dele que paga meu salário. não dá para ficar pensando sempre nessas coisas. a gente tem que trabalhar. tenho que me preocupar em não deixar o lado humano de lado. tenho que me preocupar também em me atualizar. o pessoal recém-formado é menos humano que a gente. só se preocupam com o mercado. minha educação religiosa me ensinou que a gente tem que ser presente. meu trabalho me ensina como estar presente. o legal disso tudo é o reconhecimento do paciente. de que você fez diferença na vida dele, em um momento crítico. é claro que tem o outro lado. o do não reconhecimento e incompreensão. os superiores por exemplo. costumam criticar sem saber de nada. apesar de todo mundo estar nadando na mesma direção. às vezes prevalece o conflito pessoal. algumas pessoas aproveitam para crescer em cima da gente.”

Ao final da entrevista, o funcionário se emociona, dizendo que, apesar desses conflitos, é no CTI que ele se realiza. Relatos como estes nos colocam a refletir sobre o significado de expressões como “ter confiança”, “segurança”, “tranquilidade”, em situações que envolvem uma gama infinita de ações, mediações e mediadores. Nesse último relato, surgiram, como mediações para sua prática, conflitos pessoais com colegas, realização profissional, educação religiosa, experiência, relação com o paciente. Voltando à metáfora das mediações entre o preto e o branco, não há um tom somente de cinza. Há infinitos. Assim como não há uma média, uma decisão intermediária, quando tantos mediadores estão em relação. Foram comuns falas que indicavam um esforço dessa natureza, por parte de profissionais: “tento achar o equilíbrio”. Houve falas também que indicavam angústia, diante de uma necessidade estabelecida de decidir entre o preto e o branco, entre se deixar levar pelas emoções ou pela razão. Ocorre-me agora a possibilidade de uma “Antropologia Clínica”, uma intervenção pós-pesquisa que “proliferasse” entre os sujeitos – nós e eles – escalas de cinza. Porém, felizmente, o desafio aqui é outro. Implica em conter eventuais delírios nesta pesquisadora – que se afeta com a angústia dos colegas e com o sofrimento dos pacientes – para se deter nos seus relatos e desabafos.

Mais de um profissional entrevistado fez referências, algumas em tom de queixa, ao relacionamento interpessoal no CTI, à alta rotatividade de chefias, principalmente médicas e à descontinuidade das ações. A internação de um paciente, recentemente, evidenciou todos esses conflitos, simultaneamente, destacando o problema de comunicação, de uma maneira especial. O paciente era um homem jovem, de trinta e dois anos, estrangeiro, estudante, que havia dado entrada no ambulatório do hospital com queixa de emagrecimento e dispneia (falta de ar). Foi submetido a uma cirurgia torácica e, ao dar entrada no CTI, foi feito um “teste rápido” para diagnóstico de SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida), cujo resultado foi positivo.

Ao atender o paciente, percebi que ele não tocou no assunto dos resultados dos exames. Centrava suas queixas na dor no local do dreno, que retirava secreção pela incisão da cirurgia. Ao terminar o atendimento, eu era abordada pelos técnicos de enfermagem que, em tom de curiosidade, me perguntavam: “ele já sabe do resultado do exame?”. Não entendendo a razão do tom ansioso da pergunta, reuni a “turma” para uma conversa e questionei o que estava havendo. Disseram que não sabiam se alguém já havia comunicado ao paciente sobre a suspeita do diagnóstico de SIDA e, no prontuário, viram que não havia resultado de outros testes de confirmação. A equipe demonstrou estar ansiosa com esse acontecimento, em especial, por duas razões: a primeira é que eles temiam “deixar escapar alguma coisa”, e assim, ninguém se sentia a vontade de passar um tempo maior com o paciente e estabelecer com ele um diálogo mais demorado. A segunda, é que o paciente era “formado”, e podia “jogar algum verde”. “e a gente podia cair”. Não gostariam de se sentir responsáveis por uma função que era do médico.

O paciente, ao ser transferido para a enfermaria, para um leito destinado a casos de DIP – Doenças Infecto-Parasitárias – teve seu caso assumido pela infectologia. Muito se falou, entre a equipe de enfermagem, sobre o quanto algumas ações ocorrem de maneira independente, desarticuladas, entre médicos e enfermagem. Este foi um exemplo, dentre outros, que suscitaram a mesma discussão. O trabalho interdisciplinar, a compreensão da multiplicidade de aspectos envolvidos no processo de tratamento e na própria apreensão do corpo ainda são um desafio ímpar. O hospital ainda é o lugar de império do saber e da decisão do médico.

Este caso exemplifica também uma questão levantada no capítulo 2: aspectos envolvidos na gratuidade do cuidado. O paciente, como disse, era estrangeiro. Veio para estudar, a partir de uma parceria estabelecida entre seu o país e o Brasil. Seu irmão mais velho morava na Europa, onde trabalhava. Exercia, mesmo que distante, a função paterna, em

relação ao paciente (seu pai de fato havia falecido quando tinha oito anos). Esse irmão foi contactado e comunicado sobre a gravidade do quadro. Ao chegar ao hospital, procurei atendê-lo para compreender o que ele sabia sobre o estado do irmão, quais eram as informações que possuía, suas dúvidas. E a primeira pergunta que manifestou, em tom de ansiedade, estava relacionada ao custo da internação e dos remédios, pois temia não poder pagar. Alegou que teve gastos não previstos com viagem e que o dinheiro que lhe restou seria para tentar levar o irmão para a Europa. Então lhe informei sobre o SUS – Sistema Único de Saúde, sobre o fornecimento gratuito da medicação, ele exclamou não saber mais se valeria a pena levar seu irmão consigo. Disse que teria que se repensar suas decisões. Explicou que no lugar onde mora, a assistência em saúde é paga e que a situação do estrangeiro é muito difícil, que o acesso aos serviços é muito restrito. Para concluir este episódio: o paciente acabou falecendo, poucos dias após a chegada do irmão.

Todas as metáforas do cuidado relacionadas neste texto envolvem diferentes dimensões das práticas, e todas elas estão imbricadas. Não há como dissociar as metáforas das técnicas. Elas estão em dialética. Neste campo estudado parece que questões institucionais, disciplinares e médicas estão prevalecendo sobre a escuta aos sujeitos. Práticas de verticalidade, discursos de horizontalidade estão arraigados dentro de um hospital. Entretanto, a transversalidade se apresenta como o caminho mais promissor, no sentido de conferir mais dignidade a todos os sujeitos implicados no campo da saúde. Há alguma coisa de teoria, e quase nada de prática a respeito desse fato. O hospital é uma instituição disciplinar, que reproduz o discurso médico, e as estratégias que buscam romper com esse modelo são românticas demais. Muitos conceitos e pouca experiência são considerados. Cuido para que o tom deste trabalho não seja o tom de um protesto, mas enquanto usuária dos serviços de saúde e profissional da saúde, não me sinto deslegitimada a fazer algumas críticas.

Ao reler este capítulo, me ocorreu a impressão de que mesmo tendo tentado fugir da classificação das metáforas, parece ter havido uma divisão, um enquadramento de profissionais dentro de cada metáfora relacionada. Como se os enfermeiros com formação superior exercessem, preferencialmente, o cuidado pautado em protocolos e políticas de saúde; os técnicos de enfermagem, o cuidado entendido enquanto dom e missão; e os médicos, por sua vez, o cuidado técnico. Isso não foi proposital. Pode ser que haja um traço de identificação entre alguns profissionais, mas observo que em todo momento, as controvérsias são o fio condutor deste trabalho. Algumas questões vão ficar em aberto: pode-se falar que traços de identidade favorecem a prevalência de uma compreensão de cuidado? Ou, quais foram as razões que fizeram surgir essa impressão de um certo enquadramento?

Mais um item a ser incluído na lista de pendências, de questões a serem trabalhadas, em algum outro momento.

5 MULTIPLICANDO AS CONEXÕES NO CTI: OS MEDIADORES HUMANOS E NÃO HUMANOS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO

Ao invés da pálida e exangue objetividade da ciência, todos nós [os estudiosos da ciência] havíamos demonstrado, a meu ver, que os muitos não humanos mesclados à nossa vida coletiva graças à prática laboratorial tinha história, flexibilidade, cultura, sangue – em suma, aquelas características que lhes tinham sido negadas pelos humanistas instalados na outra extremidade do campus. (LATOUR, 2001, p. 15)

Uma das questões formuladas em quase todas as entrevistas foi: “quais são os parâmetros que você utiliza para avaliar um paciente e definir o plano terapêutico?”. Ou seja, os entrevistados foram arguidos a respeito do “porquê” e do “como” eles fazem as coisas, tomam suas decisões. Foram questionados mais diretamente a respeito das suas práticas, assim como foram questionados a respeito de como interpretam, elaboram e significam seu trabalho. O interesse era saber: “como vocês fazem as coisas por aqui?”. E a partir desse questionamento, foi possível perceber a diversidade de elementos e instrumentos envolvidos na avaliação clínica e na formulação das estratégias de cuidado a um paciente. No capítulo anterior, foram enumerados aspectos relacionados às maneiras pelas quais os profissionais simbolizam, significam, interpretam, metaforizam seu trabalho e o estar em um CTI. Agora é momento de falar dos instrumentos, mediadores, inscritores, conexões e conectores envolvidos nas práticas.

Cuido aqui para não me contradizer ao estar separando, em capítulos distintos, metáforas e práticas. Essa separação não significa que estou dicotomizando, apontando “os dois lados da mesma moeda”. Não se trata disso. Reforço: mediadores não humanos não são meros objetos; estão mesclados aos humanos no curso das ações. São híbridos. Um significa o outro. Um altera o outro. “Nenhuma ação não mediada é possível” (LATOUR, 2001, p. 202). A separação aqui é também um recurso estratégico, na produção do texto, visando a uma certa organização. Pretendo agora problematizar a dialética entre protocolos clínicos e práticas de cuidado, ressaltando as considerações acerca da mediação técnica das ações de cuidado, que no CTI ocorre de maneira bastante particular.

Para Latour (1997, p. 44), “mediadores” são elementos que alteram uma trajetória, a direção de uma ação. É um ato criador no curso da ação, desconstruindo a noção de causa e efeito. Ele é diferente de “intermediário”, que não estabelece transformação, não acrescenta

nada no curso da ação. No CTI, o cuidado somente ganha existência por passar por diferentes mediadores.

Já os “inscritores” são elementos que transformam uma substância material em figuras, números, que podem ser diretamente utilizáveis em uma atividade. É algo que transforma matéria em escrita. Em um CTI, os inscritores transformam máquinas em dados que dizem da condição do paciente; transformam-se em evoluções clínicas, prescrições, solicitações de interconsultas a diferentes especialistas. Transformam-se em decisões. Como seria possível desconsiderar a importância desses elementos não-humanos? Como sustentar a afirmativa de que o manejo, a aplicação desses equipamentos não constrói, não modifica, ou melhor, que é pouco relevante na compreensão do cuidado? Em nota de rodapé, Latour (1997, p. 60) adverte sobre o perigo em se tomar como ponto de partida uma diferenciação sobre o que é ou não “técnico”. A atenção voltada para o ponto de chegada - o conceito, o efeito, o resultado – desconsidera todas as etapas intermediárias que viabilizam uma produção, qualquer que seja ela. O cuidado não se resume à técnica, porém, é no caminho das técnicas que importantes negociações são estabelecidas e que elementos se conectam.

No CTI, a comunicação formal, aquela que é estruturada em termos de impressos, escritos, registros, é atravessada, permeada pela comunicação informal, como as discussões de casos clínicos. Estas podem ocorrer de maneira paralela – informalmente, grupos de funcionários discutem suas posições e interpretações sobre a condição dos pacientes, sem que haja troca, ou sem que haja mudança na proposta terapêutica. Elas podem ocorrer de maneira vertical – um manda, outro obedece. Neste caso, prevalece o discurso da autoridade, amparado pela hierarquia de saber e função. Médicos determinam condutas. Enfermagem executa. Os técnicos de enfermagem ocupariam, na sua percepção, uma posição pouco privilegiada. Queixam por serem pouco escutados. Mas representam o grupo que mais executa as técnicas. Médicos e enfermeiros fazem as leituras, as interpretações a partir dos inscritores. Técnicos executam as técnicas. Por fim, a comunicação informal pode ocorrer de maneira transversal, o que é pouco usual – é a situação em que diferentes profissionais, das diferentes formações, discutem os casos para pensar, definir e redefinir plano terapêutico. Discursos atravessam práticas; atravessam, alteram e sofrem alterações. Bastante rica (e também complicada) essa rede!

5.1 PROTOCOLOS E PRÁTICAS

Em entrevista com um enfermeiro, com sete anos de experiência, fala do desprestígio do CTI em relação a outros setores. Denomina o setor de “bode expiatório” do hospital, por estar sempre sofrendo críticas externas. Mas pontua:

“eu tenho números que indicam que o CTI tem melhorado muito. as críticas são muitas. mas os números provam. reduzimos o número de infecção, de escaras, úlceras e absenteísmo. [falta, ausência do funcionário no seu horário de trabalho] mas as pessoas lá de fora não acompanham as melhoras e os problemas que ainda temos são ressaltados.”

Quanto ao problema das faltas de funcionário, o entrevistado afirma ter optado por adotar “medidas enérgicas”:

“antes as faltas eram compensadas no dia que o funcionário quisesse. sem considerar a necessidade do serviço. coloquei no quadro de avisos que o funcionário que falta sem atestado, fica trinta dias sem direito a troca de plantão. que eles só podem fazer extra para ganhar um pouco mais de dinheiro, depois de quatro meses após a falta. e que não será aceita reposição de falta.”

Segundo ele, houve efeitos. Retorno a minha observação sobre a relação entre chefias e subordinados. A equipe parece funcionar muito melhor com regras menos flexíveis. Isso oferece segurança e a sensação de que não há privilégios; que todos os “filhos” são tratados da mesma maneira.

Outro indicador de melhora, segundo ele, diz respeito à diminuição das úlceras. Foi realizada uma adaptação nos leitos, com a colocação de colchão “caixa de ovo” (espuma com ondulações), hidratação diária dos pacientes. Essas seriam medidas preventivas. O enfermeiro citou a Escala de Braden (anexo 1) como um outro parâmetro de avaliação da ocorrência e evolução das úlceras de pressão. Ela considera o risco, o estágio, a pré-existência ou não de úlcera. Todos esses dados, como ele pontua, estão registrados. Cita que, no Acordo de Resultados, pactuado entre o HRJP e a FHEMIG, definiu-se uma margem de 15% de úlceras, e nossos parâmetros chegaram a 9%. Afirma também que os protocolos de feridas, até aquele momento, não estavam concluídos, mas em fase de elaboração. Ressalta, nesse ponto, dois “problemas”: um diz respeito à comunicação entre a equipe. Uma enfermeira estaria fazendo um curso, mas a transmissão das informações, neste e em outros casos, estava se dando de maneira inadequada.

O outro problema seria que apesar de a equipe ter conseguido melhorar os índices que dizem de uma diminuição na ocorrência das úlceras de pressão, percebeu que “cada um faz as coisas do seu jeito”. Fala das inúmeras tentativas de instituir condutas padronizadas; diz que todos parecem ter entendido, que aplicam por uns dias, mas que depois voltam a fazer tudo como antes. Voltei-me para a equipe de enfermagem – corpo técnico – para perguntar sobre as padronizações e ouvi de alguns profissionais argumentos, tais como: “não adianta, aprendi a fazer de um jeito no estágio, e acho que desse jeito é o certo”; “tenho mais habilidade fazendo do meu jeito mesmo. no final das contas, é o resultado que importa. não fiz nada de errado”; “sei que essa não é a técnica mais adequada, mas o que posso fazer? é desse jeito que eu consigo fazer mais automático. Me atrapalho fazendo do jeito dos outros”.

Voltando à entrevista com o enfermeiro, este afirma que outras metas são o controle de gasto de material e a diminuição de mortes por erro. Pausa para uma observação: “gasto com material” e “diminuição de mortes por erro” são metas colocadas em um mesmo nível! Se nos mais variados campos de relação humana a morte é tida como tabu, algo muitas vezes inominável, no CTI é um objeto banalizado com frequência, tomado como algo que está em igualdade de condição com qualquer outra situação. Abordamos, anteriormente, a questão das defesas psicológicas estabelecidas pelos profissionais para lidar com a ocorrência incomum de mortes no CTI, mas parece haver algo maior, ou algo além envolvido. Kübler-Ross (2008), no livro *Sobre a Morte e o Morrer*, afirma que “a morte constitui ainda um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal, mesmo sabendo que podemos dominá-la em vários níveis... o que mudou foi nosso modo de conviver e lidar com a morte, com o morrer e com os pacientes moribundos.” (2008, p. 9). Continua:

O fato de nos concentrarmos em equipamentos e em pressão sanguínea não será uma tentativa desesperada de rejeitar a morte iminente, tão apavorante e incômoda, que nos faz concentrar nossas atenções em máquinas, já que elas estão menos próximas de nós que o rosto amargurado de outro ser humano a nos lembrar, uma vez mais, nossa falta de onipotência, nossas limitações, nossas falhas e, por último, mas não menos importante, nossa própria mortalidade?...Suas necessidades [as dos pacientes] não mudaram através dos séculos, mudou apenas nossa aptidão em satisfazê-las.”(KÜBLER-ROSS, 2008, p. 12-13).

De fato nossa aptidão em satisfazer as necessidades do paciente terminal e de nossas próprias, mudou com o decorrer da história. Avanços tecnológicos certamente mobilizaram efeitos sobre nossa percepção e intervenção sobre a morte. Que efeitos são esses? Pode-se reduzir a questão em termos de busca de onipotência? Menezes, (2004, p. 32), em nota de

rodapé, aponta para o paradoxo relacionado ao trabalho de Kübler-Ross, na análise das cinco fases do processo de enfrentamento da terminalidade (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação) e a maneira como seu trabalho foi apropriado. É usado como uma forma de classificação de doentes e não como uma proposta para se pensar a escuta às demandas dos sujeitos.

Em um CTI, com toda sua “intensidade”, estas questões se apresentam de maneira ímpar. Algo ainda misterioso. Mas o tema da morte, apesar de ser imensamente relevante para nosso propósito aqui, merece atenção particular. Talvez em outro momento.

Neste ponto da entrevista, o colega reforça a necessidade de contrapartida do hospital, ou seja, se há cobranças, que o hospital forneça estrutura, condições, suporte para viabilizar essas metas estipuladas pelo Acordo de Resultados. Diz:

“veja como está tudo relacionado. para melhorar os indicadores de ocorrência de úlcera de pressão, precisamos hidratar e fazer mudanças de decúbito do paciente em intervalos relativamente curtos e constantes. para isso preciso de funcionário. precisamos adequar nossa estrutura física às exigências da AMIB [Associação de Medicina Intensiva Brasileira]. no que diz respeito à humanização do ambiente. uma reforma estava prevista para alguns meses atrás, e até hoje nada. a gente precisa de iluminação individualizada e som ambiente, no mínimo. viu? tudo tem que começar por aí”.

Mais um exemplo da tensão entre programas, protocolos e a vida real...

Existem outras tabelas e parâmetros (como o Escore APACHE – anexo 2) que também servem ao registro e acompanhamento de eventos causados pela falta de cuidado ou pelo cuidado inadequado. Na prática, os dados decorrentes desses registros servem para elaboração de estatísticas, criação de parâmetros e metas. Na execução das práticas, eles parecem ser pouco considerados. Certo planejamento tenta caminhar lado a lado com a improvisação, tão necessária e comum em setores de urgência. Um “improviso planejado” ou um “plano improvisado”. Talvez seja esse o caminho possível para os protocolos no CTI. Parâmetros estão sendo discutidos. Parece que ainda há muito para ser avaliado e implementado. Mas uma nova linguagem está sendo introduzida no CTI - a linguagem que trata da saúde enquanto processo de produção. O cuidado enquanto técnica (substantivo), ferramenta. Será muita pretensão, não na contramão, mas ao mesmo tempo, buscamos aqui também introduzir elementos que permitam relativizar essa proposta “administrativa”? De uma forma ou outra, avisada ou não, me parece que a relativização das questões no CTI é algo

inevitável, colocada em movimento em várias situações, em especial, nos processos de decisão.

É fato que as principais decisões sobre o paciente – alta, transferências, encaminhamentos diversos, etc. – são de responsabilidade do médico, e no caso do CTI do HRJP, são do médico diarista. Existe um médico coordenador, que é responsável mais diretamente pelos aspectos funcionais e administrativos do setor; um médico diarista, quem de fato decide sobre as condutas; e os médicos plantonistas, que atuam sobre as intercorrências e se revezam em plantões de doze horas. O médico diarista consulta os plantonistas para fundamentar suas decisões. Um dos profissionais entrevistados queixa-se de que as decisões são médicas; que desconsideram o aspecto da atenção integral e as questões não médicas envolvidas nos casos. Defende a instituição do *round*³³. Afirma ter proposto a realização de *round* e reuniões para discussão de casos, mas a proposta não foi aceita pelo coordenador³⁴:

“a razão para não haver *round* me parece ser apenas falta de vontade do coordenador. ele alega falta de tempo. a gente tem que tomar muito cuidado quando vai fazer uma proposta, dar uma sugestão. acham que a gente está tentando fazer *marketing*. a gente quer melhorar. mas o próprio sistema se sustenta dessa maneira. isso é antagônico, porque estão impondo para a gente uma série de parâmetros e indicadores para a gente trabalhar. eles querem saber de números, não importa a qualidade.”

Fisioterapeutas, médicos e corpo de enfermagem citam como parâmetros de avaliação clínica: exame clínico; exame físico; exames laboratoriais e radiológicos; parâmetros de monitorização; Escala de coma de Glasgow e escala de Ramsay. Fisioterapeutas alegam que eles partem do princípio que todo paciente, independente do que é avaliado por esses parâmetros, têm indicação de fisioterapia. Um deles afirma:

“a fisioterapia tanto trata, como previne o aparecimento de patologias associadas à patologia de base. e ao fato de o paciente estar acamado, por exemplo, hipertrofia muscular e úlcera de pressão. são poucos os estados que impedem a realização de fisioterapia em pacientes. e são eles: desorientação mental, paciente não cooperativo, paciente que vai contra o tratamento.” O fisioterapeuta continua: “existem casos que o sujeito não quer saber de viver mais. decidiu que chegou a hora dele. e o que a gente pode fazer? ficar contra a decisão dele? eu respeito.”

³³ O *round* seria uma ação incorporada na rotina do CTI, que envolve a passagem dos profissionais pelos leitos, avaliação de exames e outros dados da evolução clínica e, em seguida, discussão de casos e decisões sobre as condutas, caso a caso.

³⁴ Cabe observar que pelo menos três médicos passaram, no período da pesquisa, pela função de coordenador. Houve mudanças também na coordenação de enfermagem.

Os exames clínicos ou físicos (ambas as denominações surgiram nos relatos) são executados por cada profissional, a partir das prerrogativas da sua função. O exame clínico da enfermagem envolve a avaliação dos curativos, verificação da existência e evolução de escaras de decúbito, sinais vitais como febre e pressão arterial, por exemplo. O exame do fisioterapeuta implica em uma análise dos níveis de saturação de oxigênio, dos riscos ou ocorrência de hipertrofia muscular, dentre outros critérios; o exame do psicólogo do paciente consiste em avaliar estados de humor, alterações do pensamento ou afetos, suas possíveis causas e as defesas psicológicas que possam estar interferindo na sua evolução clínica. O médico avalia um pouco disso tudo, com um grau diferenciado de aprofundamento e com objetivos específicos (como medicar, por exemplo), além de avaliar outros aspectos, de acordo com a patologia em questão. No exame clínico de um paciente que sofreu um infarto são avaliados aspectos diferentes dos avaliados em um paciente que tentou suicídio por intoxicação exógena, ou que sofreu uma amputação de membro por complicação vascular decorrente de diabetes.

Os exames laboratoriais e radiológicos são realizados por setores externos ao CTI. Radiologia e laboratório de análises clínicas prestam serviço para todo o hospital, incluindo enfermarias e ambulatório. Nenhum desses profissionais dos setores “externos” ao CTI foi entrevistado. Eles entram e saem, o mais rápido possível, afinal o CTI é um setor “fechado”. Demonstraram, em algumas das situações nas quais pude observar suas visitas, um certo desconforto.

Outro parâmetro é a escala de coma de Glasgow. O coma é um estado em que o paciente permanece inconsciente, em geral, por um período prolongado. É diferente de um sono fisiológico, pois esse sono não pode se reverter por estímulos externos comuns. Suas causas podem ser de natureza metabólica (hiper ou hipoglicemia, choque, insuficiência hepática), infecciosa ou estrutural (acidente vascular cerebral, traumatismo craniano, etc.). A escala de Glasgow é uma

escala neurológica, que parece constituir-se num método confiável e objetivo de registrar o nível de consciência de uma pessoa, para avaliação inicial e contínua... serve também ao prognóstico do paciente e é de grande utilidade na previsão de sequelas³⁵.

³⁵ http://pt.wikipedia.org/wiki/Escala_de_coma_de_Galgow.

A escala compreende três testes: respostas de abertura ocular, fala e capacidade motora. Os três valores separadamente, assim como sua soma, são considerados.

	1	2	3	4	5	6
Ocular	Não abre os olhos	Abre os olhos em resposta a estímulo de dor	Abre os olhos em resposta a um chamado	Abre os olhos espontaneamente	N/A	N/A
Verbal	Emudecido	Emitte sons incompreensíveis	Pronuncia palavras inapropriadas	Confuso, desorientado	Orientado, conversa normalmente	N/A
Motor	Não se movimenta	Extensão a estímulos dolorosos	Flexão anormal a estímulos dolorosos	Flexão / Reflexo de retirada a estímulos dolorosos	Localiza estímulos dolorosos	Obedece a comandos

Interpretação:

- Pontuação total: de 3 a 15
 - 3 = Coma profundo (85% de probabilidade de morte; estado vegetativo);
 - 4 = Coma profundo;
 - 7 = Coma intermediário;
 - 11 = Coma superficial;
 - 15 = Normalidade.
- Classificação do Trauma cranioencefálico (ATLS, 2005)
 - 3-8 = Grave (necessidade de intubação imediata);
 - 9-12 = Moderado;
 - 13-15 = Leve.

A escala de Ramsay avalia o grau de sedação; verifica se determinado grau de sedação é suficiente para dar conforto para o paciente, naquele momento. São objetivos: indicações para a sedação de um paciente: inadaptação à ventilação mecânica; agitação psicomotora grave; tratamento de hipertensão intracraniana; tranquilidade e conforto e regularidade do sono. Sua gradação vai de 1 (um) a 6 (seis) e a monitorização do nível de sedação permite o ajuste de doses de sedativo:

1- Paciente ansioso, agitado;

2- Paciente cooperativo, orientado, tranquilo;

3- Paciente sonolento, mas acorda com facilidade [segundo fala do fisioterapeuta, para a Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB – essa é a melhor escala em termos da condição do paciente; é o ponto que se deseja alcançar com a sedação, pois o paciente não está nem agitado, nem “apagado”];

- 4- Paciente responde aos estímulos mais vigorosos;
- 5- Paciente dormindo, responde muito lentamente;
- 6- Paciente não responde.

A avaliação em ambos os casos possuem como mediadores o olhar, o toque e a experiência dos profissionais. Equipamentos - como monitores e aparelhos de ressonância magnética, eletroencefalograma, tomografia computadorizada - oferecem maior segurança aos profissionais; fornecem dados, números que se complementam à sua avaliação clínica. E na avaliação clínica, muitos elementos irão se mesclar: dados, números, intuição, experiência, efeito.

Observando os profissionais trabalhando no processo de desmame dos pacientes do respirador e avaliando a possibilidade de diminuir o grau de sedação, fica a impressão de que estão buscando descobrir o segredo de um cofre. É uma tarefa delicada. Há uma série de detalhes que se articulam a essas decisões e, nesse caso, a reação de cada paciente é extremamente imprevisível e única. A questão da padronização do tempo de internação no CTI, por exemplo, aponta para a necessidade de atenção acerca das particularidades de cada caso. Há uma tendência, em algumas situações como a de recuperação pós-cirúrgica e infarto, de estabelecer número de horas mínimas para internação em CTI, antes de o paciente ser transferido para a enfermaria. Alguns pacientes recuperam-se surpreendentemente bem e ficam expostos ao risco de contaminação, além de presenciarem todas as situações de morte, de sofrimento dos demais pacientes. Levar “ao pé da letra” o tempo de permanência no CTI, somente por que faz parte do protocolo, pode não trazer nada de terapêutico para o paciente, pelo contrário. Bom senso nunca é demais. Pode (e deve) ser somado, mesclado a tudo isso que vem sendo apontado, nas avaliações clínicas e nas práticas de cuidado.

A avaliação psicológica é a única que não pode prescindir da fala, ou de alguma forma de expressão do próprio paciente. Ele pode falar do seu estado e fornecer os parâmetros para sua avaliação. Os mediadores, além da fala, o olhar e, porque não, o toque. É muito comum que, durante o atendimento psicológico e, em especial, durante os atendimentos a pacientes terminais, esses pacientes nos peçam para dar-lhes a mão. Um deles disse: “me segura aqui na terra”. Outro segurou minhas mãos com muita força, pedindo: “não solta a minha mão. não me deixa morrer”. Utilizo minha mão como mediador sim. Apesar da expressão de surpresa de alguns colegas psicólogos, que privilegiam a fala como se fosse o único mediador possível na relação entre terapeuta e paciente (e que pregam neutralidade, isenção, enfim, essas coisas

utópicas, tão difíceis de serem sustentadas)³⁶. Papéis, canetinhas, giz de cera também se apresentaram como mediadores importantíssimos dentro do CTI, apesar de não virem acompanhados de manuais de instrução, fios para conexões elétricas e treinamentos, assim como os outros equipamentos aos quais o paciente está conectado. Não podemos nos esquecer do banquinho, que no CTI tornou-se símbolo de escuta e atenção. Não só o psicólogo, mas todo profissional que usa o banquinho para conectar-se ao paciente, está, de certa maneira, se dispondo a ouvir.

Enfim, a importância de cada um dos objetos, dos elementos descritos, está justamente no seu movimento. Tomados fora de uma dinâmica, aliás, das dinâmicas, mobilizadas pelas ações e práticas, não fariam qualquer sentido. A sensação do CTI enquanto uma unidade pode, às vezes, desaparecer pois neste contexto específico, é grande a necessidade de improvisação das conexões que acabam por ser estabelecidas, para dar conta do seu propósito: desafiar a morte. A rede de conexões que se estabelece em um CTI é particularmente heterogênea, em função do constante estado de urgência.

O sentido técnico das ações no CTI deve ser tomado enquanto adjetivo, e não substantivo, conforme nos alerta Latour (2001, p. 219). O tempo todo, no decorrer da pesquisa, esbarramos “nas técnicas” de cuidado. É fato que a questão dos protocolos dispara uma série de críticas, abrem margem para muitos questionamentos. Nos corredores do hospital, as falas indicam um misto de descrédito, de resistência, mas também de aposta, em relação à instituição de protocolos. Eles são vistos como armaduras, como uma estratégia que engessa o profissional e desconsidera a diversidade de ações, a pluralidade de maneiras de se fazer as coisas. Maneiras que ora deram certo, que proporcionaram melhora em alguns casos, cura em outros. Mas que também deram errado, pois as pessoas morrem mesmo, pioram, sofrem e por que gente erra.

Em outros momentos os protocolos são vistos como um ponto de chegada, uma referência fixa. “É lá que a gente tem que estar”. “Finalmente aprendemos como as coisas devem ser feitas”. Por que insistimos nessa maldita mania de ter que escolher, de acharmos

³⁶ Durante os processos de análise e supervisão aos quais nós psicólogos, marcados pela leitura psicanalítica, temos que estar submetidos, somos constantemente advertidos: “não se coloque enquanto sujeito na relação. isso vai impedir que o paciente se coloque enquanto sujeito desejante. vai favorecer o sintoma”. Concordo! Mas o que é “não colocar-se enquanto sujeito”? Sei que não é terapêutico dar conselhos, emitir opinião, dirigir o comportamento do paciente, etc.. Nem terapêutico, nem ético. Mas sei também que essa história de fingir neutralidade é insustentável. Onde aperto o botão de “liga/desliga”? “Você não pode se afetar tanto com a morte do seu paciente!”. Continuo procurando o botão para desligar minha afetação. A afetação tem um lugar na relação de cuidado. Ela tem que ser refletida, elaborada. Não negada. Se “não colocar-se enquanto sujeito na relação” significa que eu não posso chegar a minha casa e chorar, tocada por uma angústia imensa diante da morte de um sujeito que compartilhou suas aflições e algumas decisões importantes nos seus últimos dias de vida, parece necessário pensar em outros caminhos...

que a opção por um caminho implica no abandono radical do outro? Por que valorizamos essa dificuldade de percebermos as coisas em seu movimento? Os protocolos clínicos não surgiram de um lugar completamente alheio a nós, profissionais da saúde. É importante que possamos perceber nossa implicação nessa construção e refletir sobre o quanto ainda vamos e podemos produzir. Mas isso exige que nós nos responsabilizemos, que adotemos uma postura bem diferente dessa de estarmos passivos diante da vida, de acharmos que a única coisa que nos resta é lamentar: “oh, não conseguimos, de novo!”.

6 CUIDANDO DE JUCA OU O JUCA CUIDANDO?

Um dos casos mais citados no decorrer das entrevistas foi o caso de Juca, que sofria de Distrofia Muscular de Duchene³⁷. Várias foram as situações que mobilizaram a equipe e exigiram de seus membros um reposicionamento, pessoal e profissional, diante de suas vidas, diante dos pacientes e seus familiares, diante dos colegas e diante da compreensão da sua própria prática. Mas nada comparável ao caso de Juca.

Muitas metáforas, as mais diversas metáforas, foram produzidas pelos sujeitos, na intenção de darem conta deste caso. Juca tinha vinte anos quando deu entrada no CTI, após algumas internações (na enfermaria) que se fizeram necessárias, nos últimos onze anos. Elas se tornaram mais frequentes no último ano, em decorrência de complicações respiratórias. O paciente praticamente apresentava somente movimentos labiais, na ocasião. Também encontrava-se impedido de emitir sons, por causa de uma traqueostomia. Era um paciente grave, lúcido, consciente e muito jovem. Os cuidados técnicos, como diziam os médicos, deveriam ser paliativos. Era necessário que nos dispuséssemos a nos aproximar de Juca e dar-lhe muita atenção para que, através da leitura labial, compreendêssemos seus apelos: “estou com medo.”; “quero ir para minha casa.”; “não me deixa morrer.”; “a dor está insuportável.”. Certa vez, o flagrei chorando muito. Seu nariz coçava e ninguém havia percebido que ele pedia ajuda, desesperadamente, simplesmente para coçar o nariz. A angústia era reforçada por essa enorme dificuldade que todos nós tínhamos de compreender suas expressões. Normalmente, ele repetia várias vezes a mesma articulação de lábios. Juca foi “paciente” no sentido mais pleno do termo. Teve toda paciência possível conosco.

³⁷ A Distrofia Muscular Progressiva (DMP) engloba um grupo de doenças genéticas, que se caracterizam por uma degeneração progressiva do tecido muscular. Até o presente momento tem-se o conhecimento de mais de trinta formas diferentes de DMPs, algumas mais benignas e outras mais graves, que podem atingir crianças e adultos de ambos os sexos. Todas atacam a musculatura, mas os músculos atingidos podem ser diferentes de acordo com o tipo de DMP.

Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) é a forma mais comum da doença. A incidência aproximada é de 1 para cada 3500 nascimentos masculinos. DMD ocorre por um defeito localizado no cromossomo X. O gene da DMD localiza-se no braço curto do cromossomo X. O homem que apresenta um gene defeituoso irá desenvolver a doença visto que ele tem um cromossomo X e um Y. A mulher por ter dois cromossomos X, estará protegida da doença mesmo que um dos seus cromossomos tenha uma mutação, sendo ela portadora; esse gene defeituoso poderá ser transmitido pela mulher aos seus filhos do sexo masculino, que desenvolverão a doença, ou as suas filhas que poderão ser portadoras.

Os primeiros sintomas se desenvolvem por volta dos 3 a 5 anos, com manifestações de dificuldades dos membros inferiores: quedas frequentes, dificuldade para subir escadas; correr; levantar do chão; as crianças apresentam aumento do volume das panturrilhas. Alterações da coluna e dos tendões são conseqüências das alterações musculares das pernas. Com o progredir da doença ocorre comprometimento dos músculos dos membros superiores. A fraqueza progressiva evolui para incapacidade de andar, em geral ao redor da adolescência. Comprometimento do músculo cardíaco e dos músculos respiratórios ocorre a partir desta idade.

No ano de 2001, tomei contato pela primeira vez com Juca e sua família. O hospital oferecia a alguns pacientes portadores de patologias crônicas o programa batizado de ADT – Atendimento Domiciliar Terapêutico. Os seus dois irmãos estavam vivos. Comunicavam-se pelo olhar. Era comum a situação em que eles caíam na gargalhada – provavelmente ironizando alguns de nós, pela falta de jeito e pela inabilidade de estarmos atendendo no seu território, desamparados da proteção que a instituição hospitalar oferece à equipe. Juca estava menos limitado e recordo-me que adorava desenhar.

Levando em consideração essas lembranças, houve um grande investimento dos profissionais da fisioterapia no caso e juntos tentamos possibilitar algum outro meio de expressão, para buscarmos diminuir a angústia de Juca e a resistência que começava a tomar conta da equipe. Iniciou-se um movimento de afastamento, uma relação de “evitação” de alguns membros da equipe com Juca. Poucos chegavam a verbalizar seu incômodo. De uma maneira geral, percebíamos rostos culpados, como se fosse um grande pecado negar escuta e atenção a um ser tão desamparado. Todos nos sentíamos assim também: desamparados e impotentes. Aqueles equipamentos, os dados e números obtidos por eles e pela realização de exames nos eram muito pouco úteis. Mas assumir isso era impensável. Tínhamos que engolir aquela angústia, custasse o que custasse, pois éramos “profissionais”. Muitos colegas diziam: “esse menino está sofrendo tanto. deve precisar muito de psicóloga.”

Certo dia, então, a psicóloga entrou no CTI com uma prancheta na mão, folhas de papel ofício, giz de cera e canetinhas. Juca conseguiu movimentar, ligeiramente, os dedos da mão. Com a ajuda do fisioterapeuta, adaptamos uma almofada embaixo da sua mão direita, para que apoiasse a prancheta. Colocamos o giz de cera entre seus dedos e aproximamos do papel. Desse esforço resultaram alguns traçados no papel. Todos os funcionários escalados naquela manhã pararam o que estavam fazendo para observar o que estava acontecendo. Percebemos que Juca direcionava o olhar para algumas das pessoas a sua volta, logo após concluir algum traço no papel. Questionei se ele estava desenhando alguém. Ele esboçou um sorriso maroto, sugerindo que ele estava, de fato, desenhando a equipe. Houve um momento de relaxamento e descontração entre todos nós. Uma das técnicas de enfermagem tomou a iniciativa de pegar para si papel e caneta também, para desenhá-lo. Mais um sorriso! Na sequência, percebemos que estávamos todos nós, nos desenhando, nos representando, nos permitindo exteriorizar uma cota razoável daquela angústia e minimizando a sensação de impotência diante daquele sujeito. E o mais curioso de tudo é que Juca era quem parecia o mediador, quase o “terapeuta”, daquele grupo.

A introdução desses objetos permitiu com que Juca sugerisse para a equipe sua necessidade, naquele momento: ser, mais que um paciente, mas um rapaz, de vinte anos, com outras necessidades, além do banho, do curativo, da dieta e do remédio. Não há como arrancar de um paciente internado em um CTI todas as suas necessidades, desejos e expectativas. Ele não se despe de um personagem – o de “indivíduo” – para vestir-se de outro – o de “doente”. Sua necessidade de cuidado é muito mais abrangente, ampla, do que o cuidado com a dor, com a ferida no físico. Expressar-se era mais urgente que todo o resto. E os profissionais, neste caso, se sentiram muito mais aliviados ao praticarem outras ações que também podem ser nomeadas como “cuidado”. E sem culpa.

Mas o caso era grave. E as dores e o medo da morte, muito reais. Discutimos a possibilidade de autorização para que a mãe passasse um tempo maior do que o estipulado como horário de visitas, ao lado de Juca. Essa era uma demanda de ambos, mãe e filho. A chefia do setor e os plantonistas concordaram em autorizá-la passar o tempo que desejasse e pudesse com o filho. No dia da morte de Juca, sua mãe passou todo o tempo, segurando sua mão, oferecendo-lhe alimento, enxugando o seu suor. No horário de visita, a mãe foi retirada do CTI, para a entrada dos familiares dos demais pacientes. E justamente, durante essa pequena retirada da mãe, Juca fez uma parada cardíaca. Tentou-se a reanimação, sem sucesso. Durante os dias que sucederam o da morte de Juca, a equipe parecia muito calada, séria. Poucos queriam falar do que houve. Um dos funcionários, mais resistente em ampliar o horário de visita para a mãe, afirmou:

“ele parecia que sabia que ia morrer. parece ter se despedido da mãe. acho que a gente tem que ficar até mais aliviado. afinal a gente ajudou a essa mãe para que ela ficasse perto dele, nos seus últimos minutos. a responsabilidade da gente é grande, não é? imagina se a gente não tivesse deixado entrar. por causa da regra. eu ia estar péssimo.”

Foram muitas as atribuições de sentido, de significados de natureza religiosa, também: “você [fala endereçada à psicóloga] deve ter uma mediunidade grande. você pressentiu a morte dele, e apressou a gente para liberar a entrada da mãe dele.”. Outra fala: “acabou a expiação dessa família.”. Impossível é ter que lidar com a verdade nua e crua; não foi ouvido de ninguém: “a vida é dura assim mesmo. as pessoas sofrem muito, vivem pouco, morrem cedo. ninguém está livre disso”. Felizmente, temos a possibilidade de construir sentidos para todo esse desamparo. E não estou dizendo que fazemos somente construir sentidos para usá-los como defesa psicológica e mascarar a morte. Estou dizendo que construir sentidos

desencadeia várias coisas, entre elas a necessidade de criarmos novas maneiras de praticar o cuidado.

Aliás, construir sentidos, criar e recriar práticas, nos coloca diante de algumas outras questões a serem pensadas: quem cuida de quem? Quem ensina o quê e a quem? Quem teria a coragem de sustentar, diante deste caso, a afirmativa arrogante de que nós [a equipe] cuidamos de Juca, com todo nosso saber, com todos os nossos equipamentos super modernos?

Podemos negar que fomos bem cuidados por Juca que, ao perceber o nosso desamparo diante das nossas limitações, sustentou um lugar entre nós para criarmos juntos novos caminhos e formas de cuidar? Cabe insistirmos que nós “atuamos muito bem no caso”, já que permitimos que Juca sorrisse um pouco antes de sua morte e que fizemos o favor à sua mãe de passar uns minutos a mais com seu filho? Podemos fugir do fato de que Juca nos facilitou bastante a vida, nos trouxe algum alívio, ao ressignificar junto conosco, aqueles objetos que, por si só, não teriam efeito algum, sobre ele ou sobre nós? Estávamos perdidos enquanto nos perguntávamos: “o que fazer por ele?”. E Juca respondeu: “perguntem a mim!”. E, finalmente, a última pergunta, que será tomada de empréstimo (mais uma vez) de Latour: “Por que gritar, pelos dois cantos da boca, estas duas ordens contraditórias: ‘Fique inteiramente desconectado!’ e ‘encontre as provas de que está conectado!’? ‘Quem desataria este duplo nó impossível?’ ” (LATOURE, 2001, p. 25).

7 CONCLUSÃO

Ao final de um trabalho, restam poucas certezas e muitos questionamentos, muitas dúvidas. Uma delas diz respeito, por exemplo, à relevância e à aplicabilidade prática da pesquisa, condições essas que não estão dadas de antemão, ao início do trabalho. Elas vão sendo construídas, e no momento em que o pesquisador decide que é hora de parar e dar o trabalho como concluído – o que nem de perto quer dizer esgotado, finalizado – essa questão ainda permanece em aberto. O que vai ser daqui para frente? Já não está mais nas nossas mãos o controle sobre os rumos que estes escritos vão tomar, que efeitos irão mobilizar. Aliás, consideramos que haverá efeitos, afinal, essa é a aposta.

Não podemos descartar também a possibilidade deste trabalho ter sido um “voou solitário”. Se estiver equivocada, só espero que meus colegas saibam da enorme complexidade implicada na tentativa de falar das suas práticas, ao mesmo tempo em que imaginava suas reações, e cuidava para ser o mais fiel possível às suas intenções e às suas palavras. O CTI é um setor pequeno, e nossa convivência muito próxima, o que torna muito fácil para as pessoas se identificarem neste texto.

As metáforas talvez sejam o ponto de chegada. A descrição é o final possível. Toda e qualquer atribuição de significados, dada às práticas investigadas, implica na metaforização de convenções, por meio das inter-relações dos sujeitos entre si e destes com fenômenos situacionais; na construção de novos e re-construção de velhos referentes. Não pretendemos desconstruir e substituir um conceito de cuidado por outro; um velho por um novo. Buscando uma consonância com uma “Antropologia do Devir” (VIVEIROS DE CASTRO, 2007), entendemos o conceito de cuidado enquanto um acontecimento, e não uma essência.

Neste ponto de chegada, constatamos resíduos. São eles sensações, sentimentos e abordá-los parece, senão relevante, pelo menos desejável. Lembrando, mais uma vez que “saber e sentir” são aspectos simétricos e dialéticos. Falaremos, então, de sentimentos.

O mais forte deles, neste momento, é o de que não há clareza, de que o objetivo proposto, no início da caminhada, foi alcançado, ou pelo menos, cortejado. Aliás, sempre há transformações, mas talvez falte a tranquilidade, a certeza de que dei conta de todas elas; de que considere os movimentos adequadamente no trabalho. Há uma cota de insegurança: estive consciente das forças que provocaram esses deslocamentos? Registre no texto as razões e as considerações necessárias para torná-lo claro aos leitores? O trabalho de pesquisa nunca é linear. Vamos e voltamos ao início, reescrevemos, reordenamos capítulos, o tempo

todo. Uma metáfora aplicável é a do movimento em espiral. Ao mesmo tempo em que contornamos uma questão, nos deslocamos, nunca parando ou voltando ao mesmo lugar. Ou melhor, não retomamos do e ao mesmo lugar da mesma maneira que o deixamos. Mesmo assim, às vezes é comum a sensação de prolixidade. Abordei o mesmo tema, em diferentes situações, mas em todas elas, procurei agregar um novo elemento, pois referiam-se a um contexto novo – o de outras reflexões.

Quem falou mais alto: a psicóloga ou a pesquisadora? Espero não ter calado tanto uma, enquanto dava voz à outra.

E para ser somada à não linearidade do trabalho, lidamos com a afetação do pesquisador. Nunca escolhemos um tema que não nos incomoda, que não nos inquieta. Inquietação parece ser a mola mestra de toda pesquisa. Como organizar tanta coisa? E disso tudo, resta o cansaço, um misto entre esgotamento físico e mental, e algo de satisfação, comparável àquela experimentada por um atleta, tomado pela adrenalina, ao final de uma prova.

“Surpresa”, também foi um sentimento recorrente. No decorrer da pesquisa, a partir dos deslocamentos de olhar e posicionamento subjetivo da pesquisadora frente aos eventos, foi surpreendente perceber o quanto elementos e atividades incorporadas na rotina da psicóloga, por diversas vezes, pareciam novas. Situações corriqueiras tornaram-se fonte de atenção e curiosidade. Gestos, olhares, falas tantas vezes repetidas, adquirem uma outra dimensão: tudo isso construiu o objeto desta pesquisa – o cuidado, aliás, os cuidados.

Talvez – e é bem possível que esteja certa – este trabalho não sirva para mudar algo na estrutura política, que muitas vezes compromete as práticas de cuidado. Talvez não tenha efeitos sobre nós, profissionais de saúde, no sentido de nos fazer pensar sobre nossas ações e nossas posições, diante do paciente, dos colegas, do hospital, da nossa formação pessoal e profissional. Talvez não nos tornemos nem mesmo mais reflexivos. Muito provavelmente, muitas pessoas envolvidas na pesquisa nem leiam este texto. E não vou dizer que isso não importa! Mas importa também saber que não vamos deixar de nos inquietar; que o movimento é importante e que podemos e devemos nos colocar nesta “gama contínua de transformações” (Latour, 1997). O autor pontua também que “uma das consequências da posição de intermediário do observador é que sua avaliação não satisfaz a qualquer tipo de audiência a que ele se dirija” (2007, p. 48). Há um preço a ser pago por toda e qualquer escolha que se faz. Optamos pelo preço de uma certa solidão e, talvez algo de incompreensão, em benefício de uma honestidade, em benefício da fidelidade com os discursos dos diferentes sujeitos, os

verdadeiros etnógrafos. Grande ilusão seria pretender ter desenvolvido reflexões resistentes a questionamentos e controvérsias.

Nem precisamos falar da sensação também de que o trabalho não acabou. Tratamos disso, anteriormente. Mas o que prevalece, ao final de tudo, é um respeito enorme por todos aqueles com quem esbarramos, nesta trajetória; pelos autores que nos colocam com a cabeça a ferver com tantas reflexões; pelos mestres e pelo tempo. Neste tempo, estivemos produzindo, sentindo que buscamos fazer diferença e que nossa inquietação não nos deixou paralisados e que ela pode, no mínimo, ser compartilhada. Tomamos por empréstimo também uma consideração de Wagner (1981), de que é essencial para uma definição de homem, que ele invista continuamente em suas ideias, e que busque equivalentes que possam articulá-las; que elas se transformem no processo até que seus significados ganhem vida própria. E então, começamos tudo, mais uma vez...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Paulo C. (Org.) **Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ALVES, Paulo C., RABELO, Miriam C. (Orgs.) **Antropologia e Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras**. Rio de Janeiro: Fiocruz – Relume Dumará, 1998.

ALVES, Paulo C., RABELO, Miriam C., SOUZA, IARA M. A. (Orgs.) **Experiência de Doença e Narrativa**. Antropologia e Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

AMIB. **Associação Brasileira de Medicina Intensiva**. Disponível em: www.amib.com.br. Acesso em: 13 de outubro de 2009.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 8, n° 14, p. 73-92, 2004.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? In. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 4, n° 6, p. 117-126, 2000.

AYRES, J. R. C. M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o Cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In. PINHEIRO, Roseni, MATTOS, RUBEN A. (orgs.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro, IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO, p. 127-144, 2007.

BARROS, M.E.B. Seria possível uma prática de cuidado não-reflexiva? O cuidado como atividade. In. PINHEIRO, Roseni, MATTOS, RUBEN A. (orgs.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro, IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO, p. 113-126, 2007.

BONET, Octavio. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. (Coleção Antropologia e Saúde).

BONET, Octavio. Rituais e conjunturas que unificam. A medicina de família e comunidade e o PSF. In. SALGADO, Gilberto Barbosa (org.). **Cultura e Instituições Sociais**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, p. 207-237, 2006.

BONET, Octavio, TAVARES, Fátima R.G. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. In. PINHEIRO, Roseni, MATTOS, RUBEN A. (orgs.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro, IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO, p. 263-277, 2007.

CAMARGO Jr, Kenneth R. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: a epistemologia intuitiva dos clínicos. In. LEIBING, Annette (org.). **Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil.** Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004, p. 113-142.

CAMPOS, G.W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 23 (2): 399-407, fev, 2007.

CANESQUI, Ana Maria. **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva.** São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1995.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **Olhar, ouvir, escrever.** O trabalho do antropólogo. São Paulo: Editora Unesp, p. 17-35, 1998.

CARRARA, Sérgio. Entre Cientistas e Bruxos: Ensaio sobre os dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença. In. ALVES, Paulo C. (Org.) **Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

CASTRO, Eduardo V. **O Nativo Relativo.** Mana, Rio de Janeiro, vol. 8, n.1, abr. 2002.

CASTRO, Eduardo V. *O Mármore e a Murta: sobre a inconstância da alma selvagem.* In. CASTRO, Eduardo Viveiros. **A Inconstância da Alma Selvagem.** São Paulo: Cosac & Naify, p. 181-264, 2002.

CASTRO, Eduardo V. Filiação Intensiva e Aliança Demoníaca. **Novos Estudos.** 77, p. 91-126, mar. 2007.

CLIFFORD, James. *Sobre a autoridade etnográfica.* In: Gonçalves, José R. (org.) **Experiência Etnográfica: antropologia e literatura no século XX/James Clifford.** Rio de Janeiro, Editora UFRJ, p. 17-62, 1998.

CSORDAS, Thomas & KLEINMAN, Arthur. The Therapeutic Process. In. SARGENT, Carolyn e JOHNSON, Thomas. **Medical Anthropology.** Contemporary theory and method. London: Praeger, 1996.

DISTROFIA MUSCULAR. Disponível em <http://www.distrofiamuscular.net>. Acesso em 13 de outubro de 2009.

FONSECA, Cláudia. Quando cada caso NÃO é um caso: pesquisa etnográfica e educação. **Revista Brasileira de Educação**, 10: 58-78, 1999.

GEERTZ, Clifford. **Descrição densa**: Por uma teoria interpretativa das culturas. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GEERTZ, Clifford. Do ponto de vista dos nativos: a natureza do entendimento antropológico. In _____. **O saber local**. Petrópolis: Vozes, 1997.

GEERTZ, Clifford. Estar lá: A antropologia e o cenário da escrita. In: _____. **Obras e Vidas**: O antropólogo como autor. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, p.11-39, 2002.

GOOD, Byron. Medical anthropology and the problem of belief. In. Byron Good. **Medicine, rationality and experience**. An anthropological perspectiva. Cambridge University Press, 1994.

GOOD, Byron. How medicine constructs its objects. In. Byron Good. **Medicine, rationality and experience**. An anthropological perspectiva. Cambridge University Press, 1994.

GUEDES, Simoni L. Os casos de cura divina e a construção da diferença (1995). In. **Horizontes Antropológicos**/ UFRGS. IFCH. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Porto Alegre: PPGAS, ano 1, n. 1, p. 47-62, 1998.

GUTIERREZ, D.M.D. e MINAYO, M.C.S. **Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 048/2008.

HUMANIZASUS. Disponível em: portal.saude.gov.br . Acesso em: 13 de outubro de 2009.

KLEINMAN, Arthur, et all. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Annals of internal medicine**, 88, p. 251-258, 1976.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**: o que os pacientes terminais têm para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução Paulo Menezes. 9ª edição. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.

KUPER, Adam. **Cultura: a visão dos antropólogos**. Adam Kuper: tradução Mirtes Frange de Oliveira Pinheiros. Bauru, SP: EDUSC, 2002.

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. **A vida de laboratório**: a produção dos fatos científicos. Tradução: Ângela Ramalho Vianna. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LATOUR, Bruno. **A esperança de Pandora**: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Tradução: Gilson César Cardoso de Souza. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

LAW, John e MOL, Annemarie (eds.). Complexities: an introduction. In. **Complexities: Social Studies of knowledge practices**. Durham, NC: Duke University Press, 2002.

LEIBING, Annete (Org.). **Tecnologias do Corpo**: Uma Antropologia das Medicinas no Brasil. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004.

MAGNANI, José G. C.. **De perto e de dentro**: notas para uma etnografia urbana. RBCS vol. 17, nº 49, junho de 2002.

MEDEIROS, Bartolomeu T.F. Quando a busca de saúde e religião se entrecruzam: um estudo de caso. In. **Revista ANTHROPOLÓGICAS**, ano 6, vol. 13 (1), 2002. Recife: Editora da UFPE, p. 75-90, 2003.

MENEZES, Rachel A. **Em Busca da Boa Morte**: Antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004.

MENEZES, Rachel A. **Difíceis Decisões**: Etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2006.

MINAYO, Maria Cecília S. **Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3ª Edição. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1994.

MOL, Annemarie. **The body multiple**: Ontology in medical practice. Durham, NC: Duke University Press, 2003.

MOL, Annemarie. **The Logic of the care**. Health and the problem of patient choice. London: Routledge, 2008.

ONA. **Organização Nacional de Acreditação** Disponível em: www.ona.org.br
Acesso em: 28 de janeiro de 2010.

PINTO, M.H.; ZAGO, M.M.F. A compreensão do significado cultural do aneurisma cerebral e do tratamento atribuídos pelo paciente e familiares: um estudo etnográfico. Ver: **Latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 51-56, janeiro 2000.

SANCHIS, Pierre. **Da quantidade à qualidade**. Como detectar as linhas de força antagônicas de mentalidades em diálogo. RBCS, Rio de Janeiro, v. 33, p.103-126, 1997.

SAYD, Jane Dutra. **Mediar, Mediar, Remediar**: Aspectos da Terapêutica na Medicina Ocidental. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.

TAVARES, Fátima R. G. Usos e Significados da Terapêutica no Contexto Religioso. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro: Ed. UERJ, v. 26, n. 02, p. 187 – 197.

TAVARES, Fátima R. G. Terapias alternativas e diversidade terapêutica brasileira. In. SALGADO, Gilberto Barbosa (org.). **Cultura e Instituições Sociais**. Juiz de Fora, Ed. UFJF, p. 261-279, 2006.

TAVARES, Fátima R. G. **Velhos mediadores, novas mediações?** Perseguindo as redes terapêuticas religiosas populares. (MIMIO)

TEDLOCK, Dennis. A tradição analógica e o surgimento da antropologia dialógica. **Anuário Antropológico/85**, Rio de Janeiro, p.183-202, 1985.

TURNER, V. **O processo ritual**. Petrópolis: Vozes, 1974.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: E. O. Nunes (org.) **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, p. 36-46, 1978.

VELHO, Otávio. Is Religion a Way of Knowing? In. Mark Harris (org). **Ways of Knowing: new approaches in the anthropology of experience and learning**. New York/ Oxford: Berghahn Books, 2007.

WAGNER, Roy. **The invention of culture. Revised and expanded edition**. Chicago: The University of Chicago Press, 1981.

WIKIPÉDIA. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Escala_de_coma_de_Galgow. Acesso em: data 28 de janeiro de 2010, às 13:51h.

WIKIPÉDIA. Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Humanização_\(humanidade\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Humanização_(humanidade)). Acesso em: 28 de janeiro de 2010, às 13:15h.

ANEXOS

ANEXO 1

ANEXO 2

Escore APACHE II

Data: / /

Paciente:

Prontuário

A) ESCORE FISIOLÓGICO AGUDO									
Variáveis fisiológicas	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura retal (C)	> 41	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	< 29,9
Pressão arterial média mmHg	>160	139-159	110-129		70-109		50-69		< 40
Frequência cardíaca bpm	> 180	140-179	110-139		70-109	55-69	40-54	< 39	
Frequência respiratória irpm (ventilados ou não)	> 50	35 a 39	25 a 34	12 a 24	10 a 11	6 a 9		< 5	
Oxigenação A-aDO2									
a) FIO2 > 0,5 A-aDO2	>500	350-499	200-349		< 200				
b) FIO2 < 0,5 PaO2					>70	61-70		55-60	< 55
pH Arterial	> 7,7	7,6-7,69		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Sódio sérico (mEq/L)	> 180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	< 110
Potássio sérico (mEq/L)	> 7	6-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Creatinina sérica (mg/dL) dobrar pontos se IRA	> 3,5	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		< 0,6		
Hematócrito (%)	> 60		50-50,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		< 20
Número de leucócitos	> 40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		< 1
Escala de Glasgow para o coma Escore = (15-escore atual)									
Total do escore fisiológico agudo									
Bicarbonato sérico (mEq/L) (usar se não coletar gasometria)	> 52	41-51,9		32-40,9	22-31,9		18-21,9	15-17,9	< 15

C) PONTOS PARA DOENÇA CRÔNICA
Se o paciente tem uma história de insuficiência grave de órgãos ou é imunocomprometido; assinale pontos como se segue:
a) Para pacientes não-cirúrgicos ou pós-operatórios de emergência: 5 pontos
b) Para pacientes de pós-operatórios eletivos: 2 pontos
Definições: a insuficiência de órgão ou o estado de imunodepressão deve ser evidente antes da admissão hospitalar e deve obedecer o seguinte critério:
Fígado: Cirrose comprovada por biópsia, hipertensão portal documentada; episódios passados de hemorragia gastrointestinal atribuídos à hipertensão portal; episódios anteriores de insuficiência hepática, encefalopatia ou coma
Cardiovascular: New York Association classe IV
Respiratória: Doença crônica restritiva, obstrutiva ou vascular resultando em grave restrição ao exercício, isto é, incapaz de subir escadas ou fazer serviços domésticos; hipóxia crônica documentada, hipercapnia, policitemia secundária, hipertensão pulmonar grave (> 40 mmHg); dependência de prótese ventilatória
Renal: Recebendo diálise cronicamente
Imunocomprometido: Paciente tem recebido terapia que suprime a resistência à infecção, isto é, imunossuppressores, quimioterapia, radioterapia, corticóides cronicamente ou recente em altas doses; doença que é suficientemente avançada para suprimir a resistência à infecção, isto é, leucemia, linfoma, AIDS

ESCORE APACHE II = A + B + C =

AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE	
Escore (pontos)	Risco de mortalidade
0 a 4	aproximadamente 4 %
5 a 9	aproximadamente 8%
10 a 14	aproximadamente 15%
15 a 19	aproximadamente 25%
20 a 24	aproximadamente 40%
25 a 29	aproximadamente 55%
30 a 34	aproximadamente 75%
> 34	aproximadamente 85%

B) PONTOS PARA A IDADE	
PONTOS	IDADE
0	< 44
2	45-54
3	55-64
5	65-74
6	> 75

Médico responsável

PAM=(PAD X 2) + PAS /3

OBS.: Favor preencher todos os campos, grato.