

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA RELIGIÃO  
MESTRADO EM CIÊNCIA DA RELIGIÃO**

**Vera Neuza Lemos**

***ÀS MARGENS DE OUTROS MUNDOS: EXPRESSÕES E SÍMBOLOS RELIGIOSOS  
EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA NO RIO DE JANEIRO.***

Juiz de Fora  
2014

VERA NEUZA LEMOS

***ÀS MARGENS DE OUTROS MUNDOS: EXPRESSÕES E SÍMBOLOS RELIGIOSOS  
EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA NO RIO DE JANEIRO.***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Religião, Área de Concentração em Ciências Sociais, do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência da Religião.

Orientador: Prof. Dr. Émerson José Sena da Silveira

Juiz de Fora  
2014

VERA NEUZA LEMOS

***ÀS MARGENS DE OUTROS MUNDOS: EXPRESSÕES E SÍMBOLOS RELIGIOSOS  
EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA NO RIO DE JANEIRO.***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Religião, Área de Concentração em Ciências Sociais, do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência da Religião.

Aprovada em 29 de agosto de 2014.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Émerson José Sena da Silveira (Orientador)  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof. Dr. Arnaldo Érico Huff Júnior  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof. Dra. Cássia Quelho Tavares  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

*À minha família que, visando à minha formação pessoal e profissional, esteve sempre ao meu lado, apoiando-me e incentivando-me diante das dificuldades e dando-me suporte emocional. A vocês o meu eterno agradecimento.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, em primeiro lugar, sem o qual esta jornada não seria cumprida.

A toda a minha **família**, em especial à minha mãe, Vera Lopes, ao meu filho, Felipe, à minha sobrinha/filha, Felícia, aos meus irmãos, Álvaro, Marcelo, Lourdes e Raquel, por terem partilhado desta experiência, torcendo sempre pela minha Vitória.

A minha filhinha de quatro patas, **Flor**, que literalmente sempre esteve ao meu lado nos longos momentos da escrita desta dissertação.

Ao Professor Doutor, **Émerson José Sena da Silveira**, pelo investimento, rigor e mergulho nas dimensões subjetivas e pela forma afetiva de acompanhar e orientar meus caminhos no percurso deste trabalho, mais do que um orientador, mostrou-se um amigo.

À Professora mestra, **Helena Maria Rodrigues**, pela atenção dispensada na realização do estudo, pelas experiências compartilhadas e, principalmente, pelo exemplo de dedicação e carinho.

Aos Professores Doutores, **Arnaldo Érico Huff Júnior** e **Cássia Quelho Tavares**, por terem participado da banca examinadora e contribuído para a realização deste estudo.

Aos **Professores Doutores do PPCIR /UFJF**, que tanto me auxiliaram durante as disciplinas.

Às **amigas** Isabela Matos Floriano, Leila Rosa Borges, Natalia Neder, Nilza Borges, Rosilene do Carmo e a todos os meus **amigos**, pelo incentivo e apoio no decorrer desta caminhada.

Ao **Antônio**, secretário do PPCIR/UFJF, pela gentileza e apoio constantes.

Aos **enfermeiros** e às **famílias** que participaram deste estudo, compartilhando as suas riquíssimas ideias e experiências de vida.

A **Enfermeira** Luciana Mignon Ramos, chefe do Serviço de Enfermagem do CETIP/HFSE, por ter acolhido com sua competência, interesse, e generosidade a construção do estudo.

Ao **chefe do serviço de Pediatria do HFSE**, Doutor Gil Simões Batista, pelo apoio e carinho.

A **todos** da Enfermagem do CETIP, em especial aos do meu plantão: Camila, Elizete, Rosana, Claudete, Edna e Fred, pela compreensão da necessidade de ausentar-me para realização do Mestrado.

A todos do **Hospital Federal dos Servidores do Estado**, que tornaram este estudo possível.

**MUITO OBRIGADA!**

## RESUMO

LEMOS, V. N. **Às margens de outros mundos:** expressões e símbolos religiosos em um Centro de Terapia Intensiva Pediátrica no Rio de Janeiro.

Esta dissertação tem o propósito de compreender como os enfermeiros e as famílias de crianças internadas vivenciam as expressões e as simbologias religiosas no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica (CETIP), do Hospital Federal dos Servidores do Estado no Rio de Janeiro (HFSE). O motivo do estudo é contribuir para o aprofundamento das discussões sobre as crenças religiosas no enfrentamento da doença, levando à compreensão da complexa relação entre doente, família, profissional de saúde e religiosidade. Essa abordagem permite, a partir de uma visão socioantropológica, uma construção de modelos de saúde-doença que recuperam a dimensão experiencial, psicossocial, espiritual e religiosa. A legitimação da religiosidade em situações de doença, cura e enfrentamento não se restringe aos familiares, mas também aos enfermeiros, que compartilham a crença na eficácia divina em torno da cura e recuperação do doente. Entre os sujeitos pesquisados não houve antagonismo entre biomedicina e fenômeno religioso, mas uma relação complementar.

**Palavras-chave:** doença; símbolos religiosos; socioantropologia; famílias; enfermeiros.

## ABSTRACT

This dissertation has the purpose of understanding how the nurses and the families with hospitalized children experience aspect and religious symbologies in the Centro de Terapia Intensiva Pediátrica (CETIP), at the Hospital Federal dos Servidores do Estado in Rio de Janeiro (HFSE). This study seeks to contribute to deepen the discussions about religious belief when facing the illness, leading to understand the complex relationship between patient, family, health professional and religiosity. This approach allows, from a socio anthropological view, to construct models of health-illness which recover the experience, psychosocial, spiritual and religious dimensions. The legitimation of the religiosity in illness situations, healing and confrontation is not only restricted to the family, but also about the recovery of the patient. Among the subjects studied, there was no antagonism between biomedicine and religious phenomenon, but a complementary relationship.

**Key words:** illness, religious symbols, socio anthropology, families, nurses

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	8
<b>1 CONTEXTO HISTÓRICO HOSPITALAR</b>	
1.1 A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR AO LONGO DA HISTÓRIA.....	12
1.2 O HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO (HFSE).....	23
1.3 O CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO (CETIP).....	33
<b>2 OS IMponderÁVEIS DA ETNOGRAFIA NO CETIP: RITO, MITO E CRENÇAS RELIGIOSAS</b>	
2.1 A LÓGICA DO VIVIDO E SUA DINÂMICA ORGÂNICA: O TRABALHO DE CAMPO.....	42
2.2 RITUAL DE INTERNAÇÃO NO CETIP: “Vai chegar uma criança” .....	58
2.3 DOENÇA, GÊNERO E RELIGIOSIDADE: “Deus é médico por excelência” .....	72
<b>3 NAS MÃOS VISÍVEIS SOB O CUIDADO DO INVISÍVEL</b>	
3.1 “MINHA NOSSA SENHORA, INTERCEDA JUNTO A DEUS E PROTEJA MEU FILHO NO CETIP!” .....	81
3.2 “EU ENTREGO TUDO NA MÃO DE DEUS, PEÇO FORÇA PRA VENCER O QUE VIER PELA FRENTE, PORQUE A GENTE NÃO SABE O DIA DE AMANHÃ” .....	86
3.3 “COISAS QUE FAZEM CRER EM ALGO SUPERIOR”: a fé e a religiosidade na percepção dos Enfermeiros.....	89
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>105</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXOS</b>	

## INTRODUÇÃO

No âmbito das Ciências da Religião, este é um estudo socioantropológico resultado da pesquisa etnográfica realizada no Hospital Federal dos Servidores do Estado no Rio de Janeiro (HFSE), sobre as expressões e as simbologias religiosas no contexto de um Centro de Terapia Intensiva Pediátrica (CETIP).

Este estudo incorpora o que se pode definir de “estudos em hospitais”, e não “de hospitais” (GEERTZ, 1989), por tratar-se de um estudo em um espaço social cujos trabalhos de pesquisas, pelo menos em parte, utilizam-se de alguns conceitos da obra de Goffman (2009), para quem as instituições hospitalares são totais em razão do seu caráter totalizador sobre os indivíduos internados. Tal definição ocorre em virtude de que são espaços sociais onde as regras minuciosas, a limitação e a homogeneização das atividades cotidianas tendem a reduzir, intensa, contínua e ininterruptamente, a autonomia do sujeito internado, resultando na “mortificação do eu”.

No quadro de seus dramas e de seu cotidiano, há vários aspectos do universo simbólico do CETIP que fogem às generalizações assentadas na teoria de Goffman, entre as quais a presença da família e do fenômeno religioso nesse espaço. Se, antes, as famílias podiam visitar suas crianças por apenas uma hora e depois tinham que se retirar, a partir de 1990, com o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), esse perfil mudou. Atualmente, os pais ou o familiar responsável deixaram de ocupar o antigo lugar na sala de espera dos CTIs para acompanhar, em tempo integral, a internação da criança, durante todo o seu tratamento.

A presença da família em um CTI infantil transformou essas instituições disciplinares, tornando-as “reflexivas” ou “complexas” em virtude de esses sujeitos sociais (pais, familiares e profissionais de saúde) colocarem-se em experiências diversificadas, cruzando ethos e visões de mundo contrastantes, demarcando, assim, projetos e trajetórias sociais que são significadas como singulares (VELHO, 2004; GRAEFF, 2005).

Essa demarcação de trajetórias singulares induz a outras reflexões sobre a maneira como o fenômeno religioso e a sacralização têm resistido ao desenvolvimento científico e tecnológico contemporâneo. Por outro, é um equívoco supor que o pensamento científico substitua a cosmologia religiosa, na medida em que o espírito crítico e racionalista da ciência é incapaz de apreender da realidade sua subjetividade religiosa (GIDDENS, 1991).

No decorrer de minha vida profissional, e como enfermeira do CETIP, uma questão tem-me suscitado especial interesse: trata-se da observação de como os familiares, ao se defrontarem com o sofrimento causado pela internação da criança, buscam diferentes formas



de enfrentamento, ou seja, buscam novas construções de sentido: numa realidade objetiva, o CETIP, além de esses atores sociais preservarem suas crenças de ordem sagrada, as quais dão sentido à sua vida, continuam a contemplar o “extraordinário”.

Constantemente eu percebia que a experiência do sagrado era inserida como um componente da subjetividade que emergia diante de uma situação “liminar” provocada pela internação no CETIP, permitindo à criança, aos pais, às mães e às avós superarem suas incertezas, diante do fragmentário, e da finitude. Enfim, trata-se de uma vivência relacional com o transcendente, possibilitando preencher sua vida e romper os limites, ao pensar do finito para o duradouro, as incertezas pela certeza de uma vida eterna, por exemplo, a falta de sentido pela esperança e o fragmentário para o totalizador (CROATO, 2001).

Nesse contexto, eu percebia também, no ambiente da terapia intensiva, a imbricação entre o aparato de cuidados da mais alta tecnologia e de especialistas capacitados e os recursos simbólicos ativados pelos familiares, buscando ordem e significado, na desordem provocada pela doença. Nessa imbricação, são estabelecidos significados por meio de orações, rezas, rituais, promessas e objetos hierofânicos.

Assim, depreendia que, no ambiente da terapia intensiva, a crença religiosa passava a ser um “recurso simbólico” ativado pela maioria das famílias, estabelecendo significados e ordem mediante a experiência da doença. Independentemente da sua aceitação ou das crenças, o sagrado se fazia presente no cotidiano do CETIP sob diferentes formas de manifestação.

No âmbito do CETIP, a premissa da “mortificação do eu” deve ser repensada e relativizada, não podendo ser interpretada ou explicada exclusivamente através da concepção de Goffman, de que todo hospital é uma “instituição total”. Até porque o próprio perfil das instituições de saúde está sendo redefinido. A inclusão, pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1986), da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais na avaliação de qualidade de vida e na assistência à saúde, amplia os recursos disponíveis ao bem-estar humano, favorecendo-o com os benefícios da interação entre corpo, mente e espírito, bem como seus direitos humanos fundamentais.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde propõe a “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares” (PNPIC) e “Política Nacional de Humanização” (PNH), ao considerar o indivíduo na sua dimensão global sem perder de vista sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde. A PNPIC corrobora a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e os serviços existentes no Sistema Único de Saúde (SUS). O grande objetivo dessas políticas é a

incorporação no SUS de programas de prevenção, recuperação e promoção da saúde, levando-se em consideração a humanização na assistência à saúde (BRASIL, 2006).

Instrumentalizada por essas reflexões, nada melhor do que entendê-las a partir dos atores sociais que as vivenciavam. Tais particularidades, do fenômeno religioso, despertaram-me para a proposta deste estudo quanto ao significado dessa relacionalidade sociorreligiosa, sem deter-me em uma religião específica ou perscrutar confirmações teórico-conceituais.

Na pesquisa realizada no CETIP, procurei observar e descrever o fenômeno religioso cujo significado sociocultural é o conceito central construído e reconstruído pelos sujeitos envolvidos, de forma inacabada, sendo, portanto, indissociável de si mesmo e de suas vivências pessoais e profissionais, conforme se observa no ambiente etnografado.

Dessa forma, para guiar o desenvolvimento desta investigação, tive como questão norteadora os seguintes aspectos: como os enfermeiros e as famílias das crianças do CETIP vivenciam as expressões e as simbologias religiosas; como dialogam as práticas em saúde e as crenças religiosas; e os saberes que as sustentam essas práticas e essas vivências.

Como os termos relacionados à religião, religiosidade e espiritualidade são complexos e numerosos, é uma tarefa nada fácil defini-los. Em virtude do seu caráter polissêmico, tomei como referência, neste trabalho, o pensamento de Geertz (1989), segundo o qual a religião é um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de factualidade, que as disposições e motivações parecem singularmente realistas.

O paradigma de que a religiosidade traduz o ethos de um povo, ou seja, o estilo de vida, as disposições morais e estéticas, o caráter e a visão de mundo, é trazido à tona a quando o ser humano estabelece uma ligação ou conexão com o que se considera ser sagrado, seja Deus ou o Além, a Natureza ou mesmo a Ciência.

A espiritualidade, por sua vez, refere-se à experiência de contato com essa dimensão que vai além das realidades consideradas normais na vida humana, transcendendo-as. Assim, neste estudo, os termos religiosidade e espiritualidade são compreendidos como indissociáveis porquanto a espiritualidade ao assumir a transcendência como divina, por revelar a presença de um Outro na psique humana, abarca religiosidade (VASCONCELOS, 2006).

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa envolvendo seres humanos, a observação de campo foi iniciada, oficialmente, logo após sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HFSE (pelo parecer CEP/ HFSE: 0494/13, assinado em 08/07/2013). Para atender às exigências éticas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os *Termos de*

*Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE) foram apresentados aos participantes da pesquisa antes das entrevistas, garantindo o anonimato dos sujeitos com a utilização de códigos E para enfermeiros e F para o familiar/acompanhante, conforme exigência do comitê de ética do HFSE. A observação etnográfica foi realizada durante três meses no ano de 2013.

Para alcançar os objetivos do estudo, foi elaborado um roteiro de entrevista aberta e semiestruturada para a coleta de dados. Totalizaram-se dezesseis atores sociais pesquisados, sendo oito enfermeiros e oito acompanhantes de criança internada no CETIP.

A multirreferencialidade de autores das Ciências da Saúde e das Ciências Sociais, particularmente a Sociologia da Religião e a Antropologia Religião, ofereceram-me a possibilidade teórica e metodológica de esboçar as compreensões e interpretações do contexto social pesquisado, assim como das entrevistas, numa análise integrativa e holística do fenômeno religioso no processo saúde doença, no CETIP.

O norteador de minhas interpretações antropológicas sobre cultura responsável é o de Geertz (1989), de forma que a cultura são as teias de significados tecidas pelo Homem. Essas teias vão além dos padrões concretos de comportamentos para abarcar uma série de símbolos significantes presentes em cada contexto social, concebendo o Homem como produto cultural.

Por fim, estruturei este estudo em três capítulos: em CONTEXTO HISTÓRICO HOSPITALAR, apresento um panorama sobre as características da instituição hospitalar, ao longo da história, numa perspectiva socioantropológica. Partindo dessa análise geral, passo ao cenário em que foi desenvolvido o estudo – HSFE – e o CETIP, campo etnográfico.

No segundo capítulo – OS IMPONDERÁVEIS DA ETNOGRAFIA NO CETIP: rito, mito e crenças religiosas – abordo os seguintes passos: o caminho trilhado no trabalho de campo; a repercussão da internação da criança no seio familiar, como mudança física e social, a partir do conceito de liminaridade; os mecanismos de reestruturação e adaptação da família.

No terceiro capítulo – NAS MÃOS VISÍVEIS SOB O CUIDADO DO INVISÍVEL – abordado os diversos aspectos e nuances que permearam esta pesquisa etnográfica no CETIP: nele foram agregados todos os aspectos relevantes aos significados das invocações ou alusões ao sagrado, evidenciando a importância da religião, da religiosidade e das crenças religiosas, tanto para as famílias quanto para os enfermeiros entrevistados.

## 1 CONTEXTO HISTÓRICO HOSPITALAR

Objetivo deste capítulo é fornecer um breve panorama sobre as características da entidade hospitalar, ao longo da história, para que, mais adiante, se possa contextualizar o Hospital Federal dos Servidores do Estado (HSFE). Em seguida, será apresentado o campo etnográfico deste estudo – o Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CETIP). A abordagem desse espaço abarcará desde seu surgimento, na década de 1970, como o primeiro CTI pediátrico do País, passando pela análise da tecnologia e da complexificação da equipe assistencial, até a caracterização do seu ambiente e como espaço liminar.

### 1.1 A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR AO LONGO DA HISTÓRIA

A história das instituições assistenciais de saúde apresenta uma complexidade que envolve uma perspectiva transversal de seu patrimônio tanto documental quanto arquitetônico. No final do século XVIII, o que era considerado assistencial de saúde, ou de caridade, passou por transformações, tornando-se esse novo objeto – o hospital – capaz de dar ideia de um inovador programa de construção de hospitais: “Ele agora faz parte de um fato médico-hospitalar que se deve estudar como são estudados os climas, as doenças etc.” (FOUCAULT, 1979, p. 100).

Empreender uma reflexão conceitual sobre o termo hospital não é uma tarefa simples. Ao buscar na literatura uma definição para o que seja essa instituição, encontram-se variados conceitos entre os quais o que identifica, genericamente, todos os locais com o objetivo de prestar assistência à saúde dos indivíduos, abrangendo, segundo Antunes (1991), clínicas, laboratórios, dispensários e asilos. Essa ampliação justifica-se pelas diferentes funções e características assumidas pela instituição ao longo de sua história.

Nesse contexto, seu significado conceitual e cultural implica compreendê-lo como uma instituição que compartilha características da sociedade, que influencia e é influenciada por fatores econômicos, políticos, sociais, culturais e religiosos, submetendo-nos a uma leitura do contexto histórico no qual esteja inserido (ROSEN, 1994).

Seguindo as perspectivas assinaladas acima sobre a origem do hospital, é inevitável refletir sobre o ser humano que, desde seus primórdios, busca compreender a vida e o universo que o abriga, de forma a conhecer sua origem e o significado de sua existência. Para tal intento, o homem projetou teorias de natureza mítica, teológica ou mesmo racional,

denominadas, em seu conjunto, de visão de mundo, estabelecendo, em todas as épocas e culturas, o nascimento da religião, da filosofia e da ciência (FREIRE, 2008).

Da mesma forma, ao longo de sua evolução, a medicina e a enfermagem desenvolveram-se correspondendo a essas visões de mundo, as quais passaram, no campo intelectual, social e religioso, por periódicos e revolucionários saltos. Por representarem radicais rupturas de conceitos para compreender o homem e suas necessidades, bem como para explicar as doenças e as maneiras de tratá-las, esses saltos revolucionários são denominados crises paradigmáticas (FREIRE, 2008).

Paralelamente a essas crises paradigmáticas, houve um processo de evolução tanto do hospital, que passou a ser visto como lugar de cura e instrumento terapêutico, quanto da medicina e da enfermagem, que se tornaram os principais responsáveis pela reorganização hospitalar. Deve-se ressaltar que, da mesma forma que ele ganhou essa dimensão de lugar de cura, o hospital passou a representar importante espaço para a formação profissional, onde a clínica ganha dimensão essencial como lugar de formação e transmissão de saber (FOUCAULT, 1979, p. 111).

Partindo dessa sumária evolução, creio que a abordagem mais frutífera para contextualizar o hospital, analisando aspectos como suas diferentes funções ao longo do tempo, o lugar da enfermagem e do médico, a forma de organização do trabalho, a doença, as práticas de cura e o enfermo, seja coligi-lo em quatro grandes momentos históricos: mundo greco-romano, idade média, moderna e contemporânea. Esses aspectos são importantes elementos para o entendimento das relações de poder existente dentro dos hospitais, independente de sua época, pois o que muda é o significado de cada um desses elementos de acordo com o contexto histórico examinado (PEREIRA, 2003).

Partindo do princípio de que todas as civilizações, em todas as eras, alicerçaram seus códigos de ética no conhecimento que detinham dos mistérios da criação, a visão de mundo constituiu-se a base em que se sustenta não somente a mente humana, mas igualmente se estrutura a sua vida, a sua cultura e até mesmo sua ética. Logo, cada sociedade, em cada época, criou sua típica visão do universo, através da construção de mitos e crenças, em que se buscava elucidar os fundamentos da criação, fazendo da cosmogonia parte integrante de todas as culturas (FREIRE, 2008).

Nessa perspectiva epistemológica, na Grécia antiga encontram-se não só os fundamentos da cultura ocidental, bem como a base da medicina moderna que prioritariamente se pratica na Europa e nas Américas. O pensamento grego clássico, anterior a Hipócrates, consistia em uma visão espiritualista alicerçada na crença da existência da alma,

bem como na sua sobrevivência após a morte e na sua transmigração por diversos corpos (reencarnação). Isso atribuía imortalidade e origem divina à alma, uma vez que, ao se fundamentar na existência de um substrato de natureza metafísica na direção da vida, o espírito não era visto como um epifenômeno da matéria (FREIRE, 2008).

Compreendendo o homem como um produto da combinação de quatro elementos (o sangue, representando o fogo; a bÍlis negra, a terra; a bÍlis amarela, o ar; e o fleugma ou linfa, a água), o pensamento grego concebia a alma humana como advinda da quinta-essência. Esta atuaria como uma força sutil, mantenedora e organizadora das quatro substâncias fundamentais reunidas no corpo físico, conferindo-lhe o sublime milagre da vida para sua explicação e seus atributos. Tal visão foi absorvida pela medicina grega e, posteriormente, influenciou a prática médica medieval (ANTUNES, 2003).

Mais tarde, a teoria dos quatros elementos foi aprimorada por outros filósofos, atingindo seu auge com Hipócrates (460-377 AC), que a definiu como teoria dos humores. Buscando como causa do desequilíbrio entre os humores o ar viciado, o trabalho excessivo, as emoções e as bruscas alterações de temperatura, o Pai da Medicina considerou que, da confluência equilibrada desses quatro elementos, dependia a saúde, e de suas desarmonias, resultaria a doença em suas múltiplas manifestações (ANTUNES, 2003).

Daí surgem muitas considerações, diagnósticos e prognósticos, associando a doença ao desequilíbrio humoral e seu restabelecimento em associação aos elementos da natureza. Essa concepção abre espaço para o desenvolvimento de conceitos como higiene, alimentação, exercícios físicos e intervenções terapêuticas para restaurar o equilíbrio desses elementos, formulando as bases de uma teoria que, de alguma forma, estaria presente na medicina ocidental até a atualidade. Pode-se dizer, portanto, que a medicina hipocrática foi considerada a primeira a conter dimensões científicas (SCLIAR, 2002).

Em contrapartida, no contexto religioso-mitológico anterior a Hipócrates, a prática da medicina consistia num fato mágico-religioso, sendo a cura resultante da ação divina mediada por sacerdotes, feiticeiros ou xamãs, nas mais variadas formas de rituais. A doença era vista sob uma etiologia mítica, partindo da crença de que as enfermidades e até mesmo as mortes súbitas originavam dos bons deuses e dos maus deuses como punição pela violação de tabus sociais. O termo “a mão de...” era usado para indicar a entidade responsável pela doença em questão (LAPLANTINE, 2010).

Como os bons deuses eram responsáveis pelo bem estar da vida, e os maus deuses, pelas enfermidades e males causadores da morte, a prática da medicina empírico-racional só ocorria quando a doença não resultava das forças sobrenaturais, ou seja, quando era um

fenômeno natural, passível de ser compreendido e livre das forças divinas ou malévolas ao seu portador. Assim, medicina mágico-religiosa e medicina empírico-racional mantinham seus poderes concomitantemente, numa relação de subordinação desta em relação àquela, na medida em que a cura não estava essencialmente ligada à medicina empírico-racional.

Deve-se ressaltar que, para os gregos, caracterizando-se como um “mito poético” que não se envolvia no direito de liberdade de censurar e explorar a natureza, a religião representava uma segunda opção caso não houvesse cura com a terapêutica anterior (medicina mágico-religiosa ou medicina empírico-racional). Nesse caso, o enfermo recorria aos templos erguidos para culto ao deus da medicina na Grécia (Asclépio) e em Roma (Esculápio), buscando a terapêutica do rito do sono sagrado, que consistia em adormecer no templo para receber, através de entidades, curas milagrosas ou indicações de procedimentos para a recuperação da saúde (FREIRE, 2008).

Na cosmologia greco-romana, a instituição hospitalar encontra suas raízes nesses templos devotados ao culto sagrado, que eram frequentados não só por enfermos, mas também por peregrinos para conseguir a cura das doenças. Há registros de termos como hospedarias, hospitais e hospícios, palavras com a mesma raiz latina, ao referir-se à medicina religiosa praticada nesses templos sagrados onde almas piás cuidavam de peregrinos, crianças, velhos, desvalidos e doentes (RIBEIRO, 1999). Com efeito, o emblema utilizado pela medicina atualmente é a serpente, símbolo da divindade e de seu poder curativo difundido pelos gregos, nos seus templos.

Pode-se dizer, sumariamente, que, na cosmologia greco-romana, o hospital apresentava as seguintes características: ações terapêuticas de cura (indivíduo doente); simples repouso de viajantes (indivíduo sadio); pouca expressividade do médico, já que a cura não estava relacionada ao seu *modus operandi*; cura compreendida como obra da ação divina mediada por sacerdotes que atuavam na organização do trabalho hospitalar, sendo visível a hierarquia sacerdotal sobre o médico; a técnica validada pelos métodos religiosos em detrimento dos métodos médicos.

Na Idade Média (500-1500 D. C.), o crescimento e o fortalecimento da Igreja simbolizou esse período ao pregar a existência de uma conexão vital entre a doença e o pecado. A população foi balizada pelas agruras causadas por inúmeras pestilências e epidemias. Como a vida mundana representava apenas uma passagem para purificação da alma, a explicação para a doença era vista como castigo de Deus, expiação dos pecados ou possessão do demônio. Como não havia recursos suficientes para deter o avanço das doenças,

a interpretação cristã oferecia conforto espiritual, de modo que morrer equivalia à libertação (ROSEN, 1994).

Nesse contexto, adquirindo novos contornos e missões, em virtude da forte influência do cristianismo, o hospital consolidou-se como uma instituição essencialmente eclesiástica, cuja função consistia tanto em dar assistência espiritual e social aos pobres, quanto separar os indivíduos considerados como perigosos (loucos, prostitutas e doentes) da população sadia. Acreditando-se que a ajuda oferecida às pessoas menos favorecidas era sinônimo de caridade e salvação das almas dos cuidadores, a principal função do hospital passou a ser um leito de morte e um lugar de salvação da alma. Nas palavras de Foucault, era como se o hospital fosse “uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece” (1979, p. 102).

Nos burgos medievais, o medo das epidemias que aterrorizavam as populações, como varíola, difteria, sarampo, influenza, ergotismo, tuberculose, escabiose, erisipela, lepra, peste bubônica, entre outras, era constante. Caso emblemático, a lepra, cujo diagnóstico fizeram dela a doença mais temida nesse período, era considerada como manifestação evidente da impureza diante de Deus, sendo seus portadores, conforme descrição bíblica, condenados ao isolamento como mortos, para os quais se rezava uma missa de corpo presente antes do mesmo seguirem para o leprosário. Aqueles que vagassem pelas estradas deveriam usar vestes características e fazer soar uma matraca para advertir a população de sua perigosa ameaça (ROSEN, 1994; SCLIAR, 2002).

Com já se afirmou, o hospital, na Europa desde a Idade Média, apesar de ser instrumento essencial para a vida urbana, ainda não era concebido como uma instituição médica nem se caracterizava como local de cura e reabilitação de doentes. Tratava-se de um mecanismo segregatório e excludente, onde, visando à proteção da sociedade contra os perigos de doenças contagiosas, os doentes das classes sociais menos favorecidas eram retirados do convívio social (ROSEN, 1994).

Sob o poder da Igreja Católica, foram desautorizadas todas as iniciativas de avanço no conhecimento da etiologia dos estados mórbidos e até mesmo de qualquer explicação que estivesse além da fé, restando aos ousados enfrentá-la nos tribunais da Inquisição (ROSEN, 1994). A visão da Igreja Católica tornou marginal qualquer explicação racional que pretendesse aprofundar o conhecimento a partir da observação da natureza. A especulação científica era, portanto, desnecessária, recomendando-se rezas, penitências, invocações de santos, exorcismos, unções e outros procedimentos para purificação da alma, uma vez que o corpo físico, apesar de albergá-la, não tinha a mesma importância (SCLIAR, 2002).



O período histórico entre os séculos XVII e XVIII foi marcado pela ascensão do conhecimento científico, que dispôs a negar a existência do pensamento espiritualista-vitalista. No final do século XVIII e início do XIX, com o advento do capitalismo e com as práticas médicas tornando-se coletivas, o hospital<sup>1</sup>, graças a mudanças dos paradigmas vigentes, passou a ser considerado instrumento terapêutico (FOUCAULT, 1979). Concomitantemente, ocorreu o distanciamento por parte do clero das atividades de assistência, passando ao encargo das municipalidades os hospitais e os serviços a eles relacionados. Nesse período, foi estabelecido o princípio de que o auxílio ao pobre, incluindo atenção médica, era uma responsabilidade da comunidade e não da Igreja.

Embora, com o desenvolvimento do mercantilismo e com a revolução industrial das cidades europeias e da burguesia comercial, os governos locais tenham assumido o encargo das atividades da Igreja, as ordens religiosas não foram inteiramente eliminadas das atividades assistenciais, de modo que os monges e as freiras continuaram atuando como enfermeiros, até depois da enfermagem como atividade secular (ROSEN, 1994).

Para incorporar uma atividade terapêutica, o hospital, na sua funcionalidade e estrutura física, passou por uma reestruturação cujo objetivo foi definir um programa de reforma e reconstrução, já que ele passou a ser considerado um objeto complexo, capaz de agravar, multiplicar ou atenuar as doenças (FOUCAULT, 1979). Para isso, sua reestruturação implicou não uma tecnologia médica, mas uma tecnologia política a partir da disciplina<sup>2</sup>, que se tornou um tipo de poder comportando um conjunto de instrumentos, técnicas, procedimentos, níveis de aplicação, alvos (FOUCAULT, 1979, p. 177).

---

<sup>1</sup> Historicamente, a construção de hospitais foi impulsionada pelos Estados Nacionais e pela Igreja Católica. Na Europa, no século XII, diversos hospitais foram criados com amparo do catolicismo. Igualmente, no Brasil, a assistência social desenvolveu-se aliada à Igreja, aos hospitais, aos hospícios, às casas de expostos, às Santas Casas de Misericórdias (a primeira rede hospitalar no país), às atividades das Ordens Terceiras confrarias, às associações obreiras de ajuda mútua (representou o primeiro esboço do que posteriormente viria a ser a atual Previdência Social) como a medicina pública (FREIRE, 2008).

<sup>2</sup> Na medida em que o poder disciplinar é uma modalidade de poder múltipla, relacional, automática e anônima, a disciplina, por sua vez, também faz crescer e multiplicar aquilo e aqueles que estão a ela submetidos. Nesse sentido, pode-se dizer que a disciplina é uma técnica que fabrica indivíduos úteis. A disciplina faz crescer e aumentar tudo, sobretudo a produtividade. E aqui se fala em produção não apenas em um sentido econômico. Além de ampliar a produtividade dos operários nas fábricas e oficinas, a disciplina faz aumentar a produção de saber e de aptidões nas escolas, de saúde nos hospitais e de força no exército. Por essas razões, Foucault cita um triplo objetivo da disciplina: tornar o exercício do poder menos custoso – seja econômica ou politicamente; buscar estender e intensificar os efeitos do poder o máximo possível; ampliar a docilidade e a utilidade de todos os indivíduos submetidos ao sistema. Para isso, há três Quanto aos dispositivos disciplinares, ou instrumentos do poder disciplinar: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame (FOUCAULT, 1979, p. 179-180).

O século XIX presenciou também uma importante revolução epistemológica na medicina e na enfermagem<sup>3</sup>. O saber abstrato e enciclopédico que então dominava a formação médica foi progressivamente substituído por um saber operativo e técnico, que aos poucos foi eliminando o antagonismo entre método e experiência na prática médica, ao mesmo tempo em que transformou o hospital em centro de ensino e de atenção médica. Nasce a Medicina Moderna, científica e influenciada pelas contribuições das obras de Morgani e Bichat: o aparecimento da anatomia patológica, que proporcionou um deslocamento no foco do saber médico para uma medicina do corpo, das lesões e das doenças. Nesse momento histórico, entre fins do século XVIII e início do século XIX, nasce a clínica (FOUCAULT, 1979).

Nesse contexto, novas teorias e descobertas em diversos campos das ciências da natureza, como a biologia, anatomia, bacteriologia e outras disciplinas, ofereceram uma nova visão de mundo para a compreensão dos fenômenos vitais. A concepção moderna dualista do mundo<sup>4</sup> dispõe o universo da matéria a cargo das ciências e o universo espiritual para a filosofia e para a teologia. Tal divisão tornou-se necessária para suplantar a barreira imposta pela Igreja Católica à evolução do conhecimento das ciências, da saúde e da natureza.

Fruto do movimento intelectual iluminista, a racionalização do conhecimento das ciências modernas foi interpondo-se, de forma progressiva, por meio de um processo político de afastamento entre Igreja e Estado, entre a vida religiosa e organização do funcionamento das instituições públicas, caracterizando o fenômeno da laicização e/ou secularização. A partir desse processo de racionalização provocado pela modernidade, a religião perde seu poder de referência para a organização social. Assiste-se a um radical afastamento da Igreja e do debate religioso na condução da organização política da sociedade, deslegitimando a presença de práticas religiosas nas instituições de saúde (SILVA, 2010).

Apesar das disposições contrárias do ascendente cientificismo materialista, a homeopatia<sup>5</sup> permaneceu ancorando o espiritualismo e a presença da força vital no comando

---

<sup>3</sup> A atividade de enfermagem, no Brasil Colônia e Império, foi exercida por religiosos, escravos, ex-escravos, ex-doentes e por “mulheres decadentes”, em instituições, segundo registros históricos, rudimentares, até a chegada da Família Real e elevação do Brasil à sede do Império Português. Nesse período, a atenção era curativa e individualizada, inexistindo políticas públicas para o setor (SILVA, 2010).

<sup>4</sup> Leia-se Newton, Copérnico, Galileu e Descartes.

<sup>5</sup> Samuel Hahnemann, considerado o criador da homeopatia, o maior espiritualista médico da Era Moderna, e o verdadeiro fundador do vitalismo em medicina. De formação presbiteriana, nasceu na Alemanha, no ano de 1755, em meio às diferenciadas visões que então fomentavam o estabelecimento do mecanicismo médico e numa época em que a medicina alemã ainda se debatia com os últimos estertores das ideias espiritualistas, sustentadas por Leibniz. Como já foi referido, contam os seus biógrafos que ele se encantou com o *Corpus Hippocraticum* e o ressuscitou ao fecundar a doutrina homeopática com os ricos conceitos espiritualistas do sábio médico grego. Ao falecer, na França, em 1843, deixou-nos o maior legado de conhecimentos a corroborar a prática do espiritualismo na medicina ocidental (FREIRE, 2008).

da unidade orgânica, como alicerçado pela antiga escola hipocrática e por todas as visões médicas do passado:

A história do espiritualismo na medicina ocidental passa a se confundir com a própria história da homeopatia, coadjuvado por outros subsídios ideológicos de natureza filosófica e religiosa, como a teosofia e o espiritismo, que continuam a fomentá-lo e propagá-lo, em meio à florescente cultura materialista em voga. E logo a seguir, receberia a importante contribuição da medicina antroposófica, também expressiva no Ocidente e que igualmente veicula valiosos conceitos médico-espiritualistas. Pouco afeita a esses movimentos, a medicina oriental, permaneceu fiel aos seus fundamentos vitalistas, norteadas por suas rígidas e antigas tradições. A medicina tradicional chinesa e a *ayurvédica*, suas principais representantes, chegaram, assim, ao palco dos dias atuais, praticamente incólumes, resguardadas da contagiante visão mecanicista ocidental. (...) a religiosidade humana, cerceada pela ciência, restringiu-se aos seus templos de pedra, e a razão científica assumiu definitivamente o comando da incansável busca humana pelo conhecimento (FREIRE, 2008, p. 25).

Dessa forma, “o Estado, fundado em bases racionais, vai assumindo o papel assegurador da unidade e coesão social que antes cabia às instituições religiosas” (LIBANEO, 2002, p. 124). À medida que essa revolução cultural investiu-se contra a intervenção da Igreja na condução do saber, a razão transpôs os domínios da fé, e a ciência se instalou como a nova orientadora da jornada humana, em busca das verdades que se escondem no âmago fenomênico do universo, inspirada pelas ideias iluministas e em oposição ao antigo fideísmo medieval (FREIRE, 2008).

Nesse contexto, a medicina científica consolidou-se como hegemônica, de forma que a doença deixa de ser concebida como forma de existência que invade o corpo, passando a ser percebida como decorrência de mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais baseadas na observação e na experimentação anatomopatológica. Genuinamente feminina<sup>6</sup>, a profissão de enfermeira, por sua vez, constituiu-se, na época, como um importante vetor de emancipação econômica e social da mulher, que adquiriu papel de destaque na organização administrativa do serviço de enfermagem e na manutenção do modelo biomédico para assistência de saúde.

---

<sup>6</sup> No contexto de reestruturação do trabalho hospitalar, a profissionalização dos trabalhadores de enfermagem iniciou-se na Inglaterra, em 1860, com Florence Nightingale. Precursora da enfermagem moderna, fundou uma escola na Inglaterra, junto ao Hospital St. Thomas, que se tornou modelo de formação para instituições similares em outros países, não só instituindo o ensino de enfermagem, mas também lançando as bases do trabalho profissional na área (ROSEN, 1994). A enfermagem moderna nasceu, portanto, dentro do espaço hospitalar, com a divisão técnica do trabalho: de um lado, as enfermeiras, provenientes das famílias de classe média e alta da sociedade, às quais eram destinadas às atividades de direção, supervisão e ensino ou trabalho intelectual; de outro, as auxiliares de enfermagem, de nível socioeconômico inferior, às quais eram destinados o serviço das enfermarias ou o trabalho manual. Em 1873, esse modelo nightingaleano de formação foi implantado nos Estados Unidos, onde, com o crescimento de hospitais e a incorporação maciça de auxiliares de enfermagem, de diferentes níveis de qualificações, organizou-se o trabalho técnico de enfermagem (SILVA, 2010).

Essa visão do processo saúde-doença centrada, unicamente, na ordem biológica em detrimento das dimensões sociais, culturais, psicológicas e espirituais, dimensões que exerceriam influências nas causas das doenças, vai constituir o modelo biomédico ou a biomedicina. Substituindo a imagem de Deus, esse modelo biomédico defendeu o direito de garantir a saúde, construindo a boa imagem do indivíduo.

Opera-se em relação à doença a mesma segregação aplicada a seus portadores, de modo que o fundamento do pensamento médico do século XX é o princípio cartesiano de que mente e o corpo, embora estejam ligados entre si, são entes essencialmente distintos. Para tal intento, o espaço geográfico hospitalar apresentou-se crucial para o estabelecimento da medicina moderna e da institucionalização de suas práticas.

A partir desse momento, a medicina afasta-se de seu empirismo e começa a construir o hospital científico moderno, articulando-se à sua função a necessidade de segregação dada pela Igreja ao indesejável social. Nessa concepção, o foco hospitalar deixa de ser o pobre moribundo e passa a ser a doença e as práticas relacionadas à cura: tudo que se passa no hospital é determinado pela doença. Sem o portador da doença, inexistente o sentido do hospital.

Constituindo-se um campo fecundo de experiências, o hospital moderno passa a ser local privilegiado para o ensino e para a pesquisa de diferentes disciplinas vinculadas à prática médica<sup>7</sup>. Sua missão, paulatinamente, transcende à de cuidar de doentes, assumindo a nova missão: a de incorporar tecnologias, no início, artesanal e, no século XX, industrialmente produzidas. Em contrapartida, somente na metade do século XX, "com a produção industrial de quimioterápicos e de equipamentos, adquire características e missões novas próprias do hospital contemporâneo" (RIBEIRO, 1993, p. 27).

A partir dessa visão, tratando de afastar todo o subjetivismo metafísico que ainda havia em suas escolas, as ciências médicas atraem para si o direito de traçar a nova situação do homem, sustentada tanto pelas revoluções científicas quanto pelas revoluções industriais e tecnológicas. O poder biomédico é consagrado como

o lugar da medicina na arquitetura das ciências humanas, mais do que qualquer outra, [estando] próxima da disposição antropológica que as fundamenta. Daí também seu prestígio nas formas concretas da existência: a saúde substitui a salvação (FOUCAULT, 1979, p. 228).

---

<sup>7</sup> Tardamente em relação às outras nações do continente, o ensino médico surgiu no Brasil somente no século XIX, mas os médicos brasileiros logo se organizaram, criando a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, depois Academia Imperial de Medicina. Por seu intermédio, a corporação médica influiu em todos os assuntos relacionados à saúde, o ensino e a regulamentação das práticas profissionais médicas, e mesmo sobre a organização social, aproximando-se do Estado em aliança sempre renovada, materializada na ocupação formal de espaços na burocracia regulatória (SILVA, 2010).

Essa nova dinâmica “hospitalocêntrica”, antes reservada à caridade, agora faz parte de uma nova prática de prestação de serviços e de assistência médica para constituir uma complexa estrutura médico-hospitalar, e desta para o atual complexo médico industrial mediada por mecanismos disciplinares: ações curativas centradas na especialização; rotinas; protocolos; tecnificação dos meios diagnósticos; terapia com fármacos. Em outras palavras, no domínio do corpo, através da medicalização, da tecnologia e na extinção da doença dos sujeitos. Por meio desses mecanismos disciplinares, forjou-se a submissão do corpo ao saber biomédico, transformando a disciplina em

um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo, que comporta todo um conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos; ela é uma física ou uma anatomia do poder, uma tecnologia (FOUCAULT, 1979, p. 177).

Numa visão antropológica, o mundo social e o cultural seriam caracterizados por uma tensão entre o universo doméstico e o institucional, sendo que a instituição, ou hospital, atua como uma força para controle de seus membros. Tal particularidade atribui ao hospital o que Goffman (2009) definiu como “instituição total”, em virtude de o enfermo viver as dimensões de sua vida dentro do ambiente hospitalar, em intimidade com os demais, e em separação do mundo exterior. Uma característica básica dessa espécie de instituição é controlar, através da organização burocrática de conjuntos de pessoas, diversas necessidades humanas.

Seguindo esse mesmo raciocínio, em decorrência de todo o processo de industrialização, a evolução tecnológica do antigo instrumental e das próprias práticas do trabalho médico passou a exigir estruturas progressivamente complexas. A demanda por novas intervenções na prática médica fez com que o processo de trabalho atribuído a um único profissional, o médico, fosse convertido em um campo de práticas, de caráter normatizante, intervindo no corpo doente de forma coletiva. Assim, duas práticas, até então independentes, encontram-se no mesmo espaço geográfico (o hospital) e no mesmo espaço (social) o doente, passando a interagir a medicina e a enfermagem.

Sob o auspício das ciências médicas, constituiu-se a enfermagem moderna desenvolvida no âmbito do sistema capitalista com objetivos de treinar, vigiar e controlar o ambiente físico e assumir, ao lado da medicina, a restauração das condições de saúde do corpo e a força dos trabalhadores. Sobre esse aspecto foucaultiano da enfermagem moderna, Merhy (2007) aponta que esse modelo vocacional nightingaleano, instituído na metade do século XIX, continha uma ênfase de dimensão moral e de caráter disciplinar.

Assim, o espaço físico do hospital e a enfermagem moderna tornam-se instrumentos de prestação de cuidados e difusão da ideologia da disciplina como requisito para a qualidade da assistência. Desde então, essa organização disciplinar orienta e legitima as relações construídas no âmbito hospitalar, tanto entre os sujeitos do cuidado profissional, de uma mesma categoria ou entre diferentes categorias profissionais, quanto entre estes e os pacientes-familiares. Segundo Foucault, (1979), os profissionais, como peça dessa engrenagem, precisam corresponder aos ideais de disciplina e produtividade no limite. O hospital constituiu-se como espaço disciplinar onde predominam relações de dominação-submissão e, de forma consciente ou não, opera como elemento de controle dos corpos das pessoas que ali atuam, classificando-as e hierarquizando-as.

Hodiernamente, a ciência e a tecnologia, aliadas ao modo de produção capitalista, aumentam a complexidade das estruturas organizacionais e a diversidade de funções, adquirindo características e novas missões próprias do hospital contemporâneo que exigem muita estruturação e planejamento. A partir desses ângulos, emerge uma organização complexa com uma configuração estrutural *sui generis* e uma rede de relações sociais cuja ordem é produzida e reproduzida pelas múltiplas estratégias dos profissionais e dos doentes (CARAPINHEIRO, 1998).

Ao longo da história, o hospital foi tornando-se elemento indispensável na sociedade e cada vez mais complexo: além de símbolo da tecnologia e poder social dos médicos, tornou-se sinônimo de recuperação da saúde e, ao mesmo tempo, local privilegiado para a morte. A racionalidade científica que se operou com o Renascimento ainda mantém, atualmente, dois traços estruturais: o primeiro é a concepção antropocêntrica da afirmação do homem como proprietário da natureza, da cisão entre a ordem divina e a ordem humana e entre esta e a ordem natural; o segundo é o experimentalismo, traço estrutural resultante dessa atitude pragmática antropocêntrica e crítica em relação ao saber constituído, por meio do método científico moderno. Essas foram as duas condições para tornar a natureza objeto da ciência e força produtiva (LUZ, 2006).

Outro fator destacado, pela autora, é a ruptura do próprio sujeito do conhecimento pela racionalidade moderna que será dividido em vários segmentos: razão, paixões, sentidos e vontade. Essa compartimentalização cria as condições históricas para tornar o homem, tal como a natureza, objeto da ciência, isto é, cria as condições históricas para naturalizá-lo, torná-lo passível de intervenção, de transformação, de modelação e de produção (LUZ, 2006).

Pode-se perceber que, embora tanto o significado da instituição hospitalar quanto a biomedicina, usando técnicas científicas, tenham avançado muito além dos encantamentos místicos e dos remédios dos curandeiros do passado, continuam curandeiros na maneira como tratam seus pacientes. Como resume Fonseca (2007), discorrer sobre as características das instituições hospitalares a partir de uma síntese histórico-evolutiva das concepções e da prática sobre a saúde e a doença, ao longo do tempo, é mero recurso de raciocínio.

Segundo a autora, observa-se que, desde a visão mágico-religiosa na Antiguidade (pré-hipocrática e hipocrática), passando pela cristã-religiosa na Idade Média, até o modelo biomédico contemporâneo, as ideias e personagens chave dessas quatro dimensões históricas que se interpenetram tendo como paradigma o poder sobre o corpo do doente.

Em todos esses paradigmas caracterizados, não há problema exclusivamente político, religioso, técnico ou financeiro, e assim por diante, mas uma relação de poder e dominação sobre o corpo do doente e a sua doença. Entre essas categorias há uma indissociabilidade no que se refere ao monopólio de tratamento reservado a uma única classe de profissional, ao incentivo à postura passiva e à imposição do fator disciplinar aos doentes (FONSECA, 2007).

Enfim, com base nessas considerações sociais e culturais, o tópico seguinte abordará o contexto histórico, político e social que envolveu e desencadeou o processo de criação e desenvolvimento do Hospital Federal Servidores do Estado (HFSE), marcado por vários aspectos: seu pioneirismo por estar, intimamente, atrelado ao nascimento da medicina e da enfermagem moderna; seu avanço tecnológico, com infraestrutura sofisticada; suas transformações tanto na funcionalidade quanto na estrutura física, desde sua fundação.

## 1.2 O HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO (HFSE)

Pertencente à rede pública federal, do Ministério da Saúde, o HFSE situa-se no Bairro Saúde, concebida como a primeira região administrativa da cidade do Rio de Janeiro e fundamental para estruturação da malha urbana bem como para a construção da identidade cultural e popular da cidade. A denominação do bairro deve-se ao nome da igreja local, Nossa Senhora da Saúde, construída em 1742, em virtude da forte influência do catolicismo da época, na região portuária.

Ocupando o quarteirão formado pelas ruas Sacadura Cabral, Rua Souza e Silva, além das avenidas Venezuela e Barão de Tefé, o HFSE compõe uma grande área construída: prédio principal, com doze andares e quatro anexos. Destoando-se do seu entorno, com caminhos sinuosos e ladeiras, escadinhas e escadarias, travessas e becos, adros e residências autênticas,

os quais guardam mais de 400 anos da história carioca, o imponente complexo hospitalar guarda, em sua estrutura arquitetônica, as marcas de uma instituição moderna, coerentes com a época de sua fundação, em 1947.

Compõem a primeira imagem de sua fachada principal uma escadaria em mármore preto e uma rampa à direita, levando a um imponente portal de ferro e vidro separado por colunas de granito vermelho, sempre aberto durante o dia, com a seguinte inscrição de autoria de Alcides Carneiro, Ministro da Saúde, em 1947, ano da fundação: “Este hospital nasceu da bondade dos que sentem e viverá da confiança dos que sofrem”.

Permitindo acesso à logística hospitalar, sobressai, como um cartão de visitas marcando as primeiras impressões do hospital, o saguão de entrada com os “os homens de preto” (guardiões uniformizados com terno e gravata pretos, camisa branca e dispositivo eletrônico de ouvido para se comunicarem entre si, em todos os setores do hospital), sempre atentos à circulação das pessoas, dos funcionários com seus respectivos crachás de identificação obrigatória e por quem procura informações.

Dividindo esse espaço encontra-se a sala de recepção, a de *telemarketing*, e a de hotelaria do hospital. Transpondo-se o saguão de entrada, identificando-se diante dos “homens de preto” ou pedindo informações, passando pela recepção, encontra-se o que se pode denominar simbolicamente como semióforo<sup>8</sup>: o limiar entre o mundo externo e o mundo do cotidiano institucional. Trata-se de um lugar de passagem, onde poucos se detêm e onde três escolhas são possíveis.

A primeira escolha é pegar um dos quatro elevadores que dão acesso aos doze andares do prédio principal e de seu espectro de atendimento de serviços assistenciais e internação<sup>9</sup> em todas as especialidades médicas, cirurgias de pequeno e grande porte, além de procedimentos de alta complexidade e tecnologia de ponta em várias áreas. Na segunda escolha, pode-se seguir em frente e circundar o pátio a partir do qual se tem acesso aos quatro

---

<sup>8</sup> O semióforo e sua utilização são compreendidos aqui como conceito teórico antropológico voltado para o simbólico, relacionado a aspectos históricos de identificação social com entes de natureza concreta ou não. O campo de exploração do semióforo por assim dizer são as tradições populares, os ritos e mitos; em termos gerais, é a própria criação dos costumes no interior de uma organização social, dando valores além-mundanos e elementos componentes e ao mesmo tempo característicos de suas culturas: “Um semióforo é fecundo porque dele não cessam de brotar efeitos de significação (CHAUÍ, 2005, p. 12)”.

<sup>9</sup> O HFSE dispõe de serviços assistenciais em todas as especialidades médicas, procedimentos de alta complexidade e tecnologia de ponta em várias áreas, além de cirurgias de grande porte. Em seu espectro de atendimento conta com 514 leitos de internação em funcionamento, Unidades Intensivas (Unidade Coronária, CTI neonatal, CTI pediátrico, CTI geral, CTI de pós-operatório de cirurgia cardíaca) e modalidades mais modernas de atenção como hospital-dia e atendimento domiciliar terapêutico.



anexos dos serviços ambulatoriais<sup>10</sup>. A terceira é tomar a esquerda, em direção aos serviços administrativos e à lanchonete de propriedade privada, ou tomar a direita, em direção ao restaurante, ao estacionamento no subsolo ou à capela, no pátio interno.

Cumprindo o que Turner (1991) denomina um tempo extraordinário que subverte e se contrapõe ao tempo cotidiano institucional, internamente há o pátio onde são promovidas cerimônias e festas. Ao tempo cotidiano do HFSE, definido por uma cadeia de rotinas (ou obrigações) com horários para pacientes, familiares e equipes de profissionais, contrapõem-se os intervalos. Um exemplo desses intervalos de tempo extraordinário é a montagem, por voluntários e alguns funcionários do hospital, no mês anterior ao Natal, de um grande presépio, dramatizando o nascimento de Jesus Cristo. Trata-se, portanto, da instauração de um tempo ritual próprio para a produção de um espaço de contingência e sociabilidade lúdica entre os funcionários, os pacientes (em condições de locomoção) e seus familiares que se propõem a apreciar a teatralidade<sup>11</sup> dos fenômenos religiosos.

O ritual proporciona ao fiel hospitalizado transcender sua existência, marcada pelo sofrimento, para um estado de bem-estar manifestado pelo sentimento de *communitas*, reafirmando o status de paciente independente. Ou seja, apesar da experiência marginal da doença, estabelecem-se momentos extraordinários que interrompem o fluxo normal do cotidiano institucional (TURNER, 1991).

Esse “afastamento da situação” consiste num ritual cujo significado se refere a aspectos da estrutura social mantenedora de uma tradição, cujas “cerimônias institucionais” reverberam no cotidiano dos sujeitos, por vias sensoriais, como um momento em que todos os participantes são tocados pelo misticismo (GOFFMAN, 2009).

Tal estrutura social caracteriza-se pela simultaneidade: ao mesmo tempo em que reafirma um ritual pautado nos valores religiosos e na experiência do sagrado, no ambiente de saber secularizado, hierarquizado e disciplinado do hospital contemporâneo, diminui, pela

---

<sup>10</sup> 186 salas de ambulatório, o Centro Cirúrgico Ambulatorial com nove salas, o Centro de Diagnóstico Ambulatorial, com 15 salas.

<sup>11</sup> A teatralidade aqui é empregada nos termos de Goffman (2009), que utilizou o teatro como um modelo dramático para compreender as formas de organização das interações face a face. Essas interações são organizadas por expectativas, confirmações, antecipações, promessas, configurando-se como situações dentro de um desenrolar de acontecimentos, partindo do contexto social ao redor do indivíduo, observando-se o *modus vivendi* que se instaura em torno dos papéis, cenas e cenários. Ao adotar uma metáfora dramática para entender como o indivíduo se situa, observam-se também as forças de configuração das situações sobre os indivíduos que os situam, em suas impressões e atuações. A teatralidade propõe formas de abordagem e interpretação do fenômeno interacional, tornando possível o acompanhamento de seu desenrolar e a organização dentro de um fluxo. Nessa exploração da temporalidade própria dos eventos em suas diferenças dramáticas, os acordos, os papéis envolvidos, a percepção, o envolvimento intersubjetivo, etc. são analisados por Goffman como parte da observação da teatralidade cotidiana sem tornar o cotidiano algo que não corresponda à realidade, necessariamente.

confluência entre os padrões sociais e culturais de um e outro, a porosidade entre as equipes de saúde e os pacientes, dando um caráter democrático à hospitalização.

Paralelamente, o próprio espaço escolhido para o ritual (pátio interno), ao impor limites de acesso ou de locomoção aos pacientes dependentes, internados nos CTIs ou nas enfermarias, cria uma “moldura simbólica”, discriminando ou estigmatizando o sujeito que está fora dessa moldura (GOFFMAN, 2009). Dessa forma, o sujeito é enquadrado numa compreensão microssociológica a partir da qual “um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade a outrem” (GOFFMAN, 2009, p. 13).

Esse ritual religioso, que poderia terminar no simples desmonte do presépio, encerra-se noutra ritual sagrado e formal: a “Missa de Natal” na capela, comumente realizada na semana anterior à festa natalina, com convite aberto a todos. Coadunando-se com o catolicismo tradicional, caracterizado pela devoção às imagens, a pequena capela, destaca-se pelos vitrais coloridos, retratando passagens da vida de Cristo, e pela imagem representativa do milagre da multiplicação dos pães e dos peixes, no altar, simbolizando a Eucaristia celebrada pela comunidade cristã. Essa imagem da multiplicação dos peixes, associada à frase lapidar de Alcides Carneiro (“Este hospital nasceu da bondade dos que sentem e viverá da confiança dos que sofrem”), no saguão do Hospital, confirma uma disposição de fraternidade e assistência aos necessitados.

Cabe ressaltar que, na época de construção do Hospital, no governo de Getúlio Vargas (1930 - 1945) e de sua inauguração, no governo de Eurico Gaspar Dutra (1946 - 1951), a capela contrariava o princípio da laicidade, uma das pedras basilares da república, servindo de motivos para estabelecer severas críticas vindas tanto da oposição política quanto de parte da sociedade, sobre a união entre a Igreja Católica e o Estado (ALMEIDA FILHO, 2004).

Essa união era bastante conhecida em ambos os governos: Getúlio Vargas e Eurico Gaspar Dutra. Com efeito, na solenidade de inauguração do HFSE, o Cardeal D. Jaime de Barros Câmara realizou uma missa em ação de graças na capela e, em seguida, com o Presidente e demais autoridades, inaugurou, no sétimo andar, a maternidade Carmela Dutra<sup>12</sup> (ALMEIDA FILHO, 2004).

Embora se configurando como um núcleo organizador de práticas, rituais, significados e personagens ordenadores do catolicismo exercido no Hospital, a capela foi transformando-se, ao longo do tempo, no último reduto da ordem ideológica entre Igreja e Estado na instituição. Com o processo de secularização da sociedade, atualmente essa disposição

---

<sup>12</sup> O nome da maternidade do Hospital justifica-se pela homenagem à memória da esposa de Gaspar Dutra, recém-falecida na época e conhecida por sua forte devoção ao catolicismo.

ideológica do catolicismo no Hospital pode ser descrita como “difusa” ou “que se sedimentou na cultura ocidental através de calendários, das festas, dos valores e da sensibilidade cristã construída historicamente, mas vividas como se fossem naturais” (STEIL, 2004, p. 15).

Em outras palavras, no espaço de culto – da capela para as enfermarias, CTIs e entre os demais setores da instituição – é demarcado pela perda do exclusivismo católico, dividindo com outras crenças e práticas religiosas (evangélica, pentecostal, espírita, umbanda, candomblé entre outras) o acesso à assistência religiosa aos enfermos e às famílias, no HFSE. Seguindo a rotina do hospital, que permite apenas dois representantes, as visitas ecumênicas diárias têm duração de trinta minutos, nas enfermarias, e de quinze, nos CTIs, mediante uma ficha cadastral, com a solicitação do paciente e ou responsável.

Por outro lado, embora a Igreja Católica paulatinamente tenha perdido sua hegemonia, ela manteve seu reconhecimento social, porém sem controlar as outras instituições. Um aspecto subjacente a essa concepção diz respeito à própria história do Hospital entre a Igreja Católica e o Estado: recuando-se no tempo, quando o Rio de Janeiro era capital federal, o início do século XX foi marcado pela política social de Getúlio Vargas, com um novo imaginário urbano à busca de uma cidade progressista e moderna, sendo objeto de um discurso higienista articulado a uma política moralizadora, quando as vivências e territórios dos pobres era tematizada como foco de criminalidade, prostituição e promiscuidade.

Durante o governo de Vargas<sup>13</sup>, em virtude do processo de industrialização e urbanização que inaugurou e pelos movimentos políticos que protagonizou, sucederam-se relevantes transformações econômicas e sociais, de forma que essa época tornou-se um marco referencial da modernidade no Brasil (SOUZA, 2000). A organização dos sindicatos, a criação de legislações sociais e o incremento de investimentos públicos fizeram do Estado um importante agente econômico dotado de um perfil centralizador e intervencionista, que definiu a organização dos homens e da sociedade como um todo (PEREIRA, 2003).

---

<sup>13</sup> Logo no início de seu primeiro mandato, tendo por objetivo centralizar e nacionalizar a política de saúde no país, Getúlio Vargas criou dois ministérios relacionados à área social: o Ministério da Educação e Saúde e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Para isso, organizou uma reforma administrativa nos serviços federais de saúde e propôs a criação de estruturas importantes, como o Fundo Nacional de Saúde, o Instituto Nacional de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde. Deu-se ênfase especial às ações de assistência à maternidade, à infância e à adolescência (SOUZA, 2000).

Havia no Estado Novo<sup>14</sup> uma “concepção de política social que concedia à saúde um papel crucial na constituição da identidade nacional, graças à ação do poder público na melhoria das condições sanitárias da população” (FONSECA, 2000).

Após a Segunda Guerra Mundial, o Estado elevou ativamente sua intervenção em prol do bem-estar social de sua população, usando como estratégia organizar “uma política social ampla que fornecesse, além dos benefícios pecuniários tradicionais, ações de saúde, higiene, educação, habitação, garantia de pleno emprego, redistribuição de renda, etc.” (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989, p. 178). Isso implicou o aumento dos gastos públicos com as áreas sociais, tornando a assistência médico-hospitalar cada vez mais importante.

As políticas de saúde ganharam destaque no projeto varguista, ao mesmo tempo em que acompanhou a tendência internacional secular da medicina ocidental, como já comentado anteriormente, com o fim da hegemonia da Igreja e com a emergência do modelo biomédico centrado no hospital. Nesse modelo,

a área da assistência médica é objeto de especial atenção (...) inaugurar hospitais e ambulatórios próprios (ao que parece, pela promoção que se dá a estes fatos) tornara-se agora uma atividade que, nas novas condições vigentes, passava a ser estratégica em termos de ganhos políticos e eleitorais (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989, p. 183).

Assim, uma série de ambulatórios e de hospitais passou a ser construída e inaugurada no país. A criação do HFSE acompanha, portanto, essa tendência modernista com a assinatura de um decreto pelo presidente Getúlio Vargas, destinando recursos para a sua construção, em maio de 1934, sob a denominação de Hospital dos Funcionários Públicos. Como o Rio de Janeiro era capital federal, era natural que sediasse os principais hospitais e seus institutos.

Com o objetivo de prestar assistência médica e previdenciária aos funcionários públicos, criou-se, em 1938, o IPASE, incorporando o Hospital dos Funcionários Públicos, que passou a ser denominado Hospital dos Servidores do Estado-HSE e atualmente Hospital Federal dos Servidores do Estado-HFSE-RJ (MORINIGO, 1997). Nesse sentido, desde a década de 1930, o governo de Getúlio Vargas já preconizava a criação de um hospital para os servidores civis nos padrões arquitetônicos modernos para a época.

---

<sup>14</sup> A burocracia centralizadora do Estado Novo criou serviços nacionais para cuidar de patologias específicas, como lepra, tuberculose, febre amarela, peste, malária e doenças mentais, as quais passaram a competir por recursos dentro do Ministério da Educação e Saúde (MES), construindo-se estruturas com missões definidas por tipo de afecção: colônias, sanatórios, hospitais e asilos. Paralelamente, havia outra estrutura para dar assistência médica aos trabalhadores formalmente empregados, com "carteira assinada", que constituíam parcela minoritária da população, essencialmente urbana e mediada por caixas e institutos de aposentadoria e pensões ligados ao Ministério do Trabalho, criados na década de 1920 e aperfeiçoados durante o governo de Getúlio Vargas (SOUZA, 2000).

Com efeito, antes mesmo de o HFSE ter sido fundado, já circulava no meio médico a notícia da construção de uma instituição altamente moderna e, embora seu projeto arquitetônico fosse comparado aos hospitais europeus, na prática foi instalada uma réplica de um hospital americano da Universidade John Hopkins, sendo matéria de grandes periódicos que enalteciam a grandiosidade do projeto. Além disso, havia a preocupação em constituir um quadro de pessoal altamente qualificado (DICKSTEIN, 2003).

Como se tratava de uma instituição que serviria aos funcionários públicos e familiares, a construção do HFSE gerou grande expectativa na população: o servidor público deixaria de ser “indigente” para se erguer como um usuário, com prerrogativas, direitos e deveres em relação ao seu futuro hospital. Este caracterizaria por uma nova prática médica hospitalar, atualizada, moderna e inovadora no campo da Previdência Social da época. Somando-se a isso, um órgão de assistência de melhor qualidade e, simultaneamente, um centro de ensino pós-graduado respeitável, com um núcleo de pesquisa médica. Desse modo, ele passou a ser considerado um hospital de grande porte não só pela sua edificação, mas, principalmente, pela sua tecnologia (PEREIRA, 2003).

Passando por problemas financeiros para a finalização das obras, o HFSE foi finalmente inaugurado em 28 de outubro de 1947, dia do funcionário público, e treze anos após o início de sua construção, tendo atendido às expectativas dos servidores e tornando-se uma referência de qualidade de tratamento igual para todos, desde serventes, passando por filhos de ministro, até presidentes da república, como José Linhares, Café Filho, Juscelino Kubitschek, João Goulart e João Baptista Figueiredo (DICKSTEIN, 2009).

O setor de Identificação e Registro do Hospital evidencia o perfil de atendimentos nos primeiros três anos de funcionamento: 40,90% de raça branca; 51,12% de solteiros; 87,90% de católicos. Embora, por determinação legal, o Hospital só atendesse a funcionários públicos, era estabelecida a hospitalização de outros pacientes, por interesse científico, quando o caso clínico era considerado relevante para o aprimoramento dos médicos e residentes (DICKSTEIN, 2009).

É importante destacar que, com o fim do Estado Novo, teve início o processo de redemocratização do país, época em que o Governo passou a estar mais atento às reivindicações sociais. Em 1946, o presidente Eurico Gaspar Dutra assumiu o compromisso de fortalecer a área social, principalmente em relação à assistência médico-hospitalar, o que se concretizou com a inauguração do HFSE, em 1947.

Aliado a esse quadro, o processo eleitoral que se iniciou desfavorável a Eurico Gaspar Dutra foi concluído com expressiva vitória, em 1946, após apoio do ex-presidente Getúlio Vargas, que não só representava o Estado na aliança com a Igreja, mas também exercia efetiva influência sobre grande parte da população brasileira.

Desse modo, no governo de Eurico Gaspar Dutra, o Estado, tirou proveito da forte relação com a Igreja e, enquanto a secularização da sociedade avançava, a laicidade do Estado estava engessada pelos objetivos de “lucros simbólicos” entre governo e Igreja (BOURDIEU, 2009). Certamente, essa e outras alianças foram decisivas para o pleno funcionamento do HFSE<sup>15</sup>, construído nos moldes modernos como forma de cumprir uma das metas do programa político do governo de Getúlio Vargas (1930-1945). Pode-se dizer, portanto, que no período compreendido entre 1931 e 1949, as alianças estabelecidas e o volume de capital social em jogo foram decisivos para a inauguração e para o pleno funcionamento do HFSE.

Durante muitos anos, devido ao elevado padrão dos conhecimentos técnico-científicos de seus profissionais e de suas equipes de médicos e de enfermeiros, o Hospital foi referência nacional no campo da assistência à saúde, ao ensino e à administração hospitalar, destacando-se como o primeiro da América Latina e sendo avaliado com “Padrão A” pelos cirurgiões norte-americanos (CARVALHO e LEITE, 1996).

Muitas foram as inovações introduzidas, ainda na década de 1940, segundo Vidal<sup>16</sup> (2013). A primeira delas foi o serviço de pediatria: abrigou a primeira residência<sup>17</sup> médico-hospitalar e criou o primeiro setor de neurologia pediátrica do país; implantou, em 1949, um ambulatório de higiene infantil, com o intuito de disseminar práticas preventivas em prol da saúde da criança; ofereceu, na maternidade, acolhida ao pai para aguardar o nascimento do filho, vê-lo diariamente no berçário e visitar a esposa<sup>18</sup>.

Outras inovações no HFSE quanto à área clínico-cirúrgica podem ser exemplificadas pelas inúmeras iniciativas: em 1964, foi realizado o primeiro transplante renal do país<sup>19</sup> e, em 1990, instituiu-se a Lista Única de candidatos receptores de rim de cadáver que,

---

<sup>15</sup> Na sua inauguração, em 1947, o Hospital tinha capacidade para 200.000 pessoas em diversas especialidades: 600 leitos; 555 funcionários, dos quais 70 médicos, 4 dentistas, 40 enfermeiros e 80 auxiliares de enfermagem. O restante do quadro era composto por auxiliares de serviços diversos que executavam atividades em setores diferenciados (refeitório, copa, rouparia, higienização, oficina, gráfica, almoxarifado, ambulância), técnicos de laboratório, radiologistas, patologistas e agentes administrativos que atuavam na sala de internação, na identificação, na ouvidoria e no setor de recursos humanos (MORÍNIGO, 1997).

<sup>16</sup> Em 1989, o médico Guilherme Vidal assumiu o cargo de chefe da pediatria do HFSE, onde ficou até aposentar-se, em 2005 (HFSE, 2013).

<sup>17</sup> Esse sistema de pós-graduação foi montado a partir do modelo da Universidade Americana de John Hopkins, tida como padrão de excelência médica na década de 1940 (VIDAL, 2013).

<sup>18</sup> Na época, nos demais hospitais públicos do país, as visitas só eram permitidas nas quintas-feiras e domingos.

<sup>19</sup> Sérgio Miranda, de 18 anos, recebeu o rim direito de uma criança de apenas nove meses com sucesso.

posteriormente, tornou-se lei federal para transplante de órgãos<sup>20</sup>; transplantes de córnea e de medula óssea; instalação do primeiro “rim artificial” da América do Sul (1970), iniciando-se os processos dialíticos; fez o primeiro transplante cardíaco do Estado em 1985; implantou o serviço de epidemiologia hospitalar (BITENCOURT, 2007).

Em contrapartida, a partir da década de 1970, uma sucessão de problemas acabou abalando o status do hospital. O contexto de rápida urbanização e de industrialização, deteriorando as condições de vida da população, somando-se à precariedade dos serviços médico-sociais dos órgãos federais e ao déficit na rede assistencial de saúde do Rio de Janeiro, gerando massiva procura por serviços médicos, impôs uma sobrecarga de demanda ao HFSE em virtude do seu alto padrão técnico-científico (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985).

Deve-se ressaltar que esse abalo já vinha sendo anunciado desde 1966, com a criação do INAMPS<sup>21</sup>, pelo governo militar, unificando o sistema de aposentadorias e pensões, de forma que os gastos com a assistência médica cresceram rapidamente, principalmente em 1974, quando o INPS passou a cobrir as despesas médicas de todos os tipos de trabalhadores, provocando considerável aumento da clientela de beneficiados<sup>22</sup> (MORINIGO, 2003).

A crescente especialização do modelo biomédico e a incorporação da alta tecnologia transformaram o Estado em grande comprador de serviços particulares de assistência médica, equipamentos hospitalares e medicamentos. Desse modo, enquanto os hospitais particulares equiparam-se com alta tecnologia, os hospitais públicos mantiveram-se estagnados e sucateados, de forma que a saúde passou a ser orientada, cada vez mais, pela questão financeira (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985).

Nesse momento de crise, com excesso de pacientes, exigindo consultas mais rápidas e em maior número, o HFSE teve prejudicado não só seu atendimento, mas também a própria formação médica, uma vez que as equipes já não tinham mais tempo para se reunir e discutir os casos clínicos, como acontecia nos seus primórdios. A partir de então, quando o HFSE deixou de ser um hospital dos servidores do Estado e dos servidores federais, para ser hospital do INAMPS, passando a atender acima de sua capacidade, apesar dos recursos e do conceito, começou sua decadência (MORINIGO, 2003).

---

<sup>20</sup>Lei 8.489, de 18 de novembro de 1992.

<sup>21</sup> O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado pelo regime militar em 1974, com o desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), hoje Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), pertencia ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social). Ele tinha a finalidade de prestar atendimento médico/dentário aos que contribuíam para a previdência social, ou seja, somente aos contribuintes e seus dependentes (BRASIL, 2012).

<sup>22</sup> O golpe militar de 1964 não alterou a política assistencialista da saúde, uma vez que esta era entendida como estratégia para aplacar as tensões sociais (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1980, e com a descentralização dos serviços de saúde para responsabilidade de cada esfera de governo, o HFSE passou por mudanças de gestão. De pertencente ao INAMPS, passou a ser subordinado à Secretaria de Saúde de Estado do Rio de Janeiro, o que dificultou os processos administrativos e assistenciais, gerando uma grave crise na Instituição.

Nos anos de 1990, passou pela pior crise desde sua inauguração: prejudicado por uma dívida milionária com fornecedores, ficou sem comida, remédios e material hospitalar, culminando tanto na sua interdição, pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), quanto pelo fechamento do ambulatório, da internação e da emergência, atendendo só aos casos de risco de morte (MORSCH, 2009).

Após três anos sob a gestão estadual e devido à grave crise assistencial decretada, em 1994, o HFSE voltou a ser responsabilidade do Governo Federal. Reintegrado nessa esfera, vem tentando reerguer-se, com o objetivo de atingir as metas propostas e de investir na qualidade do atendimento à saúde no Estado do Rio de Janeiro. A partir de 2005, passou a ser reconhecido como hospital de ensino, sendo credenciado pelo Ministério da Educação e, no ano de 2006, a criação do Centro de Pesquisa do HFSE possibilitou sua participação na rede de pesquisas do Ministério da Saúde (MORINIGO, 2003).

Assim, iniciou-se uma nova fase com quadro de reformas, reinaugurando os setores antes fechados, buscando novas tecnologias, como forma de recuperação dos tempos áureos do passado. É relevante citar que, no centro desse grande drama social, envolvendo o HFSE, encontra-se a pragmática da Instituição Hospitalar Moderna em virtude dos abalos sofridos pelo poder institucional:

O hospital, a eficiente oficina de órgãos, palco privilegiado de um modelo hegemônico, juntamente com a biomedicina cartesiana que o transformou, começa, a sofrer as discretas, mas significativas ranhuras ao paradigma que o sustenta (MELO 2009, p. 58).

Pode-se afirmar que o próprio HFSE é um exemplo que conforma essa crise paradigmática do complexo médico-hospitalar cujos alicerces são fortemente abalados, em virtude da insuficiência desse paradigma em atribuir juízo de valor aos problemas modernos da saúde humana e dos custos elevados que esse tipo de medicina acarreta, tornando-o incompatível com o ideal democratizante da oferta de serviços médicos, principalmente, em países em desenvolvimento, como o Brasil.



No livro *Hospital dos Servidores do Estado – Um Patrimônio de Saúde, Arquitetura e História* (2007), Bitencourt destaca a importância do HFSE para a sociedade no que ele representa de referência de mais moderno na medicina da época, de melhor e mais avançado hospital público da América Latina pelas suas inovações técnicas e administrativas<sup>23</sup>, e de reconhecimento por autoridades nacionais e estrangeiras que lhe conferiram o conceito “Classe A” no Sistema Internacional de Classificação de Hospitais.

Atualmente, distante do seu objetivo e de sua concepção inicial, que era atendimento aos servidores públicos, o HFSE segue com dois desafios: prestar assistência a todos os cidadãos provenientes do SUS e reafirmar-se como uma referência importante e singular na história da saúde e do Estado.

O próximo tópico abordará, nesse contexto histórico, político e sociocultural que envolveu e desencadeou o processo de criação e de desenvolvimento do HFSE, marcado por histórias de pioneirismo, coragem, erros, acertos, sobretudo, a trajetória do CETIP, que se confunde, em certa medida, com a história da própria medicina moderna: tecnológica e de infraestrutura sofisticada<sup>24</sup>, ele também passou pelas transformações sofridas nos hospitais, tanto em sua funcionalidade como em sua estrutura.

### 1.3 O CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIATRICO (CETIP)

O Centro de Tratamento Intensivo (CTI) foi criado para concentrar três componentes: pacientes em situação crítica ou limite, recursos tecnológicos mais caros e de última geração e profissionais altamente especializados. Esses requisitos contribuíam para oferecer assistência aos pacientes e para lidar com essa aparelhagem específica, centralizando em uma área hospitalar adequada todo o aparato de cuidado integral, ininterrupto e de alta complexidade (MENEZES, 2006).

---

<sup>23</sup> Inovações administrativas: pela primeira vez, criou-se uma sala de informações para o público que, além de dar notícias sobre os internados aos familiares, controlava o número de visitantes tanto para os apartamentos quanto para as enfermarias; as roupas de cama eram do mesmo padrão para todas as dependências, inclusive para o apartamento presidencial; criação do número de registro médico em prontuário único; criação da papeleta e pedido de parecer; criação dos serviços de informações – modelo atual de ouvidoria, destinado ao relacionamento com o público; centralização dos serviços auxiliares – como radiologia, laboratório de análises clínicas, anestesia, anatomia patológica, serviço social e nutrição e dietética; funcionamento do Centro de Estudos do HSE – com a publicação da Revista Médica do HFSE.

<sup>24</sup> Na época, o Hospital das Clínicas, da Universidade de São Paulo, e o Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, eram os dois únicos hospitais brasileiros que obedeciam a todos os requisitos de hospitais dos mais adiantados centros médicos do mundo, observando os mais modernos preceitos da organização hospitalar (LINS, 2005).

Trata-se de um dos princípios básicos da moderna terapia intensiva, estabelecido ao paciente crítico, há dois séculos pela enfermeira Florence Nightingale (1854), de que se tem registro na literatura. A enfermeira utilizava pequenas salas onde separava os pacientes mais graves, colocando-os numa condição que favorecia o cuidado por meio de uma observação contínua. A partir de 1953, na Dinamarca, o termo “sala de observação” foi utilizado pelo médico anestesista Bjorn Ibsen para descrever o espaço de permanência do paciente que, na época, correspondia às salas de recuperação anestésica, precursoras dos CTIs (SILVA, 2001).

Concomitantemente à grande expansão dos CTIs em todo o mundo, na década de 1960, o HFSE inaugurou o primeiro CTI adulto do país em 1965. Somando-se a isso, criou a primeira Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Cardiológica do Rio de Janeiro e a segunda do país, em 1967. Em 1972, criou o primeiro Centro de Terapia Intensivo Pediátrico (CETIP)<sup>25</sup> brasileiro (DICKSTEIN, 2009).

O CETIP do HFSE constitui o campo etnográfico desta dissertação. O ponto de partida para seu estudo é a sua diversificação, a descrição do espaço físico, o imperativo da tecnologia e a complexificação da equipe. Ele nasceu de um projeto coletivo e encampado por muitos profissionais (pediatras, enfermeiros, entre outros), os quais, apesar das inúmeras dificuldades que marcaram o início de sua conformação, conseguiram êxito no sentido de desenvolverem uma assistência diferenciada e complexa na instituição.

Morsch (2009), pediatra e mentor do projeto, resgata a história do surgimento do setor, informando as condições precárias de sua implantação: sem regime de plantão com equipe médica e de enfermagem especializada (três pediatras e residentes de pediatria), sem equipamentos essenciais como monitores de maior precisão, com dois leitos e duas cabines para isolamento. De acordo com a complexidade dos casos patológicos dos internados, os demais setores da pediatria e os profissionais da cirurgia pediátrica davam suporte, ainda que o quantitativo de enfermagem fosse mínimo, “mas sempre orientado pela querida enfermeira Vanaci Cardoso. Até hoje, lembranças de embates permanentes com a direção do hospital para sensibiliza-la a montar um CETIP mais estruturado estão presentes nas mentes dos seus precursores” (MORSCH, 2009, p. 42).

A partir de 1984, o CETIP adquiriu sua estrutura própria, com oito leitos pediátricos, para atender a crianças de alto risco, independentemente da faixa etária, transferidas dos diversos setores da pediatria do hospital, unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro e até

---

<sup>25</sup> Os primeiros CTIs neonatais datam do início da década de 1960, nos Estados Unidos, no Canadá e na França. Os primeiros CTIs pediátricos surgiram na Suécia (1955), na França (1961) e no Reino Unido (1964). Na América do Norte, as primeiras unidades pediátricas foram no Canadá (1960) e nos Estados Unidos (1967).

de outros municípios, tornando-se centro de referência estadual e nacional para pacientes pediátricos que necessitassem de tratamento intensivo (MORINIGO, 2009).

Em sua nova estrutura, passou a contar com modernos equipamentos de monitorização, ventiladores mecânicos, suporte nutricional e parenteral. Equipes de médicos e enfermeiros intensivistas foram formadas, sendo a maioria com profissionais recém-formados,

eram notáveis a grande integração e o espírito de equipe dos que ali iniciavam sua vida profissional. A partir de então, os pequenos pacientes, suas famílias e amigos puderam contar com uma terapia intensiva mais moderna e humanizada (MORSCH, 2009, p. 45).

Na década 1990, como já se afirmou, o HFSE foi afetado por uma considerável crise, sofrendo escassez de insumos básicos para assistência aos pacientes, protestos dos funcionários<sup>26</sup> do serviço de pediatria, de modo que foram fechados vários serviços, repercutindo nos principais meios de comunicação da época.

Mesmo com essa crise enfrentada pelo Hospital, inclusive com fechamento desses serviços, o CETIP, em anuência com a pediatria e tendo à frente o médico chefe Eduardo Morsch, não foi fechado, mantendo quatro leitos dos oito existentes, apesar da ausência de consenso interno. De acordo com Morinigo (2009), manter pacientes em estado grave, com necessidade de cuidados intensivos, configurou-se um desafio, demandando energia e perseverança de toda a equipe.

Depois dessa crise, o hospital passou por uma nova reestruturação, voltando a pertencer à esfera federal e, em maio de 1996, foi inaugurado um novo CETIP<sup>27</sup>, com a estrutura que se mantém até hoje: no 3º andar do prédio principal, o setor de terapia intensiva pediátrica; no *hall* central do mesmo andar, o acesso aos serviços de cardiologia, cirurgia cardíaca, UTI coronariana e aos de pediatria<sup>28</sup>. Para ter acesso ao CETIP<sup>29</sup>, atravessa-se o longo corredor da pediatria até o final, onde se encontra o *hall* de entrada, com uma grande porta de vidro blindado, com o seguinte aviso: “Entrada somente com permissão, anuncia-se”.

<sup>26</sup> Os profissionais usaram como denúncia uma tarja preta fixada nos uniformes.

<sup>27</sup> O CETIP foi inaugurado pelo então Ministro da Saúde Adib Jatene.

<sup>28</sup> O Serviço de Pediatria é dividido nos Setores de Alergia-Imunologia, Cardiopediatria, Dermatologia, Endocrinologia, Gastrenterologia, Infectologia, Nefrologia, Neuropediatria, Onco-Hematologia, Pediatria Geral, Pneumologia, Reumatologia, Psicossomática e Urodinâmica, sendo referência do hospital, quanto ao atendimento em oncologia. Dispõe dos seguintes ambulatorios: Puericultura, Seguimento (escolar e pré-escolar), Adolescente, Sala da Família (violência doméstica), Arte terapia recreação. Além dessas divisões, uma ampla área para reuniões, sessões clínicas e cursos, além de uma biblioteca. O atendimento à criança não se limita ao interior do hospital. Os médicos e a comunidade mantêm o Programa Reviver, Grupo de Apoio à Criança e ao Adolescente. O objetivo é dar assistência às famílias dos pacientes para que as crianças não voltem a repetir o quadro da doença por falta de recursos.

<sup>29</sup> Cabe ressaltar que, desde a época de sua inauguração (1972), até o ano de 1984, o CETIP funcionava com uma estrutura pertencente ao Serviço de Pediatria do HFSE, tendo, a partir dessa data, adquirido a estrutura própria que possui atualmente.

O corredor funciona como “sala de espera” e “socialização” para os familiares das crianças internadas em ambas as unidades, de modo que há sempre um familiar conversando com outro no corredor, sobre variados assuntos, com destaque para a criança internada, seu tratamento, assistência recebida e até reclamações. Segundo uma enfermeira da pediatria “o reboliço maior é quando uma criança é transferida para o CETIP, aí o corredor fica intransitável, cheio de curiosos”.

Após atravessar a porta de vidro – que considero uma “fronteira liminar” que retomarei mais adiante – encontra-se, antes de entrar no setor, uma antessala com uma pia, papel toalha, e um aviso aos visitantes e acompanhantes com instruções obrigatórias de retirar anéis, relógio e pulseiras, de usar capote, de lavar as mãos antes e após o contato com as crianças internadas. Geralmente, são abordados por algum membro da equipe de enfermagem que lhes orientam acerca da rotina, mostrando como deve ser feita a lavagem das mãos, além de oferecem aventais e os acompanham até o leito onde se encontra a criança. Aqueles que já conhecem a unidade têm livre acesso.

Os familiares recebem também um folheto elaborado pela equipe do setor com explicações sobre o funcionamento do CETIP, sobre cuidados a serem respeitados dentro da unidade, sobre aparelhagem, telefones do serviço, e equipe do setor. Nessa “fronteira liminar”, o primeiro contato com o CETIP está marcado pela apresentação de regras e normas a que os familiares precisam obedecer.

Nessa mesma antessala, há portas que dão acesso aos seguintes cômodos: copa, sala da chefia médica e sala da gerência<sup>30</sup> de enfermagem, que a divide com a secretária exclusiva do setor, responsável pelo serviço burocrático de segunda a sexta; um banheiro dos funcionários da unidade; um conforto da enfermagem e outro dos médicos; uma sala para lavagem de material contaminado e posteriormente encaminhado a CME<sup>31</sup> para o processo de descontaminação e esterilização; sala de equipamentos em desuso ou de reserva; sala de atendimento médicos para prescrição e conversa com os familiares sobre diagnóstico, evolução e prognóstico dos pacientes internados.

---

<sup>30</sup> Gerente de Enfermagem: diversas são as denominações para o enfermeiro que ocupa a posição de Chefia de setor, podendo também ser adotado: Enfermeira Chefe, Enfermeira Supervisora e Enfermeira Líder. Esta denominação varia conforme a Instituição ou conforme a literatura utilizada. Neste estudo, foi adotada a denominação Gerente de Enfermagem, por ser esta a utilizada na Instituição que serve de cenário para a pesquisa (MACHADO, 2008).

<sup>31</sup> Central de Material e Esterilização.

Há um posto de vidro, semelhante a um aquário, onde a enfermagem realiza a manipulação dos medicamentos, já que a enfermeira plantonista, responsável pela preparação dos medicamentos prescritos pelos médicos, necessita de concentração para manipular dosagens adequadas ao peso e à correta medicação para a criança certa, e para ter atenção às trocas e alterações das medicações frequentes ao longo do dia, bem como aos horários para cada medicação.

Prosseguindo-se pela antessala, chega-se ao “salão” do CETIP, o maior espaço do setor: em formato retangular, com oito leitos; na extremidade esquerda, com aparato necessário, uma saleta denominada “isolamento” com um leito<sup>32</sup>. Paralelos e com as cabeceiras próximas às paredes laterais, esses leitos estão na seguinte disposição: quatro leitos/boxes com as cabeceiras encostadas na parede e os pés voltados para o interior do salão; três leitos na mesma disposição, com um pequeno espaço de circulação entre eles; todos os box/leitos<sup>33</sup> ficam isolados e delimitados por uma cortina fixada no teto por trilhos, devendo estar todos conectados ao complexo sistema de rede de gases e de aparelhos eletrônicos.

Esses equipamentos apresentam um sistema de alarme sensível e capacidade de gerar, armazenar e fornecer, de forma contínua e simultânea, informações dos pacientes neles conectados, vinte quatro horas. Para enfrentamento de situações especiais, como no caso, de queda ou falta no fornecimento de energia elétrica, o setor também está estruturado com gerador próprio. O sistema de refrigeração é por meio de ar-condicionado central, mantendo o ambiente sob uma temperatura sempre mais fria para o bom funcionamento dos aparelhos.

Em todos os leitos, existe uma caixa lacrada, amarela, com um orifício na parte superior, com uma inscrição: “Coletor de Materiais Perfurantes”. Serve para descartar qualquer material, como agulhas, lâminas descartáveis, etc., que foram usadas e podem causar alguma lesão (cortes, perfurações, etc.), contaminação ou transmissão de material microbiológico e/ou químico. Os demais materiais utilizados são depositados em cestos de lixo abertos por meio de um pedal, para não contaminar as mãos.

---

<sup>32</sup> O isolamento é necessário quando a hospitalização da criança exige algum tipo especial de cuidado: infecção possível de transmissão; crianças imunodeprimidas.

<sup>33</sup> Os leitos são equipados com os seguintes materiais e aparelhos como: monitor multiparâmetros (monitorização cardíaca contínua de eletrocardiograma, monitorização arterial não invasiva, monitor de oxigênio transcutâneo ou oximetria de pulso, transdutor para pressão venosa central), ventilador pulmonar mecânico, nebulímetros, bombas de infusão, aspiradores a vácuo, termômetro, estetoscópio,ambu estéril com máscara facial, luvas de procedimentos, cateter de silicone para oxigênio, jogo de eletrodos, algodão, frasco com álcool, pacote de gazes e luvas estéreis.

As pias, ao lado das quais estão sabão antisséptico e papel toalha, são dotadas de torneiras próximas aos leitos, com dispositivos automáticos que permitem a interrupção do fluxo de água sem o uso das mãos. Junto a cada leito, há uma cadeira para acomodação do familiar, uma vez que o acompanhante pode permanecer ao lado da criança durante todo seu período de internação.

Em relação às condições de acomodação do familiar, no setor, o espaço físico é restrito: além do desconforto de uma cadeira, não apropriada para permanecer horas sentadas à beira do leito, soma-se ainda o incômodo de não ter um banheiro privativo, obrigando o acompanhante fazer uso do banheiro da enfermaria pediátrica. Seus pertences pessoais ficam em armários localizados no *hall* de entrada do Serviço de Pediatria, devendo-se solicitar a chave à “Guardete”<sup>34</sup>. A alimentação é oferecida pelo hospital, sendo realizada, no refeitório, em horários estipulados pelo Serviço de Nutrição.

Ao fundo do salão, há uma grande vidraça, possibilitando a entrada indireta de luz natural com vista para o jardim do hospital. Porém, boa parte da iluminação do ambiente é artificial de intensidade suficiente para o trabalho rotineiro da equipe, tais como dissecação de veias, intubações, punções venosas.

No CETIP, destaca-se um espaço físico determinante para ampliar o alcance do olhar do profissional: trata-se do posto de Enfermagem. Esse espaço, diante dos leitos, pela ampla visualização de todos os pacientes internados, possibilita a detecção imediata das mudanças de seu estado e o rápido atendimento. Uma grande bancada serve para a realização das prescrições, registros e evoluções do tratamento, e, cumprindo o que determina a evolução da enfermagem: registros periódicos avaliando o estado geral do paciente.

Além de um pequeno lavabo e de armários onde são acondicionados materiais para curativo, medicações de urgência e rotina, luvas estéreis e de procedimento, prontuários e demais impressos hospitalares, o posto de Enfermagem dispõe de terminais de computador com impressoras para que os prontuários sejam eletrônicos e possam ser impressos.

Próximo ao posto de enfermagem, há um móvel fixo sobre o qual dispõem-se materiais e equipamentos para atendimento nos casos de parada cardiorrespiratória (PCR): desfibrilador, monitor cardíaco, material para intubação orotraqueal e medicações necessárias

---

<sup>34</sup> “Guardete” faz referência à segurança, do sexo feminino, com seu uniforme preto e bege, que fica sempre sentada em uma mesa, controlando a entrada de todos no *hall* de cada setor do hospital.

para reanimação cardiorrespiratória. Nessa mesma área, encontra-se um aparelho utilizado para medir a gasometria arterial<sup>35</sup>.

Quando há necessidade de o paciente realizar exames fora do CETIP ou ser encaminhado ao centro cirúrgico ou até mesmo ser transferido para outro hospital, estando entubado sob ventilação mecânica, além de ser montada uma estrutura (ventilador mecânico portátil, monitor cardíaco, oxímetro de pulso), é mobilizada uma equipe (enfermeiro, médico e/ou residente, maqueiro) para seu transporte. Quanto às equipes, circula diariamente no setor os mais variados profissionais da saúde: médicos especialistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, docentes, residentes em pediatria, em terapia intensiva, em enfermagem, além de estagiários de cursos de graduação.

O funcionamento da unidade é de 24 horas por dia, e a dinâmica do trabalho está organizada, centralmente, no regime de plantão de 24 horas para cada turno (diurno e noturno). O trabalho na enfermagem é composto por uma equipe com formação diferenciada, com atribuições específicas e com atuação em diferentes graus de complexidade: os enfermeiros em nível universitário, e os auxiliares de enfermagem<sup>36</sup> em nível de segundo grau. Formada por efetivos, admitidos por concurso público, a equipe de enfermagem tem a seguinte constituição: somam-se 72 (35 enfermeiros e 37 auxiliares), sendo 42 distribuídos no período diurno e 30 no período noturno<sup>37</sup>.

A carga horária da equipe de enfermagem do setor é de 30 horas semanais. Enquanto os diaristas dividem-se apenas nos dias úteis, os demais membros da equipe cumprem escala de serviço em forma de plantão, com esquema de revezamento de 12 horas trabalhadas por 60 horas de descanso (12/60), sendo, então, 06 equipes: 03 para o serviço diurno e 03 para o serviço noturno. Cada equipe de enfermagem diurna conta com 06 enfermeiros plantonistas assistenciais, 04 auxiliares de enfermagem e 01 AOSD<sup>38</sup>. As equipes de enfermagem noturnas são compostas por 04 enfermeiros plantonistas assistenciais, 04 auxiliares de enfermagem.

---

<sup>35</sup> O aparelho de gasometria arterial verifica, por meio da coleta de uma amostra de sangue de uma artéria do paciente, a gravidade de problemas respiratórios, doenças pulmonares, cardíacas, renais, diabetes, infecções graves, sintomas de overdose de drogas. O teste pode medir o quão bem os pulmões e os rins do paciente estão trabalhando e como o corpo está usando energia.

<sup>36</sup> Cabe salientar que o Ministério da Saúde não comporta o cargo de técnico de enfermagem, e sim de auxiliar de enfermagem. Todavia no CETIP todos possuem o curso em nível de técnico de enfermagem e alguns possuem curso superior em enfermagem. Da mesma forma, há enfermeiros com curso em odontologia, medicina e acadêmico de medicina.

<sup>37</sup> A equipe utiliza uniforme estilo pijama, na cor azul, exclusivo do setor, de onde não é permitido sair trajando-o por risco de infecção cruzada.

<sup>38</sup> Auxiliar operacional de serviços diversos.

Na assistência, o plantão é composto de: três a quatro médicos plantonistas, dois residentes, quatro enfermeiros plantonistas, cinco técnicos de enfermagem e um fisioterapeuta. Esse quantitativo aumenta, se houver pacientes internados no setor com insuficiência renal aguda ou crônica, necessitando de diálise peritoneal ou hemodiálise. Tal procedimento é realizado por um enfermeiro exclusivo do serviço de nefrologia.

Por não serem exclusivos do setor e garantir uma assistência adequada às necessidades dos pacientes, é fundamental a articulação com outros serviços do hospital. Quando há demanda, é solicitada pela enfermagem ou pelos pediatras assistência do serviço social, da psicologia, da terapia ocupacional, do centro de imagem, do RX, do laboratório e demais especialidades médicas. A nutricionista passa, diariamente, pela manhã e pela tarde para avaliar e solicitar as dietas ao Serviço de Nutrição e Dietética, conforme o estado de cada criança internada.

Somando-se a essas equipes profissionais, nos setores de pediatria e terapia intensiva pediátrica, destacam-se os “Doutores da Alegria”. Trata-se de um grupo de atores que, rotineiramente, realizam visitas às crianças internadas, propondo brincadeiras e permitindo-lhe sentirem-se felizes e capazes de brincar, apesar da doença. Como se vestem de palhaços, são chamados no Hospital de “doutores besteirologistas”.

O setor recebe crianças de 29 dias a 18 anos incompletos. Quando ocorre a melhora do estado clínico, raramente a criança recebe alta diretamente para casa, sendo primeiramente encaminhada para a enfermaria pediátrica ou para a unidade de cirurgia pediátrica. Como o HFSE não disponibiliza atendimento de emergência, apenas ambulatorial, as crianças atendidas no CETIP são oriundas do seu centro cirúrgico, do seu Serviço de Pediatria (diversas especialidades médicas ambulatoriais), quando apresentam agravamento do quadro clínico.

Além desse atendimento interno, por meio de solicitação de vaga de leito, através da central de regulação do Estado do Rio de Janeiro, o HFSE atende às crianças provenientes da urgência e emergência das UPAs (Unidade de Pronto Atendimento) e dos hospitais que não dispõem de CTI pediátrico.

São consideradas passíveis de internação no setor as crianças que apresentam os seguintes quadros: monitorização clínica e tecnológica frequente ou contínua; infusão de drogas vasoativas, com falência de um ou mais sistemas orgânicos; estados terminais ou de mau prognóstico (críticas, instáveis, cujas condições prévias básicas ou agravantes).



Indicativo de seu caráter abrangente de qualidade assistencial, estruturalmente, o CETIP congrega uma equipe multiprofissional completa, ao contrário da maioria dos CTIs pediátricos de hospitais públicos e privados do país. Essa qualificada e ampla equipe direciona sua assistência a, no máximo, oito crianças em estado crítico.

Com uma estrutura organizacional completa quanto aos profissionais, com estrutura, divisão de trabalho, metas, hierarquia e normas reguladoras, o CETIP proporciona uma prática profissional voltada, exclusivamente, para a eficácia do atendimento ao paciente e para o exercício de atividades cada vez mais complexas.

Este tópico caracterizou o CETIP, apresentando seu ambiente físico, o perfil das crianças com necessidades de internação bem como a estrutura do corpo profissional que constitui e dá suporte ao trabalho desenvolvido no setor. Com intuito de melhor compreender a dinâmica de trabalho nele desenvolvida, no próximo capítulo será descrito o trabalho de campo com seus atores sociais.

## 2 OS IMPONDERÁVEIS DA ETNOGRAFIA NO CETIP: RITO, MITO E CRENÇAS RELIGIOSAS

Neste capítulo, será apresentado o trabalho de campo desta pesquisa: o CETIP. Como a internação da criança repercute no seio familiar, simbolizando sua mudança física e social, abordagem desse assunto será feita com uma analogia a um ritual. A esse momento, concomitantemente, ocorrem os mecanismos de reestruturação e adaptação da família por três processos: natural, por deixar de viver sua vida social e cotidiana; cultural, por manter vivas suas crenças, principalmente a religiosa; e sobrenatural, por creditar a cura na fé em Deus.

### 2.1 A LÓGICA DO VIVIDO E SUA DINÂMICA ORGÂNICA: O TRABALHO DE CAMPO

O cenário descrito anteriormente tem sido palco de experiências e situações que fazem parte da minha história profissional, pessoal e coletiva, há mais de sete anos no HFSE. Antes de relatar formalmente a pesquisa, penso ser oportuno refletir sobre dois aspectos: minha dupla condição – a de enfermeira e a de pesquisadora; os desafios epistemológicos e ontológicos para realizar uma etnografia num setor hospitalar específico – o CETIP.

Afinal, sou uma enfermeira, realizando uma pesquisa antropológica, ou melhor, socioantropológica, em uma unidade definida pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco, que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados” (BRASIL, 1998, p. 2).

O fato de eu estar fazendo uma pesquisa socioantropológica, no âmbito das Ciências da Religião, imbricando religiosidade e ciência, provocou certo estranhamento em alguns profissionais do setor e em algumas chefias do hospital onde sou enfermeira intensivista. Os comentários de uma das profissionais causaram-me surpresa: “Religiosidade em um CTI pediátrico? O que isso tem a ver com cuidado? Aqui a maioria das crianças fica sedada e entubada. O que a gente vê é os familiares trazendo esses santinhos e dependurando nos leitos delas! A comissão de infecção não pode nem ver!”<sup>39</sup>. Da mesma forma o comentário de outro profissional: “Acho que você não vai conseguir a liberação no Centro de Estudos do Hospital, pois seu mestrado é em Ciências da Religião!”.

---

<sup>39</sup> As falas das entrevistas serão transcritas obedecendo-se aos registros de linguagem coloquial, sem interferência de correção gramatical.

Esses comentários suscitaram-me a necessidade de redimensionar as certezas, incorporadas durante minha formação profissional, centradas na biomedicina (predominante no diagnóstico de doenças) cujos princípios metateóricos baseiam-se na orientação científica do século XVII, numa visão mecanicista e reducionista do homem e da natureza<sup>40</sup>. De acordo com o modelo biomédico, a saúde constitui a ausência de doença, dor, ou defeito, o que torna a condição humana normal “saudável”. O foco do modelo sobre os processos físicos, tais como a patologia, a bioquímica e a fisiologia de uma doença, não leva em conta o papel dos fatores sociais, culturais ou a subjetividade individual (MARTINS, 2003).

Tais comentários suscitaram-me ainda a necessidade de desconstruir a ideia de que as relações no CETIP são realidades dicotômicas, ou seja, de um lado, o objetivismo científico, de outro, o subjetivismo religioso. Em outras palavras, “o acordo imediato entre a lógica de um campo e as disposições que suscita e supõe faz com que tudo o que possa encerrar de arbitrário tenda a mascarar-se com as aparências exteriores da evidência intemporal e universal” (BOURDIEU, 1992, p. 260).

Nessa perspectiva, o estranhamento diante da temática proposta situa a pesquisadora diante dos dilemas em torno das controvérsias quanto à objetividade do conhecimento nas ciências da saúde, sobre a qual Pais (2003, p. 45) acredita ser relativa:

O que é conhecimento objetivo? Aquele que se produz a propósito de realidades objetivas? E estas o que são? A ‘objetiva’ de uma máquina fotográfica nunca é objetiva; corresponde sempre a um ponto de vista. A contemplação do mundo já é a transformação do objeto. O conhecimento corresponde sempre a um processo de transfiguração, transformação, metamorfose. [...] o conhecimento produz-se sempre por uma multiplicidade de vias. Saibamos, então, explorar as vias nobres do desvio. Em que sentido? No sentido de exaltar os desvios em relação aos trilhos que nos encurralam a imaginação [...]. Por que não cultivar o anarquismo do olhar? São nas brechas do saber consolidado que se dão as possibilidades criativas, de desvio.

A biomedicina é alicerçada numa fratura ontológica do homem, e a imagem que ela faz do corpo humano provém das representações anatômicas obtidas desses corpos sem vida, em que o homem não está presente (LE BRETON, 2010). Durante o processo de formação acadêmica, a biomedicina produz “três grandes consequências na formação dos profissionais de saúde na cultura ocidental moderna: a racionalização e o afastamento do sensível, a

---

<sup>40</sup> Essa visão científicista e reducionista do homem surgiu quando filósofos como Galileu, Descartes, Newton, Bacon, entre outros, conceberam a realidade do mundo como uma máquina.

fragmentação dos domínios e a universalização dos saberes, a interiorização e psicologização dos sujeitos” (DUARTE, 1987).

O conflito decorrente dessa dialética vai produzir uma “tensão estruturante” nas instituições de saúde e nas relações de cuidado, quer seja no confronto dos profissionais com a totalidade dos pacientes (e com os familiares), quer seja com a vida diretamente experimentada nos seus limites (a mutilação, a dor, a morte), quer seja com a sensibilidade negociada em cada gesto, olhar ou palavra. Tudo isso aponta para a face dolorosa e vivencial da tensão entre o saber e o sentir da biomedicina (BONET, 2004).

Não se pode negar ou deixar de admitir que a dualidade enunciada por esses autores encontre ressonância no estranhamento descrito em relação à temática no CETIP. Essa dualidade entre razão e sensibilidade, ou seja, entre o saber e o sentir, no universo da enfermagem em terapia intensiva produz uma “tensão estruturante” no processo de cuidar. Ao se deparar com a diferença vivenciada entre o “científico racional”, ensinado na faculdade, e o “humano-passional”, a florado na práxis do cotidiano, o enfermeiro, para manter e fazer valer uma vida, em meio à ordem e à desordem criada pela doença, coloca-se em uma posição dual entre o que deve saber e o que sente ao fazer.

Em razão desse processo hegemônico de formação dos enfermeiros, “o saber e o sentir são manifestações da tensão estruturante que os sustentam no qual se formam e do qual muitas vezes padecem” (BONET, 2004). Ainda a esse respeito, a ciência da saúde construiu-se a partir dos aspectos racionais e objetivos do iluminismo, cuja função seria desvendar as regularidades e afirmações unívocas com relação ao universo. Tal pensamento, ainda presente em grande parte das pesquisas em saúde, embasa-se em critérios passíveis de quantificação, de forma que tudo o que escapa a essas generalizações são particularidades e não participam do processo analítico da ciência.

Ademais, visivelmente entre os pesquisadores da área de saúde, acredito que aqui possa situar uma crítica de Geertz (1989) à avidez por coerência nas descrições e interpretações, uma vez que essa avidez pode comprometer a qualidade da análise dos sistemas culturais. Deve-se ressaltar que, embora o autor critique essa posição, ele não a desconsidera por completo porque, para ele, os sistemas culturais necessitam de um grau mínimo de coerência, do contrário não se chamariam sistemas, e, através da observação, verifica-se muito mais do que isso.

Em um estudo etnográfico, a coerência não pode ser seu principal teste de validade, pelo contrário, nada contribuiu mais para desacreditar a análise cultural do que a construção de representações impecáveis de ordem formal, em cuja existência verdadeira praticamente ninguém pode acreditar. A força de nossas interpretações não pode repousar como acontece, atualmente, com tanta frequência na rigidez com que elas se mantêm ou na segurança com que são argumentadas (GEERTZ, 1989).

Não se trata, aqui, de desvalorizar as técnicas, nem de hierarquizá-las quanto à sua qualidade, mas, ao atentar para esses fatores, o pesquisador estará de acordo com as premissas básicas da etnografia. Nessa perspectiva, estudos antropológicos e sociológicos concebem a saúde e a doença como processos psicobiológicos e socioculturais, a partir dos quais a doença não é percebida como um processo restrito ao biológico/corporal, mas como resultado do contexto cultural e da experiência subjetiva de aflição do homem, diferentemente da visão dicotômica presente no modelo biomédico.

Sendo pública e focada no sujeito, a cultura é compreendida como um sistema de símbolos que fornece um modelo de e para a realidade. A religiosidade, como parte da cultura, permite ao sujeito dar sentido à experiência da doença e à esperança para vencer a aflição (GEERTZ, 1989).

A postura moral esperada de uma pesquisa socioantropológica, no âmbito das Ciências da Religião, consiste em ir além e assumir que, entre os elementos humanos que compõem o sistema de relações, não há nenhuma diferença substancial, apesar das distinções no *modus vivendi* de cada um. Não se deve presumir, portanto, que esses sujeitos devam ser identificados como parte de uma única cultura compartilhada com os consequentes deveres morais que disso procedem. Pelo contrário, deve-se admitir “que é a mesma mente, com a mesma lógica, as mesmas categorias, os mesmos requisitos de ordem e rigor, operando na construção de sistemas de parentesco, na classificação das espécies naturais, na organização das narrativas míticas e nas mais elaboradas formas de nossas ciências” (HENAFF, APUD MARTINS, 2003).

O cenário do CETIP, objeto deste estudo, constitui um modelo simbólico de uma grande família possuidora de sentido e inteligibilidade. Cada elemento dessa família ocupa uma posição determinada dentro de um sistema abstrato de relações, de modo que, como membro desse sistema, cada um adquire sua identidade. Não se trata de explicar essas relações como produto de processos evolutivos ou adaptativos característicos de uma ciência

positivista<sup>41</sup>, a qual, pela incursão modernizadora da cultura ocidental, dissolve as dessemelhanças e padroniza as demais formas do cotidiano social e seus desdobramentos.

Efetivamente, este estudo engendra a interpretação da ciência do homem ajustada à investigação empírica e à condensação interpretativa, numa leitura pós-estruturalista desse ambiente institucional, definindo o trabalho do etnógrafo. A interação entre as famílias, a criança, a enfermagem e os demais profissionais, no ambiente da terapia intensiva, é o elemento central da apreensão e exteriorização de um universo significativo constituído por visões de mundo, de estilos de vida e de suas trajetórias socioculturais. Na medida em que esses sujeitos (famílias, criança, enfermagem e demais profissionais) estão inseridos em um espaço cultural, historicamente demarcado pela ideia de sofrimento e morte, o CETIP torna-se uma moldura interpretativa de um campo de possibilidades onde é evocada a “dimensão vivida da cultura dos símbolos, das crenças, das regras e dos códigos que supostamente regem os comportamentos” (GOFFMAN, 2009).

Aparentemente banal, a etnografia do cotidiano incita a buscar na rotina o estranhamento daquilo que nos parece natural, ou seja, elementos que permitam construir um inventário que, a partir do esforço da pesquisadora, possibilita um recorte, por vezes, inusitado da realidade orgânica e plural. Consiste basicamente em estabelecer relações, selecionar informantes e, conforme Geertz (1989), tentar salvar “o dito” e, mais que isso, o não dito nas interações sociais pesquisáveis.

Em contrapartida, devido à minha inexperiência com a pesquisa etnográfica, o trabalho de campo executado foi vivenciado com certa dificuldade para compreender o mundo pelo olhar dos próprios atores sociais e acrescentar às práticas tradicionais positivistas uma perspectiva holística da realidade social vivenciada no setor da terapia intensiva.

Mais que isso, foi o desafio de abrir-me à fluidez da vida cotidiana, à apreensão, à descrição do dinamismo das relações e das construções sociais de um grupo para, além disso, desconstruir representações consolidadas em um período de formação profissional que me “persegue”. Soma-se a isso o dilema de selecionar esses pontos e concretizá-los em forma de uma descrição densa, distanciando-me do método, que já havia sido desenhado, delimitado e circunscrito, para adaptá-lo ao cotidiano da pesquisa tanto em meio à realidade social encontrada quanto à infinidade de aspectos importantes e inerentes à temática proposta.

---

<sup>41</sup> Restringindo o conhecimento à ciência, utilizando do método científico, para opor-se à metafísica não como falsa, mas como destituída de significado (VASCONCELOS, 2006).

Por outro lado, devo admitir a incompletude dessa interpretação subjetiva, não fugindo à regra da subjetividade das interpretações, por não ter conseguido saturar as diversas faces do cenário etnográfico pesquisado. Ainda que meus primeiros contatos com esse método de pesquisa tenha sido marcado por ansiedade, inexperiência e desafios, à medida que a pesquisa avançava, essas sensações cederam lugar à percepção de um saber sempre inacabado, refazendo-se, recomeçando, enfim, à compreensão da extrema importância desse fato como para a autenticidade do meu estudo.

Do ponto de vista epistemológico, todo conhecimento subjetivo tem incomum a preeminência do autor sobre a veracidade do objeto pesquisado, ou seja, enuncia-se exatamente o conhecimento elaborado em relação ao sujeito pesquisado. Por isso mesmo, não é atribuída tanta importância à metodologia no modelo de conhecimento subjetivista. Não é a metodologia, e sim as condições do sujeito, que vão possibilitar a obtenção do conhecimento. Por conseguinte, a produção do conhecimento subjetivo é sempre única. Outro sujeito pesquisando os mesmos objetos em condições semelhantes poderá obter outras respostas. Não há detalhamento rígido a ser seguido para obtenção dos mesmos objetos (GEERTZ, 1989).

Nesse caso, se todo trabalho de pesquisa é, de certo modo, original, todo conhecimento é subjetivo quando o suporte é o sujeito que se deseja conhecer. Isso ocorre, segundo Goffman (2009), porque o pesquisador nunca terá acesso ao que se passa na mente dos atores pesquisados. Apesar disso, para este autor, existem duas possibilidades: ou os atores (pesquisador e pesquisado) regulam a impressão transmitida e emitida ao interlocutor intencionalmente e de forma reflexiva, ou não intencional e tácita (GOFFMAN, 2009).

Outra circunstância desafiante diz respeito a minha dupla condição de pertencer ao cenário de estudo, o qual poderia comprometer meu estranhamento antropológico. Uma das mais tradicionais premissas das ciências sociais é a necessidade de uma distância mínima que garanta ao pesquisador condições de objetividade em seu trabalho. O estranhar o outro fornece subsídios para o pesquisador aventurar-se a ler a dinamicidade implícita nos significados das ações dos demais com os quais interage.

Num primeiro momento, argumento que o ato de olhar e refletir sobre minhas experiências no cotidiano, incorporando uma interpretação pós-estruturalista, fomenta algumas questões de pesquisa que acontecem aqui, neste lugar, e não em outras culturas. Não há uma dicotomia entre “nós /eles”. Para encontrar meu objeto de pesquisa e explorá-lo, não precisei ir a culturas distantes, conforme o clássico ofício do etnólogo.

Além disso, como nativa, não considero que tenha acesso a um modo de ver mais completo, privilegiado ou verdadeiro e capaz de permitir minha aproximação do objeto de pesquisa, tal qual de fato é, concretamente, ou em sua essência. Isso não significa que a pesquisadora não deva questionar ou relativizar seu próprio sistema de referência.

Cogito, sim, que tenha incorporado a pertinência de incidir, questionar todo e qualquer desenho de realidade e seus possíveis desdobramentos em relação aos atores com os quais contraceno, permitindo lidar com a complexidade da categoria “distância” relacionada ao movimento contemporâneo da Antropologia que é voltada para estudar nossa própria sociedade e segundo a qual “não há nenhuma exigência quanto ao distanciamento de sua própria cultura, de uma recusa de si mesmo para aceitar o outro” (LEVI-STRAUSS, 2003, p. 48). Foi exatamente esse estranhamento do olhar antropológico que se consubstanciou na configuração desta dissertação de mestrado.

Nesse sentido, “vestir a capa de etnólogo é aprender a realizar uma dupla tarefa que pode ser contida nas seguintes fórmulas: transformar o exótico no familiar e/ou transformar o familiar em exótico”. Enquanto a primeira transformação corresponderia ao clássico ofício do etnólogo, a segunda estaria mais relacionada ao movimento contemporâneo da Antropologia, que estuda nossa própria sociedade e diz respeito ao estudo em questão e a pesquisadora. Ou seja, “a segunda transformação conduz igualmente a um encontro com o outro, um estranhamento” (DAMATA, 2000, p. 28-9).

Como foi explicitado, já trazia conhecimento prévio do campo de estudo bem como de sua dinâmica. Esse foi o principal ponto facilitador para a efetivação da observação e para a coleta dos dados. Outro ponto foi abertura e acolhida da gerente de enfermagem e demais enfermeiros ao trabalho, sendo todos foram receptivos a participar do estudo.

Além disso, um aspecto que despertava a inquietação dos profissionais era a minha diferente maneira de pesquisar, ecoando como abstrato, uma vez que não estava materializado ou nítido o objeto de pesquisa, além de não haver instrumentos ou escalas para preencher. Em meio a uma discussão sobre o método, e não sobre o objeto de estudo, uma das enfermeiras, de forma espontânea, resumiu: “coletar dados sobre patologias ou sintomas é bem mais simples” (Nota de Campo).



No primeiro mês de trabalho de campo, sempre houve conversa sobre esse aspecto. Com o tempo, percebi que acabei lançando luz a aspectos mais amplos e integrativos do ser humano sob os cuidados da equipe de profissionais do setor, mas que escapam ao trabalho prescrito, indo além dos preceitos da estrutura organizacional do CETIP, como, por exemplo, o interesse pelas Ciências da Religião e seus preceitos.

Se, por um lado, ser do campo permitiu-me total imersão no mesmo, por outro, hesitava entre familiar e exótica. Enquanto, em muitos momentos, estar no campo significava muito mais que a coleta de dados de uma pesquisa, sendo também minha volta<sup>42</sup> a um ambiente onde gosto de estar e atuar com colegas de profissão, em outros momentos, sentia-me estranha, distante daquele universo, aprendendo com um ambiente novo sob uma visão diferente: a socioantropológica. Nesse sentido fui objeto de pesquisa de mim mesma.

Essa perspectiva de abordagem tornou-se muito significativa para mim, à medida que diferentes formas de aproximações foram ocorrendo, durante a observação de campo e com as entrevistas, relacionadas com o tema religiosidade no CETIP. Durante as entrevistas, percebi que, ao mesmo tempo em que o entrevistado me ajudava, o “diálogo” servia-lhe também para refletir sobre o singular valor de sua história. Ocorreu um fato interessante entre um familiar e a pesquisadora, durante a entrevista, que se aproximou do que foi definido como “anthropological blues” por DaMata (2000).

Realmente, supõe-se ocorrer um período de adaptação do familiar, ao novo ambiente e à nova rotina. A própria literatura menciona dados enfocando o quanto a família compreende melhor as orientações e explicações fornecidas após quarenta e oito horas de internação de seu ente (EINLOFT ET AL, 1996). Tratava-se de uma avó cuja neta, de dois anos, estava em estado grave há dois meses, no CETIP. Necessitando ser escutada e não entrevistada, a avó queria falar sobre sua história de vida, sobre a neta, a família, enfim, queria desabafar, de forma que fiquei constrangida de continuar a entrevista e prossegui ouvindo-a.

A partir do momento em que entendemos a percepção do outro, entendemos melhor a nossa percepção: “Trata-se de incorporar no campo, mesmo de rotinas oficiais já legitimadas, como parte do treinamento do antropólogo aqueles aspectos extraordinários, sempre prontos a emergir em todo relacionamento humano” (DAMATA, 2000, p. 27).

Nessas interações do cotidiano investigativo, trazido à tona, é produzido o aspecto inimaginável dos relacionamentos humanos, ora fornecendo subsídios para o pesquisador aventurar-se a ler a dinamicidade implícita nos significados das ações dos demais com os

---

<sup>42</sup> Corresponde ao período de licença concedida para a realização do mestrado no PPCIR (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião).

quais interage, ora evidenciando o contexto social e cultural tanto dos atores envolvidos, quanto da complexidade de acontecimentos e interações de diversas naturezas no universo de um CTI pediátrico: objetivações, subjetivações, inter-subjetivações e significações.

Apesar disso, durante a prática no campo, observei e vivenciei exatamente o contrário em relação à mãe que acompanhava a filha internada com diagnóstico de pneumonia grave, há quinze dias no setor.

A criança, de três meses de idade, era portadora de Síndrome de Down<sup>43</sup> e havia sido extubada<sup>44</sup> há doze horas. Durante a observação, percebi a devoção da mãe pela imagem de Nossa Senhora no leito da criança. No momento em que fiz o convite para participar da pesquisa, a mãe, com os olhos cheios de lágrimas, respondeu-me que gostaria de participar, mas, naquele momento, queria ficar ao lado de seu bebê, pois “não esperava a hora de a médica autorizar para poder pegá-la e abraçá-la”. Foi preciso que eu saísse de cena e aguardasse o momento certo.

Ao retornar no dia seguinte, para continuar o trabalho de campo, e deparar-me com o leito da criança vazio, deduzi sua alta para a enfermaria pediátrica<sup>45</sup>. A surpresa maior foi quando uma técnica de enfermagem me abordou dizendo: “*Sabe aquela criança do leito cinco, da síndrome de Down? Teve alta celestial! Não aguentou e parou. Fizemos de tudo e nada. Não voltou!*”. Nesse momento, fiquei interrogando-me: “*Será que aquela mãe conseguiu pegar e abraçar sua filha? Será que a médica proporcionou esse momento, ou melhor, autorizou? Será que sua melhora, antes de partir, foi para realizar o desejo da mãe?*”. Enfim, carreguei essas incógnitas, cujas respostas ainda não obtive.

Além dessa resposta não obtida (e certamente nunca a terei), devo ressaltar o uso do termo “alta celestial”, muito comum em centros de terapia intensiva, inclusive no CETIP, quando o paciente vai a óbito. Trata-se de um eufemismo carregado de simbologia religiosa, dentro de um ambiente científico e tecnológico. Nesse ambiente limiar, como forma de amenizar o trágico da morte, vale-se de uma expressão eufemística religiosa. Enfim, o humano, o tecnológico e o científico rendendo-se à supremacia do sagrado.

---

<sup>43</sup> Síndrome de Down ou Trissomia do 21 é um [distúrbio genético](#) causado pela presença de um [cromossomo 21](#) extra, total ou parcialmente (EINLOFT et al., 1996).

<sup>44</sup> Extubação é a retirada da via aérea artificial da ventilação mecânica.

<sup>45</sup> Faz parte da rotina do setor: após 24 horas de extubada, se a criança estiver respirando bem, em ar ambiente, fora do ventilador mecânico, estando à doença controlada e fora de risco iminente de morte, é transferida para a enfermaria pediátrica ou cirúrgica para continuar o tratamento, não incorrendo no risco de reinfecção. Sempre há uma emergência de leitos no CTI, visto que outras crianças aguardam por uma vaga no setor.

O CTI infantil caracteriza-se por ser um setor hospitalar onde os pacientes são sempre três: a criança, a mãe e o pai (ou os que ocupam as funções destes como acompanhantes), gerando, na maioria dos casos, em meio ao aparato tecnológico e à rotina, uma demanda plural de cuidados, protocolos, exames diagnósticos e medicamentos, destacados não só como instrumentos de assistência, mas, essencialmente, como instrumentos de tecnologias duras e leve-duras<sup>46</sup>, comuns ao ambiente intensivista.

O perfil do ambiente intensivista envolve atividades assistenciais ininterruptas e uma interação com todas as categorias profissionais da área de saúde e dos serviços de apoio (como laboratório, RX, farmácia, limpeza, lavanderia, manutenção, transporte, entre outros) nas 24 horas. Para garantir a continuidade dessas atividades e manter a vida da criança, é indispensável, na passagem dos plantões, a articulação das equipes, comunicando-se as situações assistenciais e administrativas, as quais são operacionalizadas através do relato do diagnóstico, prognóstico e da infraestrutura física e material do setor. A atividade do enfermeiro intensivista cria condições de continuidade dos cuidados nas 24 horas subsequentes e nos 365 dias do ano.

Diante dessa importância, o ritual de passagem de plantão, que acontece por categorias profissionais (enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos), começa com a reunião das equipes dos dois turnos: o grupo que está saindo e o que assumirá as responsabilidades sobre o CETIP, após sua entrada, às 7h da manhã, e depois, às 19horas, com o mesmo ritual.

No período de observação do ritual de passagem de plantão, no CETIP, para este estudo, eram comuns cenas como esta: “Vocês conhecem a criança do leito cinco?” – pergunta a enfermeira para as outras que a substituirá no plantão. “Eu já conheço. Fui eu que a admiti no último plantão, muito grave em PCR, foi um tumulto!” – responde a outra enfermeira, referindo-se à parada cardiorrespiratória (PCR) da criança. E assim segue o ritual com as informações de todos os pacientes com relação a exames laboratoriais e físicos, a sua evolução, diagnóstico e prognóstico das últimas 24 horas.

Estabelecendo uma significativa analogia, Vargas (2003) descreve o funcionamento de um CTI como um “Oráculo de Delfos”: “costumamos prever a má ou a boa evolução, as possíveis intercorrências que ainda deverão acontecer, a possibilidade de sobrevivência ou de morte, enfim, fazemos predições sobre o ‘destino’ de nossos pacientes” (2003, p. 29). Dessa

---

<sup>46</sup> Merhy (2002) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde em: leves e leve-duras. As tecnologias leves abarcam aspectos tais como produção de vínculo, acolhimento, autonomização e gestão como processo de governar pessoas. Já as leve-duras consistem nos seguintes aspectos: aos leves, correspondem saberes ou conhecimentos bem estruturados que atuam no processo de trabalho, como a clínica, a epidemiologia, os saberes específicos da administração (taylorismo, fayolismo e outros); às duras, os equipamentos tecnológicos, às máquinas, às normas e estruturas organizacionais.

forma, sempre “consultando o Oráculo”, o (a) enfermeiro (a) intensivista deve desenvolver a capacidade de previsão, associada a uma contínua e necessária atualização do saber teórico-técnico-científico, próprio da terapia intensiva.

Como a criança ou o adolescente pode estar consciente e tomando parte de tudo que ocorre ao seu redor, paira um burburinho quase inaudível, demonstrando o compromisso ético e o respeito por parte dos profissionais. É comum também um membro da equipe solicitar aos acompanhantes que aguardem fora da unidade, quer seja nas passagens de plantão, quer seja nos procedimentos invasivos da equipe de enfermagem e médica, que muitas vezes podem durar mais de uma hora.

Em minha experiência no cotidiano de terapia intensiva, ressalto que a razão de se pedir o afastamento dos pais nas trocas de plantão é o fato de, não raro, as famílias das crianças serem leigas e não compreenderem a linguagem científica e, inadvertidamente, interpretem mal os diagnósticos, os procedimentos e os termos técnicos. Essa má interpretação, com hipóteses equivocadas sobre a doença e o tratamento da criança, aumenta o sofrimento dos familiares durante suas conversas. Todavia, quando a criança está chorosa e solicitando a presença dos pais, são feitas concessões pela equipe médica e de enfermagem para que um dos responsáveis permaneça no setor.

As equipes médicas e de enfermagem devem agir eticamente porque emitem julgamentos próprios sobre as condutas no tratamento, as condições das crianças criticamente enfermas, os procedimentos e pareceres de outros profissionais, as condições socioeconômicas dos familiares, enfim, aspectos que podem influenciar na recuperação.

Decerto, considerando-se um setor tão específico, como a terapia intensiva pediátrica, em que são necessários alguns procedimentos invasivos e extremamente angustiantes para o acompanhante, exigindo total atenção e equilíbrio da equipe de saúde, entende-se o pedido de afastamento nesses momentos<sup>47</sup>:

*Pelo próprio quadro da criança, muitas vezes, para conseguir uma veia, é difícil e é preciso tentar puncionar em vários locais com certa delonga, e isso para os pais é agonizante, não compreendendo que a criança necessita daquele acesso venoso para que sejam administrados os antibióticos e outras medicações prescritas em tempo hábil para seu restabelecimento. A gente sente também, mas alguém precisa realizar esse procedimento! (E4).*

---

<sup>47</sup> Para diferenciar as citações dos testemunhos dos entrevistados, optamos por transcrevê-los em itálico.

*Os procedimentos terapêuticos, as necessárias intervenções dolorosas as rotinas, embora existam para promover e assegurar o bem-estar, o restabelecimento e, em muitos casos, a cura da criança, adquire um caráter ameaçador, agressivo, invasivo e de sofrimento para a família (E1).*

Conforme testemunho de enfermeiros entrevistados para esta pesquisa, em virtude da instabilidade emocional dos acompanhantes, sempre acontecem situações de interferência dos mesmos, durante procedimentos invasivos realizados pela equipe de enfermagem:

*Tem mãe que pede para a gente parar o procedimento não pensando nas consequências. Conforme o caso da criança, não tem como ser medicação oral. Sem falar que a maioria fica sedada. Quando a criança está consciente, é compreensível e até bom para a criança o acompanhante ficar, mas desde que esteja preparado emocionalmente, que é difícil (E3).*

*Certa vez, um acompanhante puxou meu braço na hora em que estava puncionando uma veia e me chamou até de vampira! (E6).*

Diante dessas considerações, a visão macrossociológica desencadeada pela passagem de plantão corrobora a noção de “definição da situação”, de Goffman (2009). Trata-se do processo que atribui um sentido ao contexto vivido a partir da resposta que cada equipe dá à seguinte pergunta: o que está acontecendo aqui, agora? Essa pergunta é central, portanto, para se compreender o modo como os profissionais organizam suas ações para entender o contexto e alinhar-se adequadamente às diferentes situações no cotidiano de um CTI.

É nesse contexto que emerge o domínio daquilo que Haas (1992) chama de “comunidades epistêmicas”, ou seja, indivíduos detentores do saber técnico-científico reúnem-se e são capazes de fornecer interpretações seguras sobre uma realidade incerta, conferindo-lhes, assim, legitimidade para a tomada de decisões, socialmente atribuídas ao saber de tais comunidades enquadradas por uma “moldura interpretativa epistêmica”.

Para Goffman (2009), as equipes tendem a alimentar a impressão de que o atual desempenho de sua rotina e seu relacionamento com a plateia habitual (pacientes/familiar) têm um caráter especial e único: na presença dos outros, a equipe não pode falhar. Essa eficácia expressa suas qualidades e procura mantê-las, de modo que suas atividades não percam o seu grau de importância, cuidando, inclusive, de ignorar atividades, fatos e motivos incompatíveis com a sua versão idealizada, como relata uma enfermeira:

*Com relação ao manuseio da dor, nos procedimentos invasivos, é sempre prescrito analgésico de acordo com a necessidade da criança. No caso de não haver esse cuidado, a enfermagem solicita ao médico sua viabilidade tanto para aquelas conscientes como para aqueles que se encontram com pouca sedação (E1).*

Via de regra, a passagem de plantão tem como objetivo não ser uma prerrogativa individual, um processo mental a partir do qual cada um define a situação como melhor lhe convém. A ação decorrente de uma definição equivocada da situação poderia levar a equipe a falhar no atendimento. Por sua vez, a saída do familiar do CETIP, no que se refere aos procedimentos e a passagem de plantão, nem sempre é vista de forma pacífica, ocorrendo muitas vezes resistência por parte dos familiares que querem ficar e observar o que será feito com a criança:

*É muito ruim sair de perto dela, e o pior de tudo, esquecem a gente aqui fora! Ninguém informa nada, quando a gente pode entrar ou não novamente. Tem que ficar toda hora perguntando! (F4).*

*Elas chegam e já vou saindo, nem espero me pedir pra sair! Nesse momento, aproveito para ir em casa ver as outras crianças, o marido e tomar banho no meu chuveiro! O CTI só acalma depois do almoço mesmo! (F2).*

A relevância desse último testemunho é a evidência de que a conduta na grande maioria dos CTIs pediátricos, atualmente, é a de delimitar o espaço que o familiar ocupa na vida da criança enferma, durante o período em que a mesma se encontra hospitalizada. Minhas observações como profissional e como pesquisadora permitem-me afirmar que, na dinâmica de trabalho no setor, tudo é muito intenso e simbólico. O esforço para que normas, rotinas e protocolos sejam cumpridos e articulados, de forma coerente, para manter a vida da criança, é limitado por um fator determinante, estruturado, medido e disciplinado: o tempo. O profissional de enfermagem adquire um “relógio moral interior” pelo qual assume a disciplina para si mesmo ao acreditar que a administração correta do tempo os livra de profanar a tão presente organização do trabalho hospitalar.

Nesse sentido, no CETIP, após a passagem de plantão, iniciam-se as atividades com a divisão do corpo de enfermeiros: quem fica no “salão” e quem fica na medicação. O profissional de enfermagem responsável pelo “salão” organiza o trabalho dos auxiliares de enfermagem, dividindo-os por leitos, a partir do critério central de gravidade da criança: crianças em estado mais grave ficam com os enfermeiros assistenciais, e as de menor gravidade, com os auxiliares de enfermagem.

Como prevalece o espírito de equipe, com ajudas mútuas nos momentos de agravamento da criança ou de emergência, engendra-se um enfrentamento coletivo que pode ser resumido na seguinte expressão, bastante comum, entre as equipes: “na hora que o bicho pega todos chegam junto”.

A organização e a mobilização das equipes do CETIP estão associadas à complexidade da demanda: no momento em que vários profissionais examinam simultaneamente a criança enferma, um tem que esperar o outro. Alguns especialistas discutem, entre si, a situação de uma criança sobre aspectos comuns a mais de uma especialidade. Nessas situações, os profissionais se deparam com seus próprios limites e encontram nos colegas de outras formações subsídios para a compreensão e o atendimento do caso em questão.

Rotineiramente, no CETIP, a enfermagem confere todos os equipamentos, o profissional da fisioterapia e os plantonistas dirigem-se ao leito e realizam uma avaliação clínica das crianças, os médicos seguem coletando exames e, posteriormente, realizam as prescrições médicas. Estas devem ser liberadas até as 10h00min da manhã com uma cópia para a farmácia. A equipe de limpeza permanece constantemente recolhendo tudo o que foi usado pelos profissionais, depositando em cestos que se abrem por meio de pedal, para não contaminar as mãos. Para que tudo permaneça limpo e sem resíduos, constantemente aplicam-se substâncias antissépticas no piso.

Nos dias úteis, às 12 horas, ocorre o *round*<sup>48</sup>, uma reunião para avaliar e discutir os casos de que cada criança, atentando para seus aspectos clínicos, sociais e psicológicos. Em seguida, são comparadas as informações sobre dados clínicos colhidos em exames anteriores e com os do dia: constroem-se novas hipóteses diagnósticas, descartando-se outras; traçam-se condutas terapêuticas; discutem-se os tipos de procedimento; avalia-se a necessidade de parecer de algum especialista, entre outras discussões. Em alguns momentos, trata-se da tomada de decisão sobre a vida dos pacientes internados: discute-se até quando se deve investir em cada caso.

O *round* conta com a presença quase obrigatória dos médicos plantonistas, dos médicos da rotina, e dos residentes. Embora o *round* não seja um fórum exclusivo da classe médica, a presença de um profissional da enfermagem, muitas vezes, é dificultada devido ao horário em que ocorre :

---

<sup>48</sup> Termo difundido entre os profissionais do CETIP.

*No horário do round, não tem como deixar a assistência para estar presente. Quando o setor tá tranquilo tudo bem, mas coincide o horário de fechar balanço hídrico, sinais vitais, (9h/12h/15h/18h/21h/24h/3h/6h) medicação (10h/12h/14h/18h/20h/22h/24h/6h), revezamento do almoço, em um procedimento, ou fazendo um cateterismo. Tudo que é acordado, depois falam com a gente os procedimentos que precisa ser realizados, se tem algum exame, se vai ter alguma alta, se tem uma outra criança para internar, seu diagnóstico (E1).*

No final de semana, a rotina CETIP é mais tranquila, diferente, sem o tumulto dos diversos profissionais no setor. Em contrapartida, se, por um lado, só há a presença dos médicos plantonistas, que fazem um rodízio entre eles, e da fisioterapia, que também faz rodízio para trabalhar no fim de semana, por outro lado, a enfermagem mantém seu ritmo de plantão normalmente.

Nesse sentido, a realidade cotidiana do setor é constituída pela temporalidade dos plantões, que organiza não apenas o trabalho no setor, mas, sobretudo, dá sentido à vivência do trabalho em equipe para os profissionais. Ou seja, o tempo cronológico está presente em quase todas as rotinas de funcionamento desse ambiente, concretizando o tempo cristalizado e inexorável (MELO, 2009). Esse tempo demarcado por horários exige atenção de tudo e de todos que habitam esse território onde os recursos tecnológicos e científicos são utilizados, permitindo manter “viva” a criança que, há algumas décadas, não resistiria.

Esse ambiente tecnológico é acompanhado de uma tentativa de controle rigoroso de todas as funções, de todas as minúcias do funcionamento dos órgãos e sistemas do organismo: aparelhos de ventilação mecânica, para mantê-lo respirando artificialmente; drogas inotrópicas e vasoativas, que permitem restabelecer a capacidade de contratilidade cardíaca, mantendo adequado bombeamento de sangue e pressão arterial; sedativos e analgésicos potentes, de efeito de amnésia anterógrada<sup>49</sup>, para diminuir o nível de consciência da criança e minimizar os sintomas dolorosos.

A intenção da metanarrativa anterior, contextualizando o CETIP, é agregar a ideia do “Panóptico Bentham”, criação de Jeremy Bentham, da qual Foucault se vale para descrever como o poder se estabelece e se exerce através do olhar: “Bentham descobriu uma tecnologia de poder própria para resolver os problemas da vigilância: seu sistema ótico era a grande inovação que permitia exercer bem e facilmente o poder” (FOUCAULT, 1999). Segundo o autor, esse olhar deve ocorrer concomitantemente aos fatos que acontecem de forma muito acelerada, exigindo-se uma atuação de todos onde não se deve deixar passar nada “por um tipo de olhar imediato, coletivo e anônimo”.

---

<sup>49</sup> Provoca esquecimento do que ocorreu.



Ainda que, ao escrever esse texto, Foucault (1999) não o tenha feito pensando num CTI, não se pode negar que ele refletiu sobre a alegoria no recesso de seu interior. Trata-se de um setor, em uma instituição hospitalar, que se diferencia dos demais, quer seja pela sua estrutura organizacional, quer seja pelos profissionais integrantes desse território: o “hospital do hospital” ou o “coração do hospital”.

Nesse sentido, a narração detalhada e comparativa das condições fisiopatológicas do paciente só foi possível graças ao ambiente adequado que permitiu contínua observação e identificação das características próprias da assistência em um CTI, como atenção à evolução dos parâmetros fisiológicos do paciente, no decorrer do tempo.

Assim é o ambiente da terapia intensiva do CETIP: a criança gravemente enferma mantém-se disciplinada em seu leito, sob os cuidados de uma assistência estandardizada e protocolar que organiza os boxes (o leito de cada uma) conectados a aparelhos que, ao menor sinal de alteração, disparam um alarme sonoro, acusando quaisquer alterações.

Inevitável associar a concepção foucaultiana de tempo, espaço e disciplina como economia ao ambiente de CTI: em uma emergência, enquanto o tempo pode fazer a diferença entre a vida e a morte, a economia de espaço diminuem os gestos e os percursos entre o preparo e a aplicação do medicamento; a restrição do espaço também serve para diminuir os trajetos percorridos pelos profissionais, em seus plantões, de modo a estarem sempre atentos e prontos em caso de emergência. Já controle disciplinar, além de impor uma série de gestos bem definidos, estende-se ao domínio operacional, garantindo, nessa correlação, melhor eficácia e maior rapidez no trabalho (FOUCAULT, 1999).

É o que se observa na prática da equipe de enfermagem do CETIP: no cuidado dos doentes, é notória essa disciplina através do domínio operacional da equipe de enfermagem, em que o corpo e os gestos são postos em correlação; os gestos, as normas e as rotinas regularizadas pelo conhecimento tornam os corpos domesticados e dóceis; cada gesto, cada atitude dos profissionais possibilita um rigoroso controle do tempo e dos espaços; por meio da articulação dos médicos e da enfermagem, o cuidado ganha concretude no corpo manipulado.

## 2.2 RITUAL DE INTERNAÇÃO NO CETIP: “*Vai chegar uma criança*”

No capítulo anterior, verificou-se que, ao longo dos tempos, a concepção do corpo doente na instituição hospitalar sofreu algumas fraturas: a ciência o enfocou como máquina; a religião, como inimigo da alma; os sistemas produtivos, como instrumento de trabalho; e a educação reforçou a cisão mente-corpo para aquisição dos processos cognitivos (MACEDO, 1989). A essa visão moderna subjaz a conformação do conhecimento e a percepção de como a imagem do corpo é modificada pela doença e atravessada por metáforas e simbologias no contexto do CTI estudado.

Para definir a efígie desse corpo contemporâneo, numa visão socioantropológica, Le Breton (2010), em recusa à ideologia individualista, distancia-se da concepção de o corpo ser atributo da pessoa ou um pertencimento da identidade. Para o autor, o corpo inexistente em estado natural, na medida em que ele se insere na trama do devir e dos sentidos em suas manifestações físicas, tais como a dor e as enfermidades. Em outras palavras, a realidade construída a partir das percepções sensoriais e corporais dos atores abarca múltiplas significações culturalmente operantes e associadas à corporeidade humana.

Consubstanciada por Le Breton (2010), a reflexão sociológica diferencia-se das intervenções corporais terapêuticas (médicas, xamânicas, religiosas, outras medicinas) ao buscar reinserir o indivíduo em sua comunidade. Antes de ser comunidade, o ser humano é pessoal, particular, reservado e privado, não sendo factível de isolamento, ou seja, o singular é entoadado o tempo todo por outro singular, e assim nascem os encontros, dos quais surge a relação intersubjetiva: “a sociologia aplicada ao corpo distancia-se das asserções médicas que desconhecem as dimensões pessoal, social e cultural de suas percepções sobre o corpo” (2010, p. 36).

“Vai chegar uma criança”: essa é a frase que se ouve do(a) médico(a) plantonista ao pessoal da enfermagem. A partir dessa situação hospitalar observada, a concepção bretoniana de corpo é o ponto de partida, e também de chegada, para refletir sobre a internação da criança (antes e durante), como um ritual de passagem, a que denominarei “ritual de internação”. Essa transição vivenciada a partir do encontro entre a criança grave/familiares com a equipe de profissionais e a própria dinâmica que se desenrola na terapia intensiva tecem os fios da “vida íntima institucional” (GOFFMAN, 2009).

Essa analogia entre internação e ritual correspondência, feita durante o trabalho de campo, assume um papel central, já que, a partir do processo ritualístico de internação, podem-se dimensionar as inter-relações entre paciente, família e instituição de saúde, no caso, o CETIP. Tal fato sinalizava a compreensão da corporeidade humana como fenômeno sociocultural e como motivação simbólica da visão bretoniana de corpo: um vetor semântico em que ocorrem não só as atividades perceptivas e as significações, mas também a expressão de sentimentos, ritos, gestos, exercícios, dor, doença, entre outros, tornando-se o eixo da relação com o mundo, com o lugar e com o tempo.

Sobre esse aspecto cabem algumas reflexões a respeito do que vem a ser um rito e como visualizar o momento da internação nesse setor como um ritual de passagem para a criança e sua família. Inevitável, nessa reflexão, dialogar com Van Gennep (1978, p. 157), para quem os rituais nada mais são do que ritos de separação, de margem e de agregação: “Para os grupos, assim como para os indivíduos, viver é continuamente desagregar-se e reconstituir-se, mudar de estado e de forma, morrer e renascer”.

Como essas fases acontecem relativas umas às outras e de acordo com o tipo de transição que o grupo pretende realizar, elas são invariantes e podem ser percebidas na maior parte dos rituais em diferentes grupos sociais, devendo-se, por isso, analisar o antes e o depois. Se, no caso de uma internação, o rito representa pessoas ou grupos passando por períodos marginais, “a sequência ritual investe nas margens ou na liminaridade do objeto em estado de ritualização” (VAN GENNEP, 1978, p. 18).

Turner (1991), por sua vez, concebe como o protótipo dos ritos de passagem os de iniciação: assim como os ritos de passagem, os de iniciação marcam a transição de um status social para outro (morte e renascimento simbólicos). A iniciação é, portanto, a “forma sintética dos ritos de passagem, por meio dos quais ela opera” (TURNER, 1991, p. 15). Ainda nessa mesma linha de argumentação, a iniciação é mais do que simplesmente um rito de transição, ela é um rito de formação.

Esse fato pode ser observado durante a inserção dos pacientes e familiares no CETIP: seu “eu” passa por transformações dramáticas do ponto de vista pessoal e do seu papel social a partir de um sentido sociológico denominado por Goffman (2009) como “carreira moral”. Se o paciente/familiar se vê diante de uma nova posição social, diversa da anterior, essa posição não será a mesma após a alta do CTI, cujo processo será analisado posteriormente.

Essa formação vai diferenciar os participantes, ou o círculo dos neófitos, dos “de fora”, ou seja, dos não iniciados, ou que nunca vivenciaram uma iniciação. Numerosas iniciações contam com ritos de inscrição nos corpos, signos visíveis da formação e transformação da nova identidade operada pelo ritual de iniciação, criando não só uma linguagem e um simbolismo, mas também saberes que lhe são próprios e de “sentido iniciático”, por meio dos quais se operam os ritos de passagem.

Identificando “verdadeiras estruturas elementares do pensamento antropológico”, Goldman (1987), para refletir sobre a noção de ritual e sobre a de sujeito, analisa as teorias antropológicas a partir de três modelos basilares: no primeiro, supõe-se que o comportamento ritual não passa de transposição empírica de certas ideias místicas adotadas pelo grupo; no segundo, de origem durkheimiana estrutural funcionalista, o ritual emana da “estrutura social”, vista como um sistema concreto de inter-relações pessoais, terminando por atribuir a ele uma função psicológica de reforço de sentimentos comuns; no terceiro, de inspiração malinowskiana e assumida por autores como Edmund Leach e Victor Turner, inverte-se a posição: o social emana do ritual como uma expressão direta da sabedoria popular que percebe a diferença entre a palavra e os atos.

Para Cazeneuve (1985, p. 50), o rito pode ser traçado como “uma ação seguida de consequências reais; é talvez uma espécie de linguagem, mas é também algo mais”. Será através desse algo mais que o ritual de iniciação passará a ser descrito pelas lentes do próprio sujeito ritual, ou seja, pelo dispositivo de construção da nova identidade da criança e do próprio familiar (pais, tios, avós, enfim, toda sua rede familiar). Ambos tornam-se alvo privilegiado de todo o processo ritual de iniciação, despertando os mais variados sentimentos e comportamentos para o enfrentamento da situação de transição encontrada, os quais destinam um significado ao ritual.

Pode-se inferir, diante disso, que os aspectos objetivos e subjetivos, os mediadores simbólicos e não simbólicos do universo da terapia intensiva são dependentes dessa dinâmica que ocorre no “mundo do internado”, de forma que se torna premente conhecê-lo, uma vez que ele constitui múltiplas realidades que se inscrevem sobre os corpos dos sujeitos.

Como em todas as instituições hospitalares, o “ritual de iniciação” inicia-se com a fase de pré-paciente, ou seja, ao simples toque do telefone com a solicitação de vaga no CETIP. A questão, contudo, não parece ser tão simples assim, na medida em que, nesse momento, inicia-se uma trama entre o social, o institucional e o biológico. A primeira barreira é a vaga de leito no setor, numa relação desigual entre demanda e oferta.

Como já foi afirmado, com capacidade de prestar assistência a, no máximo, oito crianças gravemente enfermas, o CETIP recebe, diariamente, solicitações de vagas da enfermagem pediátrica, do centro cirúrgico e de fora do hospital, por meio da Central de Vagas, que coordena os pedidos da cidade do Rio de Janeiro e de todos os seus municípios.

Comumente, para cada leito existente na unidade, concorrem três ou mais pedidos de vaga. A equipe tem conhecimento dessa relação desigual, conforme afirmou uma enfermeira: “*A falta de leitos nos CTIs atua como uma seleção natural em que a ausência de vaga para internação acarretará a exclusão de alguma criança com possibilidade de cura ou de sobreviver*” (E8).

Da mesma forma, as famílias também têm consciência dessa dura realidade, como comprovam alguns testemunhos:

*Na hora que a médica da UPA falou que dia conseguido vaga para ela (a filha) no CTI ajoelhei e agradeci a Virgem Poderosa, É como ganhar o prêmio da loteria sozinha! (F2).*

*Na mesma hora em que eu fiquei feliz de internar por que não foi fácil a vaga, ficava com pena, né, dela: “Ah, meu Deus do céu, minha neta no meio daquelas pessoas mais agitada do que ela”. “Oh”! meu Deus! Oh! Valei minha Nossa Senhora! (F8).*

Mais uma vez merece ênfase a “definição da situação”, de Goffman (2009), ao atentar para as diferentes formas de definir uma mesma situação: de um lado aqueles com poder de definir mais legitimamente o que está acontecendo; de outro, numa dimensão mais individual, o que alguém “é” aqui? Essa relação de poder existe na medida em que algumas definições da situação são mais legítimas do que outras, e essa legitimidade é o produto de quem tem o poder de propor e sustentar a definição.

Nesse sentido, para pensar em categorias típicas de poder de decisão, entre o médico e o enfermeiro, num CTI, sobre qual criança se beneficiará com a internação no setor de terapia intensiva, o critério passará pelo crivo médico, que é detentor de poder técnico, científico e bioético. Diante disso, para dois ou mais pedidos, o intensivista deve selecionar apenas um paciente, demandando pela difícil “escolha de Sofia”.

A sociedade deposita o destino de seus corpos nas mãos de seus médicos. Essa realidade apresenta incertezas díspares tanto dos médicos quanto de toda a equipe de profissionais intensivistas: de um lado, tensão quanto ao que está errado ou quanto ao que pode ser feito pelo paciente; de outro, selando o destino do paciente, ao estarem certos de que pouco pode ser feito e precisam informar ao solicitante que “não há vaga”.

A falta de vagas leva a uma tensão em cadeia partilhada por todos os profissionais de saúde da rede pública, comprometendo, em especial, os serviços de urgência e emergência superlotados de pacientes amontoados em macas ou, ainda pior, ocupando as salas de “emergência” onde permanecem entubados e em ventilação mecânica, por falta de vagas em leitos de terapia intensiva.

Essa realidade é tão dramática que muitas famílias recorrem à justiça para conseguir, por mandado judicial, internação do doente, sob pena de o profissional ser preso e a instituição pagar multa diária, como se expressa na fala de uma enfermeira: “*Já tivemos caso aqui no CETIP de uma internação, por decisão judicial, de uma paciente de vinte anos, com pielonefrite e grávida de quatro meses por não ter leito no CTI adulto!*” (F6).

Coincidência ou não, no momento em que escrevia esta dissertação, o problema da falta de leitos em terapia intensiva nos hospitais do país era foco de reportagem do “Bom dia Brasil”<sup>50</sup>, da tevê Globo, sendo analisado como a “fila da morte”. Significativa foi a resposta dada ao repórter pelo coordenador da central de leitos do Ministério da Saúde dos hospitais públicos brasileiros: “O problema não é o espaço físico e nem equipamentos, mas de encontrar profissionais capacitados para tocar um CTI/UTI”.

Essa resposta do coordenador central evidencia a reflexão goffmaniana sobre como “manejar a impressão” diante de uma situação de coerção social. Diferentemente da coerção imposta por leis, a coerção social traduz-se como “punição indireta”, ou seja, manejando-se a situação, atribui aos profissionais a responsabilidade sobre o poder de decidir a internação.

Sob essa perspectiva, Menezes (2006), em sua pesquisa etnográfica sobre a organização social dos CTIs, envolvendo os dramas éticos dos profissionais de saúde, pacientes e familiares e as “difíceis decisões” que precisam ser tomadas pelos intensivistas, esbarrou-se nessa mesma abordagem quanto à falta de leitos. A autora evidenciou um necessário sistema classificatório dos pacientes, não declarado, baseado em critérios advindos do campo do saber médico a partir do qual o intensivista assume determinadas posturas e define condutas.

Em contrapartida, não se trata de um sistema tradicional de classificação, mas de um sistema móvel em que as categorias não são autoexcludentes nem estáticas, de maneira que os doentes podem ser qualificados de diferentes modos concomitantes, podendo ser reclassificados ao longo do período de internação. De certa forma, esse sistema classificatório, construído pela equipe, a que se refere Menezes (2006), é enquadrado num dispositivo

---

<sup>50</sup>Programa exibido no dia 11/07/13, disponível em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2013/07/pacientes-de-hospitais-publicos-enfrentam-falta-de-leitos-de-uti>.

“semiorganizado” de tipos de pacientes classificados de acordo, sobretudo, com a idade, a gravidade da doença, a evolução clínica, o prognóstico e a aceitação da família, pondo em tensão as noções de cura.

Fundadas em uma ordem técnica e julgadas pelo saber médico, as denominações das diversas categorias de pacientes foram agrupadas nos seguintes termos: viabilidade (paciente “viável”, “inviável”, “*Highlander*” e “morredor”); fator social (paciente “anônimo”, “vip” e “estigmatizado”). Pela categoria de viabilidade, o paciente “viável” é aquele que apresenta uma resposta positiva no decorrer da internação, é o paciente que brinda a equipe como “responsivo ao tratamento”, simbolizando a vitória do intensivista na luta contra a morte. Se, nas palavras de Menezes (2006, p. 70), “é o paciente que mais gratifica a equipe, por reiterar o valor do trabalho do intensivista diante de seu saber técnico e competência”, no relato de uma enfermeira não se distancia disso:

*É estimulante e emocionante ver que ajudou uma criança a se recuperar, a sair de uma condição crítica, voltando a respirar sozinha, reassumindo as funções do seu organismo, acordando de um coma induzido por sedativos, recuperando-se da doença, voltando a interagir com os pais. A gente vive nesse momento uma catarse em pensar que contribuiu como mediadora em salvar uma vida. É um trabalho que não tem preço porque a gente vê a recuperação das crianças. Até mesmo quando elas têm alta do CETIP, nós mantemos em contato, recebemos cartas e fotos, e isso é muito gratificante (E3).*

O paciente inviável, o “*Highlander*”, ou “imortal”, é aquele que, não obstante todo o investimento terapêutico realizado (comumente bastante invasivo), não exhibe melhora nem piora do quadro, geralmente permanecendo mais tempo internado em comparação aos demais pacientes, podendo se ver “morando” no CTI. O paciente “vip”, especialmente, é algum familiar de funcionário do hospital ou internado por ordem judicial. O “anônimo”, ao contrário do “vip”, é aquele que não tem inserção social de destaque nem conhecimentos na instituição e, assim como sua família, não questiona nem confronta as decisões da equipe. Já o paciente “morredor” ou terminal é definido como sendo aquele cuja condição é irreversível, independentemente de ser tratado ou não, apresentando alta probabilidade de morrer num período relativamente curto (MENEZES, 2006).

Assim ocorre no CETIP: se o pedido de leito for proveniente da enfermaria pediátrica, o médico residente vai até lá, antes, para avaliar a real necessidade, de forma que a equipe do CETIP tenta estabilizar a criança na própria enfermaria; havendo vaga, é transferida para tratamento intensivo. Se o pedido é da Central de Vagas, em que o real estado da criança é

inesperado, podendo ocorrer o estigma do “paciente maquiado<sup>51</sup>”, vale-se, muitas vezes, de recursos e de profissionais das UPAs ou dos prontos-socorros para se conseguir um leito de terapia intensiva.

Nas entrevistas, ficou claro esse tipo de interferência na decisão de quem deve ser internado e da transgressão da norma estabelecida para os CTIs:

*Antes [referindo-se ao início da terapia intensiva, nos anos 1970], os CTIs eram destinadas apenas aos pacientes com chances reais de cura, este ninguém discute! Atualmente esse conceito mudou, e mandam para cá [CETIP] crianças sem possibilidade de recuperação ou que não têm nenhuma indicação, uma doença terminal, um neuropata, que a gente sabe, só vão sair daqui com a morte. São os morredores ou os “highlanders”, que não vão se beneficiar do CTI. Temos vários exemplos aqui no CETIP de neuropatas que só ficaram aqui aguardando a morte chegar. O NC [nome da criança], por exemplo, ficou aqui conosco doze anos e sem nenhum conforto para sua avó, que o acompanhou durante todo esse tempo! (E5)*

*Às vezes transfere para o CETIP aquele momento final, que eu acho ser um sofrimento tanto para o paciente como para os familiares, e o que é pior, tira a vaga daqueles que têm chance de sobreviver! São momentos muito difíceis, e o ambiente do CTI não é uma indicação para o paciente terminal. O que se faz aqui pode ser feito na enfermaria: colocar o paciente num lugar tranquilo, sedar, tirar a dor, dar conforto, oxigênio, enfim, uma morte mais digna junto de seus familiares, com suporte psicológico e espiritual! (E3).*

*Muitas vezes internam aqui, pensando muito mais em tirar o estresse da família! (E4).*

Com efeito, quando ocorre o pedido de leito, a equipe de profissionais, principalmente o médico, convive com uma contradição latente de extrema delicadeza: o que a instituição faz e aquilo que deve dizer que faz. Para superá-la, arma-se o “esquema de interpretação”, definindo-se o tipo de pessoa que a instituição objetiva “tratar” e buscando encontrar um tipo de comportamento que se ajuste às regras da casa (GOFFMAN, 2009). No mundo do intensivismo, a equipe precisa dar a impressão de que os padrões humanitários são mantidos e de que os objetivos racionais da instituição estão sendo realizados:

---

<sup>51</sup> Ao mesmo tempo em que se exagera no quadro clínico do paciente, o mesmo é amenizado para corresponder aos critérios de internação. Seria algo como a “função faz o órgão”.



*São 14 horas, o telefone toca no CETIP e, ao atendê-lo, o auxiliar de enfermagem recebe a solicitação de vaga para a internação. Nesse momento, chama a médica plantonista. Ao atender, ela faz algumas perguntas em relação ao sexo, idade e provável hipótese diagnóstica, se está intubada, Glasgow, que tipo de acesso venoso, medicação utilizada. Em seguida, informa a existência de leito e desliga o telefone. Do mesmo local em que atendeu ao telefone, que fica no posto de enfermagem, avisa aos enfermeiros que se encontram dispersos no salão prestando cuidados aos demais pacientes que “vai chegar uma criança” vinda da UPA de Irajá que, segundo a descrição do médico da central de vagas, a criança tem cinco anos de idade, vinha fazendo exames para investigar febre persistente, hemograma infeccioso e dispneia aos menores esforços. Possível diagnóstico para leucemia, apresentou uma PCR, sendo revertida pela equipe da UPA, está vindo intubada, acesso venoso periférico. E a hipótese imediata para que tenha ocorrido a PCR é de que sofrera um choque séptico (DIARIO DE CAMPO).*

Como pode ser observado nesse breve relato, vencida essa fase preliminar pelos sujeitos rituais, a começar do momento em que o médico dispõe a vaga, o paciente é considerado “internado”. No período que antecede a internação no CETIP, após decidir qual enfermeiro e auxiliar de enfermagem irão assumir a criança, inicia-se uma série de ações articuladas para a chegada do neófito no sentido de se fazerem cumprir as etapas, tanto administrativas quanto assistenciais, preconizadas pela instituição.

Logo, o leito de admissão da criança começa a ser preparado: lençóis, fralda, produtos antissépticos, esparadrapos, kit para punção venosa periférica e profunda, *ambú*<sup>52</sup>, estetoscópio individual, sondas de aspiração e estomacal, seringas com agulhas, lâminas de bisturi. Medicamentos vasopressores são disponibilizados para possível administração, e o carro de atendimento interno de PCR é aproximado do leito de internação.

Ao lado do leito, um ventilador mecânico é conectado na rede de gases de oxigênio e ar comprimido, ao mesmo tempo em que é ligado à tomada elétrica e mais uma vez é testado seu funcionamento. Concomitantemente bombas de infusões são providenciadas, e o sistema de monitorização é ligado com módulos para detectar sinais fisiológicos de frequência cardíaca, respiração, oximetria de pulso, pressão parcial de dióxido de carbono, temperatura, pressão sanguínea não invasiva e, se necessário, pressão sanguínea invasiva. O elevador deverá estar livre no momento de sua chegada para seu rápido transporte até o CETIP e avisado pela recepção.

---

<sup>52</sup> É um equipamento composto por um balão, uma válvula unidirecional, válvula para reservatório, máscara facial e um reservatório conectado a um cilindro de oxigênio. Tem a finalidade de promover a ventilação artificial enviando ar comprimido ou enriquecido de oxigênio para o pulmão, nos casos em que o paciente não consegue respirar sozinho.

Geralmente, a chegada ao setor é anunciada por aquele que primeiro detém a notícia e sempre pela mesma metáfora: “a criança chegou”! a criança é trazida pela equipe de suporte avançado, sedada sobre a maca onde se vê uma pequena réplica do leito que a espera, com exceção do respirador que, provavelmente, ficou na UTI móvel<sup>53</sup>, no semióforo do saguão; sua a respiração é auxiliada por um tubo orotraqueal inserido na boca e conectado a um *ambú*, manejado pelo médico com insuflação (ambusando), a cada cinco segundos, realizando por meio desse equipamento o trabalho de um pulmão. A intenção é a de manter funcionando o sistema respiratório da criança até a chegada ao CETIP, quando esse sistema de respiração manual é substituído pelo mecânico.

Ao mesmo tempo, a enfermeira controla a frequência cardíaca e a saturação de oxigênio da criança através de aparelhos, ligados à bateria, de monitor cardíaco e oxímetro de pulso. Uma bomba de infusão, suspensa por um suporte adaptado à maca, garante às doses de medicamentos necessárias à criança, através de um acesso venoso puncionado no membro superior de seu corpo. Ao seu lado, encontra-se uma maleta de urgência com as doses das medicações já calculadas, prontas para serem administradas pelo técnico de enfermagem, comandada pelo médico, ao primeiro sinal de descompensação detectada durante seu transporte até sua chegada ao CETIP.

A urgência estabelecida, entre as duas equipes, em receber e passar a responsabilidade da vida da criança, de uma para outra, ocorre ainda no *hall* de entrada do CETIP, quando se dividem as equipes, cada uma encarregada de uma tarefa específica: os médicos conversam entre si, passando a “construção histórica do caso”; ambas as enfermagens e o residente médico encaminham o neófito para leito. Alguém da equipe solicita aos pais e aos familiares para aguardarem, no *hall* de entrada da unidade, notícias sobre o estado da criança enferma e permissão para entrar e vê-la.

A família traz consigo uma carga emocional muito grande: soma-se à preocupação com a doença, a insegurança de estar num mundo estranho. Esse momento de intensidade significa o limiar da soleira para outra existência:

*A imagem mais desesperadora é as das mães, muitas vezes consoladas pelas suas. Choram, rezam, clamam a Deus, se revoltam com Ele, procurando uma resposta para o que esta acontecendo. É o momento que deveria ter uma psicóloga ou alguém do serviço social exclusiva para dar apoio (E10).*

---

<sup>53</sup> **UTI** móvel é o tipo de **ambulância** que possui todo o equipamento que pode ser encontrado numa Unidade de Terapia Intensiva tradicional, permitindo a remoção entre hospitais para atendimento pré-hospitalar em caso de urgência/emergência. O atendimento é feito por uma equipe composta por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem e o motorista.

Esse limiar separa o papel dos pais/familiar, que é de acompanhar o filho nessa irremissível e angustiante batalha, do papel da equipe, que é de cuidar intensivamente dos filhos desses pais/familiares. À medida que a criança é recebida, hospitalizada, extraída de seu meio familiar e inserida em outro ambiente com regras próprias, diferentes das existentes em seu meio particular, uma nova situação limiar passa a ser vivenciada. Nessa nova situação, filhos, pais/familiares perdem seus papéis, que vão além da barreira geográfica do *hall* de entrada e que os separam do mundo exterior: no universo hospitalar, tornam-se passivos e dependentes, adquirindo outra identidade – a de pacientes.

A partir do momento em que assinam o “Termo de Responsabilidade”<sup>54</sup>, pais/familiares perdem o domínio da nova situação diante de uma avalanche de inesperadas experiências no desconhecido mundo hospitalar. A rotina da criança passa a pertencer à rotina dos profissionais da terapia intensiva pediátrica.

À primeira vista, a equipe multidisciplinar assemelha-se a um batalhão de intrusos, igualmente paramentados com uniforme típico, movimentando-se de um lado para o outro, priorizando o tratamento físico, interpondo-se na relação mais tenra, primitiva e indispensável estabelecida no seio da família. O hospital transforma-se, para esse familiar, em um espaço marcado pelas ideias de sofrimento, dor e morte, um ambiente agressivo, repleto de luzes e equipamentos barulhentos.

A doença grave em um filho, desvinculando-o do lugar de filho e tornando-o paciente, ao mesmo tempo em que determina a perda do mundo habitual, anteriormente vivido, remete à revivescência do próprio narcisismo dos pais, que idealizaram um filho perfeito:

*Perdi o chão! Tu entra na maternidade para dar luz a um sonho e, no lugar dele, o pesadelo da doença, a tal síndrome! NC [nome da criança] saiu da sala de parto roxinho, direto para a UTI neonatal. Nunca foi para casa. Agora o trouxeram para cá [CETIP] porque já fez seis meses e lá [UTI neonatal] só fica criança menorzinha. Converso com ele, digo que tem mais dois irmãozinhos esperando ele lá fora, para resistir porque Deus está no comando (F2).*

Para os pais, a criança é dotada de perfeições, devendo concretizar todos os seus planos idealizados, ao longo da vida, e que não conseguiram realizar. Imortalidade dos pais pelo processo de projeção, os filhos tornam-se o foco emocional mais importante do núcleo familiar, na medida em que são a possibilidade de realização do ideal parental: “a criança deve ter melhor sorte que seus pais (FREUD, 2004, p. 110)”.

---

<sup>54</sup> Documento em que se afirma concordar com todos os procedimentos (diagnósticos e terapêuticos) que o médico e sua equipe julgarem necessários durante o período de hospitalização.

Ao serem informadas pelo médico da gravidade da doença do filho, sendo necessário encaminhá-lo a um CTI, as famílias enfrentam um desafio moral: ao mesmo tempo em que ocorre uma colisão na imortalidade do “eu”, ponto tão vulnerável no narcisismo e tão duramente questionado pela realidade, depara-se com a tácita verdade de que a natureza foi transgredida ou, pelo menos, naquilo que Durkheim (1960, p. 181) teorizou como representações coletivas em que “filho enterra pai, mas pai não enterra filho”.

O ritual de internação profana esse referencial durkheimiano ao causar nos pais e, por extensão em todos os familiares, o que Goffman (2009) chamou de “carreira moral” do doente<sup>55</sup>: este passa por uma sequência padronizada das mudanças da imagem do corpo e da concepção do seu “eu”, ao sofrer a expropriação de suas relações e direitos com o mundo exterior, durante o período de internação no complexo institucional.

Essa transgressão vai produzir uma “coalização alienadora” dependente do CTI e da força ímpar dos pais, principalmente, as mães/avós<sup>56</sup>, ao renunciarem à própria vida, exilando-se da vida pessoal e profissional e deixando de lado marido e demais filhos para ficar ao lado daquele que desafia morte:

*Não sei quanto tempo ainda ela vai aguentar. As outras crianças internam e têm alta e vamos ficando. A cada mês de vida dela, mando realizar uma missa na comunidade em agradecimento (F5).*

*Difícil de falar que o irmãozinho está internado. Mando recado que ele está descansando e, se não voltar, é porque virou uma estrelinha lá no céu (F1).*

Enclausuradas na árida realidade da terapia intensiva, muitas vezes, esses familiares enfrentam um jogo de tudo ou nada, desencadeando uma tempestade de sentimentos negativos: raiva, depressão, tristeza, impotência, solidão, revolta, abandono, culpa e, sobretudo, o medo da morte do filho idealizado:

*Nunca mais vou me esquecer do que vivenciei com uma mãe após a morte de sua filha! Não me lembro bem a idade da criança, acho que uns dois anos. Era linda! Só de internação no CTI, ela tinha quase isso. Nasceu com a síndrome de Edwards, a mãe era novinha e sabia que a doença era incompatível com a vida. Ficava ao lado da criança quietinha o tempo todo, lendo a bíblia, não arredava o pé da criança! Ela chegou até a separar do marido por isso! Só saía para se alimentar, tomar banho, dormia pouco e na hora de algum procedimento em que pedíamos para esperar lá fora. Mas no momento do óbito, isso eu não me esqueço! Ela, tranquilamente, sem uma lágrima nos olhos, se voltou para a gente na hora em que já estávamos*

<sup>55</sup> Apesar de tratar da especificidade de um hospital psiquiátrico, o autor elaborou certos conceitos sobre sua dinâmica que também podem ser utilizados em análises sobre outros tipos de instituição.

<sup>56</sup> Na realidade do CTI estudado, enquanto mães e avós acompanhando crianças internadas constituem maioria, pai, tios, amigos, minoria.

*preparando o corpo e disse que iria arrumar ‘suas coisas’ para ir junto com a filha. Bom, todos nós achamos que ela estava se referindo a ir junto com a criança no carro da funerária para o cemitério. A surpresa: meia hora depois, veio a notícia que essa mãe tinha se atirado na frente do ônibus na porta do hospital, indo literalmente com a filha. Foi um choque para a gente! Acho que toda a mãe, independente ou não de apresentar algum sintoma depressivo, deveria ter acompanhamento psicológico o tempo em que a criança estivesse internada no CTI (E3).*

Como os médicos pediatras preocupam-se com as crianças e adolescentes internados no CETIP, é uma atividade rotineira, após a estabilização da criança enferma, conversarem com os familiares sobre seu real estado e como será conduzido o tratamento bem como deverão ser os cuidados.

Nesse processo, o foco de atenção e registro volta-se para a história da doença, a observação de sinais/sintomas, a técnica que orienta os profissionais a tocar/manipular o corpo, a hierarquia, a ordem, a rotina e a identificação (doença, número de registro, leito).

O corpo doente necessita ser fixado em seu leito de destino para que possa ser cuidado e vigiado pelo Panóptico da enfermagem, conectando-o a aparelhos de monitorização, suporte hemodinâmico e respiratório, e ainda para os procedimentos invasivos (punção venosa profunda para administração de medicamentos, intubação endotraqueal, sonda vesical para controle do débito urinário, sonda gástrica entre outros) e para a realização de mais exames à beira do leito (RX, sangue, etc.).

Decorrida a fase liminar do ritual de internação, consuma-se o período pós-liminar, ou seja, o doente torna-se paciente, e a família é autorizada pela equipe a entrar e ver a criança (TUNER, 1974). Nessa fase pós-liminar, paira uma relativa calma no CETIP, com sua rotina: o pessoal de enfermagem percorrendo o salão para cumprir as prescrições médicas, os cuidados da internação e dos demais pacientes, num incessante vai-e-vem; com menor intensidade, o trabalho da fisioterapeuta; demais enfermeiros observando os aparelhos que monitoram as funções cardiorrespiratórias do doente.

Orientada pela enfermagem, a mãe lava as mãos, enxuga em papel toalha disponível ao lado da pia, veste o capote sobre a roupa para não levar infecção ao paciente e cruza o grande salão do CETIP. Ansiosa e assustada, com ar de quem está perdida, ela olha para um lado e para o outro, parecendo perguntar-se qual é a sua criança. Nesse momento, apontando para o leito, um enfermeiro avisa: “Está no leito seis”. Tensa, dirige-se ao leito do filho.

A imagem do corpo é modificada pela doença: despido, coberto por um lençol – primeiro sinal do desapareço a tudo que deixou lá fora, para facilitar o acesso –, sedado, intubado, cercado de monitores, cateteres e tubos conectados lhe imprimem a imagem de um

“*cyborg*” – uma criatura híbrida, composta de organismo e de máquina. Enfim, um tipo de eu pessoal e coletivo pós-moderno, um eu desmontado e remontado (VARGAS, 2002, p. 45-46).

Assustada, num silêncio lacônico e arrebatador, à beira do leito, fitando sua “criança híbrida”, cujas funções são garantidas pelas máquinas acopladas ao seu corpo, a mãe sofre com estes possíveis pensamentos: “Será que ele pode me ouvir?”; “Posso tocá-lo?”. Aos poucos, enche-se de coragem, ajeita o lençol, olha novamente para todos os aparelhos conectados ao filho, buscando, talvez, decifrar a serventia de tudo aquilo. Ao mesmo tempo procura por algo. Pega um rosário trazido junto à criança, provavelmente colocado pela enfermagem na cabeceira do leito, no momento de sua internação. Deposita-o nas mãos do filho, acaricia-lhe o rosto, olhando-o fixamente. Provavelmente reza em silêncio. Percebe-se um choro oculto, silencioso, apertado, de um sentimento não contido, impotente, incapaz de livrar o filho daquela aflição. Sofre junto com ele. Enfim, demonstra todo o seu amor e sofrimento de mãe.

Nesse contexto, a doença adquire um nome científico, um leito, uma forma. Daí, ela passa a ser comunicada por meio de linguagem científica, decifrada somente pelos iniciados, através da elaboração de um dossiê – prontuário do paciente. Com a intenção de promover um meio de comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado e no tratamento, os fatos da doença bem como os procedimentos realizados vão sendo registrados pelos diferentes profissionais de nível superior nesse documento formalizado. Trata-se, portanto, e instrumento legal da organização hospitalar e do grupo de profissionais responsáveis pelo tratamento, servindo de base para avaliação da qualidade e eficiência das medidas terapêuticas implementadas e para as orientações à família.

A partir daí cada profissional médico, enfermeiro, fisioterapeuta, entre outros, aproxima-se da criança para examiná-la, tocar o seu corpo, realizar procedimentos que, de alguma forma, contribuam para a identificação de seu problema, de sua doença e, conseqüentemente, para o estabelecimento de novas condutas terapêuticas, e reintegrando-a na sociedade, ou não.

Nessa situação social, o que pretendo ressaltar é o caráter ambíguo vivenciado pelo sujeito ritual coletivo (criança e famílias), uma vez que, nessa condição, essas pessoas furtam-se ou escapam da rede de classificações que normalmente determinam a localização de estados e posições em um espaço cultural:

*Parecia que estava entrando em outro mundo. Na hora que eu entrei e vi ela daquele jeito, cheia de aparelhos, quase não a reconheci. Precisou da enfermeira me dizer em qual leito estava. Disseram que ela não estava muito bem, e aí, quando eu cheguei lá, foi um susto! Não era isso que eu estava esperando. Ficava até com medo de tocar nela e acontecer alguma coisa (F6).*

Inevitável, nesse momento, refletir sobre as entidades liminares, que não se situam nem aqui e nem lá; estão no meio e entre as posições atribuídas e ordenadas pela lei, pelos costumes, convenções e cerimonial, como se nada possuíssem. É como se fossem reduzidas ou oprimidas até uma condição uniforme, para serem modeladas de novo e dotadas de outros poderes, para se capacitarem a enfrentar sua nova situação de vida (TUNER, 1974):

*Nunca eu tinha entrado num CTI. Criei esses filhos todinhos, mas... Eu tava, acho, anestesiada. Não sei como foi que eu tava... Eu não... não estranhei nada. Porque eu acho que quando a gente tá com Jesus, firme, acho que... a gente não estranha, não se desespera... não fica assim: 'Ah, meu Deus'. Não. Não fica reclamando de nada. Tem que ficar só ligada. Assim, qualquer ambiente, assim... tranquilo né? (F3).*

Ao longo deste tópico, percebe-se estreita analogia entre o ritual de internação no CETIP, ao se afastar a criança e sua família de sua rotina habitual e o processo de entrada nas instituições totais de que fala Goffman (2009). Segundo o autor, trata-se de um processo de mutilação do eu e perda de alguns papéis: designação de um leito para o internato; obtenção de sua história de vida (dossiê); peso, despojamento de suas roupas para usar as da instituição; banho; e submissão as suas normas institucionais.

As bases anteriores de cultura do paciente, como o mundo da familiar, a forma de vida, os sinais que o identificam como sujeito de sua própria história, a partir do momento de admissão o CETIP, deixam de ser centrais, em favor da patologia, do estágio da doença e da gravidade do caso.

Nesse sentido, em analogia à mutilação do eu, descrita por Goffman (2009), a família e o próprio paciente veem-se forçados a desapropriar-se do que os identifica como sujeito: despido de suas roupas, seus pertences, seu ambiente, seu trabalho, sua família, seus amigos. A hospitalização afeta todos os familiares, na medida em que, ao vivenciar a doença da criança, a família ingressa em um ambiente cuja dinâmica e lógica são muito diferentes de seu cotidiano, principalmente quando a criança necessita de cuidados intensivos. Somando-se a isso, como os familiares precisam reestruturar-se para poder participar da recuperação da saúde do filho e garantir-lhe proteção, eles modificam a rotina pessoal e profissional, adiam planos e compromissos para estarem ao lado do filho hospitalizado.

Pode-se dizer que há três momentos, na vida, para a produção de novas identidades: o acesso à vida (nascimento); a capacidade de reproduzi-la (viver); e o fim da vida (morte). Nesse ciclo, o indivíduo passa por modelações: primeiramente, a família; em seguida, a escola; depois o emprego; e assim por diante. Cada uma dessas fases produz um corpo e uma personalidade específica, de modo que vestimos máscaras sociais para adaptarmos as novas fases físicas e sociais que ocorrem em nosso cotidiano (GOFFMAN, 2009).

No contexto do CETIP, operando uma verdadeira performatização da família, essas máscaras sociais são compreendidas como uma espécie de fachada, não no sentido artificial, mas no sentido de definir uma situação social naturalmente contextualizada em um determinado cenário com sua plateia.

Desse modo, o espaço social e geográfico da terapia intensiva é análogo a um cenário onde uma plateia, simultaneamente, assiste a todo o processo e assistir o doente. Neste estudo, tanto o profissional enfermeiro quanto o binômio paciente/familiar são protagonistas de suas vidas, na medida em que têm consciência de sua própria experiência vivida.

Nesse cenário de performatização da família, ressalta-se a presença de um gênero cuja experiência social amplia sua atuação. Trata-se da mulher (mãe e avó), elemento determinante da religiosidade no CETIP e abordagem do próximo tópico.

### 2.3 DOENÇA, GÊNERO E RELIGIOSIDADE: “*Deus é médico por excelência*”

Concebida como um sistema aberto, em constante troca com seu ambiente, a família passa por diversas transições no ciclo vital, que podem ser previsíveis, como o nascimento de um filho, ou imprevisíveis, como a doença de um membro familiar, necessitando, para isso, ajustar-se nas relações para o enfrentamento de tal situação (NIEWEGLOWSKI, 2004).

Nessas situações de imprevisibilidade, como já foi ressaltado, o ritual de internação marca a passagem do binômio criança/família de seu mundo sociocultural para sujeitos fronteiriços da “vida íntima institucional” (GOFFMAN, 2009).

As doenças agudas e crônicas<sup>57</sup> exigem ajustamento nos papéis e na própria estrutura familiar, sendo que as atividades profissionais e domésticas, o lazer e as relações sociais ficam afetados, gerando ansiedade, medo, aflição, estresse e enfrentamento. No contexto estudado, o CETIP, percebi, durante o período de observação para a coleta de dados

---

<sup>57</sup>A doença crônica na infância interfere no funcionamento corporal da criança por um longo prazo, requerendo assistência de vários profissionais, além de limitar, de alguma forma, suas atividades diárias, causando repercussões no seu processo de crescimento e desenvolvimento assim como em membros da sua família.



etnográficos, que os efeitos e rearranjos familiares causados pela doença incidiam sobre a mulher, sobretudo sobre a mãe e avó materna, sendo elas prioritariamente “as acompanhantes” das crianças enfermas. Por outro lado, o pai limitava-se a ir ver o filho apenas nos horários de visitas, acontecendo, inclusive, de alguns nunca visitarem-no, como justificam algumas entrevistadas:

*O pai dele [da criança] não conseguiu liberação do juiz para sair da cadeia. Mas liga no meu celular quase todos os dias para saber notícias do filho (F7).*

*Meu marido trabalha como porteiro à noite, e de dia fica com os outros irmãos dela [da criança]... Como moro em um puxadinho, na casa da minha mãe, à noite ela dorme com eles (F1).*

Durante as entrevistas sobre as transformações ocorridas na dinâmica familiar, houve mães que apontaram como algo positivo o fortalecimento da união entre os membros, já que os laços foram mais estreitados nesse momento de crise vivida como “difícil” por todas as mulheres entrevistadas para este estudo. Conforme relato de uma delas, sentiu-se apoiada pelos familiares e pelo marido, não tendo do que reclamar a esse respeito:

*A gente mora longe do hospital, mas sempre vem minha mãe, minha irmã. No dia que o pai dele [da criança] pode, ele vem! Só que ele tem que trabalhar. Sempre que tem uma notícia boa, eu ligo, ou ele liga pra mim. A gente [avó e tia materna] se reveza para ficar com ele [o filho] no CETIP, para eu poder descansar, ver meu marido que ficou em casa cuidando do nosso filho mais velho. Eu e minha irmã quase nem se falava... Por causa do marido dela [da irmã]... Eu não vou muito com a cara dele... É muito ignorante com ela [irmã]... Bebe muito... Agora a gente tá mais unida (F3).*

Por outro lado, essas alterações sofridas na dinâmica da família não estavam associadas ao apoio à criança doente, mas ao surgimento de embates no relacionamento conjugal que, por vezes, culminava na ruptura familiar. Em minha experiência, como enfermeira do CETIP, não é incomum os parceiros se separem em virtude das alterações de rotina e das mudanças nos papéis familiares e sociais da mulher.

Em tal circunstância, ao deixar o lar, durante longos períodos de internação para acompanhar o filho acometido de alguma doença crônica, a mulher rompe com o estigma de que o lugar da esposa é no ambiente doméstico, desencadeando um desequilíbrio organizacional na família. Um exemplo é o relato de F4 sobre o longo período de internação de sua segunda filha de três anos, para tratamento de fibrose cística: seu marido, pai da criança, envolveu-se com a vizinha, de 18 anos, num relacionamento extraconjugal, desencadeando o fim do casamento.

Na entrevista, ela relatou que, embora tivesse uma relação normal com o marido, à medida que a internação da filha foi prolongando-se, seu casamento “foi esfriando-se”. A desculpa do marido, por ter se envolvido com a vizinha, foi porque “ele se sentiu abandonado por ela”. Atualmente, ela só acalenta um plano para o futuro: “Permanecer ao lado da minha filha o tempo que for! Minha vida conjugal não é prioridade nesse momento. Perante Deus, minha filha é coisa mais importante para mim” (F1).

No relato de outra mãe, dedicar-se ao tratamento do filho custou-lhe a perda do emprego de balconista em um supermercado: “Precisava muito dos seus cuidados, sendo uma opção dela para ficar perto do filho, já que não confiava em mais ninguém.” (F 2).

A missão de “acompanhar” a criança doente era assumida em muitas situações pelas mães, sendo frequente recorrer à avó materna para assumir o cuidado dos netos nos momentos em que elas estavam com o filho doente no Hospital ou vice-versa. Foi o caso de uma avó que acompanhava a neta:

*Minha nossa senhora! Como ela pode largar o trabalho para ficar aqui no CTI com a filha em coma! Ela é mãe solteira... O pai da criança sumiu, não quis saber na época que ela tava grávida. (...) Mas... vó é mãe duas vezes...*

A forma como essas mulheres vivenciam a doença do filho elucidada um ponto em comum entre elas: a clivagem social de gênero instaurada pela figura de mãe e mulher, em que os papéis sociais instituídos, para homens e mulheres, são estabelecidos no conjunto da sociedade como normas ou como costumes, sendo possível perceber esses papéis nas histórias de vida delas. Embora não apresente elementos específicos de desigualdade de gênero, os relatos estão diretamente relacionados a uma ordem patriarcal, em que o masculino está voltado para fora, para o social, e o feminino, restrito à esfera doméstica (BOURDIEU, 2002).

Nessa ordem dos fatos, estão patentes, pelo menos no senso comum, os seguintes aspectos: a existência do mito da imagem materna, religiosa e caritativa da mulher, que é consagrada a cuidar da família, dos filhos, dos velhos e dos doentes; e ao homem, a função tradicional de provedor da família, bem como sua legitimidade em controlar a sexualidade da mulher, exigindo dela o cumprimento de papéis como os de mãe, de esposa e de dona de casa.

No contexto sociocultural dessas famílias, a diferenciação entre a função social de gênero é algo que se dá tanto no universo moral, arbitrariamente constituído, naturalizado e legitimado, quanto no entorno de suas condições práticas, de forma que o masculino e o feminino estão inseridos num processo que define o primeiro como mentor da relação e o segundo como figura dependente e “cuidadora” da relação (BOURDIEU, 2002).

Tal representação é sustentada por uma relação de poder naturalizada, destinando à mulher um lugar de submissão, num comportamento expressivo de condutas “ritualizadas” que não estão, evidentemente, nas condutas em si, mas nos códigos culturais que nelas imprimem significado, evidenciando hierarquias sociais ritualizadas (GOFFMAN, 2009).

No contexto desta pesquisa, restringe-se ao pai, e às vezes nem isto, o suporte social e emocional ao binômio mãe/criança, recaindo toda a responsabilidade do ato de cuidar da criança enferma sobre a família nuclear (mães) e a família extensa (avós). De fato, os efeitos e rearranjos familiares causados pela doença incidem, sobretudo, sobre a mãe, sendo ela a “cuidadora” principal do filho.

Por outro lado, a imagem do CETIP como um lugar de sofrimento e morte não só afeta a forma como as famílias reagem à doença, mas também suscita novos significados para a situação vivenciada. Um desses significados está representado na metáfora que melhor define a dinâmica relacional em um centro de terapia intensiva – “a vida por um fio”. Essa metáfora sustenta o contexto comunicacional do CTI: ele deixa de ser apenas um local, em termos espaciais, para transformar-se em um contexto “gerador de significados” em que tensão, angústia e estresse estão sempre presentes como uma mensagem subliminar, afetando diretamente o processo de cuidados (MORE & MACEDO, 2006).

Logo, além de produzir modificações na vida da criança, a doença modifica a organização familiar em favor da disponibilidade de suporte ao doente. A família mostra-se como a primeira forma de apoio, mas, igualmente, outras estratégias são buscadas, por essas mães/avós acompanhantes, advindas da cena do inconsciente e do imaginário por meio do qual emerge a religiosidade:

Um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos seres humanos através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral, vestindo essas concepções com tal aura de factualidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas (GEERTZ, 1989, p. 104-105).

Entendendo, com Geertz (1989), que a religião “formula conceitos de uma ordem de existência geral”, assumindo o papel de salvaguardar a dignidade, a liberdade, e a integridade diante da experiência da doença e do sofrimento, a resiliência conferida pelas crenças religiosas reflete a maneira de como as famílias reagem à doença, aos seus significados, às perguntas existenciais e ao mito de morte vivenciada pela criança/família no CETIP.

O medo do desconhecido, a mudança de ambiente e de papéis, além das incertezas que gravitam em torno do diagnóstico médico revelam o quanto esse setor ficou naturalizado pelo mito da morte. Embora muitos pacientes submetidos à terapia intensiva sejam recuperados, o paciente muitas vezes é visto como um doente terminal pelos seus familiares, como revelam algumas falas:

*Na hora, eu fiquei desesperada. Aí, eu comecei, né?... assim... meu Deus, por que essa menina tá sofrendo assim tanto, e já andei por tantos médicos e ninguém descobre o que é? Ninguém descobre o que é, meu Deus, por quê?... Por quê? Aí, Ele falou... E Ele fala! Falou assim: 'Jesus sofreu mais'. Entendeu? (F8).*

*Meu Jesus, o que é que o Senhor quer de mim, pra tirar essa criança desse sofrimento? Porque eu sei que o Senhor pode... Porque eu sei que todo poder foi lhe dado... Então, tudo o que o Senhor quiser, se for da Sua vontade, né? Que a vida pertence a Ele. Então, Ele vai fazer conforme a vontade dEle! (F5).*

As famílias cultivam “crenças” em relação ao processo de adoecimento, e a religião oferece para a doença explicações plausíveis que se inserem no contexto sociocultural do sistema familiar, tornando-se um meio reflexivo e simbólico da realidade, seja pela proximidade da morte, seja para solucionar aflições (RABELLO, 1993). Uma entrevistada católica praticante e ouvinte do Padre Marcelo relata como enfrentou a doença do filho: “*Você tem que ter fé em você, fé em Deus, que vai conseguir*”.

Inseridas em um universo sociorreligioso, as crenças e os sistemas religiosos são reconhecidos como legítimas fontes de interpretação para a doença e seu tratamento. Relacionadas ao contexto geral da vida do enfermo, as explicações religiosas organizam o estado desordenado e confuso da doença em um todo coerente, conferindo significados às experiências coletivas e privadas do enfermo (RABELO e SCHAEPPPI, 1993).

Buscando compreender as relações entre a doença, o corpo e a morte, bem como suas interpretações pelas crenças mágicas e religiosas, Evans-Pritchard (2005), em sua pesquisa etnográfica sobre *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*, sustenta que o ponto principal da crença reside no fato de ela fornecer tanto uma explicação para infortúnios quanto um meio para combatê-los.

Nessa sociedade, os Azande acreditam que cada órgão tem uma alma, e sua falência ou a do corpo numa totalidade é interpretada como efeito de bruxaria. Semelhante à cultura racional em que se realiza o diagnóstico médico, a bruxaria é identificada como causa da doença. Em contrapartida, assim explica Evans-Pritchard (2005, p. 55):

Um Azande está à procura não de causas e efeitos como nós, mas da causa última dos infortúnios. Ele percebe como os infortúnios acontecem da mesma forma como nós. A bruxaria explica porque os acontecimentos são nocivos, e não como eles acontecem [...] O que eles estão fazendo aqui é abreviando a cadeia de eventos e selecionando a causa socialmente relevante numa situação social particular, deixando o restante de lado.

Nessa linha de argumentação, ficou evidenciada, nas falas dos familiares, a importância depositada no sistema biomédico como campo do saber autorizado para tratar a doença, principalmente na figura do médico. Isto é, enquanto ao médico cabia alcançar a cura ou controle da doença, ao doente/família, obedecer corretamente à terapêutica proposta:

*Essa é a terceira internação dela em CTI. A primeira internação foi aqui nos Servidores, podia ficar o tempo todo do lado dela e ia revezando com meu marido. Não tinha impedimento nenhum, diferente da segunda vez no hospital X<sup>58</sup>. Lá a gente só podia entrar no horário de visita! E era contadinho quinze minutos! Nem um minuto a mais nem menos! Logo a enfermeira vinha avisar que o horário da visita tinha acabado, e eu deixava ela chorando toda vez, ia embora. Quando a médica da UPA disse que tinha conseguido vaga para ela aqui, levantei as mãos para o céu e dei Gloria ao Senhor! Vou poder ficar perto dela. Não posso falar de ninguém aqui, desde a funcionária da limpeza, a enfermagem, até os médicos. Aqui todos são bons e competentes (F1).*

*O atendimento que você tem lá dentro [CETIP] te deixa mais segura. Muito bem organizado, muito bem aparelhado. Tem aparelho para tudo, piscando e fazendo barulho para todos os lados! O pessoal é muito bem formado. A gente fica mais tranquila porque sabe que ela [a neta] está tendo uma assistência, que sempre tem uma enfermeira, uma médica do seu lado olhando. Qualquer coisa, eles tão ali (F6).*

Essas falas demonstram como a segurança está vinculada ao cuidado direto e especializado oferecido, pelas equipes do CETIP, ao paciente. Ainda nesse contexto, ficou evidenciado nas falas dos familiares que fatores presentes no ambiente, como o barulho dos equipamentos, movimentação de profissionais e luminosidade excessiva, são compreendidos como recursos necessários de segurança para a recuperação da vida do filho. Durante as entrevistas, perguntei a todas as acompanhantes, participantes dessa pesquisa, como elas gostariam que fosse o setor. A resposta foi unânime: “*Não conseguiam imaginar o CETIP de outra forma*”.

Somando-se a essa legitimidade, confiada às ciências naturais, havia um conjunto de crenças, discursos e práticas específicas de caráter religioso que reunia a esperança de cura da criança no tocante a uma força superior, algo extraordinário de proteção e superação professada na “fé em Deus” para o enfrentamento da doença e de seu drama:

---

<sup>58</sup> Optei, eticamente, por não citar o nome do hospital.

*Existe um Deus que tudo pode. Na bíblia tá escrito assim: 'Quem crê em mim, terá a vida eterna e saúde em abundância'. Com fé Deus dá jeito. (F3).*

*Se não tiver fé em Deus, a gente não acredita na cura. Não adianta confiar nos médicos, nas enfermeiras se você não confiar naquele lá em cima... Em DEUS né? (F8).*

*Antes eu era católica. Passei a ser evangélica, depois da doença do meu filho, para ficar mais perto de Deus. A igreja toda ora por ele, e eu também. Tenho fé de que o tratamento já deu certo; para mim meu filho já está curado e pronto (F1).*

Nessas narrativas, observei também que não havia antagonismo entre o sistema biomédico e o religioso. A religiosidade não era concebida como uma forma de tratamento alternativo, utilitária ou racionalizada para se alcançar a cura, mas como um meio de fortalecer a própria fé em Deus, amparando e conduzindo o trabalho dos médicos, dos demais profissionais, sendo ainda consolo espiritual aos próprios familiares. A possibilidade de cura é vista pelos familiares como bênção divina, como expressa a fala de uma das mães que se diz evangélica e coloca a mão de Deus na direção divina da doença, auxiliando os médicos:

*É porque tudo tem a mão de Deus na nossa vida. É a mão de Deus usando os médicos para te abençoar. A igreja quer que você se predisponha a propagar isso, que realmente Deus tem cuidado com os filhos dele... Deus tem operado! (F2).*

Desse modo, na visão dos familiares, não existiam contradições entre as terapias da medicina oficial e suas convicções religiosas, ou seja, a medicina é sempre acionada como indispensável, mas ela por si só não garante o tratamento, a recuperação, a cura e a vida. O mais importante para vencer a doença era a fé em Deus e no seu livre arbítrio:

*Eu já conversei com Deus, se não for possível a recuperação do NC [nome da criança], seja feita a Sua vontade. Eu vou aceitar" (F1).*

*Deus não dá a cruz se você não pode carregar. Acho que essa é a minha. Tenho fé em Deus e acho que Ele está testando minha fé, e se Deus quiser, nós vamos sair dessa! (F4).*

*Não é só isso [tratamento], a medicina hoje tá muito avançada, mas aí a gente fica pensando 'será que eles vão conseguir curar ela? [neta internada], aí a gente tem que se pegar com Nossa Senhora e pedir para interceder junto a Deus (F8).*

Nas narrativas sobre a doença do filho, a alusão a Deus apareceu por parte das mães, normalmente, em um sentido positivo, constantemente associado a agradecimentos e esperanças, mas nunca no sentido de punição. O surgimento da doença do próprio filho não era considerado pelas mães como um castigo divino, mas como uma possibilidade de superação, como uma provação. As mães não acreditavam que Deus desejasse castigá-las atingindo um filho ou punindo uma criança com uma doença.

Assim, as mães/avós acompanhantes (re) constroem a sua história com profundo sentimento não só de fé em que as limitações e dificuldades cotidianas são superadas, mas também de esperança nos momentos da realização dos sonhos. Nisso, elas expressam que as dimensões física, emocional e espiritual estão presentes, integralizadas, nas festas e acontecimentos sociais de cada uma delas, levando em diante projetos e sonhos para que não sejam excluídas do mundo social:

*Ela [a filha] adora receber presentes, e às vezes, vamos ao shopping, só não vamos mais porque é difícil o transporte. Também teve os 15 anos da mais velha com valsa e tudo. Elas duas já fizeram a primeira comunhão e foi muito bonito, na igreja (F3).*

*Eu tenho uma promessa de fazer a festa de aniversário dele todo ano, e é quando eu fico mais feliz. O padre fez o batizado dele lá em casa. Um dia, se Deus quiser, ele vai andar (F4).*

*Com todas as mudanças de planos por causa da doença e apesar dela, nós já estávamos acostumados, e eu sabia das dificuldades, mas sempre pensei que venceríamos todas, juntos com Deus! (F2).*

Essas famílias não perdiam a crença em Deus, atribuindo-Lhe sempre os rumos ou desdobramentos da doença: vontade de Deus era vista como superior e preponderante às técnicas terapêuticas biomédicas, embora, estas também fossem tidas ainda como indispensáveis:

*É Deus mesmo que cura, só Ele. Deus é médico dos médicos. O médico principal é Deus. Agradeço também às enfermeiras, mas, primeiramente, a Deus, segundo, os médicos, porque eu sei que eles estão ali pra salvar a vida de muitas crianças, de adultos, de muita gente. Deus é quem guia a mão do médico, né? (F2).*

Como consequência da doença, a morte era compreendida como decisão divina. Nos casos de óbito, entendia-se muitas vezes que Deus “*queria que a criança descansasse e parasse de sofrer*”. Isso não quer dizer que não havia oscilações e questionamentos interiores sobre a decisão e a própria existência divina, tanto que algumas relataram que esses momentos de desespero foram superados por uma espécie de “*renovação da fé*”.

A esperança do bem maior – a vida – direcionou a maioria das opiniões das entrevistadas, quer seja pela aspiração religiosa quer seja pela função da biomedicina. Desse modo, doença e cura, profissionais de saúde e familiares complementam-se: “*Deus é médico por excelência!*”. A religiosidade e a fé em Deus conferem, assim, maior produção de sentidos para a enfermidade, evidenciando que a ciência não encerra as suas significações.



### 3 NAS MÃOS VISÍVEIS SOB O CUIDADO DO INVISÍVEL

Este capítulo agrega todos os aspectos abordados até o momento, permitindo evidenciar questões relevantes ao significado da religião, da religiosidade e das crenças religiosas no CETIP tanto para as famílias quanto para os enfermeiros entrevistados. Nos títulos de cada tópico, estão expressões usadas pelos sujeitos pesquisados, as quais reproduzem a forma e o sentido da realidade vivenciada por eles.

#### 3.1 “MINHA NOSSA SENHORA, INTERCEDA JUNTO A DEUS E PROTEJA MEU FILHO NO CETIP!”

A frase título deste tópico tem a seguinte contextualização: com o filho internado, durante muito tempo, no CETIP, F1 enfrentava dificuldades para acompanhá-lo, tais como problemas financeiros, deslocamento (morava em Nova Iguaçu – RJ) e, por fim, um câncer de mama. Diante dessas dificuldades, ela deixava sobre o leito do filho uma pequena imagem de Nossa Senhora para protegê-lo em sua ausência.

Optei por iniciar este tópico com esse caso pelo fato de ele retratar, como outros exemplos que serão arrolados, a prática hierofânica, comumente observada no CETIP. Na visão de F1, Nossa Senhora aparecia como mãe, intercedendo junto a Deus para proteger seu filho, portador de uma síndrome genética<sup>59</sup>, sem acompanhante em sua hospitalização.

As visitas dos pais eram esporádicas e, numa delas, convidei F1 para participar da pesquisa, explicando-lhe brevemente o trabalho, ao que, imediatamente, ela se dispôs a colaborar, dispensando agendamento da entrevista. Disse ter sentido que, participando da pesquisa, poderia não só esclarecer sua ausência, a do marido e a dos outros filhos, mas também justificar de onde retirava forças para suportar a tristeza de deixá-lo sozinho no hospital. Alertou-me que falava muito, dando-me a liberdade de interrompê-la se necessário.

Ao informar-lhe que não seria identificada no estudo, respondeu-me que não era preciso, já que suas revelações não eram segredo para ninguém. Mesmo assim, optei por manter seu anonimato e solicitei, após a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido(TCLE)<sup>60</sup>, sua assinatura. Depois disso, pedi-lhe que falasse livremente sobre sua história de vida, sobre a doença e sobre sua fé religiosa a partir da imagem de Nossa Senhora no leito do filho.

<sup>59</sup> Por questões éticas, optei por omitir detalhes sobre a criança. Após esta entrevista, a criança veio a óbito.

<sup>60</sup> Documento exigido pelo comitê ética do HFSE com pesquisas envolvendo seres humanos.

Eis seu relato inicial: nascida e vivendo em Nova Iguaçu, casada, 48 anos, de família simples e numerosa, sendo a caçula de dez irmãos e órfã de pai por ele ter falecido de infarto ainda na gravidez da mãe. Relatou que a vida da mãe foi marcada por privações financeiras e sofrimentos para criar os filhos, por isso encontrou na religião e na devoção a Nossa Senhora forças para enfrentar suas dificuldades. Seguindo o exemplo da mãe, que sempre dizia aos filhos que “*A gente só aguenta carregar a cruz se buscar a Deus*”, aprendeu a buscar Deus para enfrentar as adversidades da vida. Assim como sua mãe, já falecida, tem na religião católica e na devoção a Nossa Senhora o suporte para continuar sua caminhada: “*A formosura de Maria, a devoção que eu tenho a Ela (...) é a sua lealdade a Deus. Maria é um exemplo de fidelidade a Deus... sua presteza de fazer aquilo que Deus atribuía a ela*” (F1).

Posteriormente, indaguei-lhe sobre a doença e o significado da imagem de Nossa Senhora no leito do filho. Antes de explicar sobre o significado da imagem para ela, continuou relatando sua história. Seu marido tem 57 anos e é aposentado, com um salário mínimo, há 15, por invalidez, em virtude de atropelamento, quando retornava do trabalho, que lhe deixou seqüela em sua perna direita, além de dor e dificuldade para se locomover. Por ocasião do atropelamento, ficou vários dias gravemente internado no CTI. Para ajudar nas despesas, ela fazia faxinas. Tem três filhos: uma casada de 25 anos, um rapaz de 24 anos e o filho caçula, internado. Este, após uma gravidez que caminhava para um final aparentemente feliz, nasceu com um problema genético:

*Não tive meu filho ao meu lado. Ele havia sido levado às pressas para o CTI. A partir de então, o leito de hospital foi a casa dele. Desde o nascimento, passou por cinco cirurgias. (...) Foi e está sendo uma luta muito grande, uma batalha enorme minha e a do pai dele. Os irmãos não quiseram se apegar a ele com medo do pior* (F1).

Embora ela e o marido sempre visitassem o filho, no início, com o passar do tempo, a distância do hospital, o desgaste emocional e, sobretudo, a crise financeira não lhes permitiram reverter, de maneira positiva, as dificuldades geradas pela doença da criança, de modo que, muitas vezes eles (o marido e ela) foram julgados por isso:

*As questões que muita gente pré-julga né? Diz que o pai e a mãe não vêm ver o filho porque não têm responsabilidade, mas as pessoas têm que saber a história dessa família, né? Porque, às vezes, a mãe ou o pai não vêm, vêm uma vez por semana porque não têm dinheiro, né? Ou por conta de outra doença na família, né? Essas dificuldades que as pessoas não conseguem entender e julgam a gente!* (F1).

Quanto ao relato acima, observei certa mágoa em suas palavras. Segundo ela, mesmo não ficando com o filho hospitalizado, orava para Nossa Senhora que intercedesse junto a Deus para proteger e abençoar os profissionais no cuidado do filho no CETIP. As orações dotavam-se de um caráter muito peculiar:

*Com as mãos ao céu, em voz alta, de olhos fechados, de joelhos nas primeiras horas do dia, assim como fazia Davi, eu faço uma corrente de oração voltada para a imagem de Nossa Senhora, em seu leito, rogando a Ela para interceder junto a Deus e protegê-lo! Minha Nossa Senhora, interceda junto a Deus e proteja meu filho no CETIP! (F1).*

F1 conta que, em virtude de um tumor diagnosticado na mama, há cerca de quatro anos, suas visitas ao filho foram mais dificultadas ainda. Contou que sentiu um caroço do tamanho de um “feijão”, dolorido, na mama direita e, após passar por um médico, no posto de saúde, foi encaminhada a um mastologista, que lhe solicitou vários exames e, ao retornar com os resultados, a médica lhe disse que se tratava de um câncer na mama direita, encaminhando-a ao INCA (Instituto Nacional do Câncer) para dar início às sessões de quimioterapia e com possibilidade de uma cirurgia:

*O médico falou comigo que eu ia ter que fazer quimioterapia no INCA. A palavra câncer veio logo na minha cabeça. Se eu tava precisando fazer quimioterapia, era sinal de câncer. Na hora, ainda não tinha caído a ficha, mas cheguei em casa e falei para meu marido: desabei num choro de meia hora! Além das sessões de quimioterapia, tinha a cirurgia (F1)*

Ela acredita que “Deus entra em nosso coração, e sua palavra é dita ao coração” e que o apoio veio de Nossa Senhora através das palavras do marido: “*Aquiete sua alma, você é uma mulher de muita fé. Se Maria não estivesse disposta a aceitar o plano de Deus... Aceitar ser mãe de Deus. Ela estava prometida em casamento, lembra?*”.

Ela conta que, nas primeiras sessões de quimioterapia, sofreu muito com seus efeitos colaterais, como náusea, vômito e queda de cabelos, mas sempre realizando a corrente de oração voltada para a imagem de Nossa Senhora no leito do filho no, CETIP, deixando de fazê-la somente quando se submeteu à cirurgia de ressecção, da mama afetada pelo câncer, ficando internada, alguns dias, no hospital.

Durante a internação, dizia que orava em silêncio, deitada no leito, pedindo a Deus e a Nossa Senhora para proteger a ela e a todos de sua família. Na época da entrevista, continuava em tratamento, seguindo com muita fé em Deus e na intercessão de Nossa Senhora:

*A doença não vem desacompanhada. A graça de Deus vem junta. Então, eu tenho força para suportar o câncer ou a doença dele [o filho]. É só a gente lembrar como sofreu Jesus, Maria e os apóstolos. Ninguém está livre do sofrimento aqui na terra. Assim como Nossa Senhora disse: 'Faça-se em mim a vossa vontade. É a oração que ela nos ensinou e eu sigo a vontade de Deus. Só Dele, aprendi com Maria (F1).*

O relato de F1, concebendo a presença de Maria como uma mulher forte intercessora de suas necessidades perante Deus, reforça a representação simbólica do sagrado como um constante apelo para as mães. Maria é a defensora dos mais necessitados, mãe de Cristo, da humanidade desde que aceitou gerar Aquele que iria salvar a humanidade. São inúmeras as formas como os fiéis se referem a Virgem Maria: Maria de Nazaré, Mãe de Deus, Nossa Senhora. Os católicos têm uma ligação especial com Maria de forma que faz parte da identidade católica a devoção a Nossa Senhora, mãe de Jesus, sendo reverenciada por ser humana, mas sem pecado.

Observa-se, no contexto do CETIP, que a representação simbólica do sagrado é um apelo constante para as mães. No ritual religioso de devoção a Nossa Senhora, sua imagem se reveste para F1 de uma experiência do transcendente e da transcendência, de forma que essa experiência se revela na “capacidade, típica do ser humano, de sair de si, do seu corpo, da sua situação humana, através da reflexão, do pensamento, do sonho, da imaginação”, permitindo respostas para as diversas perguntas sobre o sentido da vida e da existência. Oferece também amparo e segurança para os momentos difíceis, preenche o vazio gerado pela finitude da vida e garante um destino positivo no final da caminhada do ser humano (SCHIAVO, 2004).

O valor dado a Maria como a Mulher, a Mãe da humanidade, também a coloca como arquétipo feminino da perfeição. Maria é a mulher que evoca e estimula qualidades potencialmente semeadas em toda mulher como um modelo de perfeição humana a ser seguido (BOFF, 1980).

Esse recurso simbólico, muito comum no CETIP, é ativado pelas famílias na experiência da doença diante das situações aflitivas que se estabelecem em uma internação hospitalar, onde também se percebe a imbricação do aparato da mais alta tecnologia e profissionais especialistas com orações, rezas, rituais, promessas e objetos hierofânicos (rosário, fita, medalha, gravura, bíblia, crucifixo ou patuá) colocados junto à criança ou próximos dela, na cabeceira do leito e até mesmo pendurados no suporte de soro.

Tal característica da religiosidade é tão intensa que, frente à possibilidade de serem afastados de seu objeto sagrado, observa-se o limiar de reações físico-emocionais por parte do indivíduo religioso. Um exemplo disso foi um fato presenciado por mim, em um plantão no CETIP, quando, retornando ao setor depois de ir a casa ver os demais familiares, a mãe de uma criança internada começou a gritar desesperadamente: “*Quem roubou a mensagem do Chico? Eu quero de volta! É ela que me dá força*”.

Depois de acalmar a mãe, a equipe certificou-se de que se tratava de uma suposta mensagem do médium Chico Xavier que, durante o banho da criança, foi retirada e guardada pela técnica de enfermagem. Ao receber o folheto, com a mensagem nas mãos apertada contra o peito, a mãe chorava com o olhar fixo no filho. Essa passagem remete à representatividade dos símbolos religiosos de que fala Geertz (1989, p. 120):

Os símbolos religiosos oferecem uma garantia cósmica não apenas para sua capacidade de compreender o mundo, mas também para que, compreendendo-o, dê precisão a seu sentimento, uma definição às suas emoções que lhes permita suportá-lo, soturna ou alegremente, implacável ou cavalheirescamente.

Mais do que o fato de a mensagem ser de Chico Xavier, o que marcou no comportamento religioso dessa mãe é a sacralização do papel com a mensagem, de forma que ele se tornou, para ela, um objeto hierofânico. Considerados sagrado, os objetos emanam poder imaginário de produzir efeitos de maneira mística (MAUSS, 1978) em virtude de se cultuar não o objeto em si, mas o sagrado e a fé que nele se revelam, passando a desempenhar um papel fundamental para o binômio paciente/familiar no CETIP.

Os símbolos são criados a partir da imaginação com base nas interpretações representativas do sujeito em relação a um determinado objeto concreto ou abstrato, dando a esses objetos gradações sígnicas e simbólicas, distintas nas mais diferentes escalas e alcance espacial ou temporal (SARTRE, 2009).

3.2 “EU ENTREGO TUDO NA MÃO DE DEUS, PEÇO FORÇA PRA VENCER O QUE VIER PELA FRENTE, PORQUE A GENTE NÃO SABE O DIA DE AMANHÃ. SOMENTE DEUS!”

Semelhantemente ao tópico anterior, essa frase título tem a seguinte contextualização: tratava-se de F5, uma avó de 58 anos, que acompanhava a neta de oito anos. Natural de Pernambuco e moradora na Rocinha (RJ) há seis anos, mulher simples e humilde, descreve sua história de vida e a forma como encontrou Jesus: pela dor e pelo sofrimento com a doença da neta:

*Sou de Pernambuco, tô aqui no Rio há... vai fazer seis anos que eu vim prá cá. Vai fazer seis anos que moro na Rocinha, em fevereiro, ano que vem, 2014. Tive onze filhos, nunca casei. Eu sou solteira, né? Tive esses filhos, mas morei com um homem só. A gente não conseguiu casar, porque meus pais eram contra e eu era... a gente era de menor e meu pai não quis assinar. Então a gente não conseguiu casar. Aí, faleceu uma criança com três meses, outra com dois anos e seis meses. Aí, depois, que eu fui tendo filho e, depois, ele abandonou a família, depois desses filhos todos e... com onze filhos! Mas morei com um homem só. Faz vinte e dois anos que eu vivo sozinha, criei meus filhos só. Ele abandonou a família depois desses filhos todos (F5).*

F5 trabalhava como doméstica e afirma que passou muitas dificuldades para criar os filhos. Buscou conforto e força em Jesus, que a tem ajudado depois que o marido a abandonou com os filhos pequenos. Ela salienta que sua resignação e sua fé em Jesus ocorreu quando de sua conversão à Assembleia de Deus, a qual exige uma fidelidade do crente, que não é exigida pela Igreja Católica:

*Depois que meu marido me abandonou com os filhos, eu me peguei só com Jesus. (...) Foi Ele quem me ajudou a criar meus filhos (...). Eu sigo a meu Jesus e tô crendo na vitória, né? Eu não deixo a minha igreja por nada, eu creio na palavra. Eu fui criada na Igreja Católica, minha família toda era católica, mas depois que uma irmã minha conheceu a Assembleia, conheceu Jesus, aceitou Jesus como único salvador, então minha mãe aceitou. A gente tava no caminho errado, porque eu não vou dizer que a Igreja Católica foi a primeira, não foi mesmo, né? Que serve a Deus. Mas pelo que eu via, eu achava que não estava certa, porque tem que fazer a diferença. A pessoa tem que ser fiel. E a pessoa que vive de todo jeito... eu não acho que vai resolver. Tem que saber entrar, tem que saber sair, tem que saber fazer tudo no mundo, né? O católico não, eu sei que na minha época, a gente pintava, bordava, bebia, matava, fazia isso, fazia aquilo. Então uma pessoa dessa não precisa de Jesus (F5).*

Acreditando que ter fé em Deus é o princípio de tudo e a sua salvação, F5 relatou que sentiu necessidade de algo além das coisas do mundo, das coisas materiais, enfim, sentiu necessidade de Deus em sua vida:

*A religião representa a minha salvação, a minha salvação quando fui aceitar Jesus, né? Que as pessoas passavam e me davam a palavra. Mas, quando foi no dia de aceitar Jesus, eu senti como quando a gente tá com uma sede, querendo matar aquela sede. Foi o que eu senti quando fui aceitar Jesus. Eu senti aquela sede de... tão grande no mundo, que eu fui... assim sem precisar de convite de ninguém. Eu disse: 'Eu quero aceitar Jesus hoje'. Aí, saciou a minha sede. Eu quando estou em casa, vou toda semana ao culto, sou da Assembleia de Deus, faço parte dos conjuntos da igreja, né? Faço parte de tudo na Igreja (F5).*

Através da oração e da fé em Deus, pede forças para o enfrentamento da doença da neta e sente-se fortalecida para o que vier pela frente:

*Eu entrego tudo na mão de Deus, peço força pra vencer o que vier pela frente, porque a gente não sabe o dia de amanhã. Somente Deus! Eu entrego na mão dEle mesmo! Porque, quando foi pra levar minha filha, mãe dessa neta, com trinta anos, aí, faleceu essa filha... Ele falou o mesmo pra mim: 'Tinha que aguardar, que ela vacilava muito na fé. Brincava de servir a Jesus'. Então, Deus falou e não teve solução. Quando Ele diz o que vai fazer, Ele faz e ninguém impede, entendeu? Agora pra curar... pra levar...é assim. Criei meus filhos e criei seis netos... Essa filha que faleceu deixou cinco filhos. Cuido deles tudinho. A mais velha dela é uma menina... Tá casada, tem dois filhos. Tá com vinte anos. Tem um com dezoito e a outra com dezessete... E tem um com quinze. A mais nova é ela com oito [a que está internada] (F5).*

Assim como os demais netos, F5 relata que a neta internada sempre esteve sob seus cuidados, desde que a mãe faleceu, quando a menina tinha um mês de nascida e fala sobre o motivo da morte da filha:

*O motivo que me disseram foi pressão alta, né? Ela até fez o pré-natal todinho! Sempre no médico, mas não teve jeito. Ela operou, fez uma cesariana, tirou a menina e... Passou oito dias no hospital. Depois, mandaram ela para casa, mas ela não ficou boa, né? Ficavam indo pro hospital e voltando... Aí, no mês de setembro, ela faleceu. Deixou cinco filhos. Cuido deles tudinho! Agora que aconteceu a doença dessa, eu tô aqui com ela! (F5).*

F5 demonstra a preocupação com a doença da neta, sua peregrinação feita por vários médicos bem como os exames realizados e sua aflição quanto ao diagnóstico:

*Ela começou enferma, e eu a levei pra um hospital, né? Fui pra vários médicos, uns quatro, mas ninguém descobriu e, no último, foi que internou ela... Falou que ela tava com problema no rim. Ela tava lá no Miguel Couto, já tinha passado dez dias lá no CTI lá, e transferiram pra cá. Porque falaram com a ambulância lá, com o profissional lá que eu não sei quem é, e transferiram ela pra cá! [HFSE]. Ela nunca foi internada. Foi tudo muito rápido. Quando a médica viu o exame, que a médica descobriu que ela tava com um problema muito grave e tinha que internar, nem acreditaram no que ela tinha, que eu cheguei com ela andando tudinho. Aí repetiram o exame na mesma hora! Aí falou: 'não, ela vai ter que ser internada muito rápido'. Nunca foi internada. Ela falou [a neta]: 'eu não podia tá aqui, eu não podia, eu nunca tive nada'. Ela falou pra mim assim, né? Aí, eu digo: 'mas, minha filha, é assim mesmo'. Aí, ela dizendo assim: 'porque era só pra eu vir no médico, tomar um remedinho e ir pra casa... não era eu ficar internada, não'. Ela falou... ela não entende, né? (F5).*

Em um momento de desespero, F5 reconhece que falhou ao questionar Deus do porquê de os médicos não descobrirem a causa da doença da neta. Numa atitude de resignação, arrepende-se e busca consolo em Deus, pede ajuda, aceita o sofrimento ao compreender que o de Jesus foi maior. Em meio a sentimentos de angústia, embora deposite a cura nas mãos de Deus, também reconhece a importância da equipe do CETIP:

*Não tem um ser humano que não seja falho, né? Na hora eu fiquei, assim, desesperada: 'Meu Deus, por que tá acontecendo na minha vida? Por que essa menina tá sofrendo tanto, eu já andei por tantos médicos e ninguém descobre o que é?' Aí, Ele falou assim: 'Mais sofreu Jesus'. Entende? E eu disse: 'Meu Deus, o que é que o senhor quer de mim, pra tirar essa menina do sofrimento? Porque eu sei que o Senhor pode, porque eu sei que todo poder foi-lhe dado. Então, tudo o que o Senhor quiser, se for da sua vontade, né?'. Porque a vida pertence a Ele, e se for da vontade Dele, então Ele vai fazer conforme a vontade Dele, né? Não estou dizendo, desfazendo de médico nenhum, nem de enfermeira nenhuma. Graças a Deus são bons e eficientes, muito profissionais, são muito bons, são muito cuidadosos. Mas a gente crendo, porque, se Deus quiser, Deus faz. Agora, quando Ele não quer, Ele manda um fazer. Mas quando é para Ele, o homem não faz, quando é para Deus, o homem não faz. O homem quebra a cabeça de todo o lado, mas só Deus opera. O Homem quer fazer, eles têm estudo, tem sabedoria que Deus deu ao homem. Eu sigo a meu Jesus e tô crendo na vitória. Porque tá certo que a gente não vai condenar a medicina. Mas crendo que a palavra de Deus diz assim 'Maldito o homem que confia noutro homem', porque nós somos tudo carnal e somos tudo falho (F5).*



Relata como fez para se organizar, como foi o sofrimento e as dificuldades pelos quais passaram tanto ela quanto a neta no processo de adoecimento e na internação:

*Ela sempre dormiu comigo. Sempre nos meus cuidados. Mas eu fiquei à noite toda com ela, né? No outro dia, fui em casa e voltei de novo. Aí, eu não posso deixar ela, não. Porque eu saio, assim, à noite agora, eu tô tendo que ir para casa dormir, né? Por que... Não tem onde eu dormir aqui. Aí foi muito difícil, né? Pra eu deixar ela, e ela chorou muito, ficou fora de si quando ela soube que eu ia pra casa. Porque, mesmo que eu não durma com ela, ela sabia que eu tava aqui. Quando eu disse que ia para casa, ela não gostou bem. Ai, eu dizia pra ela: 'Mas eu vou ter que ir, minha filha! Como é que eu posso ficar sentada numa cadeira dia e noite?'. Aí, ela: 'tá bom'. Aí eu fui pra casa. Ela, todo dia, quando eu saio, faz cara de choro e pede: 'Amanhã bem cedinho a senhora volta?' E eu digo: 'Volto!' Eu tenho que acompanhar ela, né? Porque ela acha que eu vou pra casa e deixar ela aqui e não volto mais, entendeu? O pensamento dela é esse e eu digo: 'que nunca vou te abandonar. Só se acontecer alguma coisa comigo, né? Se Deus não permitir né, e eu não voltar, mas, por mim mesma, eu nunca vou abandonar você'. Aí ela conforma (F5).*

F5 acredita nos conhecimentos dos médicos, mas sob os cuidados de Deus, já que tudo depende da vontade de Deus: “Ore, tenha fé, Deus sabe o que faz”:

*Uma hora disseram que a menina tava com pneumonia, outra hora disseram que a menina tava com o coração inchado, com o pulmão cheio de água e o rim paralisado, e eu não sei de nada direito, só Deus sabe. Ele é quem fez a pessoa. Ele é quem sabe o que tem lá dentro, o que tá acontecendo. Só Ele mesmo. O homem pode até descobrir, mas vê... Estuda muito, faz vários exames, que não é fácil os exames que essa criança tem feito, não é fácil, é muito exames. É adorar a Deus e botar fé nEle que só Ele pode fazer alguma coisa pelo ser humano, muita gente pensa que Ele só faz a coisa espiritual. Não, Ele faz material, porque Ele é médico por excelência, entendeu? O homem opera e deixa sinal, mas Ele opera e não deixa sinal nenhum entendeu? (F5).*

Demonstrando necessidade de apoio religioso, alguém que ore com ela pela neta, relata que fica feliz quando uma irmã da igreja liga para ela ou vem visitá-la no hospital, ou ainda quando ouve uma palavra de conforto. Desabava que fica aborrecida por não deixarem o pessoal da igreja entrar no CETIP, ficando apenas no *hall* de entrada do setor: “Não entra ninguém pra ver ela, entendeu? Conversa comigo ali fora e vai embora. Já veio varias pessoas, varias irmãs lá da parte da minha Igreja, da onde eu faço parte. É porque onde ela tá, diz que não recebe visita” (F5).

F5 revela conhecer a palavra de Deus, respeita a religião alheia, não sente necessidade de falar a todo o momento em Jesus, porque entende que todos conhecem a palavra de Deus. A oração fortalece, crê que Deus envia pessoas para confortá-la com palavras de esperança:

*Eu tendo oportunidade, não vou fazer nada para escandalizar o Evangelho. Porque Deus diz assim: 'Ai daquele que escandalizar o meu Evangelho'. Sempre que eu posso ajudo alguém com uma palavra de conforto. Deus acalma a gente, né? Quando a gente recebe uma oração, a gente edifica a fé da pessoa... a pessoa fica mais firme. Ah! Porque Deus acalma a gente. (...) Fica confiante que é tudo o que Deus quer. Porque há a palavra de Deus de que a pessoa sem fé, é impossível agradar a Deus, então a gente tem que ter fé. Às vezes a gente vacila na fé e chegando uma pessoa, fala uma oração, dá uma palavra, lê uma palavra na bíblia, porque, às vezes, quando a gente tá atribulado, até a mente da gente fica confusa, que a gente abre a bíblia e só sai palavra que não é nem pra edificar a gente. Mas chega uma pessoa, assim quando visita, né? E aí vem aqui mandado por Deus mesmo e dá aquela palavra e a pessoa parece que renasce de novo. Sente aquela força de lutar mais uns meses, ou um ano... Conforme o que Deus permitir que a pessoa tiver que passar (F5).*

De forma geral, nos relatos descritos nos dois tópicos anteriores, os rearranjos dos familiares diante da doença refletem um contexto sociocultural em que a religiosidade, religião e espiritualidade está presente na vida dessas famílias, no CETIP. Acreditar que podem contar com orações, objetos sagrados, fé em Deus ou em qualquer “ser supremo”, traz alívio e consolo ao sofrimento, à dor, à finitude, tão marcantes em um setor de terapia intensiva pediátrica, como testemunha F5:

*Por isso é importante que se mantenha forte sua fé e... esperança. Ajuda muito o médico, a enfermeira puxar assunto com o paciente, família... O que eles pensam da existência de Deus, e quer receber orações, né? Mas, a família tem que tá segura se o médico, a enfermeira não vai ignorar ou fazer pouco caso de suas carências, né? A forma como que Deus é olhado faz diferença, por isso, acho que faz bastante a diferença acreditar em um Deus amoroso, misericordioso e que tem o poder da cura. A religião é pra todos. Humildade, amor, brandura, o jeito simples de falar, que até uma criança entende!... Mas com convicção que você realmente acredita no que fala. Passar confiança e crer: 'tudo posso naquele que me fortalece'. Jesus Cristo foi médico dos médicos. Quando andou na terra, usou seu poder de cura, curando a muitos oprimidos de doenças físicas e da alma. E ele está presente em espírito para todos O que buscam... Basta crer, confiar e receber alegrias espirituais. O resto acontece, entendeu? (F5).*

A fala dessa avó acompanhante finalizando este tópico evidencia, na verdade, o sentimento de cada mulher, entrevistada nesta pesquisa etnográfica.

### 3.3 “COISAS QUE FAZEM CRER EM ALGO SUPERIOR”: a fé e a religiosidade na percepção dos Enfermeiros

Como destacado anteriormente, como fenômeno social e cultural, a religiosidade norteia a vida das famílias que a ela recorrem, estruturando práticas cotidianas, cumprindo um papel significativo de suporte social para dar sentido e lidar com a doença no CETIP. Neste tópico, serão analisadas as entrevistas realizadas com os enfermeiros, profissionais que reportam, em suas falas, a temporalidade de uma história vivida e reelaborada em cada instante de sua experiência pessoal e profissional, refletindo sobre a religião, a religiosidade, seus dogmas e crenças, conforme se pode perceber em alguns relatos:

*Eu entendo... Meio que como se fosse um... Como é que eu vou te explicar... Pra mim, a religião, em si não passa de um protocolo de maneira de agir e de ser. Eu acho que Deus tá acima de qualquer tipo de religião. Por isso eu não consigo ter nenhuma religião. Eu não sou uma pessoa religiosa, mas também não sou atea. Eu acredito que certamente exista alguma coisa além do que nós conhecemos. Mas, nada formalizado (E1).*

*A religiosidade é a pessoa entender que a vida dela não é só o corpo daqui, material, que tem alguma coisa além. E, nesse além, é ela se fixar naquilo que ela é... Acredita que seja verdade pra ela... Independente da religião que ela exerça, né? E que ela possa, então, se ela tem que chamar por Jesus, se ela tem que chamar por... Por algum santo, o que ela expressar, que seja devoção dela! (E8).*

*A religião... Você tem que cumprir as diretrizes que um homem determinou. E assim... Todas elas. Em todas elas. Porque tem muito a mão do homem, entendeu? Acredito numa força superior, alguma coisa assim... Uma coisa realmente espiritual. Espirituosa, talvez, né? Mas que eu não consigo definir em religião nenhuma (E2).*

*Na verdade sou cristã, creio em Deus, em Jesus Cristo. Eu já congreguei na Igreja Evangélica, mas no momento não estou congregando em nenhum lugar. Sou cética com relação às religiões que têm por aí! Afastei-me por não concordar com muita coisa (E3).*

Há aqueles que se interessa em conhecer outras religiões, com outros ensinamentos, acreditando que Deus é único nas diferentes crenças, como relata E6:

*Sou católica de nascimento, porque toda minha família era católica. Fui batizada, fiz primeira comunhão, só não fiz crisma. Assim me afastei da Igreja Católica por não acreditar muito na forma como ela agia, né? Prega uma coisa e age de forma diferente. Assim, não digo que não vou à missa. Já fui à Igreja Batista, na Assembleia, Kardecismo, Umbanda. Eu gosto de passear pra saber e entender como funciona as crenças das pessoas. Então, esse respeito você tem que ter, né? Não é porque eu tenho um amigo que seja evangélico, que eu vou menosprezar. Não. Eu vou tentar entender qual é a força da religião dele. Então, a crença em alguma coisa independente de ter nome. Deus, louvar essas coisas todas. A crença é uma só. É uma força superior que vai reger o planeta. Só muda de nome e endereço, né? Mas... Essas questões são muito profundas. São coisas assim, eu leio muito sobre o espiritismo, reencarnação, nas questões de carma... As questões das pessoas entram e saem de nossas vidas, entendeu? É lógico que você não consegue concatenar tudo! (E6).*

Nas entrevistas, compreende-se que E1 e E8 acreditam que ter fé ou acreditar em algo superior torna as pessoas mais fortes e as famílias capazes de lidar com a dor, com os momentos difíceis, de uma maneira mais tranquila do que as que não têm. Embora acreditando que exista alguma “coisa superior”, sem saber explicar o quê, e relatando não ter uma fé direcionada, E1 acredita que crer e ter pensamento positivo contribui para a cura e conforta os sofrimentos causados pela doença. Para respaldar sua opinião, ela relata a seguinte experiência vivida:

*(...) Que a gente costuma receber muito pessoas da Igreja Católica ou mesmo da Igreja Evangélica... Os protestantes. E que a gente acaba autorizando a entrada, pra poder fazer as orações. E uma vez aconteceu uma coisa muito engraçada comigo. Foi aqui no CETIP mesmo, de um familiar de uma criança pedir pra entrar com um pedaço de carne no CETIP. Aí eu perguntei, né? Um pedaço de carne? E fazia parte da religião dela aquilo. Ela era de outra religião... Eu não me lembro, especificamente, se era Umbanda, ou que tipo de religião era, mas não era Católica, nem Protestante. E eu autorizei. Porque assim... a gente autoriza o evangélico, a gente autoriza o católico... A única coisa que eu pedi pra moça, na ocasião, foi que não encostasse o pedaço de carne na criança. Ela entrou, pegou o pedaço de carne que estava coberto com pano, fez algum tipo de oração e passou por cima da criança, sem encostar na criança. Passou aquele pedaço de carne por cima da criança e fez a oração dela, quietinha. Demorou alguns minutos só e foi embora. Não sei o que ela fez lá com aquele pedaço de carne, não, mas eu autorizei. Porque eu acho que, da mesma forma que a gente autoriza as outras religiões entrarem, eu autorizei a dela também. Coincidência ou não, a criança melhorou. Entendeu? Então, assim... de repente a criança melhorou por causa daquilo, né? (E1).*

*Eu acredito num poder superior aqui dentro [CETIP]. E tantos outros pequenos milagres que a gente tem aqui. A prova disso foi quando NC [criança] morreu. Ele chegou aqui com seis anos, ele morreu com quase... Na semana que ele ia fazer dezoito anos. Ele ficou treze anos aqui [CETIP]. Doze para treze anos que ele ficou aqui. Ele ia sair. Ele ia pro CTI geral [devido à idade, o CETIP aceita paciente até dezoito anos], mas estavam tentando segurar ele aqui, porque não ocupava espaço... E lá no CTI geral, estavam com medo que não tivesse a mesma assistência, mesma qualidade de assistência... E ele viesse a morrer. Eu estava conversando com uma colega, que a gente precisava de uma religião pra explicar nossas questões mais íntimas, pra poder entender... Por que tem uma criança, um jovem, que tá ali, em cima de uma cama, em vez de estar correndo, brincando?... Tá preso numa cama?... Tá preso dentro do corpo dele?... Aí, eu tava conversando isso com a colega que a religião faz a gente entender que, se Deus é amor, o que que aquela criança tá fazendo ali? Aquele corpo, aquele ser, né? Se tem uma alma, por que aquela alma tá presa, sofrendo daquele jeito? Três horas depois ele tinha morrido. Aí, eu digo que Deus é amor. Eu falo que Deus é amor porque foi aí que ele descansou e descansou muito bem. Ele não tava fazendo uma febre, ele não tava com lesão, que pudesse ter infeccionado... Não tinha nada! [O paciente era portador de uma encefalopatia]. Acho que Deus ouviu naquela hora porque, incrível, a criança estava hígida. Tava tudo bem, ele passou por tantos e tantos momentos, que eu falo assim, gente, Deus é amor! (E8).*

Durante as entrevistas, os profissionais enfermeiros demonstraram não só que acreditam, mas também que são sensíveis às demonstrações de fé e religiosidade dos acompanhantes, percebendo, no cotidiano do CETIP, “coisas que fazem crer em algo superior”:

*Porque tem coisa que a gente não consegue explicar. Assim... A natureza, você não consegue dar uma definição, né? Certas coisas que a gente passa na vida... A gente vê ou uma pessoa próxima à gente... Então eu acredito em alguma coisa superior. Já aconteceu, por exemplo, um caso duma criança que tinha parado é... sofrido parada cardiorrespiratória. A gente ficou tentando reanimar durante muito tempo e aí, depois, quando a gente parou as manobras de ressuscitação, a criança tava batendo, tipo, dez batimentos por minuto, então assim, era bem provável dela não retornar mais, né? E aí, a médica já tava preparando a mãe pra (...) possibilidade de essa criança evoluir pra óbito, né? E aí, a mãe ficou mexendo na criança, em silêncio... Parecia que tava orando... Não sei direito... Mexendo nos fiozinhos e, de repente, todos os sinais nos monitores ficaram normais de novo. Só que, tipo duas horas depois, aí o pai entrou também [no CETIP], a avó entrou, tal... Duas horas depois essa criança evoluiu pra óbito mesmo. Acabou evoluindo [morreu]. Então, eu achei curioso, esse momento com a família seria uma despedida? Porque, assim, ninguém acreditava mais que ela [a criança] pudesse, né, ter um retorno dos sinais vitais na normalidade. Até a frequência cardíaca, pressão, saturação 100%, a criança ficou até rosinha. Aí, a família entrou, ficou com ela e tal, e duas horas depois, essa criança acabou evoluindo. Mas, de certa forma, eu acho que é uma coisa assim, de... Eu (...) acho que é realmente pros pais tarem aquele momento com ela... E depois aconteceu o que tinha que acontecer (E6).*

*A gente a chamava de NP (nome da mãe), porque o nome dela era muito comprido...eu saí num plantão ,o filho dela tava quase morto. Ele tava com uma hemorragia, uma discrasia, era uma criança que tinha lúpus e não sabia que tinha lúpus. E ela tinha anemia falciforme, então, quer dizer, foi um choque muito grande e, tipo assim, deixei a criança morta. No outro plantão, eu cheguei... A mãe pegou me abraçou, me beijou... Falei: “Pronto, morreu né?”... Ela: ‘ele tá ótimo!’... “Hã?” Ele tava sentado na cama, conversando! Então, quer dizer, foi Deus. Ela tava apegada... Muito! Muito apegada a Deus! A gente viu pequenos milagres aqui que tipo, assim, não foi o antibiótico, não foi à equipe, foi Deus. É o sétimo elemento aqui dentro... (CETIP) é Deus! (E2).*

Em terapia intensiva, o ato de cuidar do enfermeiro se faz presente na fronteira entre a vida e morte, suscitando doação, atenção, respeito, solidariedade, confiança, compromisso, tolerância, acolhimento, entre outros. De acordo com os relatos dos enfermeiros, a necessidade de crer, de rezar e de ter fé facilita o enfrentamento do cuidar, no CETIP, fortalecendo paciente, famílias e os profissionais:

*Ah, eu tenho que acreditar, né? A gente tem que acreditar... A gente lida com muitas coisas difíceis na nossa prática... Então, assim, já tiveram situações, também, da criança que tava evoluindo muito mal, e os pais, com muita fé, aliás, vários casos, né? De falar: ‘não, ele vai ser curado’, e de certa forma é bom pra gente também, porque a gente precisa acreditar que a criança vai conseguir se recuperar. Até pra poder a gente trabalhar com mais fluidez, mais calma. Eu acho que é importante acreditar. E já aconteceu mesmo do pai, da mãe, diante de um diagnóstico ruim da criança dizer ‘ah, não, meu filho vai ficar bom’ e, de fato, a criança conseguir melhorar. Eu acredito que a fé ou o efeito de crer, de rezar pode contribuir para a cura e o enfrentamento da doença! (E3).*

Outros depoentes relatam que a crença em Deus ajuda no confronto com a dor e a morte, já que, sem fé e sem Deus, o desequilíbrio torna-se evidente:

*Muito, ajuda muito! Até a experiência de vida da gente, assim, quando o paciente não tem crença em nada, ele fica revoltado... Ele não tem no que se apegar, não tem esperança... É uma coisa estranha. Nesses vinte e poucos anos de enfermagem, já vivenciei isso inúmeras vezes. Acaba se tornando uma revolta, e uma revolta que cresce, entendeu? Que ela fomentada por conta do que ela tá vivenciando, aí ela fala ‘Deus? Deus? Que Deus? Deus não existe, se existisse, eu não estaria vivenciando isso, não estaria passando por isso’, até uma forma de revolta mesmo. E quando a pessoa tem, assim, no que se apegar, seja qual for a religião, acho que é uma forma muito mais tranquila de você encarar a enfermidade (E4).*

*Então, existe, sim, e eu acho que o poder da fé modifica muitas situações, que aqui dentro [CETIP] já vi médico falar pra família se despedir da criança, que ela poderia não estar no dia seguinte... E a criança dá a volta por cima, pela força da fé da família e de amigos, e a criança voltar para visitar a gente, assim, inacreditavelmente bem. Então, eu acho que o poder da fé realmente favorece muito (E7).*

Ao mesmo tempo em que o ambiente hospitalar provoca perdas sociais, ele recria laços. A proximidade e a identificação entre os sujeitos com a situação da internação vêm acompanhadas da troca de confidências, de segredos, de intimidades. E6 relata uma história que comoveu a todos no CETIP: trata-se da superação de um garoto de treze anos, que trabalhava na cooperativa de catadores de lixo (no lixão de Gramacho – RJ) e cuidava dos seus de quatro irmãos, cuja mãe era usuária de crack:

*Assim... Em particular pra mim... Justamente por isso, por eu ter a curiosidade de saber como ele chegou aqui [CETIP], né? A tia dele foi que trouxe... Encontrou-o dentro do barraco, caído, ardendo em febre e com pneumonia... Enfim, chegou aqui muito grave, muito grave mesmo. Ele teve que cortificar o pulmão. Tinha secreção purulenta pra tudo quanto era lado. A gente achou que ele não ia sobreviver. E a gente, realmente todo mundo acreditou que aquele garoto não fosse sobreviver. E fazíamos tudo por ele e levava para centro cirúrgico, voltava, botava dreno, tirava dreno, e o garoto não melhorava, e o garoto não melhorava... Mas eu acho que a vontade dele e a força de querer viver e cuidar dos irmãos foi que tirou, né? Essa questão que ele ficou entubado muito tempo, e quando destubou, a primeira coisa que ele perguntou ‘como estão meus irmãos?’ Ele tinha que ficar bom de qualquer forma, porque ele tinha uma missão com esses irmãos dele. E aí emocionou todo mundo! (E6).*

Segundo F6, o garoto ficou muito tempo internado, e ela, em todos os seus plantões, fazia questão de cuidar dele e, à medida que foi recuperando-se, começou a contar sua história de vida:

*Chegava em casa doida, e que teve uma determinada situação que ele preferiu rasgar uma nota de cinquenta reais do que dar pra mãe dele usar com drogas e falou: ‘tia, eu rasguei mesmo e não me arrependi de ter rasgado a nota, porque minha mãe ia pegar o dinheiro e torrar tudo em drogas. E aí eu tinha que comprar fralda e leite pra minha irmã. Eu preferi rasgar o dinheiro’. Eu ainda brinquei com ele: ‘Mas você não colou o dinheiro depois?’ Ele respondeu: ‘Ah tia, eu nem lembrei disso... tava chovendo... perdi o dinheiro’ (E6).*

E6 acredita que a melhora do garoto aconteceu em virtude de sua “força interior” em decorrência de sua missão de cuidar dos irmãos e ser “abençoado por Deus”:

*Ele ficou internado... acho que mais de dois meses aqui e nunca tinha tido presente, nunca tinha tido uma coisa, assim, de maior carinho, e aí as pessoas começaram a presentear ele... E aí, ele ficou aqui na escolinha com a professora, que tem uma professora que dá aula pras crianças internadas... Começou a juntar as letrinhas e começou a formar palavras, foi relembrando o tempo que ele estudava, né? Aí, o médico daqui [CETIP] o adotou, pegou a guarda provisória e começou a cuidar dele. Ele ficou com perda auditiva, ficou com o pulmão decorticado. Hoje, acho que ele tá com dezesseis anos ou dezessete anos. Tá um rapaz super-responsável, já tá fazendo o segundo grau. Tá lindo, lindo, lindo! Um garoto bonito, um garoto de coração bom, entendeu? E que de vez em quando, ele vem visitar a gente. E fala: ‘tia, e aí?’. E eu sempre falo com ele: ‘Meu filho, agradeça, levante as mãos pro céu, porque você ganhou na loteria duas vezes, porque você sobreviveu a uma situação e você ganhou na loteria, porque arrumou um pai muito bom’. O Dr NP [nome do profissional] adotou o garoto e depois adotou um outro irmão dele... Cuidou da menorzinha... Queria até adotar a irmã menor, mas os parentes lá, que estão com a guarda da garota, não quiseram dar pro Dr. NP. Ele falou que gastou uma grana para consertar a dentição da garota... Tava com os dentes estragadinhos. Agora é filho dele adotado. O garoto sempre chamou ele de pai. Essa foi uma das histórias que mais me emocionou, entendeu? Porque foi inacreditável a história daquele garoto! (E6).*

Nesse relato, o paradigma da dádiva encontra correspondência, na medida em que se observa a circulação de “bens” simbólicos reguladas por três obrigações interligadas: dar, receber, retribuir. Cada uma dessas obrigações cria um laço de energia espiritual entre os atores da dádiva, cuja retribuição seria explicada pela existência dessa força, dentro da coisa dada: um vínculo de almas, associado de maneira inalienável, ao nome do doador, ou seja, ao seu prestígio. A essa força ou ser espiritual ou à sua expressão simbólica ligada a uma ação ou transação, expressa-se o interesse pelo outro, a sensibilidade diante da dor alheia, tornando-se importante para compreender que a essência do ser humano está nas relações sociais, na coletividade e na cooperação entre indivíduos (MAUSS, 1988).

Por outro lado, na visão de alguns profissionais entrevistados, dependendo do ângulo em que é observada, a fé e a religião pode ser “tanto para o bem quanto para o mal”. Para o mal, quando familiares recusam-se a submeter-se aos procedimentos e tratamentos por creditarem a cura aos aspectos religiosos e espirituais. Nessa situação, emerge um inevitável conflito envolvendo princípios bioéticos (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), jurídicos, deontológicos, religiosos e científicos, envolvendo os profissionais de saúde, pacientes e familiares.



Diante disso, observa-se nos profissionais certa frustração quanto ao desempenho de seu papel:

*Porque é uma questão muito delicada, né? Você começar a falar e enfiar o dedo na ferida com relação à religião, entendeu? (...) Tem um mês e pouco, tinha uns pais aqui de uma criança que era Testemunha de Jeová. A criança tinha oito anos, com anemia falciforme, precisava transfundir, e o homem não autorizava, entendeu? Então, pra mim, isso é um absurdo, mas eu não vou chegar e falar assim: “não... vamos transfundir porque é preciso, é um mal necessário” pra eles é um mal. Mas é um mal necessário pra criança, pra sobrevivência da criança, entendeu? Então, essas questões religiosas, quando a criança é pequena, não tem como decidir! Mas eu cuidei duma outra menina que tinha doze anos e tinha uma doença genética rara... E ela gritava e xingava os pais, dizendo que eles não podiam...é ...decidir se ela queria viver ou morrer. E a garota gritava: ‘eu quero viver, eu quero viver’, e os pais não autorizavam a transfusão. E ela gritou: ‘Vocês não têm o direito de decidir que eu tenho que morrer’. E as crianças morreram! Então, são questões, assim... religião... que nem sempre o poder de decisão é do profissional responsável pelo paciente dentro do hospital, e sim pelo familiar e sua crença religiosa (E6).*

O CETIP é um local gerador de tensões e estresse motivados pelas reações interpessoais, pela grande intensidade de emoções decorrentes da constante exposição ao risco de vida e às mutilações, pela frequente oscilação entre vida e morte e pela exigência imposta à equipe. Dessa multiplicidade de estímulos surgem sentimentos como insatisfação, fragilidade, insegurança e impotência frente às dificuldades, que podem influir negativamente na relação interpessoal e na capacidade do profissional. Os profissionais relatam como fazem para enfrentar essas situações adversas em seu trabalho cotidiano:

*Eu acho... Não é estressante. Acho que ele consome. Você às vezes sai daqui morto. Cansado... Num cansaço! Mas não pelo estresse, não, ou pela dificuldade, pela intenção, né, do trabalho. E porque você se doa tanto, que você fica fatigado. No dia-a-dia, que, às vezes, você tem umas pessoas que são duras de lidar, outras são fáceis demais de lidar... Você tem famílias que, tipo assim, o problema não é com você, é a situação, e você tá num local que aquela situação tá acontecendo. Entender aquele processo, entendeu? Porque, geralmente, as coisas não são pessoais. São inter momentos. Aqui, o cansaço é cem por cento mental. Eu já trabalhei em centro cirúrgico, era só mecânico. Eu tinha cirurgia, às vezes, o dia inteiro. Tomava banho, tava linda, maravilhosa pra sair. Aqui não tem isso. O processo mental é tão pesado, que você pode tomar um, dois, dez banhos, você tá ruim do mesmo jeito. Aqui é muito desgastante. Porque, se você der bofeira, mata um. Aqui o risco de cometer um erro é muito grande. Aqui é muito fácil de causar dano. Eu procuro me revigorar, entender, compreender as situações que acontecem aqui, dentro do Budismo. Antes de entrar no hospital, eu faço o sinal da cruz, né? Pra trazer um pouquinho de luz! (E4).*

*Quando eu levanto, traço o sinal da cruz, eu já venho rezando na minha cabeça, a gente já vem rezando, entregando o dia, as atividades, o que a gente vai fazer. Eu vou à missa todos os domingos, pelo menos (E8).*

Alguns enfermeiros relataram acreditar que a energia positiva emanada pela fé supera qualquer energia negativa, uma vez que a fé direciona os pensamentos e as ações para alcançar os objetivos na esfera da vida. A fé encontrada na religiosidade atua como fonte de alívio, conforto e consolo, sendo respostas para problemas existenciais:

*Quando eu sinto que tô muito desanimada emocionalmente, assim, eu procuro orar, conversar com Deus... Leio um salmo, entendeu? Eu sinto, como eu, assim... Como eu tivesse me energizando, de certa forma. Me dá uma energia, me dá algo bom. Eu já tive plantões aqui no CETIP que eu entrei no banheiro, me ajoelhei pra orar. Eu me tranquei naquele banheiro, que eu senti uma carga tão negativa, um plantão tão horrível, que eu tive que entrar lá, botei papel toalha, assim, me ajoelhei, orei... Depois as coisas começaram... Até minha visão mesmo, fluir... As coisas foram fluindo, eu fui ficando mais tranquila... Mas, assim, de tamanha carga emocional, tamanha, assim,... Você via mesmo que o clima não era agradável, uma energia ruim, algo ruim, entendeu? Graças a Deus, no momento, a gente até que tá vivenciando momentos de mais tranquilidade (E7).*

*Assim, eu gosto muito do... Espiritismo, em si. Tanto o Kardec, quanto a Umbanda, que é um braço do Candomblé... A Umbanda é brasileira, né? Então, eu gosto muito dessa questão das entidades, entendeu? De que vem e que conversam, entendeu? E que te dão um apoio... sabe que você tá fazendo a coisa certa. Então, eu gosto muito de escutar os conselhos, né? E eu tinha isso... eu tinha muito presente... que era uma senhora que... que era sensível e recebia essas entidades, né? E eu, assim... sem cobrar absolutamente nada. Fazia porque ela gostava de conversar. Mas sempre muito solícita e muito atenta a essas coisas... Percebia quando eu não tava bem, entendeu? Passava-me uns banhos de ervas, essas coisas assim, pra melhorar... porque ela falava: 'Você trabalha em um ambiente muito pesado, que tem muita gente que morreu e que não aceita que morreu e que fica perambulando pelo...hospital'. Então, o hospital tem uma carga muito grande, de muito sofrimento, né? De muitas vidas que se foram e que não têm aceitação, entendeu? Então é muito pesado. E às vezes, a pessoa gosta de você, porque você tem uma energia boa, e fica colada com você [riu] e te suga... que a gente chama de vampiro de energia. Que eles sugam, mesmo, toda a sua energia e você sente, assim, tá carregando um peso enorme nas costas e sem nada acontecendo, né? Só pela energia negativa. E aí, tinha dia que eu chegava lá, ela abria a boca o tempo todo e falava: 'Minha filha, você tá muito carregada!'. E era uma abrição de boca, uma abrição de boca... Eu falei: 'Ai, eu não sei o que tá acontecendo, que eu tô muito cansada'. e ela falava: 'Claro, tá cheio de gente aqui do teu lado, te sugando!' Entendeu? Então, tem esses vampiros de energia que, às vezes, a pessoa nem sabe que existe, né? Simplesmente tá, ali, do seu lado e vai te sugando, entendeu? (E5).*

Esquivando-me do senso comum de que o cuidado em enfermagem seja tão somente um conjunto de atividades técnicas orientadas para a ação terapêutica, compreendendo o Apoio Espiritual como a “assistência ao paciente para que sinta equilíbrio e conexão com um poder maior”, destacando-se: encorajar o uso de recursos espirituais, caso o paciente deseje; oferecer artigos espirituais desejados; encaminhar a um conselheiro espiritual escolhido pelo paciente/família; estar disponível para escutar os sentimentos do paciente; facilitar para que o paciente use oração, meditação ou outro ritual espiritual/religioso; desenvolver um senso adequado à oração ou a rituais espirituais (SCHIAVO, 2004).

Neste sentido, perscrutei entre os enfermeiros a relação entre o apoio espiritual e os cuidados de enfermagem:

*Não, eu não interfiro nisso, não, mas eu sei que, às vezes, o pai já entrou aqui e batizou a criança, um dia, trouxe os padrinhos e tudo mais, entendeu? Então, isso fica por conta da família mesmo... A família é que se predispõe a trazer e pega autorização. Eu acho que o CTI é um lugar muito intenso, de muitos procedimentos, de muita atividade, de muita responsabilidade, de muita atuação, que eu acho que não caiba naquele momento, entendeu? Mas, tem que ser uma coisa programada. Tem que ter mais divulgação dessas situações de questões religiosas, que eu acho que ainda é um pouco meio que tabu. Você discutir religião, dentro de um serviço de saúde, né? E também você chegar e falar abertamente. Você tem que ter uma rotina, né? Tem que ter um espaço, reservar um espaço na semana ou... ou um horário e falar assim: ‘Esse é o horário pra parte religiosa’, independente de ser evangélico, espírita e tudo mais... Isso tem que ser criado e sistematizado. Entendeu? Tem que ser institucionalizado. Tem muita mãe que procura um conforto e procura um conforto através da espiritualidade, da religiosidade, entendeu? E aí, ela se apegando com aquilo, e aquilo dá uma força e cresce uma força, que você não sabe de onde sai, entendeu? Quantas vezes aqui, é obvio que, assim, ao longo da nossa vida profissional, você vai vendo que as coisas, a experiência pesa mais, né? Então, você vê que tem criança aqui que você, realmente, fala assim: ‘Não vai dar pra ela, não vai dar’... E dá. E tem outras que você fala assim: ‘Nossa, essa vai sair (do CETIP) rapidinho’... E morre (E6).*

Outros profissionais relatam que, embora o apoio espiritual seja importante, já que traz conforto à família e à criança, enfrentam-se alguns obstáculos em virtude de ser difícil falar em religião diante da racionalidade de alguns médicos e dentro de um hospital católico, a exemplo da capela:

*Acho que o grande obstáculo é essa diversidade religiosa, entendeu? Porque você tem, na maioria dos hospitais, uma capelinha. A capela é uma questão católica, né? Você nunca ouviu falar em hospital que tem centro espírita, um centro de umbanda, ou alguma coisa assim. Ou um templo da igreja batista, entendeu? Uma casa de Deus, da assembleia... Você tem uma capela católica dentro da maioria de todos os hospitais! Então, essa questão, religiosidade, é complexa por conta disso. Como você vai ter espaço? É religioso dentro de uma instituição, que já, institucionalmente, é tida como católica? (E1).*

*Acho meio difícil, sabe por quê? Porque os próprios médicos não acreditam muito nessa questão de crença. Os médicos são mais descrentes. Abaixo de Deus, tão eles. Eles se acham os semideuses. Então eles definem o que é certo e o que é errado. O que eu acho errado, entendeu? Porque ninguém tem direito de não deixar vir alguém aqui dentro [CETIP]. Tem médico que não deixa, entendeu? Por mais que você insista e fale: 'Pô, deixa entrar, não sei quê, é o padre, é pastor'. Não deixa. Eles respondem: 'Não. Pra que que vai vir?(E4).*

A fala descrita mostra que a doença suscita uma série de interpretações, vivências pessoais e coletivas capaz de acionar mecanismos que talvez a própria ciência biomédica com todo o seu progresso e tecnologia não dê conta de explicar numa fronteira tênue entre aquilo que é tido como capaz de curar sob o respaldo das crenças religiosas ou da biomedicina. Quando os enfermeiros começam a questionar, mesmo que apenas apoiados na observação empírica da realidade, são compreendidos como ameaça às relações de saber e poder que existem nesta instituição e passam a ser forças instituintes com potencial para romper o instituído e cristalizado, pondo em questionamento as características universalizadas e naturalizadas das forças instituídas - neste caso, o onipotente saber das ciências médicas.

*Não tem nada a ver', entendeu? Igual essas mãos que trazem o óleo ungido pra passar na criança, ou trazem uma água benta, entendeu? Cada um tem sua crença: botar um papelzinho ali, botar um santinho, botar uma fitinha, entendeu? Você tem que respeitar. Só que, assim, é difícil pra caramba essa situação de você entender que você não tá ali pra diagnosticar e nem barrar ninguém. Você tá ali só como um instrumento de ajuda, entendeu? Você tá ali pra ajudar. Se for benefício, se não é, Deus é um só! (E4).*

O instituinte, pelo seu potencial de propiciar mudanças, pode gerar desconforto e incômodo ao instituído, pois os saberes se constituem como um elemento necessário para as relações de poder e se tornam dispositivo político nas disputas de forças e dominação. Assim, o profissional médico que detém saberes científicos se utiliza destes mecanismos para manter posição no topo da pirâmide hierárquica das relações sócioprofissionais que acontecem na instituição hospitalar (MACHADO, 1992).

Por outro lado, outros enfermeiros afirmaram sentirem-se bem em acolher o familiar e o paciente, em falar de Deus:

*Essa forma sutil 'Ora, pede a Deus', sem dar nomes aos bois, né? 'Reza se agarra em Deus, pede pra Ele', né? 'Que Deus vai fazer o que for possível, tá na mão dEle, entrega', sabe aquele famoso 'Entrega na mão de Deus, põe seu desespero na mão dEle e permita que Ele faça o que for necessário'? Ah, se viver vai ser o melhor, ou se ela não viver, vai ser o melhor naquela situação. Pra, também, dar um pouco de apoio e desapego porque, às vezes, tem situações que, mesmo se a gente vê que não vai dar em nada, vai ser o fim daquela vida... Às vezes a gente é surpreendida e a criança taí, viva, ótima, vai na praia, vai na escola... Quantos e quantos casos a gente vê assim! Então, quer dizer, nunca desenganar. Tentar não parar (E7).*

*Já várias vezes eu dei apoio espiritual. Eu fiz um batizado duas vezes aqui dentro [CETIP]. Um que a família pediu e a gente trouxe o padre, e o outro de emergência, que a criança tava morrendo...Eu vi que tava morrendo, e a gente fez o batizado dela, né? O primeiro que tava com o padre foi pedido da mãe, que marcou, agendou e veio. A outra não foi pedido, não. O cirurgião plástico veio fazer um curativo, veio trazer pele pra colocar na barriga da criança, né? Fazer um curativo enxertia. Ele veio, pediu a água, tal, que ele falou que ia batizar, que a criança tava grave... Aí, a gente acabou batizando. Foi pela nossa crença mesmo de católico... O médico também era da igreja e falou: 'Ela tá muito grave, o quadro dela é muito grave, não vou fazer o curativo, eu vou batizar ela porque tá muito grave'. A família não ficou sabendo, porque a família era distante, não vinha sempre, desencontrou do plantão. Assim, na verdade, a gente fez meio em silêncio... Assim ele [o médico] pediu a água, e eu falei: 'Você quer que tipo de água? Água destilada, estéril, da torneira? Pra que você quer água?' Pra ver que tipo de água que eu ia oferecer. Aí, ele: 'Eu quero água, um copo d'água, porque eu tenho autoridade para batizá-la, porque eu sou...'. Eu falei assim: "Ah... Então tá... Você tem a mesma autoridade que eu... Todo batizado pode batizar... Então, aí, pra isso eu posso pegar até água da torneira, mas no caso, que a criança tava com a pele exposta e tal. a gente pegou umas gotinhas de água destilada, né? E fez o batizado. Logo depois, a criança morreu. Aí, na verdade, se não fosse ele a tomar essa frente, eu não sei se eu tomaria não, né? Rezo na minha fé, mas eu acho que tem que respeitar aquilo que é de valor para a família. Não pode haver conflito. O sacramento da unção dos enfermos restaura a vida, melhora, tem uma melhora, assim, significativa, após ele, ou, realmente, funciona como um balsamo pra ir em paz, tranquilo, e a pessoa se sente aliviada com aquele momento que vivenciou ali. Nas crianças que não falam, a gente não entende, mas com as mães, a gente presencia isso: 'fiz alguma coisa, né? Chamei por socorro'. E no próprio adulto, que eu já vi, também, adulto, quando ele recebe, eu levo pela pastoral...a gente leva a Eucaristia com o padre pra levar a unção dos enfermos, a gente vê o alívio que eles sentem, né?...daquilo ali (E8).*

*Olha, eu considero que eu dou apoio, porque, assim, às vezes, acontece do familiar trazer determinadas coisas, tipo, óleo ungido, o lencinho da religião, ou trazer algum detalhe, algum pertence da criança, alguma coisa que tenha sido benzida, alguma coisa assim, e eu acredito que eu dou apoio na medida que eu tento respeitar isso e deixar mesmo no leito, de acordo com o que a família quer. Eu acho que isso, de certa forma, é um apoio (E3).*

Durante a entrevista, uma profissional afirma ser importante o apoio espiritual para as famílias e pacientes no CETIP, reconhecendo que há falhas no setor devido à demanda do serviço para o qual “o humano se anula, e o mecânico se sobressai”:

*Quando o setor tá pesado, bem cheio, é bem desgastante. E, muitas vezes, a gente até acaba que falha, né? Nesse contato com a família, nesse contato com a própria criança, que ainda tá lucida, por conta do excesso de atividade. Que se passa, assim, meu Deus, não dei uma palavra, não conversei, não interagi de alguma forma, né? Dependendo da demanda de trabalho, de fato, algumas coisas acabam que passam mesmo (F4).*

A mesma entrevistada considera que, para melhor enfrentar o sofrimento e o confronto com a morte, há necessidade de apoio psicológico e espiritual. Acredita que o trabalho da psicologia, como saúde mental, e um suporte espiritual no CETIP, ajudariam muito tanto o profissional quanto os familiares e as crianças internadas. Segundo ela, a falha do enfermeiro em relação a esse tipo de suporte está em seu acúmulo de funções, que não permite uma atenção de forma mais subjetiva para com os pacientes e os familiares. Apesar desse acúmulo de funções, ela relatou que se sente bem em falar de Deus para as mães, para os familiares que querem ouvir palavras de carinho, confiança e esperança:

*Ah, sim! Algumas pessoas te dão abertura para isso, né? E aí, você procura passar essa questão, é uma forma de esperança de que Deus para as pessoas, por mais que as pessoas falem pra ela que a criança vai sobreviver, vai sair dessa, e aí, ela tá ali, desacreditada disso. A gente procura, eu procuro, no caso assim, passar alguma pontinha de esperança que seja, entendeu? Baseado naquilo que eu creio, né? Falar em Deus, dentro de minha crença (E4).*

E4 Acredita que a família se fortalece na fé do profissional, afirmando, inclusive, que já realizou apoio espiritual, como também já teve alguns contratempos:

*Eu já, falei, varias vezes, como também tive problemas com relação a isso. Eu vivenciei, coisa de uns seis meses atrás, aqui no CETIP: é uma paciente, a mãe desta criança estava muito mal, consternada, por conta da criança que já estava muito grave mesmo. E aí, ela abaixada, tava muito agitada, aí, derrubou o coletor gástrico da criança, o resíduo gástrico, tudo derramando pelo chão. Aí, eu falei pra ela levantar dali, pra ela tomar um cafezinho. E foi o que eu falei pra ela: ‘Fica calma, Deus vai consolar você, não fica desse jeito’. Eu não esqueço disso, ela olhou pra mim com ódio no olhar e falava assim: ‘Vocês são umas insensíveis, vocês estão agindo de forma mecânica, vocês não sabem o que é sentimento, porque vocês não tão passando, nem vivenciando aquilo que eu estou vivendo, ter um filho nas condições que ela se encontra’. Mas assim, com um ódio no coração, com um ódio no olhar, como se toda culpa aquela culpa, como se toda aquela insatisfação dela fosse gerada por nós, de certa forma, ou que nós estivéssemos impedindo que ela tivesse algum sucesso, ali com relação à filha. Então ela demonstrou toda a insatisfação dela: ‘Eu não quero café nenhum, e u não quero nada de vocês, nada. Vocês são todas insensíveis, mecânicas, vocês fazem isso por fazer’. Eu tentei me aproximar dela,*

*oferecer algum suporte, um café... Porque ela ia ouvir a palavra de outras pessoas lá no café, mas ela demonstrou toda a insatisfação dela, total desinteresse na ajuda que a gente pudesse oferecer a ela. Ah, eu me afastei, porque ela estava completamente descompensada. Ela chegou até a agredir o pessoal da pediatria, quebrou uma porta da pediatria, ela ficou completamente desorientada. Ela era uma menina nova... até a avó da criança, também tava ajudando a acompanhar. Mas ela descompensou já na fase final da criança. A minha abordagem com ela foi essa. Essa mãe ficava colada na filha o tempo todo. Até na hora do banho, a criança ficava com um breve colado no peitinho dela... E a gente não podia tirar porque, às vezes, até na hora do banho molhava [riu] a gente tirava e botava, assim, do lado, e ela tornava a colocar, numa forma assim de desagravo mesmo! Mas ela colocava os brevezinhos, as medalhinhas, no corpinho da criança, né? Assim, que de fato, tem que ser respeitado, que aquilo ali é a criança dela, eu acho que ela tá vivenciando aquilo, a gente tem que respeitar. Assim, o que incomoda é por isso, por conta da infecção, mas é uma coisa que tem que ser trabalhada pra gente, porque quantas outras coisas que dariam uma infecção muito maior, né? Que talvez pra criança, tivesse fazendo o mesmo malefício do que um santinho colado no peito da criança. Ela acha que aquilo vai amenizar de alguma forma. E quem somos nós pra não acreditar nisso? Temos que respeitar, é o mínimo que a gente pode fazer (E4).*

Por outro lado, E7 expõe muito emocionada, a fé e a resignação de uma criança de 11 anos diante da morte, dizendo que ao consola-lo acabou sendo consolada por ele:

*Ah, me emocionou muito, uma criança com HIV, há pouco tempo, ficou até aqui no isolamento, com (...), um menino de onze anos pra doze anos, muito espoliado por conta da doença, muito emagrecido... Aí, eu olhei para ele e falei assim: 'NC [nome da criança], fica tranquilo, meu querido, fica calmo, Deus vai te ajudar'. Aí ele falou assim: 'Tia, Deus já me ajudou'. Mas o olhar dele naquele momento! 'Deus já tá me ajudando muito'(...) Era um olhar de despedida mesmo, tanto é que, dois dias depois faleceu. Era um olhar e uma fala... De quem já estava totalmente convencido do que ele ia passar e de que ele tava muito bem, aceitando muito bem. Era um olhar diferente. E ele morreu de uma forma muito tranquila mesmo. Ele foi, foi, foi, e foi, entendeu? Mas, assim, muito emocionante o olhar dele, eu nunca me esqueço. Ele acabou me consolando, de a gente ficar emocionada... 'E Deus já me ajudou tia, Deus já me ajudou'... E partiu de uma forma muito tranquila. Foi mesmo [choro].*

De acordo com as falas dos enfermeiros, observa-se a importância de sua experiência religiosa, não se identificando, necessariamente, com nenhuma tradição particular. Eles têm uma religiosidade, mas não têm uma religião, não admitindo nenhum sistema de ritos, práticas, doutrinas, nem se ligando a qualquer comunidade.

Outro fator relevante observado é que o sofrimento dos profissionais da enfermagem é mais intenso quando uma criança previamente hígida vê-se ameaçada de iminência de morte. Nessa situação, intensifica-se o sentimento de impotência e de inconformismo da equipe, e o de culpa e angústia da família. Por outro lado, a aceitação da morte em crianças portadoras de

doenças crônicas, disfunções genéticas é mais suportável pela equipe de saúde, uma vez que os profissionais vivenciam, nas inúmeras internações recorrentes, o sofrimento da criança e de sua família. O trabalho com pacientes graves e terminais leva o profissional a uma confrontação com a própria finitude e suas limitações.

Os enfermeiros acreditam em um “ser supremo” ou em uma “força superior”, estabelecendo uma relação com a espiritualidade “que assume a transcendência como divina, por revelar a existência de um outro na alma humana, pode ser chamada de religiosidade” (VASCONCELOS, 2006, p. 45). Os enfermeiros entendem religiosidade como a manifestação da experiência religiosa, ou seja, aquela “capacidade, típica do ser humano, de sair de si, do seu corpo, da sua situação humana, através da reflexão, do pensamento, do sonho, da imaginação” (SCHIAVO, 2004, p. 65).

Para esses profissionais, a experiência religiosa, no seio familiar das crianças internadas no CETIP, além de proporcionar respostas às diversas perguntas sobre o sentido da vida e da existência, oferece amparo e segurança nos momentos difíceis, preenche o vazio gerado pela finitude da vida, garantindo um destino positivo no final da caminhada. Pela experiência religiosa, o indivíduo olha o transcendente como causa para sua existência, como amparo para sua contingência (limites) e para seu abandono, como resposta segura para suas interrogações e como meta para onde está caminhando (SCHIAVO, 2004, 65-6).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurei, com este estudo, perscrutar a compreensão das manifestações da religiosidade vivenciadas pelos enfermeiros e famílias de crianças internadas no CETIP, significando um apelo ao fenômeno do sagrado diante das situações aflitivas estabelecidas no cuidado com a doença. No contexto desta pesquisa, o enfrentamento da doença não diz respeito somente ao modelo biomédico, mas também à etnomedicina, extrapolando tanto o corpo individual quanto o diagnóstico médico, remetendo ao discurso dos sujeitos sobre as enfermidades e os enfermos.

Pode-se equacionar a descrição e o cotidiano do CETIP da seguinte forma: de um lado, convive-se com a experiência total de dessacralização da medicina contemporânea assentada no cientificismo tecnológico da ciência, de outro, com a presença dessa mesma sacralidade supostamente perdida, manifestada nos símbolos sagrados de caráter confessional, em busca de uma orientação transcendente.

Nesse cenário, como fenômeno social e cultural, a religiosidade norteia a vida das famílias que a ela recorrem, estruturando práticas cotidianas, cumprindo um papel significativo de suporte social para dar sentido e lidar com a doença, de modo que, no CETIP, as crenças religiosas consistem numa estratégia de enfrentamento seguida tanto pelos pacientes, mães e avós acompanhantes, quanto pelos enfermeiros.

Supõe-se que as representações de doença e cura podem ser apreendidas a partir dos seguintes aspectos: status social dos indivíduos; lógicas dos sistemas etiológico-terapêuticos científicos e populares; modelos epistemológicos disponíveis na sociedade para pensar cientificamente a doença; representações diferenciadas de doença segundo cada um dos sistemas terapêuticos de uma determinada sociedade (LAPLANTINE, 2010).

No enfrentamento da doença, da dor, da morte e do próprio ambiente da terapia intensiva, o comportamento dos familiares evidencia uma busca consciente ou inconsciente, implícita ou explícita, de bem-estar biopsicoespiritual, desejo de felicidade e superação das adversidades.

Nessa busca de felicidade e de superação das adversidades, a partir de suas crenças religiosas, entre as oito famílias entrevistadas foram destacadas as seguintes religiões: Católica Apostólica Romana (duas mães), Universal do Reino de Deus (duas mães e uma avó), Mundial do Poder de Deus (mãe), Deus é Amor (mãe), Assembleia de Deus (avó), Evangelho Quadrangular (mãe).

No geral, essas mães e avós buscam na religiosidade meios para se apoiarem em uma força suprema para melhor enfrentarem a situação de doença e de outras adversidades da vida pessoal e social. Em suas falas, mesmo daquelas que, até o momento do adoecimento da criança, não professavam ou não frequentavam assiduamente nenhuma religião, impõe-se a necessidade de buscar a Deus. Acreditam que podem contar com a intercessão de Nossa Senhora, de orações e de objetos sagrados (rosário, fita, medalha, gravura, bíblia, crucifixo ou patuá). Ou seja, a fé em Deus ou em um “ser supremo” que corporifica a vida, traz alívio e consolo ao sofrimento, à dor, à finitude, tão marcantes em um CTI pediátrico.

Em praticamente todos os depoimentos, desvela-se a necessidade de suporte espiritual, por parte dos sujeitos entrevistados, para se sentirem mais fortes nas dificuldades advindas da internação das crianças. Esse comportamento corrobora um dos objetivos desta dissertação, que é o de evidenciar a importância e o valor desse suporte, principalmente, com relação à mãe acompanhante, que fazia um rearranjo em sua vida pessoal e social, contando, para isso, com a ajuda de outros membros da família. A maioria das mães relatou apoio familiar, desencadeando sentimentos de união e fraternidade no ambiente doméstico, um espírito de cooperação e solidariedade, possibilitando amenizar o drama vivido.

Por outro lado, nas falas de alguns enfermeiros evidenciei alguns conflitos atravessados por relações entre crenças e argumentações religiosas diante de práticas que desafiam o saber e as técnicas convencionais como forma de manutenção do eu, da dignidade e da autoestima dos indivíduos envolvidos: de um lado, o saber científico e os cuidados assépticos dos profissionais da saúde para com os pacientes que necessitam de cuidado integral, ininterrupto e de alta complexidade; de outro, o saber do senso comum sobre a saúde e a doença que é construído pelos pacientes e familiares no cotidiano hospitalar.

Com efeito, o relato de um depoente mostrou o conflito existente entre médico e enfermeiro, pelo fato de alguns médicos negarem a entrada no CETIP de alguns religiosos para prestar apoio aos pacientes/famílias, evidenciando não só um jogo de poder, mas também o desconhecimento dos direitos fundamentais à intimidade, à privacidade e à liberdade por motivo de convicção religiosa do outro.

O estudo mostrou, também, que para alguns enfermeiros existem momentos em que nem sempre a religião e a fé trazem benefícios para a pessoa, vivenciando verdadeiros dilemas bioéticos em relação às famílias das crianças Testemunhas de Jeová, ao recusarem tratamentos para os filhos envolvendo hemoterápicos, seja do sangue total ou mesmo de frações dele.

Diante disso, depreende-se a preocupação por parte de alguns enfermeiros em adotar procedimentos respaldados pela biomedicina como forma de assegurar sua atuação profissional, de proteger-se, de não cometer erros e de tentar garantir a vida e a cura dos pacientes. Tudo que excede ao domínio do saber certamente será questionado quanto à eficiência. Nas entrevistas com os enfermeiros, não observei qualquer ato desrespeitoso ou ofensivo às convicções religiosas das famílias, e sim o emergir de dúvidas e questionamentos frente àquilo que não tem sido comprovado científica, empírica e quantitativamente abordado durante a formação e a prática profissional. Creio que as dificuldades encontradas sobre tais questões resultam, em grande parte, da falta de espaço na formação acadêmica e no ambiente profissional para discutir de forma crítica e aberta as crenças religiosas e as diversas formas de os pacientes e famílias expressarem sua religiosidade.

Nos relatos das mães acompanhantes, também foram observados conflitos na relação conjugal, em virtude da desorganização familiar, até mesmo separação, em decorrência do tempo estendido por conta da internação do filho no CETIP. Enquanto uma mãe, que criou todos os filhos sem o marido, só contava com a ajuda da avó materna da criança, outras também recebiam, além desse tipo de apoio, a solidariedade das amigas da igreja que, de algum modo, compartilhavam seu drama.

Nesse sentido, fica evidenciada a clivagem social de gênero, que delega à figura feminina a função social de cuidadora da relação, consubstanciando o mito da imagem materna, religiosa e caritativa da mulher, que é consagrada a cuidar da família, dos filhos, dos velhos e dos doentes.

A partir das narrativas, não se observou antagonismo entre o sistema biomédico e o religioso. A religiosidade não era concebida como uma forma de tratamento alternativo, utilitário ou racionalizado para se alcançar a cura, mas como um meio de, pelo fortalecimento da fé em Deus, amparar e conduzir o trabalho dos médicos, dos demais profissionais, sendo ainda consolo espiritual aos próprios familiares. Em outros termos, a possibilidade de cura é vista pelos familiares como bênção divina ao doente, aos familiares e à equipe do CETIP.

Desse modo, na visão dos familiares, existem poucas contradições entre as terapias da medicina oficial e suas convicções religiosas, ou seja, a medicina é sempre acionada como indispensável, mas ela, por si só, não garante o tratamento, a recuperação, a cura e a vida. O mais importante para vencer a doença era a fé em Deus que, no seu livre arbítrio, conduz os desdobramentos da doença. Essa condução não é considerada por elas como um castigo divino, mas como uma possibilidade de superação por meio da provação.

Entre os múltiplos significados religiosos descritos, observei, entre as famílias e os enfermeiros, pontos comuns quanto à compreensão sobre a pessoa humana não ser redutível a um corpo estritamente biológico. Ambos evidenciaram, em seus relatos, que a constituição humana é composta de uma dinâmica integrada de corpo, psique, espírito, social e cósmico.

Sobrepunhando-se às fronteiras da razão científica, essa integração atinge a imanência e a transcendência, oferecendo possibilidades de a doença ser menos traumática e até mesmo curativa. Daí, expressões como bondade, compaixão, solidariedade, humildade, fraternidade são práticas positivas para aqueles que acreditam no Sagrado, independentemente de religião.

A partir de suas experiências com o fenômeno religioso no CETIP, os enfermeiros demonstraram que o binômio criança/família é complexo e especial. Como se trata de necessidades e exigências particulares, os enfermeiros, por perceberem a liminaridade, agem de modo a proporcionar apoio espiritual às crianças e aos familiares: evitam confrontos religiosos; respeitam a manifestação de fé e a oração, além dos objetos hierofânicos; valorizam a empatia, o toque, o olhar, a aproximação e o silêncio na prática do cuidado.

Alguns enfermeiros verbalizaram que o trabalho intenso no cotidiano do CETIP pode influenciar negativamente na identificação das necessidades espirituais durante os cuidados. Somando-se a isso, sentem-se temerosos em serem refutados ou mal compreendidos ao prestarem suporte espiritual.

Observei também, nos discursos dos profissionais quanto ao processo de cuidar do paciente grave, a influência de valores religiosos e bioéticos, os quais foram geradores de situações ambíguas e de conflitos, como explicita o caso já abordado da não aceitação, por parte das famílias da religião Testemunhas de Jeová, do procedimento de transfusão de sangue para garantir a vida da criança.

Por outro lado, de forma geral, os enfermeiros procuram respeitar a religiosidade das famílias e das crianças como forma de enfrentamento e fortalecimento no processo doença-cura. Da mesma forma, recorrem as suas crenças religiosas como suporte para a vida profissional, pessoal e social. Dos oito enfermeiros entrevistados, apenas dois professaram ser adeptos de uma religião: um era católico e outro budista; o restante não se identificava, necessariamente, com nenhuma tradição particular, revelando acreditar em Deus, em um ser supremo e ter uma religiosidade, mas não uma religião, não priorizando nenhum sistema e ritos, práticas, doutrinas, nem se ligando a qualquer comunidade.

Os enfermeiros reconhecem a importância do apoio espiritual, dado que os pacientes/famíliares que têm uma crença religiosa não só se mostram mais confiantes para lutar contra doença, mas também têm conforto nos momentos finais de vida. Ainda neste contexto, verbalizaram que o apoio espiritual é importante também para as equipes do CETIP. Ao evidenciarem, dentro de si, o ser do outro, cheio de sofrimento, dor e aflição, tornando-se parte da experiência vivida pelas crianças internadas e suas famílias, esses profissionais revelaram maturidade e conhecimento de seus sentimentos e emoções pessoais.

Diante disso, sugerem a necessidade de maior integração entre os serviços de capelania e os grupos ecumênicos presentes no HFSE, bem como com o serviço social e a psicologia, num trabalho em conjunto. Outra sugestão dos enfermeiros é que poderiam ser criado um espaço ecumênico, na própria instituição, em que a fé e a religiosidade podem ser melhor compreendidas e respeitadas, além de ser um local particular para que as famílias possam encontrar refúgio, tornando esse local num ambiente acolhedor.

A partir deste estudo, concluí que as interpretações e situações suscitadas, no trabalho de campo e nas entrevistas realizadas, forneceram elementos para acreditar que no imaginário religioso existe um recíproco comprometimento: o campo do sagrado não necessita de algo racional para sua compreensão, e, se o conhecimento científico/tecnológico da biomedicina auxilia a vida corporal, por outro lado, o sagrado permanece, se não com o objetivo precípuo de cura, ao menos como alívio e conforto para o enfrentamento da doença e a sua relação com a finitude da existência humana.

Foi possível compreender o fenômeno religioso como uma expressão das questões mais subjetivas da dimensão do indivíduo, nas quais paciente, famílias, enfermeiros e demais profissionais de saúde, acabam inserindo-se nas relações possíveis de vivências mútuas entre a doença e o sagrado, entre a medicina e a experiência religiosa, entre a saúde e a redenção, todas manifestadas nas mãos visíveis sob o cuidado do invisível, no CETIP.

Enfim, as expressões de fé em Deus e as simbologias religiosas reafirmaram as formas de vivenciar a doença para esses significativos sujeitos pesquisados. Assim, sem ter tido a pretensão de esgotar a temática proposta, a imersão no cotidiano, a escuta, a reflexão e a interpretação do contexto estudado permitiram novas formas para se imaginar e compreender a experiência religiosa na cultura racional tecnológica hospitalar. Com esse trabalho, procurei adicionar, às discussões já existentes e aos trabalhos que, há algum tempo, vêm questionando a influência da religiosidade nos mais diversificados meios sociais, a presença do fenômeno religioso diante do adoecimento, no tratamento e no processo de cura do paciente nos CTIs e, em especial, no CETIP.

Acredito que estas abordagens no âmbito das ciências da saúde, oriundas de estudos das ciências da religião – sociologia, antropologia e saúde entre outras áreas afins – possam contribuir para a compreensão do universo simbólico das representações sociais e culturais frente à saúde/enfermidade, fornecendo, desse modo, elementos para o estabelecimento de interpretações que iluminem as condições de vulnerabilidade dos pacientes, das famílias e das equipes de saúde, nos CTIs.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, A. J; SANTOS, T C F. **Participação da Escola de Enfermagem Anna Nery na Revolução Constitucionalista de 1932**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília (DF). V. 56, n. 5, set/out. 2003.

\_\_\_\_\_. **A Escola Anna Nery (EAN) no “front” do Campo da educação em enfermagem e o (re) alinhamento de posições de poder (1931-1949)**. 2004200f. Tese (Doutorado em História da Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

ALVES, P.C. & RABELO, M.C. (Orgs.) **Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Delume Dumará, s/d.

ANTUNES, J. L. F. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991.161 p.

BALTAZAR, D.V. **Psicose e Religião: A construção da subjetividade: distinções entre certeza delirante e crenças religiosas**. Monografia de Especialização. Rio de Janeiro: Instituto Philippe Pinel, Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ. 1999.

BARBOSA DF, Lemos P.C.P. **A medicina na Grécia Antiga**. Rev. Med. (São Paulo). 2007 abr.-jun; 86(2): 17-9.

BAPTISTA, S.S. **Trajetória das escolas de enfermagem na sociedade brasileira**. Esc Anna Nery. 1997 dez; 1(2): 84-105.

BECK, U. **A Reinvenção da Política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva**. In: GIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. (org.). **Modernização Reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1997.

BOUSSO, R. S.; ANGELO, M. **Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI**. Rev. Esc. Enf. USP, v. 35, n. 2, p. 172-9. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a11.pdf>>. Acesso em: 10/06/2013.

BARROS, S. **Messianismo e violência de massa no Brasil**. São Paulo: Civilização Brasileira, 1986.

BATISTA, M. A. **Presença do Sagrado em um momento crítico: internação em uma unidade de terapia intensiva**. Rev.bras.enferm. Brasília. 2004 set/out; 57(5): 579-85.

BAZÁN, F. G. Aspectos incomuns do sagrado. São Paulo: Paulus, 2002.

BERKENBROCK, V. J. **A experiência dos Orixás**. Um estudo sobre a experiência religiosa no Candomblé. Petrópolis: Vozes, 1998.

BERGER, P. L. & LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 2000.

BERGER, P. **O dossel sagrado**: elementos para uma teoria sociológica da religião São Paulo: Paulus Editora, 1985.

BECK, U. **A Reinvenção da Política**: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: GIDDENS, A.; BECK, U. ; LASH, S. (org.). **Modernização Reflexiva**: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1997.

BITTENCOURT FILHO, **Matriz Religiosa Brasileira**. Religiosidade e mudança social. Petrópolis: Vozes, 2003.

BOFF, L. **Igreja: carisma e poder**. Ensaio de Eclesiologia Militante. Petrópolis: Vozes, 1982, 3ª edição.

BONET, O. **Saber e Sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.136p. Coleção Antropologia & saúde.

BOURDIEU P. **O poder simbólico**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2007.

\_\_\_\_\_. **A economia das trocas lingüísticas**: o que falar quer dizer. 2ª ed. São Paulo: EDUSP; 1998.

BOFF, L. **Fundamentalismo**. A globalização e o futuro da Humanidade. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism perspective and method**. Califórnia: Prentice- Hall; 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**; atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/3/1/113Politica\\_Nacional\\_de\\_Praticas\\_Integrativas\\_e\\_Complementares\\_SUS.pdf](http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/3/1/113Politica_Nacional_de_Praticas_Integrativas_e_Complementares_SUS.pdf)>.

\_\_\_\_\_. **Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira**. Cadernos de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

CARVALHO, J. H. **Mais uma obra relevante de assistência social para os trabalhadores**. Diário Carioca, Rio de Janeiro, 01 fev.1948. Ano 21, p: 3-4.

CARVALHO ML, Leite JL. **O cotidiano da Enfermagem em um grande Hospital (1947-1980)**. Rio de Janeiro: Editora SOB-UNIRIO, 1996.



\_\_\_\_\_. **Hospital dos Servidores do Estado - 1947-1980** - As enfermeiras contam sua História. [Dissertação] Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/ UNIRIO, 1996.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**. Porto: Ed. Afrontamento, 1998.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. Trad. de A. Cabral. 22. Ed. São Paulo: Cultrix; 1999.

CAZANEUVE, J. **Sociologia do rito**. São Paulo: Rés, 1985.

COELHO CP. **A Escola de Enfermagem Anna Nery: sua história, nossas memórias**. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1997.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem: **Resolução 272/2002**. Disponível em:<<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 25 set. 2010.

CORTEZ, E. A.; TEIXEIRA, E. R. **O Enfermeiro diante da religiosidade do cliente**. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 114-119, jan./mar. 2010.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. 2. Ed. São Paulo: Moderna, 1989. 367 p.

\_\_\_\_\_. **Brasil: Mito fundador e sociedade autoritária**. 1ªed. São Paulo: Ed. Perseu Abramo, 2005. (Coleção História do Povo Brasileiro).

CROATTO, J.S. **As Linguagens da Experiência Religiosa: uma introdução à fenomenologia da religião**. São Paulo: Paulinas, 2001.

ELIAS, N. **A solidão dos Moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

EINLOFT, L., Fuhrmeister, M., Martin, R., Alves, S. & Dias V. L. **Enfermagem em UTIP**. In: J.P. Piva, P. R. A. Carvalho & P. C. R. Garcia, *Terapia intensiva em pediatria* (pp. 759-779), 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2005.

DAMATTA, R. **Individualidade E Liminaridade: considerações sobre os ritos de passagem e a modernidade**. MANA 2000; 6(1): 7-29.

\_\_\_\_\_. **Você tem cultura?** In: Da Matta R (org.). *Ensaio de sociologia interpretativa*. Rio de Janeiro (RJ): Rocco; 1986. P.121-8.

\_\_\_\_\_. **Relativizando**. Uma introdução à Antropologia Social. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

\_\_\_\_\_. **Individualidade e liminaridade: considerações sobre os ritos de passagem e a modernidade**. MANA 2000; 6(1): 7-29.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Cia. Editora Nacional, 1960.

\_\_\_\_\_. **As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália**. São Paulo: Paulinas, 1996.

DUARTE, L. F. D. **Pouca vergonha, muita vergonha**: sexo e moralidade em um grupo de trabalhadores urbanos. IN: LOPES, J.S.L. (org.). *Cultura e identidade operária*. Rio de Janeiro: UFRJ/Proed, 1987.

DICKSTEIN, J. **Entrevista de História Oral**. Projeto de dissertação de mestrado “A inserção do psicólogo no hospital geral: a construção de uma nova especialidade”. Rio de Janeiro, março de 2003.

ELIADE, M. **O Sagrado e o Profano**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

EVANS-PRITCHARD, E. E. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Tradução Eduardo Viveiros de Castro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005. 255 pp.

FERREIRA, J. A. **Paulo, Jesus e os Marginalizados**: leitura conflitual do novo testamento. Goiânia: Ed. da UCG; América, 2009.

\_\_\_\_\_. **Jesus na origem do cristianismo**: os vários grupos que iniciaram o cristianismo. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2012.

FILORAMO, G; PRANDI, C. **As ciências das religiões**. São Paulo: Paulus, 2003, 3ª edição.

FONTE, A.S. **A Escola de Enfermagem Anna Nery e a nova ordem no campo da educação em enfermagem**: 1949 - 1961. [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.

FONSECA, A.F. (Org.). **O Território E O Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 2.Ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

\_\_\_\_\_. **O Nascimento do Hospital**. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

\_\_\_\_\_. **O Nascimento da Medicina Social**. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982b.

FREIRE, G. **Saúde e Espiritualidade**. Editora Inede, 2008.

GIDDENS, A. **As Consequências da Modernidade**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1991.

GOLDMAN, M. **A Construção Ritual da Pessoa**: a possessão no Candomblé. São Paulo: EMW, 1987, p. 106.

GOFFMAN, E. **Frame Analysis: an essay on the organization of experience**. Boston: Northeastern University Press, 1986.

\_\_\_\_\_. **A Representação do Eu na Vida Cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 2009.

\_\_\_\_\_. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 1989.

\_\_\_\_\_. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

\_\_\_\_\_. **Nova Luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

GRAEFF, L. **Os tempos no asilo: uma reflexão sobre uma experiência de estágio em Psicologia Social**. IN: Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. Porto Alegre, v. 5. 2005. p. 137-149

HAAS, P. (1992) “**Intoduction to epistemic communities and International Policy Coordination**” **International Organization**. Vol. 46 nº1, Knowledge, Power, and International Policy Coordination, 1-35.

HERZLICH, C. **Os encargos da morte**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.

HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO (HFSE). **Histórico**. Disponível em: <http://www.hse.rj.saude.gov.br/hospital/apres/hist.asp>. Acesso em 05 de julho de 2012.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU-EDUSP, 1979.

JOAS, H. **Interacionismo Simbólico**. In: GIDDENS, Anthony e TURNER, Jonathan (org.). **Teoria Social Hoje**. Trad. Gilson César Cardoso de Sousa. São Paulo: UNESP, 1999, p. 127-174.

LAPLANTINE, F & TRINDADE, L. **O que é Imaginário?** São Paulo: Editora Brasiliense, 2010. Coleção Primeiros Passos.

LANGDON, E. J. **Cultura e processos de saúde e doença**. In: Anais do 1o Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença; Out 13-16; Londrina, Brasil. Londrina (PR): VIGISUS/FNS/MS; 2003.

LEFEVRE, F. & LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.

LEMONS, RCA. ROSSI, LA. **O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade**. Rev. Latino-Americana de Enfermagem; 2002 maio/junho; 10(3): 345-57.

\_\_\_\_\_. **Religião e Sociedade:** a eterna busca de sentido: o sagrado e as construções de mundo. Goiânia: Ed. da PUC Goiás; Brasília: Universa, 2004.

LÉVI-STRAUSS, C. **A eficácia simbólica.** In: Lévi-Strauss, organizador. *Antropologia Estrutural*. 6a ed. Rio de Janeiro (RJ): Tempo Brasileiro; 2003. P.215-36.

LE BRETON, D. **A Sociologia Do Corpo.** Petrópolis: Editoras Vozes; 2010. 104 pp. ISBN: 85-326-3327-7.

\_\_\_\_\_. **Adeus ao corpo:** antropologia e sociedade. Campinas: Papirus, 2003.

\_\_\_\_\_. **A sociologia do corpo.** 4. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

LEACH, E.R. **Anthropological aspects of language:** animal categories and verbal abuse. In: Lenneberg EH (org.). *New directions of the study of language*. Cambridge: The MIT Press; 1964. p. 22-63.

LIBÂNEO, J. C. **Pedagogia e pedagogos, para quê?** 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LUZ, M. T. **Cultura contemporânea e medicinas alternativas:** novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, Junho, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/> Acesso em: 25/10/2012

LUZ, M. Saúde. (verbetes) **In: EPSJV & Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde** (Orgs). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

MACEDO, C. C. **Imagem do eterno:** religiões do Brasil. São Paulo: Moderna, 1989.

MARTINS, J. S. **Caminhadas no chão da noite.** *Emancipação Política e Libertação nos Movimentos Sociais do Campo*. São Paulo: Hucitec. 1989.

MARTINS, P.H. **Contra a Desumanização da Medicina.** *Crítica sociológica das Práticas Médicas Modernas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia.** Tradução de Lamberto Puccinelli. São Paulo, EPU, 1988.

MELO, L. **Dimensões estruturais e simbólicas de um espaço hospitalar:** estudo antropológico de uma enfermagem cirúrgica em Campinas - SP / Lucas Pereira de Melo. Campinas, SP: [s.n.], 2009. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

MENEZES, R. A. **Difíceis decisões:** uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

MERHY, E.E; Onoko R. **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONTERO, P. **Da doença a desordem: a magia na umbanda**. São Paulo: Graal, 1985.

MORSCH, E; GREGORIO, R.(Org.). **CETIP-HFSE: uma historia intensiva**. RJ.DOC, 2009.

MORÍNIGO, F. C. **A inquietude do trabalho médico: 50 anos**, HSE. Rio de Janeiro: AACEA, HSE, 1997.

MOREIRA, M. C. N. **A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República**. Hist. cienc. Saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v.5, n.3 Nov. 1998/ Fev. 1999.

NASCIMENTO, T.F. **Sociologia e mito**. In: CONGRESSO INTERNACIONAL EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO. Anais. Goiânia. Ed. PUC Goiás, 2009.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a Enfermagem**. ABEN, 1989.

NIEWEGLOWSKI, V. H. & Moré, C. L. O. O. **Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização**. Estudos de Psicologia (Campinas), 25(1): 111-122 2008.

NUNES, E. (Org) **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo:Global Edit., 1983.

OLIVEIRA J.A.A, TEIXEIRA SMF. **(Imp.) previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis (RJ): Vozes/Abrasco; 1985.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1998.

WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.

OTTO, R. **O Sagrado: um estudo do elemento não racional na ideia do divino e a sua relação com o racional**. Tradução de Prócoro Velasquez Filho. São Bernardo do Campo: Imprensa Metodista, 1985.

PAIS, J.M. **Sociologia da Vida Quotidiana**. Teorias, Métodos e Estudos de Caso Imprensa de Ciências Sociais, 2002, 1ª edição.

PEREIRA, F. M. **A Inserção do Psicólogo no Hospital Geral: A construção de uma nova especialidade** Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro 2003.

PEIRANO, M. **Rituais ontem e hoje**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1991.198 p.

QUEIROZ, M.S, Canesqui AM. **Antropologia da medicina:** uma revisão teórica. Rev. Saúde Pública 1986a; 20(2): 152-64.

\_\_\_\_\_. **Saúde e doença:** um enfoque antropológico. Bauru, SP: EDUSC; 2003.

RABELO, M. C. M.. **Religião, Ritual e Cura.** In: **Paulo César Borges Alves; Maria Cecília de Souza Minayo. (Org.). Saúde e Doença: um olhar antropológico.** 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, v. 1, p. 47-56.

\_\_\_\_\_. **Religião e Cura: Algumas Reflexões Sobre a Experiência Religiosa das Classes Populares Urbanas.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 316-325, jul/set, 1993. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/19.pdf>

REIMER, H; S, Volmor da (Organizadores). **O Sagrado e as construções de mundo.** Roteiro para as aulas de introdução à teologia na Universidade. Goiânia – Taguatinga: UCG – Universal, 2004, pp. 247-269.

RIBEIRO JR., W.A. **Biografia de Hipócrates, o pai da medicina.** Rev. Modelo 19. V.4, n. 9, p.69 -72, 1999.

RIBEIRO, M.M. **A ciência dos trópicos:** a arte médica no Brasil do século XVIII. São Paulo: Hucitec, 1997.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública.** São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, UNESP, Abrasco, 1994.

RIVERA, P. B. **Tradição, transmissão e emoção religiosa:** sociologia do protestantismo contemporâneo na América. Olho d'Água, 2001 - 299 p.

SILVA, C. P. G. **O Hospital do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas:** da enfermagem laica à religiosa – 1946-1951–Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2010. 182 f.:

SILVA, J. M. Da. SILVEIRA, E. S. Da. **Apresentação de Trabalhos Acadêmicos:** normas e técnicas. 5. Ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

SILVEIRA, E. J. S. **Corpo, emoção e rito: antropologia dos carismáticos católicos.** Porto Alegre: Armazém Digital, 2008.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social:** A trajetória da Saúde Pública. Porto Alegre: L&M Edit. 1987.

STEIL, C. A. **O sertão das romarias:** um estudo antropológico sobre santuário de Bom Jesus da Lapa. Bahia. Petrópolis: Vozes, 1996.

RIVIÈRE, O. **Os ritos profanos.** Petrópolis: Vozes, 1997.

SARTRE, J. P. **A imaginação**. Trad. Paulo Neves. Porto Alegre: L&M, 2009.

SCHIAVO, L. **Conceitos e interpretações da religião**. In: LAGO, Lorenzo; REIMER, Harold; 2004.

STEIL, C. A. **Oferta simbólica e mercado religioso na sociedade global**. In: MOREIRA, Alberto da Silva; OLIVEIRA, Irene Dias (Organizadores). O futuro da Religião na sociedade global. Uma perspectiva multicultural, pp. 7-16. 2004.

TEIXEIRA, F. **O fundamentalismo em tempos de pluralismo religioso**. In: MOREIRA, Alberto da Silva; OLIVEIRA, Irene Dias de (organizadores). O futuro da religião na sociedade global, pp. 69-80.

TERRIN, A. N. **Antropologia e horizontes do sagrado**. Culturas e religiões. São Paulo: Paulus, 2004.

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

VALLA, V. **Religião e Cultura Popular**. Rio de Janeiro: DP&A Editora. 2001.

VASCONCELOS, E.M. **A Espiritualidade no Trabalho em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec. 2006.

VAN GENNEP, A. **Os ritos de passagem**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1978.

VARGAS, M.A. O. **Corpus ex machina: a ciborguização da enfermeira no contexto da terapia intensiva**. 2002. 157 f. Dissertação (Mestrado em Educação) Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

VIVEIROS DE CASTRO, E. **A inconstância da alma selvagem**. São Paulo: Cosac & Naify, 2002.

VELHO, G. **Individualismo e cultura: Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. 7 ed. Rio de Janeiro, Zahar, 2004.

\_\_\_\_\_. **Projeto e metamorfose: Antropologia das sociedades complexas**. RJ, Jorge Zahar, 1994.