



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ALESSANDRA NAZARÉ BARROS MOURA

**O ADOECIMENTO E O CUIDADO HOSPITALAR: UM ESTUDO ACERCA DOS
DOENTES ACOMETIDOS POR NEOPLASIA GÁSTRICA EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

BELÉM
2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ALESSANDRA NAZARÉ BARROS MOURA

**O ADOECIMENTO E O CUIDADO HOSPITALAR: UM ESTUDO ACERCA DOS
DOENTES ACOMETIDOS POR NEOPLASIA GÁSTRICA EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Pará /
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas / Programa de
Pós-Graduação em Psicologia como requisito para a
obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
Co-orientadora: Prof. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira

BELÉM
2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca de Pós-Graduação do IFCH/UFPA, Belém-PA)

Moura, Alessandra Nazaré Barros

O adoecimento e o cuidado hospitalar: um estudo acerca dos doentes acometidos por neoplasia gástrica em um hospital universitário / Alessandra Nazaré Barros Moura; orientador, Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira. Belém. _ 2011

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2011.

1. Câncer de estômago. 2. Sofrimento psíquico. I. Oliveira, Paulo de Tarso Ribeiro de orient. II. Título.

CDD: 22. ed. 614.59994



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
 INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
 PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Alessandra Nazaré Barros Moura

O ADOECIMENTO E O CUIDADO HOSPITALAR:
 UM ESTUDO ACERCA DOS DOENTES ACOMETIDOS POR NEOPLASIA GÁSTRICA
 EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal do Pará como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
 Co-orientadora: Prof. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

 Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Orientador
 Universidade Federal do Pará - UFPA

 Profa. Dra. Ana Cristina Soeiro Salgado - Membro
 Universidade do Estado do Pará - UEPA

 Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani - Membro
 Universidade Federal do Pará - UFPA

 Prof. Dr. Alcindo Antonio Ferla - Suplente
 Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS / UFPA

 Profa. Dra. Regina Feio Barroso - Suplente
 Universidade Federal do Pará - UFPA

A Deus, que está sempre presente em minha vida e nunca me desampara.

Aos meus pais, a quem devo o incentivo, a oportunidade e o cuidado imprescindível para chegar a este momento.

À minha família, principalmente à minha tia-mãe Hortência. Às minhas irmãs e às pequeninas - Sofia, Luíza e Letícia por iluminarem e alegrarem os meus dias.

À minha querida e inesquecível tia Nazaré (*in memoriam*), que foi um exemplo de serenidade e luta pela vida.

Às pessoas acometidas por câncer que me inspiram o desejo de aprender cada vez mais.

AGRADECIMENTOS

Ao amigo, professor e orientador, Paulo de Tarso Oliveira, pelo incentivo contínuo e persistente, pela confiança, pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos e principalmente pela paciência nos momentos mais difíceis.

À Ana Cleide Moreira pelo acolhimento e estímulo na vida profissional e acadêmica.

Aos amigos de trabalho do Serviço de Psicologia do HUIBB pelo estímulo, solidariedade e pelo acolhimento nos momentos de dificuldade, especialmente à Lúcia Helena, Simone Abrão e Eliane Brandão.

Ao Eduardo pelo carinho, apoio incondicional e compreensão pelos longos períodos de ausência.

Às minhas amigas-irmãs Andrea, Érika e Jureuda pela presença constante (ainda que à distância) na minha vida.

Aos meus professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, por compartilharem seus conhecimentos e nos acolherem de forma tão calorosa no programa, especialmente ao Ney, incansável em nos auxiliar.

Aos colegas de mestrado pela amizade, carinho e oportunidade de troca de experiências, principalmente à Sheyla Rocha, Elaine Lobo e Amanda.

À amiga, Josie Vieira, a quem eu aprendi a admirar e respeitar ao longo desse percurso, por sua coragem e companheirismo durante a nossa jornada.

Ao Alcindo Ferla pelo carinho, generosidade em compartilhar o saber e inspiração nas questões do cuidar.

Às colegas de trabalho Ana Tereza, Norma Suely, Nelma, além de toda a equipe do Núcleo de Psicologia e do CTI da FSCMPA que compreenderam e acolheram minhas necessidades e angústias contribuindo de forma decisiva para a viabilização dessa conquista.

À Sebastiana pelo carinho e cuidados cotidianos.

À Cristina pela disponibilidade em auxiliar com a revisão, na reta final desse trabalho.

À equipe multiprofissional da clínica cirúrgica do HUIBB, que me recebeu com muito carinho, principalmente àqueles que concordaram em participar da pesquisa, pela disponibilidade em contribuir compartilhando suas experiências pessoais e profissionais.

Aos pacientes oncológicos do HUIBB, exemplos de coragem e força para enfrentar o adoecimento e os desafios da recuperação, principalmente os que aceitaram em participar desse estudo.

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro.

Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco de barro e começou a dar-lhe forma.

Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado.

Quando, porém Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome.

Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra.

Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra. Originou-se então uma discussão generalizada.

De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro.

Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura.

Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer.

Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver.

E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada *Homem*, isto é, feita de *húmus*, que significa terra fértil.

(Mito do Cuidado – Fábula de Higino)

RESUMO

Segundo publicação da OMS (2007), todos os anos, pelo menos sete milhões de pessoas morrem devido ao adoecimento por câncer, número maior que o provocado por doenças como HIV, malária e tuberculose juntos. As estimativas divulgadas pelo INCA para o ano de 2010 trazem o registro de que devam ocorrer 489.270 casos novos de câncer no Brasil. O câncer de estômago, no mesmo período, deverá representar o segundo tumor maligno mais frequente em homens e o terceiro em mulheres no país, panorama que se repete na região Norte. A partir do adoecimento por câncer, foco da nossa pesquisa, ao considerar a dimensão subjetiva vivenciada pelo doente oncológico, assim como as limitações impostas pela condição física e emocional desencadeadas por este adoecimento, o presente trabalho propõe-se a estudar de que forma os fatores relacionados ao adoecimento e ao processo de cuidado podem estar influenciando no sofrimento psíquico de doentes com câncer de estômago internados em um hospital universitário. O sofrimento psíquico, neste trabalho, não foi entendido como uma doença, sob um ponto de vista nosográfico, mas sob uma perspectiva dinâmica, enquanto um sentimento de vida contrariada do sujeito, que busca se ressignificar, através de novas normas de vida, frente ao adoecimento. Além do que foi realizada uma análise, à luz das categorias do cuidado, integralidade e sofrimento psíquico, a respeito de como os trabalhadores da saúde que acolhem e cuidam dos doentes com câncer são afetados em suas subjetividades durante esse processo do cuidar, influenciando na subjetividade do doente e no seu sofrimento psíquico. Para a análise, a metodologia qualitativa se impôs, entendendo que as relações estabelecidas no cuidado em saúde se mostraram necessariamente intersubjetivas e interrelacionais, ao considerarmos as relações que se estabelecem entre usuários (doentes / familiares), a equipe de saúde e a rede de serviços disponível, de um modo geral. Foi utilizado, como método, o estudo de caso, tendo como objeto os doentes adultos, com diagnóstico de neoplasia gástrica, internados na clínica cirúrgica do Hospital Universitário João de Barros Barreto, instituição que tem como proposta a implantação de uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, com vistas a atender essa demanda de forma integralizada. Os principais resultados foram: (i) que o cuidado em saúde continua sendo oferecido de forma fragmentada, hierarquizada e focado principalmente na doença e nos órgãos (ii) o processo de trabalho observado na produção de cuidado em saúde não atende os princípios básicos de integralidade (iii) tanto os indivíduos que procuram os serviços de saúde quanto os indivíduos que os recebem nesses serviços são vulneráveis e expostos ao sofrimento psíquico produzido por um sistema de saúde que está longe de alcançar, apesar do percurso realizado em direção a esse caminho, os ideais de integralidade, ou seja, que promovam o cuidado humanizado, integrado e que tenha como objetivo, mais que a busca de resultados e estatísticas, um cuidado que permita às pessoas retomar as rédeas da própria vida.

Palavras-chave: Câncer de estômago. Sofrimento psíquico. Integralidade. Cuidado em saúde. Processo de trabalho.

ABSTRACT

According to a publication of OMS (2007), every year, cancer kills at least seven million of people, larger number than provoked by diseases as HIV, malaria and tuberculosis together. The estimates published by the Brazilian National Institute of Cancer (INCA) for the year of 2010 they bring the registration that should happen 489.270 new cases of cancer in Brazil. The gastric cancer, in the same period, it should represent the second more frequent evil tumor in men and the third in women in the country, panorama that repeats in the North area. Starting from the illness for cancer, focus of our research, when considering the subjective dimension lived by the oncological patient, as well as the limitations imposed by the physical and emotional condition unchained by this illness, the present work intends to study that forms the factors related to the illness and to the care process they can be influencing in the psychic suffering of patients with gastric cancer interned at an academic hospital. The psychic suffering, in this work, it was not understood as a disease, under a point of view nosographic, but under a dynamic perspective, while a feeling of thwarted life of the subject, that resignify is looked for, through new life norms, front to the illness. In addition an analysis was accomplished, to the light of the categories of the care, integrality and psychic suffering, regarding as the workers of the health that welcome and they take care of the patients with cancer they are affected in its subjectivities during that process of taking care, influencing in the subjectivity of the patient and in its psychic suffering. For the analysis, the qualitative methodology was imposed, understanding that the established relationships in the care in health were necessarily shown intersubjective and interrelational, to the we consider the relationships that settle down among users (sick / family), the team of health and the net of services available, in a general way. It was used, as method, the case study, tends as object the adult patients, with diagnosis of gastric neoplasia, interned at the surgical clinic of the João de Barros Barreto Academic Hospital, institution that has as proposal the implantation of an Unit of High Complexity in Oncology, with views to assist that demand of a whole form. The principal results were: (i) that the care in health continues being offered in a fragmented way, nested and with focus mainly in the disease and in the organs (ii) the work process observed in the care production in health it doesn't assist the basic beginnings of integrality (iii) so much the individuals that seek the services of health as the individuals that receive them in those services are vulnerable and exposed to the psychic suffering produced by a system of health that is far away from reaching, in spite of the course accomplished in direction to that road, the integrality ideals, in other words, that they promote the humanized care, integrated and that has as objective, more than the search of results and statistics, a care that it allows to the people to retake the reins of the own life.

Keywords: Gastric cancer. Psychic suffering. Integrality. Care in health. Work process.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Estimativa de mortalidade, no mundo, por câncer no período entre 2005-2030.....	28
Gráfico 2	Principal incidência mundial de neoplasias, por localização primária, no ano de 2008.....	29
Gráfico 3	Principal mortalidade mundial por neoplasias, por localização primária, no ano de 2008.....	29
Tabela 1	Estimativas para o ano 2010 de número de casos novos por câncer, em homens, no estado do Pará, segundo localização primária.....	30
Tabela 2	Estimativas para o ano de 2010 de número de casos novos por câncer em mulheres, no estado do Pará, segundo localização primária.....	31
Gráfico 4	Comparação das estimativas para o ano 2010 das taxas brutas de incidência de câncer de estômago entre homens e mulheres no Pará /Belém (estado e capital).....	33
Gráfico 5	Comparação do número de abordagens realizadas junto a doentes portadores de neoplasia gástrica internados na clínica cirúrgica do HUIBB no período de Junho a Agosto de 2011.....	72

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTI	Centro de Terapia Intensiva
CNS	Conselho Nacional de saúde
DAME	Departamento de Arquivo Médico e Estatístico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
EUA	Estados Unidos da América
EFI	Ensino Fundamental Incompleto
FADESP	Fundação de Amparo e Desenvolvimento da Pesquisa
FPTA	Fora de Possibilidades Terapêuticas Atuais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HOL	Hospital Ofir Loyola
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
IARC	International Agency for Research on Cancer
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPGP	Programa de Pós-Graduação em Psicologia
QT	Quimioterapia
RXT	Radioterapia
SESMA	Secretaria Executiva de Saúde Pública
SESPA	Secretaria Municipal de Saúde de Belém
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPA	Universidade Estadual do Pará
UFPA	Universidade Federal do Pará
UICC	União Internacional Contra o Câncer
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UR	Unidade de Recuperação
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	A HISTÓRIA DO CÂNCER E OS MODOS DE UBJETIVAÇÃO DOS DOENTES.....	20
2.1	O IMPACTO DO ADOECIMENTO POR CÂNCER, CONSTATAÇÕES E PERSPECTIVAS.....	26
3	A RELAÇÃO DO NORMAL E DO PATOLÓGICO EM FREUD E CANGUILHEM: O SENTIDO DO ADOECIMENTO E DO SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	36
4	CONTEXTUALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE: A PERSPECTIVA DA SAÚDE, DO ADOECIMENTO, DO CUIDADO E DA INTEGRALIDADE.....	49
5	RELAÇÃO DOS TRABALHADORES (AS) DE SAÚDE COM OS DOENTES E SUAS MEDIAÇÕES INTERSUBJETIVAS.....	56
6	O HOSPITAL: CAMPO DE PRÁTICAS E TENSÃO ENTRE A EXPANSÃO DA VIDA E O ENCLAUSURAMENTO DA MORTE-EM-VIDA.....	62
7	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS: REFAZENDO OS PASSOS DA PESQUISA.....	67
7.1	PASSOS INICIAIS:.....	70
7.2	CENÁRIO DE PESQUISA: DESCRREVENDO O CAMPO DE TRABALHO.....	73
7.3	PERSONAGENS DA PESQUISA.....	75
7.4	RECOLHENDO AS INFORMAÇÕES.....	76
8	O SOFRIMENTO PSÍQUICO: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA INTEGRALIDADE E DO CUIDADO EM SAÚDE.....	78
8.1	INTEGRALIDADE EM SAÚDE.....	79
8.2	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	82
8.2.1	Comunicação médico x doente: o não revelado e o cotidiano dos doentes com câncer.....	83
8.3	CUIDADO EM SAÚDE	89

8.3.1	Autonomia frente ao cuidado hospitalar moderno.....	92
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
	REFERÊNCIAS.....	105
	ANEXOS.....	113

1 INTRODUÇÃO

Ao considerar os múltiplos aspectos vivenciados pelo doente oncológico, assim como as limitações impostas pela condição física e emocional desencadeadas pelo adoecimento por câncer. Esta dissertação propõe-se a estudar de que forma os fatores relacionados ao adoecimento e ao processo de cuidado podem influenciar no sofrimento psíquico de doentes com câncer de estômago.

A opção por trilhar um caminho de investigação que busca relacionar o sofrimento psíquico do doente oncológico aos cuidados que lhe são ofertados durante o processo de adoecimento e/ou tratamento se deu principalmente a partir de duas experiências profissionais: (a) da atuação em um hospital público do Pará, que tem como referência o tratamento de doenças infecto-parasitárias/AIDS, pneumologia e endocrinologia e (b) do vivido na especialização no Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Rio de Janeiro¹.

Tais experiências se deram a partir da atividade, enquanto psicóloga hospitalar, na assistência a doentes que cada vez, com maior frequência, vivenciavam o confronto com a realidade do câncer.

Um sofrimento vivenciado pelo indivíduo que se depara com a realidade de ter que conviver com o adoecimento e o impacto do diagnóstico de câncer (situações que não surgem, necessariamente, de forma concomitante) e, principalmente, com a possibilidade de se submeter a um tratamento que pode vir a ser agressivo e tão ou mais ameaçador que a própria doença², o que propõe desafios à prática da psicologia clínica no âmbito hospitalar.

¹ Experiência ocorrida no ano de 2005, sob forma de pós-graduação lato-sensu (Psicologia Oncológica) em hospital de referência nacional no atendimento oncológico, Instituto Nacional de Câncer (INCA), na cidade do Rio de Janeiro, como parte do processo de qualificação para o atendimento de doentes oncológicos no Hospital Universitário João de Barros Barreto e implantação do Serviço de Psicologia na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), vinculada à rede do INCA. (N.A.)

² Isso ocorre devido à necessidade de procedimentos diagnósticos (biópsias, exames de imagem etc.) e terapêuticos (cirurgia, radioterapia, quimioterapia), que embora existam para promover e assegurar o bem estar e a recuperação dos doentes, podem tornar-se ameaçadores (processos invasivos e dolorosos), existindo a possibilidade de deixar sequelas permanentes, sejam físicas (transtornos funcionais e estéticos) e/ou emocionais (MORAES, 1994). De acordo com Nucci (2003), as cirurgias podem envolver significados de mutilação e desfiguramento (mama, cabeça e pescoço, membros, órgãos genitais, ostomias, perda da fala e visão). A radioterapia, apesar dos avanços tecnológicos, continua a despertar apreensão e fantasias referentes a queimaduras, radiação, ansiedade gerada pela marcação da pele, uso de máscaras protetoras (principalmente em doentes fóbicos), além do medo do abandono durante as aplicações. A quimioterapia torna-se assustadora, devido à observação de importantes efeitos colaterais diante do tratamento (náuseas, vômitos, mucosites, alopecia, alteração da pele, função intestinal, dentre outros).

A partir da prática do cuidado que vivencio na Clínica Cirúrgica do Hospital João de Barros Barreto (HUIBB), um momento singular despertou o meu interesse devido à história de vida de um usuário que foi diagnosticado com câncer.

João (nome fictício), 67 anos, casado, pai de cinco filhos, artista plástico. Deu entrada no hospital referindo como sintoma principal um quadro recorrente de dor torácica, a qual deveria ser investigada e diagnosticada.

Segundo relato de João, embora “convivesse com este incômodo havia meses”, não se sentia impedido de realizar suas tarefas diárias, inclusive as laborais que lhe traziam, segundo seu relato, enorme prazer e reconhecimento social. Falava das telas que pintava com orgulho e contentamento. A alegria do convívio familiar era outro tema predominante em seu discurso.

No processo de investigação diagnóstica foi submetido, diariamente, a diversos procedimentos invasivos e dolorosos, de acordo com suas queixas. Dentre esses, o mais agressivo e expoliante, segundo o próprio Sr. João, consistia em uma biópsia de mediastino, procedimento que precisou ser feito mais duas vezes, para que se pudesse confirmar o diagnóstico de câncer. Esse diagnóstico recebeu da equipe médica a representação de um tumor considerado “inoperável”, devido ao seu estágio avançado.

Durante esse período de internação hospitalar, o discurso de João, inicialmente permeado de esperança, confiança e entusiasmo, aos poucos se transformava em um relato de medo, dúvidas e insegurança, configurando-se, ao final, em um estado de desamparo³ e atitude de desistência diante da situação em que se percebia. Nesse momento, era como se o doente estivesse circunscrito sobre o que Oliveira (1998), e Oliveira e Moreira (2006) conceituaram como morte anunciada, que circunscreve a doença aos órgãos e a escuta sensível perde potência diante de um plano de cuidado dessocializador. Tal fato contribuiu

³ De acordo com Laplanche e Pontalis (2008) estado de desamparo constitui-se em um termo da linguagem comum que assume um sentido específico na teoria freudiana. “Estado do lactente que, dependendo inteiramente de outrem para a satisfação de suas necessidades (sede, fome), é impotente para realizar a ação específica adequada para por fim à tensão interna. Para o adulto o estado de desamparo é o protótipo da situação traumática geradora de angústia” (p. 112). Ao tratar do tema do desamparo, Menezes (2008) baseia-se na teoria freudiana (Psicologia de grupo e análise do eu [1921] e o mal-estar na civilização [1930] em que, para Freud, o sujeito não é dado a priori, mas se constrói a partir de algo que lhe é exterior, a partir dos laços que institui com a sociedade. De acordo com a autora “para Freud, a espécie humana sempre vai ter que lidar com a questão de uma energética pulsional que marca sua relação com o outro (a mãe, o pai, a família, o professor, a cultura) e que determina, portanto, as características dos laços sociais e dá o movimento e o colorido da subjetividade. Nessa esteira, este exame do pensamento freudiano em relação à questão do desamparo, levamos a uma noção de desamparo caracterizada, por um lado, como uma situação ante a violência do outro mais forte e, ao mesmo tempo, como uma condição de impotência originária em que se inscrevem os representantes das pulsões (p. 46-47).

de forma efetiva para a perda da autonomia do doente, além de tornar-se fator de inquietação e sofrimento para o grupo familiar e para a equipe que o assistia.

A dor, cada vez mais intensa, passou a fazer parte da rotina de João, submetendo-o a períodos prolongados de sedação: uma de suas principais queixas, pois limitava o contato com a equipe, assim como o número de atendimentos psicológicos e principalmente diminuía o tempo de convívio consciente com os familiares presentes no hospital.

Pessini (2002, p. 57) nos fala desta sociedade dominada pela analgesia, onde o sofrimento é medido e medicalizado, com vistas à libertação do incômodo imposto pela dor, ainda que isso custe para o sujeito a perda de sua independência, de sua autonomia e do reconhecimento do significado do que pode estar por trás deste sofrimento: “estamos numa sociedade secularizada em que o sofrer não tem sentido, e por isso somos incapazes de perceber o sentido do sofrimento”.

Ao se referir à dor, Nasio (1997) considera que, seja a dor física ou psíquica, esta sempre se constituirá em um fenômeno de limite, que pode se estabelecer entre o corpo e a psique; entre o eu e o outro; ou ainda entre o funcionamento bem regulado do psiquismo e o seu desregramento.

Ao discorrer sobre a dor psíquica, o autor a denomina de dor da separação, a qual considera como a erradicação e a perda de um objeto com o qual estamos tão intimamente ligados (a pessoa amada, uma coisa imaterial, um valor, ou a integridade do nosso corpo), que esse laço torna-se constitutivo de nós próprios. Todas essas dores são, em diversos graus, dores de “amputação brutal” de um objeto amado, ao qual estávamos tão intensa e permanentemente ligados que ele regulava a harmonia do nosso psiquismo (NASIO, 1997).

Um dos relatos marcantes de João, em um dos últimos dias de internação era o fato de ter entrado no hospital “andando e cheio de vida” e encontrar-se, naquele momento, dependente, tomado pelas dores e sem esperança de voltar a pintar ou mesmo voltar pra casa: “achava que ia morrer”, passando a falar disso recorrentemente.

João faleceu vinte e cinco dias depois de sua admissão, diagnosticado com câncer de mediastino, aguardando transferência para tratamento no único hospital de referência em oncologia do estado do Pará⁴.

⁴ O Hospital Ofir Loyola (HOL) uma instituição de referência em oncologia, doenças crônico-degenerativas e transplantes, que oferece assistência em média e alta complexidade, ensino, pesquisa e extensão. (Disponível em: <http://www.ophirloyola.pa.gov.br/>).

A partir do caso descrito neste brevíssimo relato das questões acerca do sofrimento psíquico vivenciado pelo doente oncológico, dos fatores que interferem no enfrentamento da doença e de que recursos (psíquicos e materiais) estes doentes precisam dispor para reagir ao impacto causado pelo processo de adoecimento e tratamento, passaram a constituir, para mim, como psicóloga e pesquisadora, objeto de profundo interesse e reflexões.

Diante desta experiência, relacionada ao estudo e à vivência na assistência a doentes acometidos por câncer, que motivou a busca de literatura especializada sobre o tema das neoplasias, principalmente no que se refere ao recorte específico do câncer de estômago, pude constatar que a maior parte do material observado direciona-se ao enfoque dos aspectos físicos da doença, basicamente ressaltando a descrição de sintomas e condutas terapêuticas mais adotadas.

Observa-se que a doença, de um modo geral, ainda hoje permanece essencialmente circunscrita aos órgãos, ao que é orgânico; compreendida enquanto processo instalado, de maneira patológica, no corpo biológico (como uma disfunção do orgânico). Esse sentido organicista dado ao adoecimento vem sendo considerado como um dos principais motivos para o sofrimento manifestado pelo doente.

Tal realidade, percebida no cotidiano dos trabalhadores e do trabalho em saúde, refletida nos modos de operacionalização do cuidado, desvia maior atenção da dimensão subjetiva do adoecimento, enquanto condição e possibilidade de uma doença sem órgãos, dentro de uma intencionalidade vitalista, tal como descrita nos estudos desenvolvidos por Canguilhem (1995) e Merhy (2007). Segundo esses autores, a doença será constitutiva do modo de viver do doente, tendo como uma de suas formas de expressão, seu modo de adoecer.

A percepção dessa visão vitalista irá implicar em práticas de cuidados orientadas pela clínica do corpo sem órgãos⁵, alcançando o sujeito de forma mais individualizada (considerando suas particularidades, seu modo de normatização diante da vida) e de forma integral, já que não o recorta, fragmentando-o e reduzindo-o a um órgão lesado e/ou disfuncional.

⁵ Conceito utilizado para contrapor a visão organicista que reduz a doença aos sintomas e aos órgãos lesionados, considerando o adoecimento como um fenômeno subjetivo, individual, que faz parte da normatividade da vida e o corpo como potencialidade e representação de modos de existência (MERHY, 2007).

No caso do adoecimento por câncer, essa abordagem organicista se confirma ao se constatar que o fenômeno saúde-doença continua sendo tratado de modo positivista e biologizante, a se ter como exemplo a ênfase prioritária no investimento em parques tecnológicos (uso de máquinas e equipamentos) cada vez mais modernos, com técnicas de intervenção cada vez mais sofisticadas (com fins de detecção/diagnóstico precoce, tratamento e seguimento ambulatorial), se sobrepondo ao investimento nas relações intersubjetivas e na produção de autonomia do sujeito, que compõem fundamentalmente a linha de cuidados que deve ser ofertada aos usuários dos serviços de saúde (CECCIM; FERLA, 2006).

Nesse caso, ao invés de se buscar a expansão da vida e a defesa da vida circunscreve-se o doente em um plano de cuidado que não possibilita a sua autonomia (CAMPOS, 1991) e (CAMPOS; 2006), reduzindo-o fundamentalmente a um objeto de intervenção médica.

De fato, na minha vivência profissional, de um modo geral, pouco pude observar nas práticas de cuidados oferecidas nos serviços de saúde uma abordagem mais integral e abrangente que pudesse considerar, além dos sintomas e limitações trazidos pela doença, sua significação simbólica, sua representação subjetiva, social e histórica, principalmente relacionadas à patologia câncer.

Esta doença tem carregado, ao longo da história, mitos e estigmas que a associam a concepções cristalizadas culturalmente como sendo essencialmente negativas. Tais concepções podem se constituir desencadeadoras de sofrimento psíquico por parte dos doentes e familiares que costumam defini-la como “doença ruim”, “maldita”, de dor incontrolável, de decomposição do corpo e de morte iminente, o que termina por configurá-la como uma “doença-metáfora⁶”.

O sofrimento psíquico, neste trabalho, não deverá ser entendido como doença mental, mas de acordo com a ideia de Canguilhem (1995), de sentimento de vida contrariada do sujeito frente ao adoecimento; como uma reação do sujeito frente às infidelidades do meio. Não é a doença mental, são o medo, a angústia e a ansiedade frente a uma situação que pode ser interpretada como de perigo e ameaça para a pessoa, no nosso caso, o sujeito doente.

⁶ Susan Sontag (1984) utiliza a expressão “doença-metáfora” para caracterizar doenças (como a peste nos séc. XVI e XVII, a tuberculose e a sífilis no séc. XIX, o câncer no séc. XX e a AIDS nos tempos atuais) que representaram historicamente uma época, mobilizando o conjunto da sociedade, carregando através do tempo e da história, o estigma e o preconceito como forma de lidar com o fenômeno saúde-doença.

De acordo com as queixas e relatos realizados pelos próprios doentes, durante seu percurso no sistema de saúde, constitui-se como outro fator gerador de sofrimento psíquico, além daquele desencadeado pela própria experiência do adoecimento, a realidade do modelo de intervenção centrada no corpo físico, que nega a possibilidade de autonomia a esse doente, pode ser constatada recorrentemente, tanto em hospitais de referência em oncologia, quanto nos demais segmentos da malha de cuidados. É um dos fatores que se pretende investigar neste trabalho.

Para a construção do problema de pesquisa, que é compreender de que forma os doentes com câncer gástrico reagem frente ao cuidado hospitalar, foram formuladas as seguintes perguntas: De que modo o adoecimento influencia no sofrimento psíquico dos doentes diagnosticado com neoplasia gástrica? Quais dispositivos de cuidado são utilizados durante a internação hospitalar, que podem estar contribuindo para o sofrimento psíquico desses doentes? Quais os modelos de práticas de cuidado ofertadas aos doentes com neoplasia gástrica internados na clínica cirúrgica do HUIBB? Como se realiza a integralidade do cuidado desses doentes?

O presente trabalho, após discorrer acerca dos motivos que despertaram o desejo pela realização desta pesquisa, inicia, no primeiro capítulo, realizando um resgate a respeito da história do câncer.

A partir desse resgate, a compreensão do adoecimento por câncer é abordada enquanto representação social e psíquica, ao longo da história, destacando o enfoque predominante da questão clínica e biologicista acerca do adoecimento, restringindo a compreensão do conceito de doença, por muito tempo, a um fenômeno localizável nos órgãos e tecidos, e não na pessoa doente, no sentido que ela própria dá a sua doença.

Também é realizada uma abordagem quanto à sua evolução médico-científica (evolução do conhecimento sobre a doença e das formas de intervenção sobre ela), descrevendo brevemente sua etiologia, principal sintomatologia e possibilidades terapêuticas.

Quanto aos dados de morbimortalidade da doença, que integra o grupo das doenças crônicas não-transmissíveis, apresento um panorama mundial, nacional e regional, a fim de justificar, mais uma vez, a escolha pelo tema, ressaltando o impacto multidimensional causado pelo câncer, tanto em nível individual, quanto social.

No segundo capítulo, a aproximação entre as dimensões do orgânico e do psíquico surgem a partir das referências dos estudos de Freud e Canguilhem, principais autores

escolhidos para dialogar com esse trabalho, fundamentando as discussões teóricas e empíricas, desenvolvidas a partir da pesquisa de campo.

A partir desse quadro, é realizada uma contextualização das práticas em saúde, no terceiro capítulo, utilizando como eixos temáticos os conceitos de integralidade, cuidado e sofrimento psíquico para analisar o fenômeno saúde-doença.

A referência acerca desses eixos temáticos perpassa todo o corpo do trabalho, repetindo-se com frequência, no sentido de ressaltar o imbricamento de seus significados junto ao estudo do adoecimento por câncer e seu impacto na subjetividade do doente.

No quarto capítulo é realizada uma análise, ainda à luz das categorias do cuidado, integralidade e sofrimento psíquico, a respeito de como os trabalhadores da saúde que acolhem e cuidam dos doentes com câncer são afetados em suas subjetividades⁷ durante esse processo do cuidar, influenciando na subjetividade do doente e no seu sofrimento psíquico, objeto deste estudo.

Para finalizar este primeiro momento do trabalho é realizada uma contextualização da aproximação da medicina com o hospital, redefinindo este espaço enquanto um lugar destinado à cura e à prática médica. Neste momento a medicina deixa de ser social, onde o sujeito que adoece tem sua autonomia estimulada e construída a partir do saber médico compartilhado para, na medicina hospitalar, se tornar assujeitado dessa racionalidade, que se apodera e influencia determinantemente no modo de cuidar das pessoas.

Em um segundo momento são descritos os caminhos metodológicos percorridos durante a realização desse trabalho, desenhando os passos iniciais, o cenário e as personagens da pesquisa.

Por último são analisados os principais eixos temáticos acima descritos e abordados durante o percurso desse estudo, a partir da experiência vivenciada e relatada por doentes acometidos por câncer de estômago internados no HUIBB e por alguns dos diversos profissionais que os assistem nesse caminhar rumo a um processo de produção de saúde que se pretende coletivo, mas que se apresenta construído a partir de um processo de trabalho fragmentado e hierarquizado.

⁷ Sobre o conceito de subjetividade, Guatarri e Rolnik (1986, p. 31.) discorrem: [...] seria conveniente dissociar radicalmente os conceitos de indivíduo e de subjetividade. Para mim, os indivíduos são resultado de uma produção de massa. O indivíduo é serializado, registrado, modelado. Freud foi o primeiro a mostrar até que ponto é precária essa noção da totalidade de um ego. A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização em um indivíduo. Uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social”

2 A HISTÓRIA DO CÂNCER E OS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO DOS DOENTES

Le Goff (1997, p. 7-8), ao discorrer sobre a história das doenças, nos situa acerca da construção histórica e das representações sociais e subjetivas que o adoecimento dos homens foi submetido ao longo dos tempos, sendo atravessado pela cultura, pelas instituições e pela ciência, por meio do avanço científico e tecnológico. Ao se referir ao corpo orgânico e simbólico e à própria doença, o autor discorre:

Espaço privilegiado dos fantasmas individuais, mediatizados pela família, o meio, o Estado – gestor cada vez mais poderoso da saúde –, o corpo sofredor transformar-se-ia em objecto privilegiado dos historiadores. [...] A doença pertence à história, em primeiro lugar, porque não é mais do que uma idéia, um certo abstracto numa *complexa realidade empírica* e porque as doenças são mortais; [...] pertence não só a história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades.

Segundo Imbault-Huart (1997) quando se fala da história das doenças não há como negar o lugar de destaque ocupado pelo câncer. Inicialmente sua história ficou associada ao caráter científico da doença, ou seja, seu diagnóstico, sua terapêutica e sua letalidade.

Ao considerar o difícil controle da doença e seu alto índice de letalidade, Coelho (1994) nos conta que, desde aquela época o câncer já carrega em sua definição a característica de ser uma doença de “mau prognóstico”.

Esse estigma persiste ainda hoje, fato confirmado por meio dos relatos de doentes acometidos por câncer de estômago, ao referirem-se à própria doença, a qual, apesar de todos os avanços médicos e tecnológicos, continua a ser relacionada à impossibilidade da cura e ao medo da morte:

Primeiro que a gente sabe que é uma doença que é ruim. Todas as doenças são ruins, mas para mim essa doença parece que é pior. Não é verdade? A gente sente um choque, fica triste, muito triste [...]. Por que é uma coisa que... sei lá, é uma doença cheia de dificuldades né? É uma doença maldita, a gente diz logo assim. É uma doença ruim, que tem que ser bem tratada mesmo. Tem gente que se dá bem,

tem gente que não dá... Sorte daqueles que ficam curados, né? (**Lavrador, casado, 39 anos**) (informação verbal)⁸

Tenho um tumor no estômago. (...) Tristeza... (choro) Ninguém quer essa doença, mete medo, dá desespero, se a pessoa não tem uma fé para se guiar, porque Deus acima de tudo, e também a família! É uma doença ruim, a gente pensa logo no fim de tudo... (**Lavrador, solteiro, 36**) (informação verbal)

Os relatos sobre o câncer e seu tratamento advêm desde 3500 a.C., por meio do registro em papiros egípcios e documentos da literatura mesopotâmia, hindu e persa (id), porém são os escritos hipocráticos (460-375 a.C.) que apresentam a primeira referência do termo câncer (do grego *karkinos*-caranguejo), sob o nome de carcinoma ou de cirro (que o latim traduzirá *cancer* como caranguejo) indicando qualquer proliferação ou tumoração crônica (IMBAULT-HUART, 1997; KOWALSKI; SOUZA, 2002).

No período bizantino (séc. V ao VI) houve progressos na descrição de tumores e tratamentos, até o séc. VII, quando se observaram avanços científicos significativos como a descoberta dos linfonodos em 1652 por Rudbeck. A realização de histerectomia e o ressecamento de linfonodos axilares, no caso de extirpação de tumores malignos da mama (KOWALSKI; SOUZA, 2002).

Por outro lado o século XVII “lança uma sombra negra sobre o câncer – e isto por dois séculos – afirmando com Sennert (1572-1637), que se trata de um mal contagioso”, acarretando a segregação dos doentes, assim como a recusa em recebê-los em muitos hospitais, o que determinou que o Cônego Godinot, criasse em Reims (1740), o primeiro hospital destinado aos pacientes cancerosos (IMBAULT-HUART, 1997, P. 178).

No séc. XIX, o médico alemão Mathias Schleiden sugere que o câncer pode ser fruto da divisão de células doentes. Surge a anestesia e o aperfeiçoamento de técnicas cirúrgicas, como a mastectomia radical (DEFINA; MASSIH; MAMEDE, 2004).

A partir do séc. XX são maiores as possibilidades de realização de diagnóstico do câncer, permitindo melhor conhecimento sobre a extensão da doença, seu estadiamento⁹ e planos de tratamento mais individualizados (KOWALSKI; SOUZA, 2002).

⁸ Doente acometido por câncer de estômago internado na clínica cirúrgica do HUIBB. Entrevista concedida à Alessandra Moura, Belém, fev. 2011. Esta referência quanto à informação verbal prestada, aplica-se a todos os trechos referentes às próximas informações verbais relacionadas aos doentes..

Também no século XX foram realizadas as primeiras aplicações de radioterapia. Durante a II Guerra Mundial, a partir da realização de experimentos, foi desenvolvida a quimioterapia, fato que em 1956 possibilitou o tratamento de um câncer metastático¹⁰ com sucesso (DEFINA; MASSIH; MAMEDE, 2004).

Quanto à etiologia, o câncer pode ser definido como um conjunto de mais de cem doenças caracterizadas pela diferenciação celular, na qual o controle sobre a proliferação e a morte celular está alterado por mutações genéticas, isto é, uma célula normal que sofreu alterações no DNA dos genes (BRENTANI, 1996; INCA, 2005).

Ao se dividirem rapidamente, estas células passam então a se comportar de forma anormal: tendem a ser agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas. As células alteradas adquirem a capacidade de se desprender do tumor e de migrar, caracterizando o processo de metástase. Dependendo do tipo da célula do tumor, alguns causam metástases mais rápida e precocemente, outros o fazem bem lentamente ou até não o fazem (BRENTANI, 1996; KOWALSKI, 1996; INCA, 2009).

Os tumores podem ter início em diferentes tipos de células, sendo necessário considerar a origem embrionária dos tecidos de que se derivam. Quando começam em tecidos epiteliais, de revestimento externo e interno, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos ou mesenquimais, como osso, músculo ou cartilagem, terão o acréscimo de sarcomas ao vocábulo que corresponde ao tecido. Se o epitélio for de origem glandular constituem-se nos adenocarcinomas. Por sua vez, os tumores de origem nas células blásticas, que ocorrem mais freqüentemente na infância, têm o sufixo blastoma acrescentado ao vocábulo que corresponde ao tecido original (INCA, 2009; BRASIL, 2010).

As alterações celulares que causam o câncer podem ser herdadas (processos endógenos), também chamadas de causas internas, ou podem ser adquiridas durante a vida da pessoa (causas externas) (INCA, 2009).

⁹ Estadiar um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação. O estágio de um tumor reflete não apenas a taxa de crescimento e a extensão da doença, mas também o tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro. A classificação das neoplasias malignas em grupos obedece a diferentes variáveis: localização, tamanho ou volume do tumor, invasão direta e linfática, metástases à distância, diagnóstico histopatológico, produção de substâncias, manifestações sistêmicas, duração dos sinais e sintomas, sexo e idade do doente, etc. O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos (INCA, 2009).

¹⁰ Metástase constitui o crescimento neoplásico à distância, sem continuidade e sem dependência do foco primário. (BRASIL, 2010).

Como resultado de processos endógenos, na maioria das vezes, as causas da doença são geneticamente pré-determinadas, estando ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Nas causas externas, os fatores de risco ambientais¹¹ para o aparecimento de câncer (chamados cancerígenos ou carcinógenos) atuam alterando a estrutura genética (DNA) das células, dependendo da intensidade e duração da exposição das células a esses fatores, determinando (em média 80 % dos casos) o aparecimento da doença (CABALLERO, 1996; INCA, 2005).

Quanto ao diagnóstico de câncer, Kowalski (1996) refere que apesar de muitos tumores serem facilmente identificados, devido à sua localização e evolução clínica (pele, boca, mama, colo uterino e reto), muitas vezes ocorre atraso no diagnóstico, interferindo no prognóstico e no sucesso do tratamento, podendo vir a ocorrer comprometimento de estruturas adjacentes à localização do tumor e processo de metástases.

Dentre as principais causas de atraso no diagnóstico, são relacionadas: evolução clínica sem sintomas aparentes, desconhecimento do doente sobre a doença, dificuldade de acesso ao sistema de saúde e despreparo dos profissionais da área de saúde (ABREU, 1997; INCA, 2009). Esses fatores são destacados por médicos residentes em cirurgia do HUIBB, ao receber os doentes oncológicos para tratamento:

Têm pacientes que chegam aqui, apesar do estado geral estar muito comprometido, mas ele não vê nada assim diferente nele. A gente vê que o paciente está cansado, emagrecido, mas de uma forma geral, ele não está com aquela ascite pronunciada, com aquela barriga grande ou então ele está muito emagrecido, ou já teve episódios contínuos de vômito com sangue, evacuações com sangue. Não! Ele está relativamente bem, nos mesmos moldes que ele já se encontrava, então ele não consegue perceber que ele está doente. (**Médico Residente em Cirurgia**) (informação verbal)¹²

Sabe por que esse paciente de câncer chega tão espoliado? Porque no Estado só tem aqui que resolve, aqui e no HOL. Então você vê que a gente acaba drenando uma quantidade, um afluxo de pacientes de vários locais que é sobre-humano você achar que com dois serviços você dar conta do atendimento no Pará, Maranhão, Mato Grosso, Amazonas, Amapá. Não tem como só com esses serviços e todas as nossas limitações, dar conta desse afluxo todo de gente. Sem contar que também não tem ninguém, em nível de atenção básica, que faça um atendimento e que acenda uma luz, que identifique a possibilidade de ele ter um câncer, um problema gástrico, um câncer gástrico ou um câncer de qualquer outra origem e o paciente acaba se perdendo até chegar aqui. (**Médico Residente em Cirurgia**) (informação verbal)

¹¹ De acordo com o (INCA, 2009) podemos classificar como ambiente: o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos), o ambiente social e o cultural (estilo e hábitos de vida).

¹² Equipe multiprofissional. Entrevista concedida à Alessandra Moura, Belém, fev. 2011. Esta referência quanto à informação verbal prestada, por meio de entrevista, pela equipe de saúde que assiste os doentes oncológicos internados na clínica cirúrgica do HUIBB aplica-se a todos os trechos equivalentes a seguir.

Quanto ao planejamento terapêutico, deverá envolver uma equipe multidisciplinar, com profissionais qualificados na área oncológica, e em locais com infraestrutura adequada para atender as necessidades integrais do doente: diagnóstico, estadiamento, métodos de tratamento, tratamento de complicações e reabilitação integral abordando os aspectos bio-psico-sociais. (KOWALSKI, 1996; WHO, 2007; INCA, 2009)

A deliberação de conduta terapêutica deve considerar a biologia e estadiamento do tumor, as condições clínicas do doente, assim como seu esclarecimento e consentimento a respeito dos procedimentos propostos pela equipe que o assiste. Trata-se do modelo proposto por Ceccim e Ferla (2006, p.180), quando afirmam que:

A produção de linhas de cuidado traz consigo um processo de desenvolvimento de ações e de serviços de saúde implicados com a construção – com integralidade – das respostas possíveis às vivências individuais do processo saúde-doença.

Kowalski (1996) refere que o objetivo principal do tratamento oncológico, além de buscar a cura da doença, consiste em oferecer possibilidade de melhorar a qualidade e o tempo de sobrevivência do indivíduo acometido pela doença.

As intervenções podem ocorrer de acordo com o local de ação da doença: loco-regional (cirurgia, radioterapia) e sistêmico (quimioterapia, modificadores de resposta biológica, hormonioterapia); ou de acordo com a intenção de tratamento: curativo (isolado, com associações terapêuticas) ou paliativo (KOWALSKI, 1996; INCA, 2009).

No caso de doentes considerados “fora de possibilidades terapêuticas atuais” (FPTA), a proposta de cuidado inclui suporte clínico e cirúrgico objetivando maior qualidade de vida: tratar da dor; suporte psicológico; social e se for do seu desejo, suporte espiritual (KOWALSKI, 1996).

Esta “cesta” de cuidados irá ao encontro da conceituação de dor descrito por Cicely Saunders (1964, apud MICELI, 2003), que utilizou o termo “dor total” para definir a dor manifestada pelo doente oncológico, apresentando-se enquanto dor física, emocional, social e espiritual. Miceli acrescenta ainda a dor familiar, financeira e interpessoal, ao conceito desenvolvido por Saunders, considerando que o adoecimento atinge o indivíduo de modo multidimensional alcançando todos os aspectos da sua vida.

Kowalski (1996) ressalta que todos os doentes com câncer devem ser acompanhados por longos períodos, por meio de controle ambulatorial. Segundo o autor, a importância do seguimento consiste em monitorar a ocorrência de recidivas, que sendo diagnosticadas precocemente permitem a realização do tratamento de resgate; a verificação do aparecimento de tumores múltiplos subseqüentes; a oferta de suporte no caso de sequelas do tratamento ou ainda proposição de aconselhamento genético em casos específicos.

Seguindo essa idéia de prática assistencial baseada no modelo clínico, Lhulier (2011, p. 23-58) refere que a “noção da clínica esteve durante muito tempo associada à prática médica”. A própria origem etimológica do termo¹³ descreve o cenário em que o recurso médico restringia-se ao contato do profissional com o doente no leito. Essa forma de lidar com o adoecimento e com o doente, está próxima da prática positivista e longe da perspectiva que reconhece a subjetividade do sujeito e a noção de corpo sem órgãos que apresentaremos posteriormente. São fundamentos de nossa perspectiva analítica.

A despeito dessa realidade, na vivência junto aos usuários atendidos pelo HUIBB¹⁴, na cidade de Belém/Pará, instituição onde desenvolvo minhas atividades profissionais, foi possível constatar, enquanto profissional da área de Psicologia, durante a assistência psicológica aos doentes internados e/ou sob acompanhamento ambulatorial, que não há separação entre os aspectos subjetivos e orgânicos no que diz respeito à relação saúde e doença. Dessa forma, entende-se que não é possível objetivar o doente no trabalho do profissional de saúde que o assiste, na medida em que essa relação se constitui de modo intersubjetivo e transdisciplinar.

No caso das neoplasias, inclusive do câncer de estômago (onde se observa uma alta prevalência na região Norte e no estado do Pará, que se reflete no alto número de internações no hospital que será campo desta pesquisa), acredita-se que o sofrimento psíquico dos doentes influencia diretamente no estabelecimento dos planos de cuidado, da mesma forma que o doente é profundamente afetado pelo modo com que esse cuidado é recebido.

¹³ *Kliné-* o leito, *Klínicos* – o médico, *Klinike* - o cuidado do médico com doente acamado (LHULIER, 2011, p.58)

¹⁴ O HUIBB é uma instituição do Ministério da Saúde, vinculado à Universidade Federal do Pará (UFPA), e tem como missão prestar assistência à saúde da população, através do Sistema Único de Saúde, como também atuar na área de ensino, pesquisa, geração e sistematização de conhecimento. Apresenta-se como referência regional em doenças infecto-parasitárias, pneumologia, endocrinologia e referência nacional em AIDS. Consiste em um hospital geral, com as seguintes especialidades: Clínica Médica (Pneumologia, Infectologia, Neurologia, Geriatria, Cardiologia, Endocrinologia, Nefrologia); Clínica Pediátrica (Pneumologia, Infectologia); Cirurgia Geral (Gastroenterologia, Cabeça e Pescoço, Torácica, Vascular, Urologia, Proctologia, Plástica Reparadora e Oncológica) (Disponível em: <http://www2.ufpa.br/webhujbb/>)

Devido essa interação entre doente e equipe de saúde que cuida do paciente oncológico constituir-se em fonte de sofrimento, é importante ressaltar como este sofrimento se dá no cotidiano da atenção à saúde. Como compreender que percepções permeiam as relações intersubjetivas, entre os doentes e os cuidadores, e quais as práticas que podem estar favorecendo o cuidado em saúde?

2.1 O IMPACTO DO ADOECIMENTO POR CÂNCER: CONSTATAÇÕES E PERSPECTIVAS

A patologia do câncer está configurada dentre as doenças consideradas crônicas não transmissíveis (DCNT). De acordo SCHMIDT et.al (2011) com publicação do The Lancet¹⁵, as DCNT se constituem em questão que demanda observação abrangente e globalizada, diante de sua crescente ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano.

Segundo informação divulgada pela WHO¹⁶ (2007) todos os anos, pelo menos sete milhões de pessoas morrem devido o adoecimento por câncer, número maior que o provocado por doenças como HIV, malária e tuberculose juntos. A carga dessas doenças costuma recair especialmente sobre países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil.

Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais), contrastando com os cenários anteriores onde as doenças infecciosas e parasitárias somadas aos distúrbios materno-infantis eram predominantes. Dentro desse grupo de doenças crônicas não transmissíveis e seguindo a tendência das estatísticas mundiais, no território brasileiro, o câncer ocupa o segundo lugar em causa de morte, o que o configura como um importante problema de saúde pública, considerando sua dimensão em termos de morbimortalidade (WHO, 2007; INCA, 2009; SCHMIDT et.al, 2011).

¹⁵ The Lancet. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Quarto dos seis fascículos da série publicada sobre a saúde no Brasil. Divulgado online em 09/5/2011. Disponível em <<http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>> Acesso em 10/08/2011

¹⁶ The World Health Organization's Fight Against Cancer – Strategies that Prevent, Cure and Care (WHO, 2007). Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/publicat/WHOCancerBrochure2007.FINALweb.pdf>> Acesso em: 06 de fevereiro de 2009.

Nas últimas décadas ocorreu um aumento na expectativa de vida do brasileiro e por consequência uma *transição epidemiológica*¹⁷ onde se observa uma maior incidência e prevalência de DCNT. (BARACAT et.al., 2000; SCHRAMM, 2004).

Essa *transição epidemiológica* encontra-se inserida em um conceito mais ampliado denominado *transição da saúde* (LERNER, 1973 apud SCHRAMM, 2004), o qual:

[...] inclui elementos das concepções e comportamentos sociais, correspondentes aos aspectos básicos da saúde nas populações humanas [...] e pode dividir em dois elementos principais: de um lado, encontra-se a *transição das condições de saúde* (referindo-se às mudanças na frequência, magnitude e distribuição das condições de saúde, expressas através das mortes, doenças e incapacidades) e de outro, a resposta social organizada a estas condições que se instrumenta por meio dos sistemas de atenção à saúde (*transição da atenção sanitária*), determinada em grande medida pelo desenvolvimento social, econômico e tecnológico. (SCHRAMM, 2004, p. 898).

As doenças não transmissíveis representam as principais fontes da carga de doença¹⁸ no Brasil que, a partir dessa realidade, passou a focalizar mais as DCNT, provocando, por meio da gestão pública em saúde, a ampliação do escopo de ação da preocupação tradicional com o cuidado médico, para a implementação de diversas e importantes políticas que objetivam sua prevenção, promoção e ação intersetorial. Porém o Estado ainda busca desenvolver e aplicar estratégias efetivas no que diz respeito a essa prevenção, tratamento e controle desses agravos e suas complicações, que terminam por levar o indivíduo a uma perda de autonomia e consequente prejuízo em sua qualidade de vida (SCHMIDT et.al, 2011).

Mas apesar desse esforço, tendências desfavoráveis na maioria dos principais fatores de risco mostram que ainda há muito a fazer no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção desses agravos crônico-degenerativos, especialmente na forma de legislação e regulamentação (SCHMIDT et.al, 2011).

Do total de mortes, devido ao adoecimento por câncer em 2005, estudos demonstram que mais de $\frac{3}{4}$ (70%) aconteceu em países de médio ou baixo desenvolvimento, sendo que, segundo especialistas da OMS, 40% desses adoecimentos poderiam ter sido prevenidos, por meio de medidas de controle em fatores de risco como: controle no consumo de tabaco/álcool;

¹⁷ Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas no tempo, nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. O processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante. (SCHRAMM, 2004)

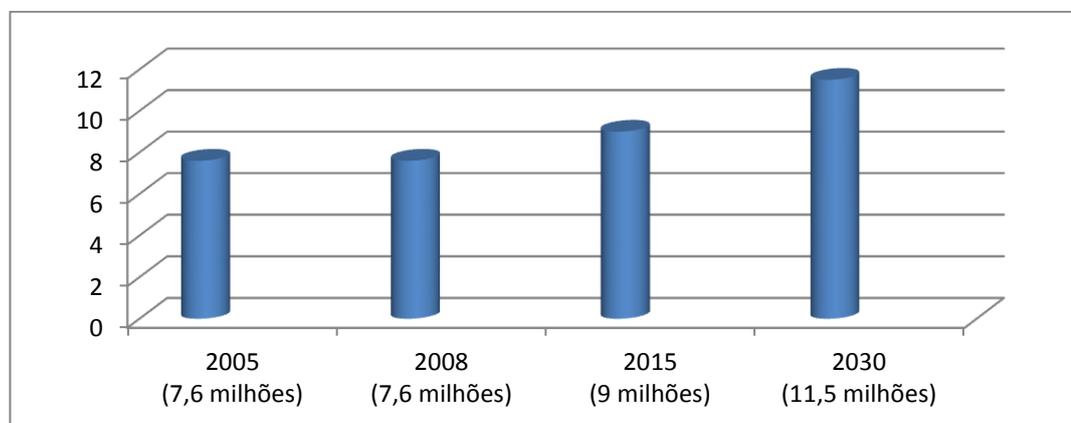
¹⁸ Impacto das doenças sobre as famílias, o sistema de saúde e, principalmente, a qualidade de vida do indivíduo, O estudo dessa carga de doenças, através de seu indicador, DALY, que mede simultaneamente o impacto da mortalidade (anos de vida perdidos por morte prematura) e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos (anos de vida vividos com incapacidade), contribuem decisivamente para caracterizar o perfil de saúde da população do Brasil. (SCHRAMM, 2004)

controle do peso corporal, melhorando a qualidade da alimentação; realizando atividade física; diminuindo a exposição a agentes carcinogênicos em ambientes ocupacionais (WHO, 2007.)

O plano de ação 2008–13 da OMS para DCNT focaliza quatro DCNT (doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) e seus quatro fatores de risco compartilhados (tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso prejudicial de álcool). Essas quatro DCNT foram responsáveis por 58% das mortes no Brasil em 2007 e são, as principais causas da carga de doença. (SCHMIDT et.al, 2011)¹⁹

Em 2005, o câncer foi responsável por 7,6 milhões (13%) de um total de 58 milhões de mortes em todo o mundo. Em 2008, de acordo com relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC)²⁰/WHO, a estimativa de casos novos foi de 12,4 milhões, mantendo o número de 7,6 milhões de mortes estimados em 2005. Para 2015 a expectativa é de que esse número ultrapasse 09 milhões, alcançando 11,5 milhões de mortes em 2030 (Figura 1).

Gráfico 1. Estimativa de mortalidade, no mundo, por câncer no período entre 2005-2030.



Fonte: IARC/OMS/INCA (2009)

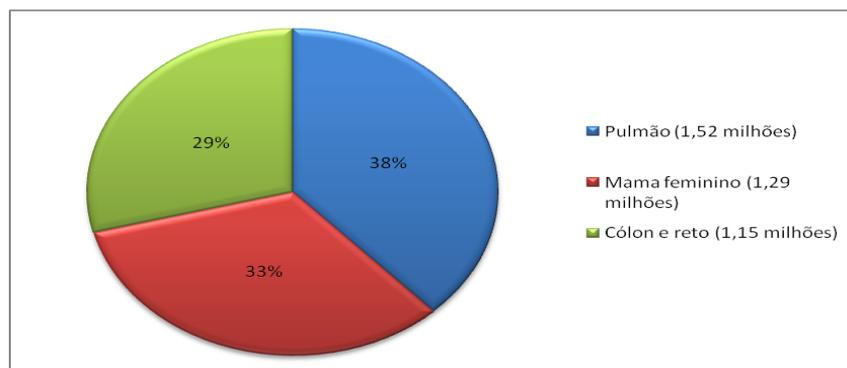
Destes, os tipos de câncer com maior incidência foram: o de pulmão (1,52 milhões de casos novos); mama (1,29 milhões); e colorretal (1,15 milhões), sendo que devido ao mau prognóstico, o câncer de pulmão (1,31 milhões), seguido pelo de estômago (780 mil óbitos) e

¹⁹ Esta foi a base da argumentação utilizada pela Presidente do Brasil, Dilma Rousseff, ao realizar pronunciamento durante a abertura da reunião da Organização das Nações Unidas, em setembro de 2011.

²⁰ International Agency for Research on Cancer (IARC)

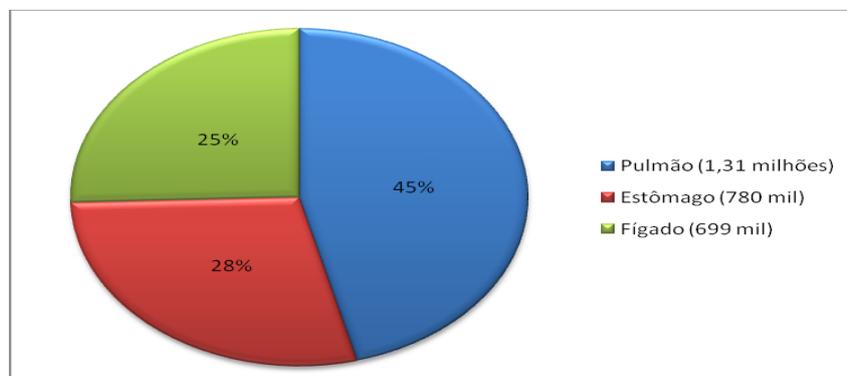
de fígado apresentam os maiores índices de mortalidade mundial. (WHO, 2007; INCA, 2009) (Gráficos 2, 3).

Gráfico 2. Principal incidência mundial de neoplasias, por localização primária, no ano de 2008.



Fonte: INCA/OMS (2009).

Gráfico 3. Principal mortalidade mundial por neoplasias, por localização primária, no ano de 2008.



Fonte: INCA/OMS (2009).

As estimativas divulgadas pelo INCA para o ano de 2010 trouxeram o registro da ocorrência de 489.270 casos novos de câncer no Brasil (acometendo 253.030 mulheres e 236.240 homens), distribuídos de forma heterogênea pelos estados e capitais brasileiras, chamando a atenção pela sua alta prevalência, e novamente por consumir grande volume de recursos financeiros e importante ônus social (INCA, 2009).

De acordo com a localização primária, os tumores de maior incidência no país são (exceto pele não-melanoma): mama feminina (49.240 casos novos); próstata (52.350); traqueia, brônquio e pulmão (27.630); cólon e reto (28.110); estômago (21.500) e colo do útero (18430). Em homens brasileiros, os mais incidentes são os de próstata, estômago e pulmão (ver Tabela 1), enquanto nas mulheres são os de colo de útero, mama e estômago (Ver Tabela 2).

Tabela 1. Estimativas para o ano 2010 de número de casos novos por câncer, em homens, no estado do Pará, segundo localização primária.*

HOMENS		
Localização Primária Neoplasias Malignas	Estimativas dos Casos Novos	
	Estado	Capital
Próstata	700	330
Estômago	420	190
Traqueia, Brônquio e Pulmão	250	130
Cólon e Reto	130	70
Cavidade Oral	120	60
Esôfago	60	30
Leucemias	140	50
Pele Melanoma	30	**
Outras Localizações	720	210
Subtotal	2570	1080
Pele Não-Melanoma	870	510
Todas as Neoplasias	3440	1590

Fonte: INCA (2009)

* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 1 ** Menor que 15 casos

Tabela 2. Estimativas para o ano de 2010 de número de casos novos por câncer em mulheres, no estado do Pará, segundo localização primária.*

MULHERES		
Localização Primária Neoplasias Malignas	Estimativas dos Casos Novos	
	Estado	Capital
Colo do Útero	790	330
Mama Feminina	640	400
Estômago	230	120
Cólon e Reto	160	90
Traqueia, Brônquios e Pulmão	140	70
Leucemias	120	50
Cavidade Oral	70	40
Pele Melanoma	20	**
Esôfago	20	**
Outras Localizações	950	620
Subtotal	3140	1740
Pele Não-Melanoma	1140	380
Todas as Neoplasias	4280	2120

Fonte: INCA (2009)

* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10 ** Menor que 15 casos

A estimativa de incidência entre os homens, na região Norte, aponta predominantemente para os seguintes tipos de tumores: próstata; estômago; pulmão;

leucemias; cólon e reto. Entre as mulheres, são: câncer de colo de útero; mama; estômago; pulmão, cólon e reto (INCA, 2009).

Segundo a OMS (2004), dentre os fatores que podem contribuir para o aumento do número de casos de câncer num país, podemos considerar a urbanização, o crescimento industrial, o desenvolvimento socioeconômico e científico.

Esses indicadores irão desenhar, proporcionalmente, as diferenças culturais e regionais que apresentarão um reflexo de seus costumes e peculiaridades, quanto à incidência da doença em sua população.

As principais explicações para o aumento da mortalidade por câncer no país consistem na diminuição do número de óbitos por doenças cardiovasculares; avanço científico/tecnológico das ciências médicas e conseqüente aumento da potência de vida para suportar a dor e o sofrimento relacionados ao adoecimento (INCA, 2009).

Vale ressaltar, que a literatura especializada indica que, associados ao avanço da idade, e os fatores já relacionados anteriormente, também aumentam as probabilidades da ocorrência do câncer fatores como: mudança de estilos de vida; tipo de ocupação e ainda, exposição ambiental e a agentes carcinógenos específicos (INCA, 2007; 2009; OMS, 1998).

Segundo Abreu (1997), na década de 80, o câncer de estômago, também chamado de câncer gástrico, era a neoplasia mais comum no mundo, tendo sua incidência e mortalidade diminuída (2,2% ao ano) de maneira espontânea e progressiva, na maioria dos países ²¹, com destaque para redução significativa de casos nos EUA.

Esse declínio, segundo o autor, costuma ser atribuído mais a fatores ambientais, (principalmente mudança de hábitos alimentares e melhoria das condições socioeconômicas) do que genéticos, pois a falta de medidas de controle para essa patologia decorre da dificuldade em se adotar medidas práticas de detecção precoce, o que exigiria além de tecnologia sofisticada e técnicos qualificados, um sistema de saúde bem estruturado e integrado nos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária).

²¹ O Japão apresenta a incidência mais elevada entre todos os países e por esse motivo mantém medidas de controle e detecção precoce, em seu sistema de saúde (ABREU, 1997; INCA, 2009).

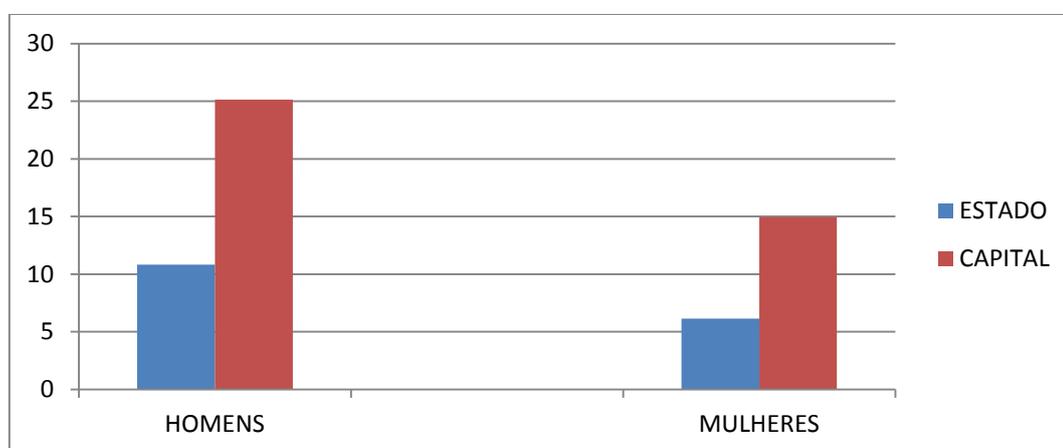
No Brasil, de acordo com Abreu (1997) o câncer de estômago²² se constitui em um desafio, pois sua incidência e mortalidade são ascendentes e o sistema de saúde não dispõe de estrutura para disponibilizar meios de detecção precoce (equipamentos de alto custo e mão de obra qualificada).

A previsão do (INCA, 2009) para 2010, foi de que tenham ocorrido 21.500 novos casos de câncer de estômago entre os brasileiros, representando o segundo tumor maligno mais frequente entre os homens (14 para cada 100.000 habitantes) e o terceiro entre as mulheres (08/100.000).

Na região Norte o câncer gástrico se mantém como o segundo entre os homens (10/100.000) e o terceiro entre as mulheres (6/100.00), acompanhando o panorama nacional.

No Pará verificamos um aumento na incidência de casos na capital (Belém), ao compararmos com os números do estado (Gráfico 4).

Gráfico 4. Comparação das estimativas para o ano 2010 das taxas brutas de incidência de câncer de estômago entre homens e mulheres no Pará /Belém (estado e capital).



Fonte: INCA (2009).

Considerando que o método utilizado pelo INCA na realização das estimativas é baseado na quantidade de atestados de óbito emitidos, nesse caso apenas os óbitos que tem como causa o câncer gástrico serão computados. Logo, se não houver um diagnóstico

²² Quanto à etiologia, o câncer de estômago é a doença em que células malignas são encontradas nos tecidos do estômago. O tumor pode se apresentar de três formas, dependendo do tipo histológico, sendo considerado: adenocarcinoma (95%), quando se origina na mucosa do estômago; o linfoma (3%) e o leiomiossarcoma, estes quando se originam na parede do órgão. Quando os tumores acometem apenas as camadas mucosa e submucosa da parede gástrica (sem desprender-se e/ou alcançar outros órgãos), recebem o nome de tumor precoce ou inicial e está associado a bom prognóstico (INCA, 2009).

adequado ou correto preenchimento do documento, os dados que indicarão as taxas de incidência e/ou mortalidade será comprometido, causando uma incoerência entre a estimativa oficial e a real, o que pode inclusive vir a prejudicar os investimentos públicos em saúde para essa patologia, principalmente no interior do estado.

A dificuldade encontrada para a obtenção de dados para a realização deste estudo também foi observada no HUIBB. Quanto ao setor responsável por essas informações o DAME nos coloca que o registro de diagnóstico de doentes muitas vezes permanece com a impressão diagnóstica inicial, cadastrada no momento de sua internação no hospital. A partir da fase de investigação diagnóstica, segundo relato dos próprios médicos, após a transferência entre clínicas e/ou o tratamento propriamente dito, não costuma acontecer uma atualização desse diagnóstico junto ao cadastro do doente, objetivando garantir dados fidedignos e atualizados. Como veremos na fala seguinte:

[...] Por falta de tempo ou por a gente não conhecer tanto a burocracia, não é feita a solicitação de mudança de procedimento e tu acabas não sabendo, pelo DAME, que é um paciente que foi operado de neoplasia gástrica. (**Residente de cirurgia**) (informação verbal)

Estudos demonstram que a população mais comumente atingida pelo câncer de estômago é formada predominantemente por homens, a partir dos 50 anos. Os fatores de risco mais frequentes podem ser de origem ambiental, patológica, histórico familiar²³ da doença, histórico de cirurgias gástricas anteriores²⁴ (ABREU, 1997; MENDONÇA; GALLO; GUERRA, 2005; INCA, 2009).

Dentre os fatores de risco de origem patológica estão a anemia perniciosa²⁵, as lesões pré-cancerosas (gastrite atrófica, metaplasia intestinal) e as infecções gástricas pela bactéria *Helicobacter pylori*. Estudos também demonstram que o tabagismo e o álcool podem ser considerados fatores de risco importantes (ABREU, 1997; INCA, 2009).

Quanto aos fatores ambientais, a dieta tem papel preponderante na gênese do câncer de estômago, por meio do consumo de alimentos em conserva, defumados, ricos em sal, carboidrato, nitratos e nitritos (que podem estar presente nos alimentos ou na água). Considera-se como uma das explicações para o declínio da doença, principalmente nos países

²³ Pessoas que apresentam forte história familiar para câncer gástrico apresentam risco de duas a quatro vezes maior que a população geral de ser acometido pela doença. (INCA, 2009).

²⁴ Pessoas que se submeteram a cirurgias gástricas prévias, principalmente ressecções parciais do órgão, apresentam um maior risco de desenvolver neoplasia no coto gástrico remanescente 15 a 20 anos após a operação (INCA, 2009).

²⁵ Forma de anemia causada pela carência de *fator intrínseco*, uma substância necessária para a absorção da vitamina B12 pelo trato gastrointestinal. (Wikipédia).

desenvolvidos e em camadas socioeconômicas mais favorecidas, a crescente utilização de refrigeradores para manutenção dos alimentos frescos e conservados (ABREU, 1997; MENDONÇA; GALLO; GUERRA, 2005; INCA, 2009).

No início da doença, os sintomas costumam ser silenciosos, dificultando a detecção precoce. As principais queixas costumam ser dor na região superior do abdômen (epigástrico) podendo evoluir para perda de apetite, emagrecimento e, em casos mais graves, disfagia, vômitos pós-alimentares e sangramentos.

Quanto ao tratamento, a cirurgia é a alternativa terapêutica principalmente utilizada (considerada “padrão ouro” em muitos tipos de câncer), podendo ser associada à radioterapia e quimioterapia (como tratamento adjuvante) na busca de melhores respostas terapêuticas para o doente, embora esses últimos possam ser utilizados como tratamento de eleição.

Como já referimos anteriormente, a escolha pelo recorte do doente com câncer de estômago internados na clínica cirúrgica do hospital universitário eleito para a pesquisa, justifica-se em parte devido aos dados epidemiológicos que apontam importante prevalência dessa patologia na região Norte (INCA, 2007) e também pelo expressivo número de atendimentos (internações e confirmações diagnósticas por neoplasias malignas, dentre as quais as neoplasias gástricas) realizados no HUIBB nos últimos cinco anos^{26,27}.

Este fato, de acordo com relatos compartilhados pela equipe ao longo da atuação profissional, tem inquietado e mobilizado os profissionais de saúde, principalmente aqueles que se encontram diretamente envolvidos na assistência vivenciando, de forma recorrente, o sentimento de impotência frente à doença e ao sofrimento do doente principalmente quanto à impossibilidade de oferecer a este um atendimento integral e mais resolutivo.

A partir da exigência de nosso objeto de pesquisa, que é compreender de que forma o adoecimento em si e o cuidado hospitalar oferecido pela equipe de trabalhadores em saúde do HUIBB pode estar influenciando na percepção do sofrimento psíquico dos doentes acometidos de câncer de estômago, tomaremos como referencial teórico três eixos temáticos básicos: a integralidade, o cuidado e o sofrimento psíquico.

²⁶ Fonte: Departamento de Arquivo Médico e Estatístico – DAME do HUIBB (UFPA, 2009).

²⁷ Importa considerar que o HUIBB ainda não está formalmente referenciado para prestar assistência na área de oncologia: embora sua UNACON tenha as instalações físicas construídas e inauguradas; principais equipamentos (como o acelerador linear, usado para realização de radioterapia) adquiridos e instalados. Até setembro/2011 ainda não há previsão para o início das atividades devido número insuficiente de recursos humanos na instituição, principalmente qualificados e/ou com experiência nesta área de atuação, para dar início à operacionalização do serviço. Segundo informações divulgadas pelo hospital encontra-se em andamento a discussão/negociação de estabelecer-se um convênio da UFPA com a SESPA, intermediado pela FADESP, buscando dar solução às pendências necessárias para a inauguração do serviço de Oncologia do HUIBB. (N.A)

3 A RELAÇÃO DO NORMAL E DO PATOLÓGICO EM FREUD E CANGUILHEM: O SENTIDO DO ADOECIMENTO E DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

O sofrimento igualmente nos infunde
temor, medo,
porque vemos como que num
espelho nossa fragilidade,
nossa vulnerabilidade e mortalidade,
dimensões de nossa existência humana
que nem sempre gostamos
de que sejam lembradas. (Pessini).

Várias teorias foram desenvolvidas, principalmente a partir do século XIX, com o objetivo de compreender a relação entre os fenômenos saúde-doença, ou ainda, a variação e a diferença entre o estado normal e o patológico, vivenciados pelo homem.

Canguilhem (1995), filósofo e médico francês, ao mergulhar na discussão e (re)construção desses conceitos, parte do pressuposto de que um dos fatores determinantes para as iniciativas de compreensão a respeito do fenômeno da doença surge a partir da necessidade de se estabelecer e se desenvolver terapêuticas para que se pudesse lidar com tal fenômeno.

Nesse contexto histórico-social, diversos estudos despontam diante do desejo de se compreender e principalmente de se dominar a doença para restaurar a normalidade. Dentre eles, destacam-se os que determinam uma patologia científica ligada à fisiologia²⁸.

Apesar da diversidade teórica na representação da relação saúde-patologia, quantitativa ou qualitativa, as duas tinham aplicação, pois, por meio da ciência, surgia a convicção da possibilidade de restauração da normalidade: “a doença deixa de ser objeto de angústia para o homem são, e torna-se objeto de estudo para o teórico da saúde” (CANGUILHEM, 1995, p. 22).

Na França do século XIX, a identidade dos fenômenos vitais normais e patológicos foi defendida sob diferentes aspectos por Augusto Comte e Claude Bernard, teóricos que tiveram influência significativa sobre o pensamento médico da época (CANGUILHEM, 1995).

Comte, teórico positivista, baseava seu ponto de vista na tese de Broussais, que supervaloriza a relação obtida entre a patologia e a fisiologia, onde os fenômenos patológicos seriam apenas variações quantitativas dos fenômenos normais, “reduzindo toda a patogenia a um fenômeno de aumento e de excesso”²⁹. (CANGUILHEM, 1995, p. 41).

Comte defendia que a partir do estudo da doença (modificação quantitativa do normal, principalmente a partir da fisiopatologia), poderia ser obtida uma especulação do estado de normalidade, considerando que o ser humano não poderia ser constituído em objeto de procedimentos experimentais visando este fim. (CANGUILHEM, 1995).

Ao contrário de Comte, Claude Bernard defende que o patológico e o normal são homogêneos e que é a partir do estudo da fisiologia normal do organismo, que se compreende a doença, a partir da necessidade de se determinar uma terapêutica, ou seja, uma intervenção racional sobre o patológico.

²⁸ Para Sydenham a cura viria da “delimitação e determinação do mal” no doente; Morgagni, através da criação da anatomia patológica, possibilita “a associação das lesões de órgãos definidas a grupos de sintomas estáveis”; Sigerist desenvolve a teoria de que “os fenômenos patológicos dos organismos vivos, nada mais são que variações quantitativas, para mais ou para menos, dos fenômenos fisiológicos correspondentes” (CANGUILHEM, 1995, p. 22).

²⁹ Para o autor, “Comte atribui ao que ele chama de princípio de Broussais um alcance universal, na ordem dos fenômenos biológicos, psicológicos e sociológicos” (p. 27), então, além do interesse em codificar os métodos científicos da época se manifesta também o desejo de criar uma doutrina política, com base científica. A partir dessa doutrina, de forma análoga à terapêutica das doenças que se concentra nos princípios quantitativos, a terapêutica das crises sociais se concentraria na permanência da estrutura essencial da sociedade, controlando as variáveis quantitativas que garantam a ordem natural, através da estática social.

A obra freudiana, embora demarcada e construída a partir de seu próprio percurso pessoal, também representa de forma significativa a evolução das concepções acerca da relação entre o psíquico e o somático. (VOLICH; FERRAZ, 2000).

Inicialmente, acompanhando o movimento do pensamento positivista que permeava as diversas áreas de conhecimento no final do século XIX e início do século XX, o pensamento freudiano acerca da psicopatologia se baseia na medicina orgânica, caracterizada pelo reducionismo naturalista e biológico e pela anatomia patológica (PRATA, 1999).

A clínica freudiana demonstra essa influência quando estabelece um campo experimental de verificação, por meio do uso da hipnose, onde Freud, juntamente com Charcot, iniciou os estudos sobre a clínica da neurose histérica perseguindo um ideal de cura e controle (PRATA, 1999).

Influenciado pelas teorias de Claude Bernard, que versam sobre a continuidade entre os fenômenos normais e patológicos apenas diferenciados por suas variações quantitativas, onde qualquer desequilíbrio homeostático do corpo ensejaria a deflagração de uma patologia (CANGUILHEM, 1995; PRATA, 1999; FRANCO, 2009), Sigmund Freud desenvolve uma teoria baseada nesta teoria do fator quantitativo determinando o funcionamento do sistema nervoso³⁰, defendendo uma ideia de forças em luta permanente no sujeito, assim como uma ideia de autorregulação no psiquismo:

Nessa época ele falava que a soma da excitação (*Erregungssumme*) era o fator quantitativo que deveria ser mantido constante, pelo escoamento por via associativa do acúmulo de excitação (*Erregungszuwachs*). Portanto, a constância da soma de excitação seria um fator condicionante da saúde do sujeito, e o trauma psíquico aconteceria quando a tentativa de escoamento da excitação fosse dificultada. (PRATA, 1999, p. 39 -40).

Ainda que Freud tivesse utilizado o conceito de homeostase para explicar a ideia de autorregulação do psiquismo, onde o excesso de excitações não elaboradas poderia desencadear uma patologia, essa homeostase não atingia a singularidade do sujeito ou remetia-o a um “padrão de normalidade ideal”, afirmando que o que desencadeia um trauma em um sujeito, pode não desencadear em outro.

Freud parte do conhecimento médico, anatomofisiológico, para depois buscar compreender o funcionamento do sistema nervoso, dedicando-se ao estudo da clínica das doenças nervosas. Ao traçar este caminho Freud, além dos motivos de ordem pessoal³¹,

³⁰ A ideia do fator quantitativo como determinante do funcionamento do sistema nervoso foi explicitada pela primeira vez por Freud no “Esboço para a Comunicação Preliminar”, em 1892.

³¹ Segundo a história oficial, tal mudança iniciou a partir de sua situação financeira modesta, insuficiente para realizar seus planos de constituir família com Martha Bernays. (VOLICH; FERRAZ, 2000)

confronta-se e empreende discussões que demonstram “o reflexo de sua insatisfação com os modelos e as perspectivas oferecidos pela neurologia de seu tempo para responder às inquietações que sempre manifestou a respeito da natureza humana”. (VOLICH; FERRAZ, 2000, p. 58)

Para Prata (1999), o pensamento freudiano, mesmo nessa época, não deve ser reduzido apenas a um “biologismo”, pois apesar da clara influência positivista, Freud nos falava de um sujeito do inconsciente e não de um indivíduo; de um aparelho psíquico, e não de um organismo (p. 49). Aqui já aparecem os fundamentos da metapsicologia³², próprios do pensamento freudiano, assim como as idéias que posteriormente vão fundamentar o conceito de Psicologia Clínica, também no âmbito da teoria freudiana.³³

De acordo com Prata (1999), a despeito da forte influência positivista da época, Freud irá se distanciar desse referencial ao desenvolver conceitos como os de inconsciente e o de pulsão de morte.

Os conceitos de pulsão de vida e de morte³⁴ vêm afirmar que a vida produz as condições em que ela mesma pode ser destruída, constituindo-se em uma reavaliação do modelo de normal e patológico em Freud (PRATA, 1999, p. 69).

A partir desse avanço teórico, Freud redimensiona várias questões conceituais relacionadas à conclusão de que os conflitos psíquicos fazem parte da constituição do sujeito, tanto enquanto concepção de aparelho psíquico, como de patologia:

[...] podemos dizer que ocorre toda uma mudança no que podemos chamar de uma postura ética freudiana, que vai se colocar de frente ao fato de que o conflito é interminável. Nesta perspectiva a idéia de cura entendida nos moldes da dissolução dos conflitos, de um “bem” ou uma “normalidade” a ser atingida, será definitivamente repensada (PRATA, 1999, p. 41).

³² Termo criado por Sigmund Freud em 1896, para qualificar o conjunto de sua concepção teórica e distingui-la da psicologia clássica. A abordagem metapsicológica consiste na elaboração de modelos teóricos que não estão diretamente ligados a uma experiência prática ou a uma observação clínica; ela se define pela consideração simultânea dos pontos de vista dinâmico, tópico e econômico. (ROUDINESCO, PLON; 1998, p.511)

³³ “S. Freud evoca o termo “psicologia clínica” em uma carta a Fliess (30 de janeiro de 1899): ‘ atualmente, a conexão com a psicologia, tal como ela se nos *Études* (sobre a histeria), sai do caos onde se encontrava: percebo as relações com o conflito, com a vida, com tudo isso que eu gostaria de chamar ‘psicologia clínica’. A obra freudiana constitui um modelo da clínica pelo lugar que reserva à análise dos casos individuais na produção da teoria, e por seu método e por seu procedimento” (LHULIER, 2011, p. 23).

³⁴ Considerando que a vida de cada sujeito consiste no conflito dessas duas classes de pulsões e a morte consistiria na vitória dessa pulsão de morte (PRATA, 1999, p. 69).

A autora refere que a ideia de forças em oposição esteve presente no séc. XIX em várias áreas do conhecimento, tendo o conflito psíquico³⁵ permeado a teoria freudiana de forma constante, marcando a concepção de sujeito acoplada ao inconsciente.

A psicanálise considera o conflito como constitutivo do ser humano, e isto em diversas perspectivas: conflito entre o desejo e a defesa, conflito entre os diferentes sistemas ou instâncias, conflito entre as pulsões, e por fim o conflito edipiano, onde não apenas se defrontam desejos contrários, mas onde estes enfrentam a interdição (LAPLANCHE; PONTALIS, 2008, p. 89).

Em Freud, nesse momento, se constata uma visão do sofrimento psíquico como parte da dinâmica do sujeito. Os conflitos que se estabelecem entre este e as normas sociais recolocam a questão da saúde e da doença para um âmbito fora do estritamente orgânico.

Canguilhem (1995) constata que a dimensão biológica era hegemônica nesse contexto e os planos de cuidado de diversas teorias, baseadas em conhecimento técnico por meio da anátomo-patologia e da fisiologia, ofereciam recursos que buscavam explicar e reverter o processo de adoecimento, evidenciando o descrédito da época quanto à capacidade subjetiva do próprio indivíduo em restabelecer o seu equilíbrio orgânico.

Na teoria proposta por Canguilhem (1995) há uma noção de saúde-doença que se aproxima daquela proposta pela medicina grega e também da concepção de saúde como um campo de lutas, que pode ser deduzida do pensamento freudiano.

Ele defende que a relação entre a saúde e o adoecimento é parte de uma dinâmica em que a doença não se reduz a uma simples localização em órgãos e sintomas, sustentando a questão de que, ao ser afetado pela doença, o homem como um todo e não parte dele, é que se desequilibra e se desorganiza, sendo pressionado pela natureza da própria vida a reagir e se reorganizar até o seu reequilíbrio.

Este entendimento de Canguilhem se aproxima da tese Freudiana e possibilitará uma ressignificação do sofrimento psíquico, à medida que pressupõem uma clínica sem órgãos, pois ambos os autores recolocam a dimensão subjetiva como essencial para o marco explicativo da relação saúde-adoecimento.

Os fatores causadores das doenças eram relacionados ao agente etiológico, ao hospedeiro e ao meio ambiente. Entretanto, as causas agiam separadamente. Ainda nesse século (XX), passa-se a considerar os fatores psíquicos como causadores de

³⁵ Segundo Laplanche e Pontalis (2008, p. 89), na teoria psicanalítica o conflito se configura quando, no sujeito, opõem-se exigências internas e contrárias e pode apresentar-se de forma manifesta ou latente, podendo ser explicado em dois níveis relativamente distintos: ao nível tópico (entre sistemas e instâncias) e ao nível econômico-dinâmico (como conflito entre pulsões).

doenças. O homem então começa a ser visto como ser bio-psico-social. (BACKES et al., 2009, p. 113).

Nos estudos sobre a histeria, desenvolvidos por Freud, a relação psicossomática foi enfatizada, pois ao levantar a questão de que as manifestações da histeria não apresentavam nenhuma correspondência com os órgãos, estrutura anatômica, onde os sintomas se evidenciavam foi estabelecida “uma verdadeira ampliação da compreensão das múltiplas possibilidades de manifestação do sofrimento humano” (VOLICH; FERRAZ, 2000, p. 62)

Questionando as vias que levam o conflito psíquico a manifestar-se na esfera somática, aceitando acolher aquilo que a ciência de sua época rejeitava – os sonhos, os lapsos, a histeria e, inclusive, uma outra anatomia imaginária, Freud fundou a Psicanálise.

A descoberta das defesas psíquicas (resistências) atuando na formação do sintoma foi fundamental para rever o uso da técnica da hipnose no tratamento, já que além de interferir na “veracidade” dos relatos (considerando que havia algumas pessoas não hipnotizáveis, segundo Freud), estava colocada a questão da transferência, situações que ameaçavam a ambição da neutralidade da clínica (PRATA, 1999).

Freud ressalta a existência do conflito na experiência de vida humana em vários momentos de sua obra, descrevendo-o sob diferentes dimensões e manifestações, abrangendo, dentre vários, os conflitos das necessidades fisiológicas; entre os desejos; entre a sexualidade e a realidade; além dos conflitos que ocorrem a partir da busca de satisfação e controle entre as instâncias psíquicas (id, ego e superego). Ainda sobre os conflitos, Volich e Ferraz (2000, p.63) nos dizem que:

Nosso organismo e nossa existência, bem como as relações do Homem com a Natureza e com seus semelhantes, são permanentemente marcados pela contraposição de forças, de interesses, de necessidades, de processos fisiológicos. É no âmbito de tais conflitos que somos concebidos, gestados, paridos. É a partir deles que passamos a existir, que nos desenvolvemos, que nos constituímos.

Inicialmente, de forma contextual, a referência sobre o conflito psíquico é apresentada em “Estudos sobre a histeria” em 1893, nesta publicação Freud discorre sobre as resistências, enquanto defesas psíquicas, na formação do sintoma. A partir de 1895/1896 a atividade defensiva, enquanto principal etiologia da histeria se estende para as “psiconeuroses de defesa”. (PRATA, 1999).

Em 1900, o conflito reaparece atuando nos sonhos, onde o inconsciente descarrega livremente sua energia, de outro modo reprimida pelos sistemas pré-consciente, consciente.

A utilização do conceito de pulsão (Trieb)³⁶ surge nos textos freudianos a partir de 1905, podendo ser observado em “Três ensaios de teoria sexual” trazendo a demarcação do psíquico com o corporal, colocando a possibilidade que ela encontre satisfação além do nível da experiência corporal, mas também por meio da experiência psíquica, distinguindo a sexualidade da ideia de sexo identificada exclusivamente aos órgãos genitais. Já no final de sua obra, em o “Esboço de Psicanálise” (1938), Freud não apenas mantém a ligação entre sexualidade e conflito como ainda salienta sua centralidade no psiquismo (PRATA, 1999; LAPLANCHE; PONTALIS, 2008). Esse destaque dado por Freud ao psíquico é referido por Volich e Ferraz (2000, p. 71) ao colocarem que “a dimensão pulsional representa, portanto, a possibilidade de superação e de transcendência da ordem biológica para outros níveis de experiências específicos e constitutivos da espécie humana”.

Ao explicar que desde a infância existem um objeto e um alvo sexual atuantes e que durante o desenvolvimento do sujeito podem acontecer “desvios” da escolha de objetos da pulsão sexual, Freud parte do princípio de que haveria um caminho “correto” ou “normal” a ser seguido, ao se referir a desvios em relação a uma norma suposta (PRATA, 1999)

Então, segundo Prata (1999), Freud utiliza a terminologia norma, relativizando o que é normal e o que é patológico em relação à sexualidade, porém ele mesmo já adianta que a norma está contextualizada em um dado lugar, em dada época, pensamentos que o colocam numa posição diferenciada em relação à sua época.

Ainda sobre a questão da patologia/normalidade em Freud, alguns conceitos importantes, devem ser relacionados.

Prata (1999) historia que ao abandonar a hipnose, como técnica de tratamento, Freud passa a trabalhar com a técnica de associações livres dos pacientes, utilizando os conceitos de transferências (positivas e negativas) durante a relação terapêutica.

Segundo a autora essa “ambição verificacionista” de tentar localizar o traumático em um órgão ou sintoma, dá lugar a uma mudança estratégica de intervenção, agora configurada pela “ênfase à relação intersubjetiva entre o analista e o analisando e aos obstáculos ao curso da fala” (PRATA, 1999, p. 61).

³⁶ “Processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz o organismo tender para um objetivo. Segundo Freud, uma pulsão tem sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão); o seu objetivo ou meta é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional; é no objeto ou graças a ele que a pulsão pode atingir sua meta” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2008, p. 394).

O conceito do recalçamento³⁷ em Freud, ao mesmo tempo que é descrito como uma “condição da subjetividade” para resistir às ameaças ligadas a determinada pulsão, também é descrito como uma condição da patologia (da possibilidade de desencadeamento de uma fobia ou de uma neurose) (PRATA, 1999).

A autora descreve, nas palavras do próprio Freud, a relação do recalçamento com os conceitos de patológico/normalidade: “uma certa dose de recalçamento seria “normal” nos sujeitos, e que tudo dependia das “magnitudes de excitações” (PRATA, 1999, p. 67), demonstrando que ao falar da noção de normal, se estabelece uma relação com a ideia de “regra”, de “regular” e no discurso freudiano, normal e patológico são sempre singulares, não havendo uma regra universal, uma “norma” que se aplique a todos os indivíduos de forma absoluta.

Essa talvez seja a maior similaridade entre os discursos de Sigmund Freud e Canguilhem (1995), há uma singularidade que propõe planos de normatização diferentes de acordo com o contexto vivenciado pelo sujeito.

Dejours também irá falar dessa necessidade e possibilidade de diferentes normatizações da vida diante do sofrimento psíquico provocado pelo ato do trabalho. Ao estudar sobre o adoecimento provocado pelo trabalho o autor se propõe, por meio da Psicodinâmica do Trabalho,³⁸ a tentar compreender os aspectos psíquicos e subjetivos que são mobilizados a partir das relações e da organização do trabalho, buscando investigar principalmente “o conteúdo simbólico do trabalho, as relações subjetivas do trabalhador com sua atividade, o sofrimento e o desgaste gerado pelo trabalho e seus efeitos sobre a saúde física e mental dos indivíduos” (HELOANI, LANCMAN, 2004, p. 78-82).

Dejours (2004, p. 29) ao relacionar subjetividade, sujeito e corpo esclarece que o corpo convocado à experiência do trabalho não é o corpo da biologia, mas o corpo subjetivo, que ele denomina de *segundo corpo*, constituído a partir do chamado *primeiro corpo*, o biológico, que é o corpo habitado e constituído pela subjetividade do sujeito, aquele que se relaciona com o outro, que experimenta afetivamente. De acordo com o autor,

³⁷ “Operação pela qual o sujeito procura repelir ou manter no inconsciente, representações (pensamentos, imagens, recordações) ligadas a uma pulsão. O recalque produz-se nos casos em que a satisfação de uma pulsão – suscetível de proporcionar prazer por si mesma – ameaçaria provocar desprazer relativamente a outras exigências” (LAPLANCHE ; PONTALIS, 2008, p. 430).

³⁸ Consiste inicialmente em uma disciplina clínica que se apóia na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental, mas também uma disciplina teórica que se esforça para inscrever os resultados da investigação clínica da relação com o trabalho numa teoria do sujeito que engloba, ao mesmo tempo, a psicanálise e a teoria social. (DEJOURS, 2004, p.28)

A habilidade, a destreza, a virtuosidade e a sensibilidade técnica passam pelo corpo, se capitalizam e se memorizam no corpo e se desenvolvem a partir do corpo. O corpo inteiro, e não apenas o cérebro, constitui a sede da inteligência e da habitabilidade no trabalho.

Essa subjetividade implica em uma singularidade, expressa através de uma coletividade que é própria do trabalho: a experiência é individual, mas a manifestação desta ocorre de modo coletivo, diante das relações sociais estabelecidas, que podem ser observadas por meio da hierarquia funcional, dos grupos de trabalho. Diante da inevitabilidade da relação social, fatores como a desigualdade, poder e dominação, além da precarização das condições de trabalho, também se farão presentes determinando sofrimento e consequente adoecimento.

Doença e normalidade serão então definidas a partir dos recursos individuais do sujeito para lidar com as agressões e desafios cotidianamente impostos pelo trabalho. Essa dinâmica gera a necessidade de uma permanente normatização da saúde contextualizada às diferentes realidades impostas pelo trabalho, já que este atravessa permanentemente a vida do sujeito. (DEJOURS, 2004).

Quanto à Canguilhem, que configurações baseiam as definições a respeito de doença e de normalidade?

Também para Canguilhem (1995, p. 146) o estado patológico ou anormal não deve ser entendido como ausência de norma, considerando que a doença ainda é uma norma de vida, mas a dificuldade do indivíduo de transitar entre normas variadas; em adaptar-se às situações impostas pelo meio, por meio da capacidade de flexibilização e de estabelecimento de novas normas, ou seja, no estado patológico “o ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes”

O autor refere-se aos conceitos de saúde e doença de forma relativizada, entendendo que cada indivíduo possui uma norma própria, que é estabelecida de forma individual e singularizada em seu modo de viver ou, como bem coloca, “de seus modos de andar a vida”. Logo, a fronteira entre o que é normal para este indivíduo (quer dizer, a sua normatividade) e o que é patológico, se torna imprecisa quando vamos comparar um indivíduo em relação a outros.

Falamos aqui da singularidade do indivíduo: o que significa estar doente ou estar com saúde para cada um: Para o doente? Para os seus familiares? Para a equipe de saúde que o acolhe?

A transformação do que é normal em patológico vai depender da forma como a pessoa será atingida ou sofrerá, sob forma de conseqüência, uma incapacitação de qualquer ordem para realizar os atos que compõem a sua vida (CANGUILHEM, 1995, p. 146).

Canguilhem (1995) defende a concepção de que o conteúdo do estado patológico não pode ser afastado do conteúdo da saúde, partindo-se da ideia de que a doença não é uma variação da dimensão da saúde, mas sim uma nova dimensão da vida: adoecer faz parte da normalidade da vida, contestando explicações deterministas, reducionistas e quantitativas defendidas, à época de sua discussão, pela teoria positivista de Comte ou pelo experimentalismo de Claude Bernard.

A cura de uma enfermidade não implicará a saúde necessariamente, podendo estar mais próxima da doença ou da saúde:

Voltar a ser normal é retomar uma atividade interrompida, não ser inválido para ela [...]. Uma terapêutica não deve, obrigatoriamente, trazer o indivíduo de volta à normalidade anterior, mas permitir e respeitar um novo modo de vida instaurado pela doença (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999, p. 20).

Tal concepção de saúde/patologia contraria a adotada pela OMS, que define saúde não apenas como ausência de doenças, mas como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social.

Esta concepção de bem estar total remete o indivíduo à ideia de um objetivo impossível de ser alcançado ao buscar uma perfeição irreal e inatingível, pois ao longo de sua existência o ser humano deverá deparar-se com condições que determinem o fenômeno saúde-doença, e de acordo com sua subjetividade, suas potencialidades, seus meios de vida e sua interação com estes, poderá reagir dinamicamente a esse fenômeno (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Com relação à saúde compreendemos que o ponto de partida para discutir essa questão é a vida, o ser vivo, a vitalidade do ser vivo. Diz respeito à capacidade de o ser vivo estabelecer normas, de tolerar e enfrentar as infidelidades e as agressões do meio (na medida em que o normal se constitui das variabilidades e flutuações desse meio), o que é mais do que adaptar-se.

Ser saudável significa, então, ser capaz de detectar, interpretar e reagir – enfim, de instituir normas (ser normativo, que é diferente de ser normal); é a possibilidade de cair enfermo (ficar doente) e poder recuperar-se (CANGUILHEM, 1995).

Desse modo, falar sobre saúde é falar de uma polaridade dinâmica, sobre um cotidiano que demanda ininterruptamente a mobilização de corpo e alma, de energia, de sangue, de

ossos, de músculos, de desejos, de ódios. É na prática a percepção que o doente tem do seu adoecimento, e não apenas a concepção do modelo hegemônico biologizante que define a saúde como “o silêncio dos órgãos” ou ainda, que define a cura como o restabelecimento integral do equilíbrio orgânico, tal como antes do adoecimento.

A saúde deve ser considerada a partir da subjetivação do próprio sujeito, do que signifique para ele se restabelecer, se reintegrar, ainda que pra isso ele tenha que se reinventar ou se redescobrir a partir de novas possibilidades. Aqui se estabelece o cuidado como categoria epistemológica, à medida que cuidar e buscar a autonomia é a expansão da vida diante do adoecimento.

Pinheiro, Aguiar e Mendes (2008) participam da discussão do sentido do patológico, considerando novas modalidades de relação com a norma, para além da continuidade entre o patológico e o sofrimento psíquico, e seu critério de indicação para a ação terapêutica.

Acerca da redefinição da relação entre normalidade/patologia, os autores baseiam-se na teoria de Ehrenberg³⁹, que defende o acolhimento de qualquer sofrimento psíquico, relacionando-o à ideia de limitações das vivências pessoais. Ehrenberg defende que a equiparação de patologia e sofrimento psíquico, como critério de intervenção terapêutica, implica em uma transformação da relação normal/patológico, afirmando que “é sempre a totalidade relacional que se modifica, ou seja, não somente a saúde e a patologia, mas também a saúde e a normalidade” (EHRENBERG, 2004, p. 135 apud PINHEIRO; AGUIAR; MENDES, 2008, p. 300).

Os autores levantam a questão de uma reformulação na discussão da psicopatologia, ao defenderem que “é o estatuto do sofrimento psíquico que justifica uma ação terapêutica” (PINHEIRO; AGUIAR; MENDES, 2008, p. 299), ou seja, nos dias atuais, para se tornar um objeto clínico, um sofrimento psíquico não precisaria necessariamente possuir nosologia psicopatológica, bastando para isso, desencadear limitações à vivência pessoal, constituindo-se em si mesmo num sofrimento de ordem psíquica. Tal questão redefinirá o que se entende pela relação, entre normal e patológico:

Ora, na medida em que o perímetro da atividade clínica se estende ao sofrimento psíquico não patológico, promove-se uma redefinição das relações entre o normal e o patológico, antes definidas pela oposição e diferenciação, fazendo com que o fenômeno patológico perca a sua especificidade em relação ao sofrimento humano.

³⁹ Alain Ehrenberg é sociólogo, diretor de pesquisa do CNRS, diretor do Cesames (Centro de Pesquisa de Psicotrópicos, Saúde Mental e Sociedade) / CNRS-Université Paris 5. Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Sociétés; CNRS-INSERM-Université René Descartes Paris 5.

[...] na atualidade se esfumaça a definição de patológico como realidade contrária ao normal, uma vez que se adota o sofrimento psíquico como medida de qualificação de saúde mental”. (PINHEIRO; AGUIAR; MENDES, 2008, p. 300).

Porém, os autores ressaltam que esse relativismo não rompe com o discernimento da especificidade do patológico diante de outros fenômenos psíquicos, pois as características do patológico que orientaram a clínica freudiana (caráter regressivo, excessivo e compulsivo e principalmente o seu estatuto de retorno do recalcado) não o reduzem ao que é colocado como psicopatologia da vida cotidiana (PINHEIRO; AGUIAR; MENDES, 2008, p. 300).

De acordo com a ideia defendida pelos autores Pinheiro, Aguiar e Mendes (2008, p. 300), de que “o objeto clínico não é exclusivamente a patologia, mas qualquer sofrimento psíquico” receber um diagnóstico, de repente descobrir-se portador de uma doença crônica como o câncer, associada a todas as significações e implicações pertinentes a ela, por si só poderá fazer surgir à demanda por uma intervenção terapêutica.

Este momento traz a possibilidade de redefinições normativas, na qual o estabelecimento de novas normas de vida, o indivíduo possa encontrar meios de enfrentar o processo de adoecimento, tratamento e restabelecimento de uma normalidade possível diante de sua nova realidade, enfim, ter a possibilidade de adoecer e recuperar-se, apesar das infidelidades do meio, como coloca Canguilhem (1995).

O adoecimento por câncer, objeto do nosso estudo, remete o indivíduo a um confronto com essa adversidade e o coloca diante da necessidade de estabelecer novas normas e enfrentamentos de desafios que tragam a possibilidade da resignificação do seu sentido de normalidade, da retomada do curso de sua vida, ainda que diante da possibilidade de limitações e do sentimento de finitude impostos pela doença.

Conviver com o fantasma do retorno do câncer, no período de controle da doença, remete o indivíduo a reinventar-se cotidianamente como forma de superar o medo e a ameaça de um novo adoecimento.

Entendemos que nesse processo de produção da saúde, todos aqueles envolvidos no ato de cuidar desse doente possam atuar intervindo de forma integrada, articulando seus saberes formais, contribuindo e possibilitando maior autonomia ao doente no cuidado de si, para que este possa estabelecer esta nova norma de vida ou possa adoecer e restabelecer-se, instituindo normas diferentes sob novas condições.

Essa é a perspectiva que adotamos em nossa clínica psicológica, nesse sentido, há um imbricamento entre os vários autores citados, que possibilitam recolocar o espaço da clínica, no âmbito da interdisciplinaridade. Tal perspectiva, que é parte intrínseca de nossa concepção metodológica inscreve o cuidado em saúde como marco explicativo das determinações que possibilitam a relação saúde-doença em cada momento da história humana. Mais do que adotar uma explicação estritamente psicanalista ou vitalista⁴⁰ nos interessou buscar nas teorias estudadas a reflexão para fazer emergir um cuidado implicado com a noção de subjetividade e de uma prática intersubjetiva: que leva em consideração o outro.

Os conceitos integradores, cuidado, sofrimento psíquico e integralidade estarão sempre mediatizados pela noção de que a saúde é definitivamente um campo de lutas e não um estado a ser alcançado. Um espaço dinâmico que abriga o encontro e a relação entre usuários e trabalhadores que têm sua subjetividade atravessada pelas experiências compartilhadas no processo de fazer saúde. Essas são as dimensões que vão se circunscrever no hospital, tal como o conhecemos hoje. É o que faremos a seguir.

⁴⁰ “Se o domínio da psicologia clínica não é apenas o da psicopatologia, ele é tampouco exclusivamente o domínio da psicanálise. Esta continua sendo uma referência importante na medida em que visa o psiquismo humano, área onde criou um método de pesquisa sobre processos psíquicos, um método de tratamento que se baseia nessa pesquisa, um corpo conceitual que permite modelar e torna inteligível a vida psíquica. O referencial teórico da psicologia clínica leva em conta processos psíquicos propostos (pelas?) psicanálise(s). Porém, os fenômenos inconscientes não bastam para explicar “a pessoa inteira em situação e a psicologia clínica é necessariamente levada a interdisciplinaridade. É isso aliás o que faz, ao mesmo tempo, a riqueza e o desconforto dessa orientação, orientação que criou um quadro teórico necessariamente móbil para responder às exigências das práticas clínicas. Essas não se confundem com a prática analítica, que se apóia sobre um dispositivo particular, notadamente no trabalho sobre a transferência e a suspensão da realidade externa para criar condições para a emergência da vida fantasmática. Quanto às práticas clínicas, elas são diferentes, mas sempre inscritas no contexto social. O que faz com que Huguet (1995) diga que para o clínico, “o leito do doente” é o contexto social”. (LHULIER, 2011, p. 25)

4 CONTEXTUALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE: A PERSPECTIVA DA SAÚDE, DO ADOECIMENTO, DO CUIDADO E DA INTEGRALIDADE

Os corpos não sofrem,
as pessoas sofrem.
(Eric Cassel).

O conceito de integralidade é essencial para compreensão de nosso objeto de estudo, e há pelo menos duas dimensões distintas, essenciais, relacionadas ao tratamento integral, que podem estar sendo utilizadas como fio condutor nesta pesquisa: a) a integralidade que garante ao usuário uma atenção abrangendo as ações de promoção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde e, b) a que pressupõe a atenção focada no doente, na família e na comunidade (inserção social) e não em um recorte de ações ou enfermidades, como bem colocam Merhy (2006), Ceccim e Ferla (2006).

Ao nos reportarmos a um cuidado integral, estamos nos referindo a uma integralidade de atendimento considerada sob três ângulos diferenciados: tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si; tendo como referência a inserção do hospital no

sistema de redes de saúde e a autonomia do doente, frente ao plano de cuidado (CECÍLIO 2009; CECÍLIO; MERHY, 2003).

De uma forma geral, a integralidade deve ser compreendida como uma imagem-objeto a ser alcançada, funcionando como indicativo de um sistema de saúde com práticas efetivas e desejáveis, que envolvam toda a rede de relações estabelecidas na dinâmica do cuidado e toda a estrutura dos serviços, com a finalidade de garantir sempre uma interação intercessora entre o usuário e os trabalhadores de saúde, possibilitando, ao final, maior potência de vida e autonomia aos doentes (MATTOS, 2004; CECCIM; FERLA, 2006; MERHY, 2007).

Nesse sentido, os planos de cuidado estabelecidos na clínica realizada no HUIBB se aproximariam da atenção integral, tal como descrita anteriormente? O que observamos, à primeira vista é que há dificuldade de que a atenção à saúde de forma integral seja parte de uma estratégia coletiva de todo o corpo institucional. No discurso, o profissional se mostra individualmente favorável à integralidade das ações, porém o processo de trabalho existente demonstra a distância que precisa ser percorrida para que esses conceitos sejam de fato vivenciados na clínica.

Em Oliveira (1998), Oliveira e Moreira (2006) e o autor Merhy (2004; 2007), esta questão se ressignifica da seguinte forma: como construir uma micropolítica do cuidado que não se caracterize apenas pelo registro de assistências e pelo discurso fragmentado de saberes formais e acadêmicos representados pelos profissionais que compõem a equipe de saúde? Como ultrapassar obstáculos que se interpõem no momento de se conectar a rede de cuidados de forma mais abrangente, por meio de sistemas de referência e contra-referência, em busca de recursos técnicos e tecnológicos necessários à promoção/recuperação da saúde do doente, principalmente no caso do doente oncológico?. Como realizar a atenção à saúde desse doente para o qual há uma rede exígua e com apenas um serviço público de referência especializada no Estado do Pará (HOL), que sofre com a enorme e ininterrupta pressão da demanda de doentes do próprio estado e de estados vizinhos?⁴¹

Na área de oncologia, o Sistema Único de Saúde (SUS) deveria ser estruturado para assegurar assistência de uma forma integral e integrada aos doentes que necessitam de tratamento de neoplasia maligna. Esta proposta encontra escopo por meio de uma rede de

⁴¹ No mês de abril de 2010, foi inaugurado um parque radioterápico e quimioterápico no Hospital Ofir Loyola que possibilita um acesso a esses tratamentos de forma mais ágil. No entanto, ainda permanecem vários problemas no acolhimento desses doentes e as longas distâncias no estado do Pará são evidências de que a rede de cuidados precisará encontrar novas estratégias e tecnologias para possibilitar um plano de cuidado mais incluyente. (N.A.)

atenção oncológica⁴², cujo planejamento, organização e o controle são de responsabilidade das secretarias de saúde estaduais e municipais.

Merhy, Franco e Magalhães Júnior [2003] nos falam de uma composição técnica do trabalho, formada por trabalho morto, quando o modelo assistencial é marcado pela utilização de máquinas e consumo de procedimentos e trabalho vivo em ato, quer dizer, no exato momento em que ele está sendo produzido.

Merhy (2000, p.109) descreve três momentos do processo de trabalho: as tecnologias duras (“vinculada às mãos”) relacionando-as ao uso das máquinas, aparelhos e equipamentos tecnológicos; as tecnologias leve-duras (“vinculadas à cabeça”) são aquelas decorrentes do uso de saberes formais bem estruturados e técnicos, como a clínica e a epidemiologia; as tecnologias leves (presente no espaço relacional) são as aquelas que apresentam características de produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato. São instituídas em espaços dialógicos, de encontros cuidadores e intercessores pelo profissional e pelo usuário que busca os serviços de saúde.

Cecílio e Matsumoto (2006) propõem a taxonomia das necessidades de saúde do usuário como uma ferramenta que pode ser apropriada pelos trabalhadores de saúde e implementada nos serviços, a fim de possibilitar uma atenção mais humanizada e qualificada às pessoas que buscam cuidado em saúde, alcançando outras dimensões, além das necessidades biológicas.

Os autores organizam quatro conjuntos de necessidades, que descrevem as principais demandas do usuário ao buscar o serviço de saúde.

O primeiro deles trata-se de obter “boas condições de vida”, conceito definido tanto pelo espaço/lugar no qual o indivíduo ocupa no meio produtivo, por meio de seu trabalho, seu papel social, como também de sua relação com o meio ambiental (hábitos pessoais, familiares, culturais, moradia, acesso a saneamento básico etc.), determinando suas necessidades a partir do modo como vive e também determinando suas condições de saúde.

O segundo conjunto de necessidades diz respeito ao acesso às tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida, em que cada dispositivo tecnológico (dura, leve-dura, leve), esteja disponível, de acordo com a necessidade real de quem as utilizará. Cecílio (2009)

⁴² A alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica atual, está composta por estabelecimentos habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), como é o caso do HOL. Os estabelecimentos habilitados como UNACON e CACON devem oferecer assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico e tratamento do paciente. Essa assistência abrange sete modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos.

descarta qualquer tipo de hierarquização acerca dessas tecnologias estabelecendo seu valor de uso de acordo com as reais necessidades das pessoas, considerando-se suas singularidades e o momento que estão vivendo.

O terceiro grupo de necessidades fala da importância da existência/criação de vínculos afetivos entre os usuários e os profissionais que este encontrará nos serviços de atenção à saúde, pois, a partir do estabelecimento desses vínculos, será possível uma relação de confiança, segurança e cumplicidade necessárias para que ocorra, o que Cecílio e Matsumoto (2006) chamam de encontro de subjetividades.

Por último os autores referem que há uma importância essencial na construção de plano sensível de escuta por parte da organização e dos trabalhadores de saúde, em que, o conjunto de necessidades que o indivíduo tem seja negociado em um plano de cuidado que possibilite, cada vez mais, uma maior autonomia, que diga respeito às escolhas sobre seu modo de viver, considerando o adoecimento como uma consequência da própria vida e a ampliação da capacidade do sujeito em estabelecer suas próprias necessidades em saúde. (CECÍLIO, MATSUMOTO, 2006; CECILIO, 2009).

O sistema de saúde não considere apenas a política e o processo de produção de saúde, mas desenvolva, enquanto diretriz, estratégias, que possam ampliar o grau de autonomia dos indivíduos. Para isso defende uma importante reformulação que alcance, políticas, gestão de saúde e processo de trabalho em saúde.

Essa co-construção da autonomia, segundo eles, exige um repensar tanto dos valores políticos quanto dos conceitos que orientam o trabalho em saúde, sendo o principal deles a valorização da subjetividade do sujeito, objeto do trabalho em saúde. Os autores referem que “os objetivos essenciais do trabalho em saúde seriam, portanto, a própria produção em saúde e também a co-produção de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos nesses processos: trabalhadores e usuários (CAMPOS; CAMPOS 2006, p. 1).

Merhy (2006), Ceccim e Ferla (2006), também referem que um dos aspectos essenciais da micropolítica do cuidado é a possibilidade de reinvenção do trabalho em busca de novos processos de acolhimento que possam garantir a autonomia dos doentes. Nesse sentido, as práticas de cuidado a que se interpõem para nossa análise tendem a imbricar os conceitos de integralidade, acolhimento, autonomia e sofrimento psíquico no âmbito da micropolítica:

A produção do cuidado e a afirmação da vida trazem consigo um processo de desenvolvimento de ações e de serviços de saúde implicados com a construção das respostas possíveis às dores, angústias e aflições, assim como aos aborrecimentos, sofrimentos e problemas (falamos de sensações e não só de constatações) que chegam aos serviços de saúde. Como resposta, há necessidade de que não apenas se

produzam consultas, atendimentos e procedimentos, mas que o processo de consultar, atender e prestar procedimentos seja capaz de produzir, além da terapêutica, conhecimento e sensação de cuidado, assim como autonomia e desejo de vida em cada usuário. (CECCIM; FERLA, 2006, p. 165).

Campos (2006) enfatiza, que os sujeitos, doentes e profissionais, ao interagirem entre si, terminam por constituir espaços dialógicos onde poderão surgir múltiplos resultantes conforme a capacidade e poder de cada um). Ao estabelecer plano de cuidado, vários profissionais relatam dificuldades em lidar, na prática, com a idéia de co-construção de autonomia, porque para a efetiva experiência desse processo, existe uma multifatorialidade a ser considerada: a necessidade de uma melhor comunicação da equipe entre si e com o doente; condições de trabalho que permitam oferecer alternativas de cuidado; reformulação do modelo hierárquico e tradicional de supremacia da decisão médica a respeito do doente; questionamento de conduta a respeito do tratamento, entre outros.

Dentre as diversas definições acerca do termo cuidado, no dicionário⁴³, foram encontrados os seguintes correspondentes: aquilo que é pensado, meditado, refletido; gesto que denota desvelo, diligência, solicitude, atenção, precaução, vigilância, atenção, incumbência, responsabilidade, inquietação de espírito, preocupação.

Embora todas essas definições componham a ideia que queremos trabalhar, neste estudo utilizaremos um conceito de cuidado em saúde, enquanto dispositivo tecnológico utilizado nas organizações de saúde, a partir do qual é estabelecida “uma complexa trama de atos, procedimentos, de fluxos, rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa”, (CECÍLIO; MERHY, 2003, p.2), considerando as diferenças existentes em todos os níveis (individual, histórico, social, cultural), dos atores envolvidos durante o processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Mas, no essencial, deve primar pela garantia da máxima autonomia possível do doente frente às demandas tecnológicas do serviço e da organização do trabalho.

O cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição. O cuidado é uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro. (PINHEIRO, 2008, p. 113).

⁴³ Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em <<http://michaelis.uol.com.br>> Acessado em :19 abr 2010.

No contexto do espaço hospitalar Cecílio e Merhy (2003) descrevem a necessidade de uma ação multidisciplinar, enquanto agir tecnológico, na produção do cuidado, porém ressaltam que este é primariamente decorrente de uma racionalidade médica, reconfigurando-se a partir da decomposição do ato médico global em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários trabalhadores diferentes (enfermagem, fisioterapia, serviço social, psicologia etc.), que terminam por se transformar em um conjunto diversificado, especializado, porém fragmentado de “atos cuidadores individuais”

Os autores ressaltam a necessidade de se pensar numa micropolítica do trabalho que tenha como resultado uma atuação multiprofissional solidária, compartilhada, intercessora, que leve em consideração o sujeito que vem em busca desse cuidado, perseguindo assim o objetivo de se produzir integralidade do cuidado no ambiente hospitalar e não apenas uma equipe composta por vários profissionais que exercem sua atuação de forma isolada e desconectada.

Machado e Lavrador (2009) referem que o sofrimento pode ser experimentado como algo que nos acomete, independentemente de nossa vontade, e que pode ocorrer sob forma de “binarismo”, envolvendo o sujeito na sua relação com o mundo (objeto, os outros), ou o sujeito e ele próprio (uma parte dele enquanto sujeito ou com seu corpo). Segundo os autores:

Se sofremos, é exatamente porque o que acontece nos diz respeito e não nos é indiferente. O sofrimento ressoa um desassossego, um incômodo, uma mudança ou a necessidade da mesma. [...] O sofrimento é da ordem do desejo. Não se trata de carência e nem de excesso. Sofre-se porque se experimenta uma perturbação que nos convoca à atividade. Contudo essa atividade diz respeito a um movimento que não distingue andar ou estar parado. Pode-se permanecer sentado e, entretanto, estar em meio a um turbilhão de processos em curso. Sofrer é experimentar algo diferente, que perturba, que incomoda porque convoca uma ressignificação, uma reconfiguração relacional que nos faz sair de um “ensimesmamento”, de uma clausura das verdades postas. (MACHADO, LAVRADOR, 2009, p. 515-516).

Ao tratar da noção de sofrimento é importante pensar, como nos demonstra Machado e Lavrador (2009) que ele é uma experiência que atravessa todos os atores envolvidos no campo da saúde: usuários, trabalhadores, gestores e formadores.

Tal fato ocorra devido à intersubjetividade que permeia o processo de fazer saúde, onde todos que participam dele são afetados por expectativas, desejos, frustrações, sentimentos de medo, potência, impotência, esperanças, enfim, sensações e sentimentos que envolvem o adoecimento e o cuidar/recuperar-se dele.

No âmbito do trabalho, Oliveira e Moreira (2006) abordam o sofrimento psíquico como constitutivo do sujeito e parte intrínseca do mundo do trabalho, não submetendo o sofrimento psíquico a uma categorização nosológica, ancorada na psicopatologia e na psiquiatria clássica,

mas sim com a compreensão do sujeito que vive, se relaciona, trabalha, reage e se mantém vivo; que busca manter-se no âmbito da normalidade, diante das ameaças do meio, inclusive do trabalho, o que não ocorre sem sofrimento.

Heloani e Lancman (2004, p. 78) também defendem que o trabalho possui um papel destacado na constituição da identidade do indivíduo, atravessando e interferindo nas suas diversas formas de inserção social, logo, ocupando lugar determinante na “constituição de redes de relações sociais e de trocas afetivas e econômicas”, definidas pelos autores como a “base da vida cotidiana das pessoas.”

Para os autores as regras, normas, desafios e valores do mundo externo, objetivo, onde se encontram localizadas as organizações de trabalho, como as instituições de saúde, se chocam com a subjetividade dos trabalhadores nelas inseridos, refletindo o sofrimento psíquico desencadeado a partir desse confronto, mas também podem trazer a possibilidade de crescimento psicossocial estimulado pela situação de conflito estabelecida por esse choque, pois,

se o trabalho leva ao sofrimento e ao adoecimento, esse mesmo trabalho pode se constituir em uma fonte de prazer e de desenvolvimento humano do indivíduo. Dessa forma, fica evidente que o trabalho e as relações que nele se originam nunca podem ser tomadas como um espaço de neutralidade subjetiva ou social”. (HELOANI; LANCMAN, 2004, p. 78).

Os autores consideram ainda que o sentimento de sofrimento psíquico dos trabalhadores e dos doentes pode ser entendido como um sinalizador de que as práticas instituídas no processo de trabalho precisam ser rediscutidas e redimensionadas, a fim de diminuir a carga de sofrimento relacionada, transformando o espaço do trabalho em um lugar de potência criativa (MERHY, 2007), produtor de saberes, de prazer, mas principalmente de saúde e de cuidado.

Nossa pergunta é: como entender o sofrimento psíquico dos doentes que tem uma doença com o signo do câncer? É possível um plano de cuidado que atue como dispositivo para gerar autonomia? De que autonomia estamos falando?

A partir das considerações realizadas acerca dos principais eixos temáticos desse estudo, faz-se necessária uma contextualização histórico-social, com o objetivo de delinear o percurso realizado pelas práticas de saúde e as transformações e evoluções necessárias para que o espaço hospitalar seja transformado em um lugar de produção de saúde que tenha o cuidado integral como perspectiva cotidiana da práxis dos trabalhadores de saúde.

5 A RELAÇÃO DOS TRABALHADORES (AS) DE SAÚDE COM OS DOENTES E SUAS MEDIAÇÕES INTERSUBJETIVAS

Eu mesmo fui procurar meus sofrimentos quando socorri mortais (Ésquilo - Prometeu Acorrentado).

Ao definir o trabalho, sob o ponto de vista clínico, Dejours (2004) relaciona características humanas como mobilização da inteligência; habilidades; engajamento do corpo; capacidade de sentir; criar; refletir; reagir diante de situações e pressões, enfim todos os recursos físicos e subjetivos necessários e indispensáveis ao ato de produzir. Porém ainda que existam prescrições que definam o processo e a organização do trabalho, durante seu exercício sempre irão surgir situações no dia a dia que impeçam que tais prescrições sejam cumpridas de forma rigorosa, estabelecendo o que ele chama de discrepância entre o trabalho prescrito e o chamado trabalho real.

A partir do fracasso da prescrição e da imposição da realidade do mundo sobre ela, o sujeito vive afetivamente, no corpo físico e subjetivo, o atravessamento desse real “numa relação primordial de sofrimento” por meio do trabalho. (DEJOURS, 2004, p. 28).

Dejours ao nos falar do estado de normalidade coloca que este não se equivale necessariamente ao estado de saúde, sendo considerado um “fenômeno constituído de múltiplas determinações subjetivas e objetivas” que ao se articular com o mundo do trabalho pode adquirir identidade individual, mas também coletiva. (UCHIDA; LANCMAN, 2003, p. 86).

A Psicodinâmica do Trabalho, ao tentar entender a ação de um determinado sujeito em um contexto determinado de trabalho, sabe que todo comportamento é motivado, tem um sentido. Se uma certa conduta é insólita, isso se deve ao sofrimento subjetivo e às estratégias defensivas contra esse sofrimento. A inteligibilidade desse ato do sujeito vem não da conduta que ele expressa, mas do sofrimento que o motiva. A racionalidade que emerge a partir dessa análise do sofrimento é denominada por Dejours, de racionalidade pática.

As autoras sublinham que o trabalhador se encontrar, no ato do trabalho, em um estado de normalidade não significa que ele não esteja em sofrimento, pois ao nos referirmos à normalidade enquanto o resultado de um compromisso entre o sofrimento e as estratégias de defesa iremos admitir sempre a existência do sofrimento. (UCHIDA; LANCMAN, 2003, p. 83).

A equipe de trabalhadores da saúde não está imune ao sofrimento psíquico e aos efeitos psicossociais desencadeados pela rotina de cuidar de pessoas com câncer, considerando toda a carga simbólica associada a essa doença. De acordo com a literatura:

O diagnóstico de uma doença crônica faz emergir a questão da morte, não só dos doentes, mas também dos próprios profissionais de saúde, devido ao fato de saberem estar lutando contra uma doença que dificilmente terá como fim a cura” (SANTOS; SEBASTIANI, 2003, p. 160).

O momento da comunicação de diagnóstico ao doente oncológico costuma se constituir em experiência de sofrimento e desamparo, principalmente do profissional médico, encarregado de desencadear esse processo. O signo da morte circunscrito no diagnóstico de câncer também influencia o comportamento do trabalhador de saúde.

Salgado (2008) refere que a palavra câncer possui um impacto socialmente construído, que produz seus efeitos sobre o doente e o sistema social no qual ele está inserido.

Ainda hoje podemos perceber a dificuldade dos profissionais em verbalizar a palavra câncer, situação verificada principalmente na hora da revelação diagnóstica onde a palavra é substituída por expressões técnicas (“neoplasia”, “ca”), utilizadas como defesa a uma reação emocional mais imediata do doente, que a princípio pode não compreender do que se trata, ou mesmo por outras que já fazem parte do repertório popular (massa, tumor), mas que podem remeter a outros significados visando amenizar o impacto da informação.

O diagnóstico para eles é dado de uma forma amena. Nunca é esclarecido pro paciente assim: o senhor tem câncer, mas: o senhor tem um tumor, tem uma massa [...] Pelo menos quando passamos a visita de enfermagem, sempre fazemos esse questionamento. Na minha passagem de plantão eu sei o que o paciente tem e do que está sendo tratado, mas eu pergunto: o senhor está aqui para tratar de que? Qual é o seu problema? O que o senhor sente? ‘Ah o doutor disse que eu tenho uma massa no meu estômago’; ‘eu tenho um tumor que eu vou tirar’. Eu pergunto: o senhor sabe o que significa ter esse tumor? Não. O que é essa massa? Não. O que eles (médicos) insistem lá? Eles não utilizam as palavras câncer, tumor maligno ou benigno. Não. O conhecimento do paciente e até do familiar é bem restrito.” (Enfermeira) (informação verbal)

Salgado (2008, p. 47) discute ainda que, para o profissional médico, essa carga da comunicação diagnóstica é ainda maior, pois a partir da conclusão do diagnóstico o médico se vê diante da necessidade de, ao ter que enfrentar esse momento, precisar construir um discurso sobre a doença, sobre as possibilidades de cura e/ou tratamento, situação para a qual nem sempre esses profissionais sentem-se preparados. Observamos a fala da autora:

[...] Como parte do contexto social que determina a construção de significados sobre o câncer, o profissional médico se vê muitas vezes confrontado por dilemas resultantes da preparação profissional demasiadamente técnica e que tem a ver com a dimensão coletiva, mas também individual, que permeia a sua conduta, produzindo por vezes um sentimento de identificação com o doente, situação que pode facilitar ou não a comunicação sobre o diagnóstico.

O relato de alguns doentes ao se verem diante da realidade do câncer nos aproxima da dimensão desse significado:

Dói. (silêncio) É quase um interromper meu viver, sabe? (choro) esse câncer é uma coisa que muita gente falava que põe a gente no fundo. Tai uma coisa que eu sempre gostei muito foi a vida! Trabalhando, de ganhar meu dinheiro, cuidar bem da minha família, pobre, mas... (**Lavrador, EFI, 47, Casado**) (informação verbal)

[...] Apenas um desses estudantes de medicina falou claro assim para mim: “você está com câncer”. Aquilo ali arrasa qualquer pessoa né? (...) Sabe, a minha mulher ficou logo assim, saiu logo da sala porque quando se fala em câncer se pensa logo em morte.(...) Quando fala a palavra câncer meu pensamento é que seja assim um bicho que esteja comendo a gente, no caso eu. Um bicho me comendo, que vai me devorar de qualquer maneira. Hoje ou amanhã, tira ele hoje, um pedaço dele, amanhã ele volta de novo e aquilo vai acabar comigo. Quando o médico me falou eu pensei que eu nunca ia ficar bom, depois eu fui conversar, perguntei para outras pessoas que já tiveram e me disseram: “não, eu operei faz 10 anos, 15 anos, não voltou mais..” aí aquilo foi me acalmando né? Porque eu nunca tive, nunca vi, sequer tive um amigo com determinada doença, aí de repente você saber que você que está com aquela doença... No momento, por incrível que pareça, acontece assim um preconceito, um desprezo, o povo tem medo! Basta o nome , o povo tem medo da doença, como se fosse uma doença contagiosa, eu acho: “Olha esse cara aí tá condenado!”, eles dizem assim... Umas pessoas que eu conheço, eu senti que “tavam” falando assim como se estivessem com pena: “coitadinho”, eu disse não! Não tem nada de coitado (**Artesão, Ensino Médio, 55, Casado**) (informação verbal)

Assistir com frequência a doentes graves e, muitas vezes, fora de possibilidades terapêuticas, costuma frequentemente expor o profissional de saúde a fatores que podem tornar-se geradores de sofrimento psíquico. Para Moraes (1994, p. 59), “o contato direto com o câncer e a morte é tarefa altamente ansiogênica, criando na equipe de saúde comportamentos defensivos”. Alguns comportamentos podem ser observados quando, por exemplo, o trabalhador passa a estabelecer distanciamento emocional dos doentes, no aumento do absenteísmo, desencadeamento de sintomas como insônia, irritabilidade, abuso de substâncias psicotrópicas e ainda a possibilidade de desencadeamento de doenças orgânicas (OLIVEIRA, 1998; ULLRICH; FITZGERALD [199-?] apud OMS, 1998).

A realidade enfrentada cotidianamente pelo profissional de saúde o remete a se defrontar com sua própria vulnerabilidade, considerando que seu universo de trabalho inevitavelmente é permeado pela dor e pelo sofrimento:

Ao estabelecer um elo entre sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar, Oliveira (1998) discute de que forma o relacionamento entre a equipe de saúde e doente se configura em fonte geradora de sofrimento.

O autor destaca alguns fatores que vieram a repercutir significativamente na manifestação de sofrimento psíquico em trabalhadores da área hospitalar: sobrecarga de trabalho; multiempregos; falta de controle do processo e organização do trabalho; jornada em período noturno; experiência profissional/tempo de serviço; tipos de patologias atendidas e principalmente o elevado grau de aproximação, considerando o tempo em que os profissionais lidam diretamente com os doentes.

Pitta (1994), ao abordar o sofrimento psíquico do profissional de saúde que lida constantemente com a dor e a finitude do outro no ambiente de trabalho, refere que:

[...] a insalubridade ou penosidade, isto é, a permanente exposição a um ou mais fatores que produzam doenças ou sofrimento no trabalho hospitalar, decorre da própria natureza deste trabalho de sua organização, evidenciados por sintomas e sinais orgânicos e psíquicos inespecíficos. As determinantes principais desse sofrimento que agem dinamicamente e eficientemente entre si e com outras, estariam no próprio objeto de trabalho, ou seja, a dor, o sofrimento e a morte do outro, e nas formas de organização desse trabalho essencial e diuturno. (PITTA, 1994, p. 19).

Outra dimensão que se apresenta para os trabalhadores de saúde é o impacto que o processo de institucionalização do doente para tratamento e a sua permanência, muitas vezes, de forma prolongada nos serviços de saúde e em especial nas instituições hospitalares (como acontece no caso das doenças crônicas), pode ser descrito como um dos fatores que pode vir a desencadear sofrimento psíquico nos doentes.

Diante dessa possibilidade de longa convivência com a dor e sofrimento, o trabalhador de saúde se depara com a necessidade de lutar contra um sentimento representado pela situação de “morte-em-vida” do doente, conceito utilizado por Oliveira e Moreira (2006), em estudo similar, onde foi abordado e discutido o sofrimento psíquico de trabalhadores (as) em um hospital público do Pará.

Neste estudo foi constatado que há um comportamento de dessocialização do trabalhador (a) de saúde em relação aos doentes que são acometidos por doenças crônicas, de alta letalidade e estigmatizantes⁴⁴. Esse distanciamento da equipe pode ser entendido como um mecanismo de defesa em relação à dor e ao sofrimento, próprios da relação intersubjetiva,

⁴⁴ Como é o caso do câncer, da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e tuberculose, doenças que possuem essas representações e constituem-se em áreas de referência para tratamento no HUIBB.

em situação onde os trabalhadores(as) sentem-se impotentes diante do estado do doente e da doença.

Quanto ao cuidado do paciente a gente observa os dois extremos tem de 8 a 80. Eu falo pela minha equipe da manhã, já vi pessoas tratarem maravilhosamente bem o paciente, mas já vi também pessoas tratarem mal. Principalmente esses pacientes que passam maior tempo no hospital, os oncológicos, o que é que eu percebo? No início você tem um cuidado total com aquele paciente, você tem uma “paciência de Jó” com aquele paciente, mas conforme o tempo vai passando os dois lados vão perdendo a paciência, tanto o paciente quanto o funcionário. Porque o paciente fica mais ansioso por uma medicação, ele fica mais ansioso por um tratamento, ele fica mais ansioso para ir embora para casa, então ele perde a paciência muito rápido e acaba virando uma “bola de neve”, ele perde a paciência, o técnico de enfermagem perde a paciência, o médico perde a paciência: “ ah aquele paciente é muito exigente, tudo quer, acha que está na UNIMED”. Então a gente começa a ver o início, o meio e o fim. No início todo mundo tratando com cuidado, solícitos e tal; no meio já começam aqueles pequenos atritos entre paciente e funcionário; no final quando o paciente vai embora, “graças a Deus foi embora”! parece que aquele laço vai sendo puído, desgastado e até profissionais conhecidos pela tolerância e sensibilidade, demonstram comportamento agressivo e/ou impaciente.”
(**Enfermeira**) (informação verbal)

Merhy (2007, p. 1) recolocando a questão, afirma que, independente do campo de saber, os profissionais da área da saúde foram formados diante da compreensão de que a “doença, enquanto processo instalado de maneira patológica no corpo biológico, disfuncionalizando-o, é uma das mais importantes causas do sofrimento individual ou coletivo” logo as intervenções para o alívio desse sofrimento terminam por focalizar a doença e os sintomas inscritos no corpo de órgãos.

Merhy (2000, 2007, 2008) nos diz que qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário deve se produzir por meio de um trabalho vivo em ato, logo estamos falando de um processo inescapavelmente relacional, interativo e comprometido eticamente. Falamos de pessoas que atuam umas sobre as outras, intersubjetivamente, com a possibilidade de estabelecer momentos de ‘encontros – acontecimentos’, de cumplicidade, confiabilidade e também de infidelidade.

Gerhardt, Riquinho e Rotoli (2008, p. 145) vêm ainda nos dizer que, o ato de cuidar pressupõe, além do encontro entre profissional e usuário, um encontro coletivo, alcançando o grupo social que envolve esse usuário, estendendo o cuidado do indivíduo para a sua vida de relação. Segundo os autores [...] “as relações e interações são construídas socialmente; o cuidado também é o resultado de uma construção social cujo paradigma necessita ser revisto, para que ocorram mudanças nas práticas e políticas em saúde”.

Ceccim e Merhy (2009) defendem que somente através da aposta na dimensão micropolítica de agir no cuidado é possível um encontro verdadeiro, através de uma produção

política de seres e de promoção de saúde e não apenas de prestação de assistência, um encontro que direciona o cuidado para o usuário, apesar das forças externas que pressionam o trabalho vivo em ato,

[...] Essa centralidade no usuário, logo, é a centralidade no encontro, centralidade no contato com a alteridade. O cuidado implicando a constitutividade de relações de alteridade, portanto, implicando encontros para além das forças a que chamamos por *externas*. Aí, o cotidiano do cuidado passa a ser visto como um campo singular da produção de saúde e não como um campo particular da prestação de assistência de saúde. (CECCIM; MERHY, 2009, p. 5).

As análises feitas aqui terão no trabalho que propomos um aspecto transversal, pois, ainda que o nosso foco seja o sofrimento do doente acometido por câncer, a relação estabelecida no processo de trabalho em saúde, os modos de subjetivação da equipe são essenciais para avaliarmos os planos de cuidado estabelecidos e podem funcionar como marcadores ou não de práticas que têm a integralidade como pressuposto.

Para o objetivo deste trabalho é necessário avaliar como estes processos vivenciados pelos trabalhadores de saúde impactam ou podem se tornar fontes de sofrimento psíquico para os doentes com câncer. Compreender a dinâmica do processo saúde e adoecimento, sua matizes, nos vários contextos histórico-sociais pode nos ajudar a entender qual o papel da atenção à saúde no hospital moderno.

6 O HOSPITAL, CAMPO DE PRÁTICAS E TENSÃO ENTRE A EXPANSÃO DA VIDA E O ENCLAUSURAMENTO DA MORTE EM VIDA

Desde a Idade Média, o jogo da doença e da saúde joga-se cada vez menos em casa do doente e cada vez mais no palácio da doença, o hospital. (Le Goff)

As concepções a respeito do fenômeno saúde-doença adquiriram inúmeras definições e representações ao longo do tempo, variando de acordo com o contexto histórico e cultural dos diferentes grupos que compõem a sociedade, sendo fortemente influenciadas por inúmeros fatores que marcam essa evolução e caracterização como: a época, o desenvolvimento técnico-científico, espaço geográfico, modelo político-social, religião, valores individuais e coletivos, visão de mundo, imaginário, nível de escolaridade, classe social, acesso aos serviços de saúde, dentre tantos outros (FERREIRA, 1994; CANESQUI, 1994; OLIVEIRA, 1998).

Ao buscar compreensões que fossem além do corpo físico, conceitos como normalidade, anormalidade, patologia e saúde foram sendo problematizados e atualizados, inclusive na área psíquica, por teóricos da área da medicina e da filosofia, como Foucault⁴⁵ (1926-1984), Canguilhem (1904-1995) e Freud (1856-1939), que buscaram dar reconhecimento à dimensão subjetiva, influenciada pela dimensão histórica e cultural, como fator determinante para a compreensão do fenômeno saúde-doença. A este respeito Birman (2005, p. 11) sublinha que:

A saúde é marcada num corpo que é simbólico, onde está inscrita uma regulação cultural sobre o prazer e a dor, bem como ideais estéticos e religiosos. Destacando assim, nas diversas sociedades, o corpo simbólico, as representações da vida e da morte, do normal e do anormal, as práticas sanitárias não podem silenciar sobre o tecido social, marcado pelas diferenças. O reconhecimento do caráter simbólico do corpo impede sua representação como apenas uma máquina anátomo-funcional, constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos.

Diante dessa nova possibilidade de percepção e pensamento, que considera o sujeito na sua individualidade e nas suas diferenças, surge então à necessidade de se buscar novas formas de compreensão e intervenção no fenômeno saúde-doença, que dê conta de cuidar do indivíduo em sua totalidade, em sua integralidade.

As questões relativas às racionalidades dos conceitos que orientam constituição do campo da saúde podem ser observadas ao longo de sua contextualização histórica.

⁴⁵ As datas destacadas referem-se aos anos de nascimento e morte dos autores.

Na medicina clássica, há uma concepção de saúde, em que, o saber médico compreende tanto as questões relacionadas ao estilo de vida, como as dores do espírito (visão de mundo e das coisas a partir dos conhecimentos filosóficos). Nessa perspectiva há o encontro entre o plano de cuidado do médico e a possibilidade do *cuidado de si*, representando a possibilidade de garantia da autonomia do doente frente à *Klinike* (o cuidado do médico com o doente acamado).

Por outro lado, a medicina moderna e científica, com a desdivinização da natureza centra-se na visão de um saber biologizante, que identifica o processo de cuidado em saúde com um universalismo naturalista, originadas pelas descobertas fisiológicas e anátomopatológicas (reducionismo biomédico). Para Foucault (1985) o processo de medicalização é a parte mais visível do discurso biomédico. Sua função é a disciplinarização dos corpos e a captura da autonomia do sujeito pelo plano da clínica e da epidemiologia. A medicina então é social, à medida que seu discurso propõe novos estilos de vida. Sua perspectiva individual aparece apenas na relação do médico com o doente, onde há a “reificação da doença” e o conseqüente fortalecimento do poder médico e sua influência nos modos de cuidar das pessoas nos espaços de assistência à saúde (FOUCAULT, 1985; BIRMAN, 2005; CAMARGO JÚNIOR, 2007).

Há para Foucault (1985) uma descontinuidade histórica datada na construção do discurso da racionalidade médica. Em tempos mais antigos, no mundo helenístico e romano podia ser evidenciado o interesse do indivíduo por si próprio, onde a intensidade das relações consigo evocava tomar o cuidado de si próprio, do próprio corpo, como objeto de conhecimento e campo de ação das práticas em saúde, através do desenvolvimento de uma “cultura de si”, onde o princípio do cuidado de si se constituía em uma prática social.

Nesse caso, um dos princípios essenciais da prática de si consistia justamente em apropriar-se do saber médico, assegurando que o sujeito fosse autônomo, estabelecendo seu próprio cuidado. Os modos de andar a vida estavam imbricados com o estilo de vida de cada um e de todos. Há uma decisão particular, individual, sobre como se cuidar diante do adoecimento, em que, as práticas cotidianas como, alimentação, sono, higiene, trabalho, relações sociais e ambientais, eram escolhas que levavam em conta a autonomia das pessoas. O plano do cuidado médico era mais uma possibilidade e não a única:

Uma existência racional não pode desenrolar-se sem uma *prática de saúde* que constitui de certa forma, a armadura permanente da vida cotidiana, permitindo a cada instante saber o que e como fazer. Ela implica uma percepção, de certa forma médica, do mundo ou, pelo menos, do espaço e das circunstâncias em que se vive. (FOUCAULT, 1985, p. 107).

Segundo Backes et. al. (2009), no período compreendido entre final do séc. XVIII e meados do século XX, a partir da medicina social foram estabelecidas as condições que abriram espaço para que uma prática médica individual fosse gradativamente ocupando o lugar central nas práticas de saúde. Com a possibilidade de maior controle das doenças (patologia celular, bacteriologia, anátomo-patologia), o empirismo dá lugar à experimentação e a medicina moderna direciona seu interesse e atuação para o corpo, para a doença, na busca de um estado biológico normal, necessitando para tanto do desenvolvimento de dispositivos tecnológicos, que possibilitassem uma observação contínua e controlada.

Ao ser estabelecida a bipolaridade médica do normal e do patológico, considerando que o interesse inicial do médico era a saúde, o bem-estar, e que depois a doença tornou-se foco principal, a figura do médico passa a ser vista como ‘detentora do saber e vigilante da saúde pública’. Essa figura atuava inicialmente junto ao Estado por meio do controle da proliferação de doenças pelo meio da vigilância⁴⁶ e interferência nas condições sanitárias⁴⁷, políticas econômicas da cidade⁴⁸ e depois estendendo e concentrando esse controle no corpo do indivíduo, fragmentando-o e reduzindo-o ao conhecimento biológico.

O fascínio exercido pelas respostas positivistas às indagações humanas tem sido enorme, particularmente na Medicina com toda a sua matriz positivista das Ciências Biológicas. Na busca de identificação de fatores do ambiente humano que influenciariam o processo saúde-doença, o enfoque tem sido sobre fatores físicos, químicos, neuroquímicos, endócrinos, microbiológicos, enfim, os mais evidenciáveis à luz das técnicas disponíveis de demonstração” (PITTA, 1994, p. 84-85).

Nesse contexto, a emergência do espaço hospitalar se confunde com a incorporação de novos dispositivos tecnológicos, para atender a evolução do interesse médico em tratar a doença e recuperar a saúde do indivíduo de forma sistemática, disciplinada e controlada.

⁴⁶ Dentre as estratégias utilizadas pela polícia médica estavam: a observação de morbidade (epidemias e endemias) que acometiam a população, por meio do controle das informações obtidas nos hospitais e do registro dos atendimentos médicos realizados na região; normalização, pelo Estado, da profissão médica (prática e ensino); controle administrativo da prática médica, através do estabelecimento de fluxos de atividade e modelos padronizados de produção de saúde; além do estabelecimento de hierarquias junto à administração estatal da saúde que devia ser composta por profissionais médicos. (FOUCAULT, 1979).

⁴⁷ Foucault (1979) descreve a quarentena como um plano de urgência no caso do surgimento de pestes ou epidemias graves, com as seguintes características: confinamento (todos em casa, para que pudessem ser localizados e controlados); esquadrinhamento urbano, dividindo a cidade em territórios vigiados; registro contínuo da situação observada; e medidas sanitárias pra o controle de infecção.

⁴⁸ Devido à proximidade das moradias com os cemitérios públicos, os altos índices de doenças e infecções terminaram por causar um pânico na população, caracterizado pelo autor como uma “inquietaude político-sanitária”, que surge a partir do desenvolvimento das cidades (FOUCAULT, 1979).

Segundo Ferla, Oliveira e Lemos,⁴⁹ “é no hospital que se desvela de forma mais concisa o controle do ‘corpo social’ (poder disciplinar), sobre o ‘corpo individual’ (anatomopatológico)”.

O hospital começa a se configurar enquanto espaço destinado à cura e à prática médica a partir do final do séc. XVIII, por volta de 1780, quando iniciaram as visitas pela Europa que tinham por objetivo realizar comparações “técnicas” entre diferentes hospitais, a partir da observação sistemática (FOUCAULT, 1979)⁵⁰.

A aproximação da medicina com o hospital surgiu a partir do objetivo de intervenção e reorganização nos hospitais, buscando diminuir os efeitos patológicos causados pelo próprio ambiente e rotina hospitalar e também tentando impedir, através da estratégia disciplinar, a desordem que poderia espalhar e disseminar doenças dentro e fora do hospital.

Os dispositivos disciplinares são recursos antigos (utilizados desde o séc. VII) e estratégicos, aperfeiçoados de acordo com Foucault (1979), como uma nova técnica de gestão de pessoas. Os modelos de intervenção, baseados e regulamentados pela disciplina, permitem que os indivíduos sejam esquadrihados, controlados, vigiados e explorados de acordo com a necessidade e interesse de quem controla o poder.

O hospital não escapou da disciplinarização de seu espaço, fato que permitiu além de sua medicalização, a possibilidade de surgimento de uma prática médica que assumisse o poder disciplinar no espaço hospitalar, dando origem assim a uma medicina hospitalar:

Esses dois fenômenos, distintos em sua origem, vão poder se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá por função assegurar o esquadrihamento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde possa ser registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica” (FOUCAULT, 1979, p. 108).

As principais características, de acordo com Foucault, que determinam a transição do hospital para um lugar que tem como objetivo e função social a recuperação da saúde e a cura dos doentes, consistem: a) na medicalização do espaço físico transformando-o em instrumento terapêutico (localização, distribuição interna de cômodos, controle da influência do meio

⁴⁹ Esta publicação encontra-se no prelo.

⁵⁰ A prática e a formação médica da época não permitiam maior aproximação com as instituições hospitalares, só ocorrendo intervenções do médico nesse espaço em situações de crise, sem a existência de acompanhamentos sistemáticos e individualizados.

sobre os doentes internados); b) na tomada do poder que administra esse espaço, que sai das mãos das organizações religiosas e caritativas e passa para as mãos dos médicos que assumem o hospital tanto nos serviços médicos quanto nos administrativos, o que com o passar do tempo inverte a relação de poder e influência dos médicos hospitalares sobre os médicos de consulta privada; e c) organização de um registro documental minucioso de tudo que envolve o tratamento recebido pelo doente no ambiente hospitalar, o que permitirá que o hospital se torne além de um espaço da clínica individual, um espaço de formação profissional e transmissão de saber que beneficiará e atingirá toda a população, tornando a medicina tanto individual como social.

O processo vivenciado na organização hospitalar hoje com os meios tecnológicos, cada vez mais sofisticados, se tornou mais complexo. Mas, há um atravessamento que é característico que é essencial, qual seja, o sentido do adoecimento para o doente e as dimensões do plano de cuidado. Discutir essa tensão, entre esses dois planos, de forma a perceber quais as relações que se estabelecem permitirá compreender de forma mais concreta como o Normal e o Patológico se instituem e determinam as práticas de cuidado dos trabalhadores de saúde.

Neste trabalho, o cuidado é a chave para discutir a intersecção entre o sofrimento do doente e as práticas clínicas que se estruturam na realidade hospitalar. Há possibilidade de pontes de fuga no enfrentamento de doenças que carregam o signo da morte e o estigma da exclusão? Como construir planos de cuidado que possam expandir a capacidade da vida e a autonomia do sujeito? Essas perguntas estarão interpostas no plano transversal de nossa análise e dialogam diretamente com a capacidade de enfrentamento do sujeito doente frente ao adoecimento e as práticas clínicas hegemônicas no hospital moderno.

7 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS: REFAZENDO OS PASSOS DA PESQUISA

Quanto à abordagem metodológica escolhida, trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, devido às relações estabelecidas no cuidado em saúde serem necessariamente intersubjetivas e interrelacionais, tomando o sofrimento psíquico como objeto de estudo em uma perspectiva dinâmica.

A pesquisa qualitativa, segundo Turato (2005) traz a concepção das próprias ciências humanas, enquanto um método que não busca apenas o estudo do fenômeno em si, mas a compreensão do significado individual e coletivo desse fenômeno para a vida das pessoas, tornando-se indispensável saber o que os fenômenos da doença e do impacto deste adoecimento sobre sua vida, representam para elas.

Este significado do fenômeno estudado tem, segundo o autor, uma função estruturante para quem o vivencia. No caso do fenômeno adoecimento, por exemplo, será “em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde” (TURATO, 2005, p. 509).

Zanelli (2002, p. 80) nos coloca que, de uma forma geral,

[...] as pesquisas qualitativas preocupam-se em desenvolver conceitos mais que aplicar conceitos pré-existentes; estudar casos particulares mais que abarcar populações extensas e descrever os significados das ações para os atores mais que codificar eventos.

Ao referir-se ao campo da pesquisa em saúde, Minayo (1996) também demonstra que o método qualitativo, utilizado principalmente pelas ciências humanas e sociais, atende de modo semelhante às exigências desse estudo considerando que esta área não se encontra apartada das outras instâncias da realidade social.

Saúde e doença, de acordo com a autora, são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, onde tanto o corpo individual como o social se confrontam com os questionamentos do ser humano, enquanto ser total estando, portanto, também submetidos aos debates teórico-metodológicos das ciências sociais. Sobre o campo da saúde, a autora coloca que:

A sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de saúde. Dentro desse caráter peculiar está a sua abrangência multidisciplinar e estratégica. Isto é, o reconhecimento de que o campo da saúde se refere a uma realidade complexa, que demanda conhecimentos distintos integrados e

que coloca de forma imediata o problema da intervenção. Neste sentido, ele requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente (MINAYO, 1996, p. 13).

Heloani e Lancman (2004, p. 80) também propõem a pesquisa qualitativa na realização de trabalhos semelhantes a esse que desenvolvemos, justamente por trazer como foco principal a busca da compreensão do fenômeno a partir de sua totalidade “tendo por objetivo descortinar os sentidos e significados que as pessoas utilizam ao se depararem com o mundo”. No caso do recorte da pesquisa em tela, ou seja, o câncer e suas repercussões na vida e na subjetividade do doente buscou-se compreender de que forma esse processo de adoecimento e tratamento é significado e vivenciado por esse ele.

Ainda a respeito do estudo qualitativo e corroborando com a linha metodológica descrita até então, Godoy (1995, p. 2) explica que:

Segundo essa perspectiva, um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Para tanto, o pesquisador vai a campo buscando “captar” o fenômeno em estudo, a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes.

Quanto à definição do método clínico-qualitativo, Turato (2005) o descreve, de forma geral, enquanto um refinamento dos métodos utilizados pelas Ciências Humanas, porém, voltado para os *settings* onde serão observadas as vivências relacionadas ao fenômeno saúde-doença. Para o autor o método consiste em:

Aquele que busca interpretar os significados – de natureza psicológica e complementarmente sociocultural – trazidos por indivíduos (doentes ou outras pessoas preocupadas, ou que se ocupam dos problemas da saúde, tais como familiares, profissionais de saúde e sujeitos da comunidade), acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde-doença. (TURATO, 2005, p. 510).

Nesse projeto de pesquisa é utilizado o estudo de caso, onde são considerados como objeto de estudo os doentes com diagnóstico de neoplasia gástrica internados na clínica cirúrgica do HUIBB. Ao optarmos por esse recorte recorreremos à Heloani e Lancman (2004) para esclarecer que, nessa opção pelo estudo de caso, considera-se que

O objeto estudado é tratado como único, como representação particular da realidade, [...] e o intuito desse tipo de pesquisa é estudar profundamente uma organização (seja ela qual for), um grupo de pessoas, uma família ou simplesmente uma única pessoa (HELOANI; LANCMAN, 2004, p. 80).

Godoy ao escrever sobre o assunto relata que a escolha pelo estudo de caso:

[...] tem se tornado a estratégia preferida quando os pesquisadores procuram responder às questões “como” e “por quê” certos fenômenos ocorrem; quando há pouca possibilidade de controle sobre os eventos estudados e quando o foco de interesse é sobre fenômenos atuais, que só poderão ser analisados dentro de algum contexto da vida real. Adotando um enfoque exploratório e descritivo o pesquisador que pretende desenvolver um estudo de caso deverá estar aberto às suas descobertas. [...] deve também preocupar-se em mostrar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação, uma vez que a realidade é sempre complexa. (GODOY, 1995, p. 25).

Minayo (2007) ao descrever o processo de pesquisa qualitativa, define três etapas de realização que foram utilizadas durante a realização desse estudo, quais sejam: fase exploratória, através da produção do projeto de pesquisa e de todos os procedimentos necessários para preparar a entrada de campo; trabalho de campo, propriamente dito; análise e tratamento do material empírico e documental.

Quanto à fase exploratória da pesquisa, foram seguidas todas as etapas descritas pelo método escolhido, quais sejam:

- a) Revisão bibliográfica, compreendendo literatura especializada sobre o tema proposto (sofrimento psíquico, integralidade, câncer e linhas de cuidado);
- b) Consulta de periódicos e artigos científicos relacionados, obtidos através de sites de busca e consulta em bases dados;
- c) Elaboração da fundamentação teórica do projeto estabelecendo os núcleos ou eixos temáticos que estruturaram e organizaram a proposta apresentada pelo problema de pesquisa.

A realização do trabalho de campo foi dividida nas seguintes fases: submissão do projeto à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUIBB; estabelecimento de contato com os sujeitos da pesquisa, seus familiares/cuidadores, equipe de saúde multiprofissional; definição da população alvo do estudo; observação direta, registrada em diário de campo; coleta de dados e análise e discussão do material empírico coletado.

7.1. PASSOS INICIAIS

Após qualificação do projeto de pesquisa no Programa de Pós Graduação em Psicologia (PPGP), da UFPA, foi realizada a inscrição da pesquisa no CONEP (Anexo A) e em seguida seu encaminhamento ao CEP do HUIBB, para apreciação e posterior aprovação (Anexo B) autorizando o início da pesquisa em campo.

Conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, é determinado que todo e qualquer projeto de pesquisa relativo a seres humanos (direta ou indiretamente) necessita ser submetido à apreciação. De acordo com a resolução devem ser respeitados os aspectos legais, morais e éticos durante a realização do estudo.

Ainda seguindo a resolução nº 196/96 do CNS/MS a realização desta pesquisa, por sua proposta de investigação, mas também por seu caráter de acolhimento e assistência psicológica não ofereceu riscos às pessoas envolvidas.

Apesar da garantia de resguardar o sigilo sobre a identidade dos participantes, estes concordaram que os resultados desse estudo fossem divulgados, com a condição assegurada de total anonimato, sendo respeitadas as normas e garantias do consentimento informado, preservando assim a autonomia e o respeito aos indivíduos participantes. Estes participantes também foram esclarecidos acerca dos objetivos e a metodologia deste trabalho e ao aceitarem, voluntariamente, participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C), ficando com uma cópia do documento.

Após autorização da CEP do HUIBB para o início da pesquisa em campo, nos dirigimos ao chefe do Serviço de Cirurgia Geral/Clínica Cirúrgica, cenário do estudo, para apresentar a pesquisa e informar do início do processo de coleta de dados junto aos doentes internados. Em seguida adotamos o mesmo procedimento junto à equipe de enfermagem, dos períodos matutino e vespertino, considerando que estes profissionais permanecem maior tempo próximos aos doentes e acompanhantes, devido a necessidade de cuidados e observação contínua a estes, conseqüentemente congregando importantes informações acerca de sua condição orgânica e psicossocial; além de também manter maior contato e articulação com os outros integrantes da equipe multiprofissional (médicos, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas).

O Serviço de Psicologia do hospital também recebeu informações acerca do projeto e do início da pesquisa. Embora eu faça parte do referido serviço, como psicóloga do quadro efetivo da instituição, no momento inicial da coleta de dados eu me encontrava afastada das

minhas atividades profissionais⁵¹, iniciando o trabalho apenas como pesquisadora, ficando a assistência psicológica dos doentes da clínica aos cuidados da psicóloga responsável pelo setor. No decorrer do período de coleta de dados eu retomei minhas atividades profissionais no hospital, assumindo parte dos leitos da referida clínica.

O próximo passo foi a aproximação do público alvo visando estabelecimento de contato, através de minha apresentação enquanto pesquisadora. Após contato inicial havia a realização de esclarecimento do estudo proposto, através de explicações sobre a pesquisa em tela (problema e objetivos).

Nem sempre foi possível realizar todo esse procedimento preliminar na primeira abordagem, sendo necessário retornar com o doente outras vezes, antes de iniciar a entrevista propriamente dita.

Esse fato deveu-se em primeiro lugar à dinâmica peculiar da clínica em questão, principalmente no período da manhã, quando as visitas médicas e os procedimentos de rotina (banhos, curativos, exames) são mais frequentes; mas também, em muitos casos, devido às precárias condições orgânicas dos doentes, que requeriam uma abordagem breve evitando um desgaste ainda maior e dificultavam para este a garantia de melhor atenção e compreensão ao objetivo da abordagem.

Importa destacar que houve várias situações em que no momento do retorno para a conclusão da pesquisa, ou até mesmo para finalizar a abordagem inicial, muitos doentes, já não se encontravam nos leitos, seja por terem sido levados ao bloco cirúrgico; pelo agravamento de seus quadros de saúde, havendo necessidade de transferência para o Centro de Terapia Intensiva (CTI) ou Unidade de Recuperação (UR); seja por conta de alta hospitalar que não havia sido previamente informada ou discutida com a equipe⁵² ou mesmo a ocorrência do óbito desses doentes.

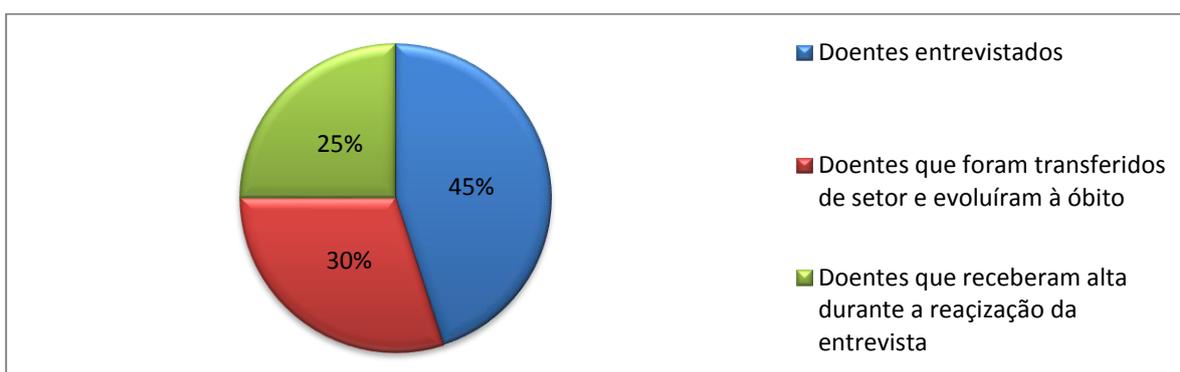
Esses fatores acima relacionados foram determinantes da necessidade de maior tempo de permanência na clínica para realização de entrevistas completas, assim como no número de entrevistas concluídas que terminou sendo menor do que o planejado inicialmente. Foram abordados vinte doentes (Gráfico 5), internados com diagnóstico de neoplasia gástrica, objetivando a realização de vinte entrevistas, proposta inicial desse estudo, porém foram

⁵¹ Licença profissional para realização da pós-graduação.

⁵² Nos casos da conduta pela alta hospitalar, principalmente as repentinas, não era raro ser motivada pela impossibilidade de um tratamento curativo, sendo o doente encaminhado para a sua residência e para o acompanhamento ambulatorial, de caráter paliativo.

concluídas apenas nove. Seis doentes foram abordados e convidados a participar do estudo, chegando a assinar o TCLE, porém tiveram alta médica antes que a pesquisa fosse concluída. Outros sete doentes apresentaram estado de saúde agravado, sendo transferidos para a UR/CTI, onde evoluíram a óbito. No entanto, tanto as entrevistas completas como os fragmentos serviram de base para análise dessa dissertação.

Gráfico 5. Comparação do número de abordagens realizadas junto a doentes portadores de neoplasia gástrica internados na clínica cirúrgica do HUIBB no período de junho a agosto de 2011.



Fonte: Clínica Cirúrgica do HUIBB (2011).

Entendemos que essa alteração no planejamento inicial terminou por constituir-se em dado de análise da pesquisa, pois nos faz refletir e avaliar sobre qual a realidade do cuidado em saúde oferecido ao doente no setor público do nosso Estado, considerando o déficit na integralidade da assistência, principalmente no que diz respeito ao difícil acesso aos serviços de saúde e à qualidade do atendimento prestado. Situação agravada ao considerarmos a atenção oncológica, que possui uma cobertura assistencial ainda menor, para doentes que necessitariam de cuidados especializados.

Também foram realizadas entrevistas com profissionais da equipe multiprofissional, objetivando a obtenção de maior quantidade de dados que pudessem permitir uma análise mais adequada da questão proposta pela pesquisa.

Ao abordar a equipe de saúde, embora nenhum profissional tenha se recusado claramente ao receber o convite de participação, foi observada certa resistência inicial na participação do estudo, identificada pelos seguidos e recorrentes adiamentos e justificativas que impediam a realização da entrevista, obrigando a pesquisadora a disponibilizar-se em horários e dias alternativos como finais de semana, por exemplo. Essa situação mostrou-se mais evidente junto aos técnicos de enfermagem, que depois de reiterados os convites, remarcações, e total flexibilização da pesquisadora, terminaram por ficar de fora do estudo.

7.2 CENÁRIO DE PESQUISA: DESCREVENDO O CAMPO DE TRABALHO

A clínica cirúrgica do HUIBB, espaço de realização da pesquisa, situa-se no segundo andar, ala oeste do hospital, sendo constituída por trinta e oito leitos, que atendem a doentes adultos, portadores de diversas patologias, na forma aguda ou crônica, com indicação cirúrgica, inclusive as oncológicas.

Os leitos são separados pelo sexo dos doentes e por diferentes especialidades cirúrgicas, que por sua vez dividem-se em três grandes grupos: Grupo 1 - esôfago, estômago, intestino grosso e delgado, colo, reto e ânus; Grupo 2 - fígado, vesícula, vias biliares, pâncreas; Grupo 3 - hérnias, parede abdominal.

Quanto ao fluxo dos doentes, o encaminhamento para a clínica cirúrgica pode ser interno e/ou externo. O encaminhamento interno ocorre através do ambulatório de cirurgia geral ou através da transferência do doente, a partir de outras clínicas do hospital (Clínica Médica, Pneumologia, Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP / HIV- AIDS e Pediatria⁵³), após avaliação da equipe de cirurgia.

O encaminhamento de doentes externos, da rede pública de saúde, ao HUIBB se dá formalmente pelo sistema de regulação do Estado (central de leitos, central de consultas) para a especialidade de cirurgia geral⁵⁴ ou ainda informalmente, através da indicação de médicos ou outros profissionais da rede pública e/ou privada de saúde.

Demonstrando o fluxo de doentes no hospital, um **residente de cirurgia** refere que:

Um dos maiores fornecedores de pacientes para cirurgia é a clínica médica. O paciente entra aí, ele refere uma queixa gástrica, aí é pedida uma endoscopia e de repente aparece uma imagem sugestiva de neoplasia, aí eles (médicos da clínica geral) pedem avaliação da cirurgia. [...]. (informação verbal)

A clínica cirúrgica está localizada próxima ao Bloco Cirúrgico e ao CTI. Em frente à escada de acesso ao segundo andar visualiza-se a sala onde funciona a secretaria e a chefia da clínica (cargo ocupado por um cirurgião), onde também circulam os cirurgiões e os residentes de cirurgia; verifica-se ainda uma sala de prescrição da equipe multiprofissional; uma sala da gerência de enfermagem e logo em seguida, também na entrada da clínica, o posto de enfermagem, contíguo à sala de medicamentos, onde encontramos os enfermeiros, técnicos de enfermagem e agente de posto.

⁵³ No caso da Pediatria o pós-cirúrgico do doente é realizado na própria clínica pediátrica.

⁵⁴ Considerando que o hospital ainda encontra-se em processo de credenciamento junto ao Ministério da Saúde, para o atendimento referenciado em oncologia.

Partindo do posto de enfermagem formam-se dois longos corredores de enfermarias em direções contrárias, sendo à direita para doze leitos femininos⁵⁵ e sala de recuperação pós-anestésica – UR, que dispõe de quatro leitos. À esquerda temos uma sala de enfermagem; o expurgo; dois leitos femininos e vinte leitos masculinos⁵⁶.

O cuidado em saúde na clínica cirúrgica é realizado por equipe multiprofissional, com diferentes formas de organização do processo de trabalho, trabalhando em horários e turnos diferenciados, centralizando-se principalmente no período da manhã, durante a semana, quando as atividades costumam ser mais intensas na clínica, devido as suas especificidades, assim como no hospital de um modo geral.

Quanto ao profissional médico, cada cirurgião é responsável por um determinado número de leitos, assumindo a supervisão técnica dos doentes e a acadêmica, relacionada aos residentes em cirurgia geral, que acompanham esses doentes passando um período quatro meses em cada um dos três grupos de especialidade, acima descritos, em sistema de rodízio. Temos ainda os internos de medicina, provenientes da Universidade Federal do Pará (UFPA) e da Universidade Estadual do Pará (UEPA).

A equipe multiprofissional também é composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de posto⁵⁷, técnicos de laboratório, assistente social, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta.

Do mesmo modo que os residentes de cirurgia geral, a clínica também recebe profissionais da residência multiprofissional em oncologia⁵⁸, que atuam em sistema de rodízio em todas as clínicas do hospital, especificamente com os pacientes oncológicos; além de estagiários de várias áreas e instituições de ensino técnico e superior.

⁵⁵ Divididos em três enfermarias de quatro leitos cada, sendo cada enfermaria destinada a um grupo de especialidade (grupos 1, 2 e 3).

⁵⁶ Os dois leitos femininos designado às doentes do Grupo 1 e os vinte leitos masculinos divididos em cinco enfermarias de quatro leitos cada, sendo duas enfermarias destinadas aos doentes do Grupo 1; duas enfermarias aos doentes do Grupo 2 e uma enfermaria aos doentes do Grupo 3.

⁵⁷ Exercendo funções de apoio à equipe, de caráter administrativo.

⁵⁸ Nutricionistas, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais.

7.3. PERSONAGENS DA PESQUISA

No caso dos usuários, foram definidos sujeitos adultos (a partir de dezoito anos), de ambos os sexos, independente de escolaridade, estado civil, profissão ou município de origem, desde que estivessem internados na clínica cirúrgica do HUIBB para investigação diagnóstica e/ou tratamento de câncer de estômago.

Dentre as entrevistas realizadas foram abordados seis homens e três mulheres, entre 36 e 77 anos, sendo quatro casados, quatro solteiros e um viúvo. Quanto à escolaridade percebemos um baixo grau de instrução, onde seis entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto, dois possuíam ensino médio e um se declarou alfabetizado. Quanto à procedência, cinco entrevistados residiam no município de Belém e/ou área metropolitana (incluindo Ilha do Mosqueiro e Ananindeua) e quatro residiam no interior do estado.

Outro importante aspecto considerado para a escolha dos sujeitos foi o critério subjetivo, caracterizado pelo desejo do doente em fazer parte da pesquisa, associado a condições clínicas (físicas e mentais) que possibilitassem sua inclusão no processo.

Na clínica são internados doentes com diagnóstico confirmado ou ainda em processo de investigação diagnóstica, neste caso, dando início a uma jornada de exames e procedimentos diagnósticos, que muitas vezes só se definem após o procedimento cirúrgico.

Devido ao quadro de fragilidade e expoliação orgânica do doente ou ainda devido à sua dependência de auxílio e/ou dificuldades na realização de atividades básicas⁵⁹ após os procedimentos cirúrgicos é freqüente a presença de acompanhantes nas enfermarias, os quais são acomodados em cadeiras localizadas ao lado dos leitos hospitalares.

Na situação de internação, objetivando investigação e/ou confirmação diagnóstica, a realização assim como a divulgação do resultado de exames e procedimentos investigativos muitas vezes podem se tornar demorados, estendendo a permanência do doente em ambiente hospitalar, principalmente no caso dos pacientes oncológicos⁶⁰, que requerem tratamento e acompanhamento para alívio e/ou esclarecimento de sintomas. Muitos doentes recebem o diagnóstico de câncer durante o processo de hospitalização, muitas vezes após a realização do procedimento cirúrgico.

Nesta situação descrita, o suporte multiprofissional e a atuação integrada da equipe de saúde que assiste a esses doentes se tornam indispensáveis, considerando-se todas as

⁵⁹ Cuidados com a higiene pessoal, alimentação, ir ao banheiro, comunicação com a equipe de saúde.

⁶⁰ Que costumam ser sub-diagnosticados na rede de atenção à saúde necessitando, apesar dos sintomas evidentes, de confirmação diagnóstica com fins de definição de conduta e tratamento.

implicações físicas, emocionais e sociais que os atingem e interferem na evolução de seu quadro de saúde e recuperação, durante o período de internação.

7.4. RECOLHENDO AS INFORMAÇÕES

Durante o processo de coleta de dados para a pesquisa qualitativa, o objetivo principal segundo Zanelli (2002), consiste em procurar compreender o que as pessoas apreendem ao perceberem o que acontece em seus mundos. O autor considera a coleta como um processo de aprendizagem, em que devemos estar atentos à compreensão que o entrevistado demonstra acerca do tema abordado, às possíveis distorções que possam ocorrer durante o processo e mesmo no grau de interesse ou confiança deste entrevistado em partilhar suas percepções.

O pesquisador qualitativo também ocupa papel determinante nesse processo, interessando que apresente características como flexibilidade na interação; compartilhamento autêntico, além de curiosidade e confiança para desafiar os próprios preconceitos, julgamentos e idéias preestabelecidas (ZANELLI, 2002, p.83). Para o autor:

O rigor na condução de estudos qualitativos é dado pela clareza e seqüência lógica das decisões de coleta, pela utilização de métodos e fontes variadas e pelo registro cuidadoso do processo de coleta, organização e interpretação. Na interação que se estabelece na entrevista, a linguagem é vista como um sistema de ação – uma seqüência de atos. O entrevistador almeja provocar no entrevistado as verbalizações, em direção aos conteúdos e seus significados.

A obtenção dos dados aconteceu através da aplicação, junto aos doentes e equipe de saúde, de entrevista semi-estruturada. A primeira parte caracterizada pelos dados de identificação do público alvo e a segunda caracterizada por um roteiro elaborado de acordo com o objeto desse estudo (Anexos D e E).

Zanelli (2002, p. 83) nos indica que um roteiro de entrevista serve apenas como uma intenção de trajetória, como um farol a iluminar o caminho a seguir, mas que aprofundar o relacionamento é prioritário: questionamentos que estimulem o livre discurso e a manifestação de opiniões pessoais costumam possibilitar verbalizações mais detalhadas e minuciosas. O autor descreve a entrevista do seguinte forma:

De um modo simples, a entrevista é definida como uma conversação com um propósito. Antes de mais nada, o entrevistado aceita compartilhar crenças, valores e sentimentos com uma pessoa (o entrevistador) muitas vezes estranha e que está vendo pela primeira vez. Quando não é o caso (o participante da pesquisa está no

circuito relacional do pesquisador), outras dificuldades podem se interpor, como a desconfiança quanto ao que será feito com as informações.

A aproximação inicial era caracterizada pela apresentação da pesquisadora e pelo esclarecimento da finalidade da pesquisa, buscando dar compreensão aos entrevistados acerca da importância e da necessidade do estudo do tema escolhido. Durante as entrevistas, o modelo de abordagem escolhida é interpretativo procurando dar ênfase “ao relativismo cultural, à participação ativa do entrevistador e à voz do entrevistado”. Esse modelo, segundo Zanelli (2002):

[...] reconhece que significados emergem da interação e não são padronizados de lugar para lugar ou de pessoa para pessoa. Obriga-se, por conseqüência, a denotar significados no contexto. Respostas que, para os entrevistados, são corriqueiras, e eles não entendem por que alguém tem interesse naqueles assuntos, para o entrevistador fornecem importantes elementos de compreensão de um evento. Em outras ocasiões, os entrevistados não conseguem explicar coisas que, para eles, fazem parte de regras ou condutas inquestionáveis. Cabe ao pesquisador deixar clara a finalidade da conversação e por que é relevante para a pesquisa”. (p. 84)

As entrevistas foram gravadas eletronicamente (sempre com a expressa autorização dos participantes) e posteriormente transcritas para análise, ver o roteiro de entrevista semi-estruturada (Anexo F).

Como foi citado anteriormente, as entrevistas foram interrompidas e retomadas inúmeras vezes devido, entre outros motivos, ao estado de saúde dos doentes (cansaço, dores, sonolência); à característica dinâmica da clínica cirúrgica e do processo de trabalho vivenciado neste espaço (procedimentos médicos e de enfermagem, visitas e discussões de casos diante dos leitos e demais intervenções multiprofissionais).

Os dados subjacentes à entrevista foram registrados em diário de campo, através da observação direta. Zanelli (2002, p. 83) coloca que “a observação atenta dos detalhes põe o pesquisador dentro do cenário, para que possa compreender a complexidade dos ambientes psicossociais, ao mesmo tempo em que lhe permite uma interlocução mais competente”. As informações registradas em diário de campo se mostraram fundamentais para a reconstituição dos passos desse momento de coleta de dados.

8 O SOFRIMENTO PSÍQUICO: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA INTEGRALIDADE E DO CUIDADO EM SAÚDE

Embora o hospital seja considerado historicamente um espaço destinado ao cuidado em saúde, a realidade atual nos mostra que, apesar dos progressos científicos e tecnológicos e do avanço das discussões em torno do conceito de integralidade e da valorização das dimensões subjetivas dos atores envolvidos no processo de produção da saúde, ainda estamos distantes de afirmar que o doente ocupe um lugar de protagonismo na história de seu adoecimento.

No caso do doente oncológico, isso se torna mais grave devido a cronicidade do quadro e do impacto que essa doença, principalmente por seu significado estigmatizante, representará ao longo de sua vida; logo as repercussões desse adoecimento e do tratamento a que será submetido assumem proporções significativas, na medida em que esse indivíduo terá que estabelecer uma nova dimensão de vida, como nos diz Canguilhem (1985), reinstituindo novas normas para viver sob essas diferentes condições de vida.

As interpretações e análises dos conteúdos apresentados a seguir foram construídas acordo com os eixos temáticos estabelecidos ao longo desse estudo, quais sejam, integralidade; processo de trabalho em saúde e cuidado, a partir da discussão dos relatos das personagens da pesquisa realizados em hospital público universitário, com pretensão a se tornar referência em assistência oncológica.

Dessa forma, busca-se compreender quais os fatores geradores de sofrimento psíquico dos doentes com câncer de estômago durante processo de adoecimento e internação hospitalar; assim como analisar o atendimento recebido por esses doentes, com base na integralidade e no cuidado enquanto dispositivos tecnológicos de produção de saúde.

O método de análise utilizado será o de contraposição de trechos das verbalizações, obtidas através de entrevistas com doentes e profissionais de saúde de acordo com a literatura correspondente.

Como abordamos anteriormente há uma interrelação entre os trabalhadores, usuários e familiares que será analisada à medida que o processo de cuidado interfere diretamente na produção do trabalho em saúde e no sentido que o doente dá ao seu adoecimento.

8.1 INTEGRALIDADE EM SAÚDE

De acordo com Mattos (2004), o termo integralidade foi construído para ser utilizado como um dos princípios do SUS, a partir de três conjuntos de sentido que pudessem funcionar como uma *imagem-objetivo* das práticas ideais que desejamos que aconteçam no sistema de saúde, contrastado com a realidade que vivenciamos atualmente.

O primeiro conjunto de sentido se aplica às políticas de saúde, que promovam articulação de ações de alcance preventivo com as assistenciais; o segundo se aplicam aos aspectos da organização dos serviços de saúde e o terceiro conjunto de sentidos se debruça sobre as práticas de saúde.

Mattos (2004, p. 1413) ao discutir sobre prevenção/assistência nos coloca diante da necessidade da lógica da prevenção em saúde buscar uma aproximação da lógica da assistência. Isso promoveria uma apreensão ampliada das necessidades de saúde do indivíduo que procura os serviços em busca do atendimento através de uma demanda, conhecida como espontânea, que parte de uma experiência de sofrimento, ou seja, a assistência vincula-se a experiências individuais de sofrimento, que “apesar de experimentadas singularmente, são construídas socialmente”.

A lógica das ações preventivas é justamente procurar se antecipar à experiência de sofrimento, criando dispositivos e adotando processos coletivos de trabalho em que os profissionais de saúde possam atuar, como diz o autor, ainda no silêncio dos órgãos, a partir do conhecimento sobre as doenças, que permitiria reconhecê-las ou prevê-las, a partir de seus riscos, antes que surjam os sintomas, manifestação do sofrimento.

Porém essa assistência baseada na perspectiva da integralidade precisa trabalhar em cima da proposta de uma clínica ampliada, de forma dialógica e intersubjetiva, através da relação entre sujeitos e não entre equipe e objeto. Mattos (2004, p. 1414) define que:

O que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente essa habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde.

Esse encontro só será possível com a equipe, enxergando o sujeito além de seus sintomas e escutando o que ele tem a dizer, além de suas queixas, através do trabalho vivo, em ato.

A queixa desses sujeitos que procuram os serviços de saúde, principalmente no nível de atenção básica, reportam a uma invisibilidade que os faz peregrinar de posto em posto, de

hospital em hospital na busca de alívio ao seu sofrimento, ou ao menos de um diagnóstico adequado, muitas vezes sem êxito, situação que culmina, no caso dos doentes oncológicos, no agravamento de seus quadros de saúde, muitas vezes impossibilitando uma intervenção de caráter curativo.

O sentimento de revolta e indignação não são incomuns entre os doentes que tiveram que percorrer verdadeiras vias crucis para conseguir um atendimento que pudesse finalmente se mostrar resolutivo. Ao contar das suas idas e vindas aos serviços de saúde, estes doentes descrevem seus itinerários:

Em 2006 eu comecei a sentir uma dor aqui do lado (aponta a região do estômago). Em 2008 eu procurei fazer acompanhamento médico mensal e o meu médico nunca me pediu para fazer um exame de endoscopia com uma biópsia. Em 2009 eu não estava quase mais podendo, com muitas dores, voltei pra Belém. Eu falava pro médico que as minhas fezes estavam negras, negras, negras. Aí em 2010 a minha filha me levou pra um médico gástrico, em Ananindeua, aí ele pediu uma endoscopia com uma biópsia e eu fiz, aí apareceu o problema: era uma úlcera gástrica. Eu já vinha desconfiando né? Falei pro doutor: é Deus, o senhor, eu e minha filha. Tenho outros filhos, mas moram muito longe de mim. Coisa de perigo, por favor fale a verdade, não me engane. Eu não sei se ele ficou com medo de falar a verdade ou se houve negligência dele, eu só sei que quando ele abriu o resultado da biópsia, disse pra minha filha: “seu pai não tem muito perigo, é uma úlcera gástrica, mas que não corre perigo, com o tratamento ele fica bom”. Aí toma remédio, cada volta minha lá era R\$75,00. (...) Eu me internei várias vezes.(...) Piorava, voltava pro hospital, aí ele me internou, daí viajou, e deixou uma doutora para cuidar de mim. Aí a minha filha foi com ela e disse que eu estava de alta, aí a minha filha perguntou: “mas como, passando mal desse jeito?” Ela disse: “é, mas tá de alta!” Dia 06/12 eu saí correndo da minha casa atrás de hospital. (...) Com seis dias saí o leito para mim, aí eu ingressei aqui dia 09/06, porque a amiga da minha filha pediu, meu nome não entrou na central de leitos.” (**Aposentado, EFI 77, Solteiro**) (informação verbal)

[...] eu senti uns sintomas e procurei um médico particular que não me encaminhou pra canto nenhum. Consegui uma consulta aqui (HUJBB) através da minha irmã, que conhece um rapaz aqui dentro. (...) Através dele é que eu já consegui fazer meus exames aqui já. Aí foi descoberto aqui isso, pelos exames, pela biópsia. (...) eu vim para esse hospital em 2006, mas não internei: só fiz uma consulta e me mandaram embora. Voltei por esses dias e vim me internar agora, devido esses exames que eu fiz. (**Lavrador, Ens. Médio, 39, Casado**). (informação verbal)

A equipe médica também descreve que além da dificuldade do acesso dos doentes aos serviços, a qualidade da atenção recebida na atenção básica ou primária não possibilita a realização de um diagnóstico oncológico precoce e adequado, imprescindível para aumentar as chances de tratamento a esses doentes, interferindo decisivamente em seu prognóstico e recuperação:

Não sei se isso ocorre devido a uma falta de procura de atendimento médico ou então o fato de eles chegarem aqui muito tarde. Eu acho que os pacientes chegam muito tarde porque eles não são atendidos e encaminhados corretamente para chegar aqui. Quando eles já vêm aqui, raríssimos casos estão em condições de

cirurgia ainda em caráter curativo. Desde quando eu estou aqui, do começo do ano até agora, poucos são os casos em que a gente consegue pegar um paciente e satisfazer alguns critérios de que a gente precisa para que tenha mais chance de sucesso na cirurgia. Isso acontece sempre e deixa a gente desanimado, porque não vemos perspectiva de mudanças, é uma situação que se repete e a gente pensa que poderia ser diferente, aquela pessoa poderia ter uma chance de viver melhor, com mais qualidade, mas não podemos oferecer mais essa chance a ele. É difícil trabalhar com essa sensação de impotência (**Residente de cirurgia**) (informação verbal)

[...] muitas vezes o paciente vem de um ambulatório, de um consultório, de um posto de saúde e ele vem com um exame, uma endoscopia, só que ninguém falou para ele o que é, qual é a possibilidade daquilo ser um câncer, ou seja, eles vêm aqui com uma queixa de estômago: “eu vim consultar por causa da dor do estômago”. Aí tu vês a imagem, às vezes até o próprio colega descreve a úlcera que é sugestiva de uma neoplasia, aí tu olhas e diz: isso é um câncer! E aí quando fala isso, a pessoa fica chocada, às vezes, porque ninguém havia falado nada... E a gente muitas vezes tem a percepção pela própria pessoa mesmo, que nos diz que nos últimos dois meses, por exemplo, perdeu quinze quilos! Quem é que faz isso que não está usando de um regime forçado e tudo o mais, que perde quinze quilos em dois meses? Aí ele vem, faz alguns exames e acaba diagnosticando” (**Residente de cirurgia**) (informação verbal)

Ainda a respeito dessa dificuldade de compreensão do diagnóstico pelo doente podemos somar a inabilidade e o comportamento “dessocializador” de muitos profissionais em estabelecer com o doente, através do uso das tecnologias leves, um espaço relacional intercessor e dialógico que possa garantir o acesso às informações e a compreensão acerca de seu real estado de saúde e das possibilidades para a sua vida, como podemos verificar a partir dos seguintes relatos:

Me explicaram aqui na consulta. O médico me disse que era um ‘tumor de câncer’ e a H Pylore que já poderia ter virado câncer também, numa parte do meu estômago e que já estava “alcançado”, pelo tempo que eu estava na espera no outro hospital. Lá no outro, no Ofir Loyola, fizeram várias manobras e nunca me disseram o que eu tinha. Aí fiquei vindo, faz exame, vem, daí perguntava pro médico: doutor e o meu problema? Mas só que por a gente não saber ler é que hoje em dia muitas coisas atrapalham, digo assim, se é uma coisa eu entendo assim: um arranhão, o sujeito tá todo arranhado, aí aqui não, já é uma “escariação” no corpo, então essas palavras aí... estão dizendo que vai acontecer tal coisa e a gente não sabe! Não consegui entender o que eu tinha. Eu perguntava, mas diziam que era um problema “não sei o que”, que tem que fazer ‘não sei o que’, acharam um tal de pólipó, um negócio...” (**Lavrador, EFI, 47, Casado**) (informação verbal)

Ele não queria falar pra mim, mas eu já sabia que eu tinha lido os papéis, eu sou uma pessoa assim meio sem leitura, mas eu sei! Aí eu disse: pode falar doutor, não tenha medo não! Ele perguntou, mas a senhora veio sozinha? Vim só, mas pode falar que eu já sei o que é que eu tenho. Aí ele não queria dizer com medo né? Aí eu disse: não doutor, não tenho medo não, tô aqui é pra isso mesmo, eu não “tô de semente” na terra. Aí ele falou: a senhora não se preocupe que vai ter jeito... Disse que eu tinha duas úlceras e H-Pylore. O médico falou que a úlcera que eu tinha tava com começo de malignidade, mas disse: a senhora “não se bata não”, que vai ter jeito, vai ter como operar.” (**Do Lar, EFI, 54, Casada**) (informação verbal)

Lá em Mosqueiro não me disseram o meu diagnóstico, até porque não tinha gastro, foi o clínico geral que me encaminhou. Aqui, durante o meu tratamento com o gastro foi diagnosticado a neoplasia. Aí ele me encaminhou para a cirurgia geral. Passei um ano consultando com ele: ele fez diversos tratamentos com medicamentos para ver se combatia, ele achava que fosse H Pilory, coisa assim, mas não tinha nada disso... (...) eu acho que seja um entupimento, é o que eu acho! Porque não chegaram assim, e disseram: olha, foi assim, assim, assim, nada disso me falaram, entendeu? Se me perguntarem não sei dizer o que eu tenho. Eu vim para cá porque achavam que eu tinha um tumor, que eu iria perder parte do estômago e do intestino. Ninguém me falou nada [...] (**Artesão, Ensino Médio, 55, Casado**) (informação verbal)

Merhy, Franco e Magalhães Júnior [2003, p. 2] criticam os encaminhamentos realizados pelas unidades básicas de saúde a especialistas, sem que tenham sido esgotados todos os recursos de resolutividade da atenção básica, pois acarretam maior dispêndio de recursos financeiros e sobrecarregam a média e alta complexidade. Esse tipo de encaminhamento inadequado revela, segundo os autores, “um certo modo de operar o trabalho em saúde, em que falta solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário”.

Diante deste contexto é possível observar um volume significativo de usuários chegando aos hospitais, como é o caso do HUIBB, apresentando agravamento de seu quadro de saúde, devido o longo tempo decorrido sem acesso a linha de cuidados e ainda sem apresentar conhecimento e/ou compreensão acerca de seu diagnóstico.

8.2. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Cecílio e Merhy (2003) defendem que a organização dos processos de trabalho surge como o principal desafio a ser enfrentado para que se opere mudança nos serviços de saúde, contrapondo-se ao modelo de assistência centrado na hegemonia médica, que restringe e reduz as opções do usuário quanto aos dispositivos tecnológicos de cuidado. A assistência, nessa lógica organicista, privilegia as tecnologias consideradas duras e leve-duras em detrimento das tecnologias leves, chamadas de tecnologias das relações.

Essa transformação ou transição na lógica da assistência para a tecnologia relacional traz como eixo um processo de trabalho que tem por objetivo transformar os serviços de saúde em espaços cuidadores, humanizados, onde os usuários descubram a possibilidade de dialogar, refletir, descobrir novas formas de buscar saúde, enfim, se relacionar.

Um dos indicadores mais marcantes dessa realidade é o processo de comunicação entre o doente e o profissional de saúde, além da comunicação entre a própria equipe multiprofissional e dessa com a gestão dos serviços.

8.2.1 Comunicação Médico x Doente: o não revelado e o cotidiano dos doentes com câncer

No ambiente hospitalar a realidade da falta de comunicação entre médico e doente não é muito diferente da descrita até agora. Os relatos de doentes que já estão internados há dias, em processo de fechamento diagnóstico ou até mesmo aguardando o tratamento cirúrgico são repletos de dúvidas e desconhecimentos a respeito de sua situação real de saúde. Ao questionar se foram esclarecidos sobre seu diagnóstico, tratamentos disponíveis e/ou possíveis sequelas, os relatos se repetem:

Não. Ainda não sei o que tenho porque lá deu gastrite e problema no esôfago, que estava assim tipo fechando e não podia passar comida: o que eu comia não conseguia passar e acumulava aqui (aponta para o pescoço) e daqui mesmo tinha que provocar, aí voltava. Já perguntei, perguntei pro médico: posso saber qual é o meu sofrimento? Porque é que eu vou ser operado? Aí eles disseram assim: “não, por enquanto você não sabe porque nem nós sabemos ainda, ainda não saiu o resultado da biópsia que fizemos, mas no próprio instante que sair lá, eu passo para vocês aqui, nós, da cirurgia, vamos passar aqui e conversar com vocês, vamos lhe explicar tudinho qual é o significado da sua doença”. Tudo bem, diz o paciente “porque eu acho que eu tenho o direito de saber!” (**Aposentado, Alfabetizado, 66, Viúvo**) (informação verbal)

O médico falou. Disse que eu tinha que fazer essa cirurgia, porque o meu estômago estava comprometido, estava com duas “pequenas úlceras”. Ele falou que ia tirar a parte do meu estômago que tava com a ferida. Eu disse tá bom doutor! Mas ele não disse o que ia acontecer depois. Agora que me disseram que eu tenho que começar a reeducar o estômago porque foi tirado quase todo, aí eu tenho que me alimentar menos e comer de pouca porção, mas de quatro em quatro horas pra me alimentar, eu não posso comer muito, que ele falou.” (**Do Lar, EFI, 54, Casada**). (informação verbal)

Não, eles não falaram isso. Só falaram que iam tomar conta do meu caso [...] Eles conversaram comigo hoje (data da alta hospitalar) sobre o problema da cirurgia que foi resolvido: fizeram a cirurgia, retiraram a ferida que tinha, retiraram o tumor, agora só ia depender de mim porque aqui no hospital não oferece a radioterapia então eu tenho que ir para outro hospital fazer a continuidade do trabalho. Então vai depender muito de mim, da minha fé, do medicamento, de eu tomar direitinho, fazer os exames direitinho, o acompanhamento aqui do hospital e vai ter como solucionar o meu problema. Eu acreditei!” (**Lavrador, EFI, 47, Casado**) (informação verbal)

Não. Só me falaram que o meu caso seria cirúrgico. Não sei que tipo de cirurgia. Nada, nada, nada. Não me esclareceram nada! Perguntei. Essas consultas que eu

estava fazendo eram só com esses iniciantes de medicina. Quando você chega com o médico já tá tudo completamente diferente até do que você falou, porque cada um vai colhendo uma coisa, tem uns aqui que tem uma caligrafia péssima, que o outro não entende o que é, interpreta mal, com pouco tempo tá... é por isso que já tiraram essa história aqui do meu esôfago, que não tem nada haver, já surgiu em uma dessas consultas. Eu nunca tive problema nenhum em engolir, meu problema é que eu engolia, a comida ficava aqui (aponta para o pescoço) e não havia uma digestão, aí já saiu esse negócio de que eu tinha problema no esôfago! (**Artesão, Ensino Médio, 55, Casado**) (informação verbal)

Não, não [...], o que eles explicaram é que eu ia fazer esses exames, que já fizemos: a radiografia, o raio-x, a biópsia, essa endoscopia que eu fiz e que nós ainda não recebemos os resultados, eles falaram que tudo eles já tem o resultado concreto, que tem a possibilidade de fazer a cirurgia, só que esse aí (refere-se à biópsia) que tá faltando, porque enquanto não tiver esse aí eles não podem fazer porque ele que vai ter que dizer qual é o tipo da doença, como é que está, como é que eles podem operar, qual é o tamanho da cirurgia, então eles não podem fazer enquanto não receber esse resultado. Por isso é que eles estão demorando com isso. O que o médico falou é que nós perguntamos pra ele se tinha possibilidade da gente ficar bom, ele disse: “com certeza, se fizer essa cirurgia você vai ficar zerado, você vai ficar bom! Teu problema se é esse aí, vai ficar bom”. E eu tô confiante em Deus primeiramente e em segundo neles, né? (**Aposentado, Alfabetizado, 66, Viúvo**) (informação verbal)

Só falaram que eu ia fazer a cirurgia, tava com câncer no estômago e ia ficar tudo ok. Aí já depois da cirurgia é que o doutor falou para minha irmã que iam pegar meu estômago, iam levar não sei para onde, fazer não sei o que lá, que eu não sei como é o nome, aí se fosse preciso eu ir pro Ofir Loyola eles iam dar todos os papéis daqui, para eu terminar o tratamento lá. Eu pedi para minha irmã perguntar pro doutor se era um câncer benigno ou maligno, não sei se ela perguntou [...] (**Empregada Doméstica, EFI, 40, Solteira**) (informação verbal)

Esse fato reflete sobremaneira no trabalho da equipe multiprofissional, que não encontra meios de abordar o doente claramente, dificultando inclusive na preparação orgânica (principalmente no que diz respeito às orientações nutricionais, no caso do câncer gástrico) e psicossocial para o pós-cirúrgico imediato e tardio, assim como a programação que toda a equipe precisa realizar para atender as necessidades de cuidados após a alta hospitalar. Muitos doentes, contrariamente à situação ideal, entram no bloco cirúrgico sem ter compreensão da real gravidade do seu caso e das possíveis sequelas relacionadas. Ao questionar a equipe acerca do conhecimento/compreensão do doente a respeito de seu quadro de adoecimento, temos os seguintes relatos:

A maioria tem um conhecimento baixíssimo. Primeiro porque a maioria é de uma classe sócio cultural que não tem um conhecimento científico das coisas: câncer para eles é assim uma coisa abominável, então o que acontece é que quando o médico vem conversar, e eu já vi isso acontecer, ele diz “olha o senhor tem uma neoplasia, essa neoplasia é maligna [...], e a pessoa pensa “mas o que é uma neoplasia?”. Não sabem o que é uma neoplasia, não sabem o que é que está acontecendo, porque para eles têm que dizer que é câncer, porque se não disser que é câncer ou até se disser se é tumor, também eles não vão entender, então o conhecimento é baixíssimo. Muitas vezes eu peguei paciente aqui que não sabia

nem que ia tirar todo o estômago, porque ia ser informado para ele que iria ser feito uma gastrectomia. O que é gastrectomia para ele? Ele não sabe! (...) Eu acho que a gente acaba se deparando com os dois fatos: eles muitas vezes não têm clareza do diagnóstico e muitas vezes eles realmente não sabem o que têm de fato, não conhecem o diagnóstico. Têm pacientes aqui que de fato internam e o médico não diz o que ele tem e nem o que ele vai fazer. Têm pacientes que internam, que eles dizem, mas na nossa linguagem (técnica), na linguagem que muitas pessoas têm até nível superior e não entendem, porque não são da classe, não faz parte do seu conhecimento habitual. **(Enfermeira)**. (informação verbal)

Não. No primeiro momento não tem clareza do diagnóstico. A permanência desses pacientes aqui é uma média de sete, quinze até trinta dias e eles começam a ter conhecimento no pós-operatório. A família é chamada no pós operatório aí se diz: “deu para curar; não deu para curar [...]”. E a explicação é de que era um câncer o diagnóstico. Quando nós (enfermeiros) chegamos para a visita aos leitos e perguntamos à família se sabiam do que os pacientes foram operados, respondem que foi de uma massa ou um tumor, nos questionam e nós que terminamos explicando e depois ouvimos “ah, mas eu não sabia que era isso”; “a senhora não sabia?” então aguarde que vou chamar o residente para lhe explicar..., aí dizemos (ao residente) “olha, a acompanhante está dizendo que não foi para isso que o parente dela internou”. Respondem: “ah, mas eu expliquei”; eu digo: mas eles não entenderam! A maioria deles só toma real conhecimento no pós-operatório. **(Enfermeira)** (informação verbal)

Os que sabem, sabem, mas acho que eles têm um problema sério de prognóstico, de saber o que vai acontecer, quais serão as próximas fases daquele adoecimento. Acho que isso tem um problema de compreensão ainda grande. Eu vejo que aí há um problema de comunicação mesmo, na fala, de como é verbalizado isso e de como as pessoas compreendem isso. O médico falando tecnicamente e eles (pacientes) por outro lado não entendendo, mas também não perguntando, porque existe uma barreira muito grande, existe uma barreira enorme em que eles se intimidam em fazer perguntas ao profissional de saúde. **(Assistente Social)** (informação verbal)

Aqui no nosso hospital, o conhecimento dos pacientes, eu digo 80% a 90%, a maioria, não sabe que é paciente com neoplasia. Se tu passares agora mesmo, a grande maioria não sabe que é portador de câncer. [...] De 10% a 20% dos que sabem, o que a gente percebe: que uns, pelo menos a equipe tenta esclarecer do que é a doença, tudo, mas só que tem alguns pacientes que acabam negando, e eles voltam para aquela hipótese inicial, “eu estou com uma gastrite, com uma úlcera e eles não afirmam que têm a neoplasia. Outros não, eles entendem e começam até a ajudar em relação ao tratamento, a entender melhor o tratamento, a importância da adesão ao tratamento, quando eles sabem de fato o que eles têm. **(Residente de Nutrição)** (informação verbal)

Pinheiro (2008, p. 89-90) aponta algumas justificativas para a dificuldade de comunicação entre médico e doente: a pouca valorização das relações pessoais nas ações de saúde, seja como potente recurso terapêutico na intervenção junto ao doente, seja como elemento intercessor nas interrelações existentes entre doentes/equipe de saúde/serviço de saúde; falta de formação específica voltada para a comunidade e a própria estruturação do

campo médico onde a competência técnica do profissional é tradicionalmente julgada e valorizada pelos seus pares,⁶¹.

A solicitação cada vez maior de exames diagnósticos também contribui para diminuir a aproximação entre médico e doente, sendo que a importância dada ao exame complementar vai assumindo o espaço de vinculação antes mais favorecido pela anamnese e o exame físico detalhado.

Esse afastamento subjetivo o que coloca o doente num plano secundário, ou seja, há um interesse maior em discutir as possibilidades de restabelecimento da saúde de um doente com os colegas de profissão (estudo de caso), do que com o próprio doente, que quando tem sorte consegue participar desse momento durante as visitas médicas aos leitos, mas apenas enquanto “ouvinte passivo”.

[...] O médico me disse que é uma úlcera no estômago. Que eu deveria comer mais verdura, que esse negócio de úlcera provém disso. Foi o que ele me falou. Ele disse assim, não foi para mim eu é que ouvi, foi pro outro médico: “pode ser benigno ou maligno”, quer dizer que ele pensou que fosse tumor né? Não sei o que é isso, foi o que ele falou: já estou aqui com os exames, ele já me falou que é uma úlcera. (**Do Lar, EFI, 69, Solteira**) (informação verbal)

[...] Meu tratamento é desentupir o esôfago (refere-se ao procedimento de dilatação devido estenose esofágica). Já fizeram duas sessões de dilatação, através da endoscopia. Só que o doutor me falou para perceber direito que isso aí pode ficar um efeito sanfona: “cada mês tá fechando, vem pro hospital abre de novo, deixou bem claro para turma dele”! Porque isso aí, ele deixou entender que não é um tratamento definitivo, ou seja, tem pessoas que se dão bem com isso e outros não, outros podem voltar. Mas o médico não disse isso pra mim, disse para os outros médicos e eu escutei. (**Artesão, Ensino Médio, 55, Casado**) (informação verbal)

Às vezes a gente tem um paciente na enfermaria, que quando a gente passa a visita com os internos do sexto ano, a gente procura sempre dar uma orientação: olha é um paciente que tem uma suspeita de..., aí coloca uma sequência de duas, três doenças e sempre coloca a neoplasia incluída, para pessoa não ficar assim... às vezes chega alguém lá e diz “não, tu estás aqui internado, isso é uma enfermaria de neoplasia gástrica, tu tens um câncer no estômago, aí ele vai olhar e dizer: tá, mas ninguém me disse isso ainda. Isso às vezes a gente tem medo que aconteça porque é um paciente, às vezes que está em investigação. A gente suspeita, a suspeita é muito grande, só que a gente não tem nada que assine em baixo dizendo que tem um câncer. (**Residente de Cirurgia**) (informação verbal)

A equipe médica embora admita a dificuldade em estabelecer uma vinculação mais efetiva, um envolvimento intersubjetivo com o doente, principalmente o oncológico, não

⁶¹ Havendo melhor visibilidade nas instituições hospitalares do que na atenção básica, devido a maior complexidade dos casos atendidos e a exposição junto aos colegas de profissão, o que não ocorre na atenção básica, daí o menor interesse em estabelecer vínculo com o doente. (Pinheiro, 2008)

considera que esta questão seja de fato um grande desafio a ser considerado, direcionando seu discurso de queixas a precarização da infraestrutura (predial; equipamentos; insumos) e gestão gerencial inadequada, como os principais fatores responsáveis pela baixa qualidade da assistência prestada atualmente no hospital.

Esse discurso médico é corroborado pela equipe multiprofissional, porém nesse caso há um movimento adicional de busca pelo espaço intercessor de intersubjetividades, reivindicando uma aproximação dos saberes multidisciplinares a serem usados em favor da produção de saúde, não como um recorte de especialidades, mas através de um processo de trabalho baseado no cuidado e na integralidade.

Figueiredo (2009, p. 133) nos diz que há uma importância essencial na prática do cuidado que é o de levar o seu objeto a desenvolver capacidades cuidadoras, para isso, é importante que os trabalhadores de saúde compreendam que:

Muitas vezes os agentes especializados, como médicos, professores etc., pensam que suas atividades poderiam se ater às normas técnicas de eficácia. Mas não é verdade, e o equilíbrio dinâmico entre as funções da presença implicada e sua relações com a presença reservada não são ensinados em nenhum manual. É preciso que haja uma introjeção criativa das funções cuidadoras e isso também não se aprende nem por receita nem por imitação. É claro que a imitação de bons modelos de cuidado pode ajudar, bem como ajuda uma compreensão mais teórica do que está envolvido nas práticas de cuidado. No entanto, para que a introjeção seja criativa, é necessário que elas se enraízem nas capacidades do sujeito ativadas pelo outro, pelo agente cuidador.

Na relação com o doente oncológico, de acordo com os relatos colhidos, a falta de preparo técnico para lidar com a situação (inclusive a falta de protocolos que digam como fazer); a representação social da doença; sua alta letalidade; o prognóstico reservado devido o avanço da doença; baixo grau de instrução dos doentes; resistência dos familiares em aceitar informar o diagnóstico ao doente; são fatores determinantes no comportamento apresentado na rotina dos cuidados em saúde.

Na opinião dos médicos, quanto ao conhecimento que o doente tem acerca do diagnóstico:

Muito pouco. Acho que assim, se você for pegar pela maioria dos pacientes, o nível sócio-econômico é muito baixo, então você dizer: ah você tá com câncer, você tem um tumor, talvez a maioria não compreenda a dimensão dessa informação para eles. Ou os que compreendem talvez excedam e muito e os que não compreendem diminui bastante a gravidade da situação. Às vezes você chega para um paciente e diz assim: “olha você tem um câncer no estômago e está num estágio avançado”, aí ele: “tá doutor, mas o que é eu tenho?” Sabe assim, não consegue dimensionar ou então não consegue compreender a gravidade da situação deles. [...] Muitas vezes: está com câncer, mas assim, o que é câncer? Talvez eles esperam uma visão, uma coisa assim palpável, como se por exemplo:

ah você está com um problema na sua mão, aí você vê que a sua mão está quebrada, vê que a sua mão está sangrando, alguma coisa mais palpável, visível. **(Residente de cirurgia)** (informação verbal)

Não. É colocado pra ele: você tem um câncer de estômago, o único tratamento é cirúrgico. Aí é explicado: vai ser retirado uma parte do estômago, que vai ter que se alimentar de pequenas porções, a gente dá mais ou menos, o operatório e o pós-operatório imediato. Só que eu acho que eles não têm uma consciência, como a gente que está lidando com isso todos os dias, parece tão rotineiro, mas para eles, parece que eles não entendem que é uma cirurgia, aqui no Barros é uma das maiores cirurgias que tem, podendo demorar de oito, dez, doze horas. [...] eu acho que é importante comunicar. Eu já acompanhei alguns cirurgiões oncológicos que, acho que grande parte deles têm essa opinião, são um pouco frios nisso, mas eles têm por idéia de que é direito do paciente saber desde o princípio. A família sempre fica: ah não vamos dizer, porque ele vai deprimir... Como é que ele vai deprimir se ele perdeu vinte quilos em dois meses, ele está definhando, não veste mais a roupa, o que é que tu achas que ele imagina que tem? Com certeza ele imagina que tem um câncer né? e se tu não disseres pra ele, ganhar a confiança dele dizendo que tu vais tratar ele dum câncer e que tem tratamento, aí acabou a relação médico-paciente. Acho que a gente tem que ser sincero desde o início. **(Residente de Cirurgia)** (informação verbal)

A gente tenta, em algumas situações ser criterioso, aguardando o resultado da biópsia. Grande parte dos profissionais fazem a biópsia quando realizam uma endoscopia. Só que tem alguns pacientes que o consumo físico, emagrecimento, descrição da úlcera ou da lesão, ou que já estão com um quadro de obstrução que sugerem uma neoplasia, que tu já dizes pro paciente: “olha a tua doença pode ser, a probabilidade é muito grande de ser um câncer e precisa ser operado”, então a gente vai correr tentando ganhar a confiança do paciente de que ele precisa ser tratado rapidamente. Já outros que tu vêes que não sabem da real situação, que não estão numa condição tão grave, a gente procura sempre ter um respaldo de um exame como a biópsia ou um anatomopatológico, dizendo que é uma neoplasia. **(Residente de Cirurgia)** (informação verbal)

Os relatos acima são reveladores da ambigüidade de procedimentos em uma mesma equipe, que tanto pode ser revelador das formações e práticas de cuidado vivenciadas ao longo da experiência profissional, como da relação de poder e domínio que são exercidos pelos profissionais de saúde, no hospital estudado:

Quando poder e domínio passam a dominar (nos usos patológicos do cuidar, examinados adiante), dois efeitos ocorrem: (a) gera-se uma profunda ambivalência no objeto do cuidado, que se sente ao mesmo tempo muito cuidado e muito descuidado, muito tratado e muito mal tratado, aprisionado; (b) suas potencialidades autoeróticas criativas não são acionadas. Esse sujeito, travado pela ambivalência e pela impotência, não poderá ser atravessado pelas introjeções criativas. Ou bem vai rejeitar o que foi introjetado como quem rejeita um corpo estranho e potencialmente inimigo, o bem vai incorporá-lo sem assimilação genuína. No lugar de um exercício criativo e pessoal das atividades de cuidado, encontraremos a pura e simples inaptidão para cuidar ou um exercício mecânico, estereotipado, repetitivo e compulsivo. (FIGUEIREDO, 2009, p. 133-134).

Estas questões são essenciais no que se refere a apontar novas formas para a formação geral dos trabalhadores de saúde, que pouco são estimulados e treinados a compreender e enfrentar as dimensões subjetivas e intersubjetivas, próprias da atividade de cuidar e de uma clínica sem órgãos.

8.3 CUIDADO EM SAÚDE

Segundo Cecílio e Merhy (2003, p. 197), o cuidado em saúde se produz a partir de “tecnologia e humanização combinadas, no desafio de adotar o lugar do paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar”

Segundo os autores, na instituição hospitalar, o cuidado deve ser considerado enquanto um processo fundamentalmente multidisciplinar, a partir da associação de vários e diferentes saberes formais e informais, que se debruçam sobre os doentes e ainda sobre a própria equipe de saúde, na medida em há uma decomposição do ato médico global, traduzindo a assistência em vários outros atos, de outras racionalidades, alcançando mais dimensões do sujeito, através da produção de outros espaços e outras práticas articuladas e integralizadoras. (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Esse é um objetivo referido pela equipe multiprofissional que atua na clínica cirúrgica do HUIBB, porém, como apontamos anteriormente, tem como obstáculo o modelo tecnoassistencial de saúde historicamente instalado e ainda predominante nos serviços. Exemplos dessa questão são relatados por esses profissionais, a partir de sua prática cotidiana:

Basicamente quem acaba entrando em contato inicialmente com o paciente? O pessoal da equipe cirúrgica. O pessoal da equipe nutricional, enfermagem, pessoal da psicologia, assistência social, todo mundo, eu vejo, que faz o melhor possível, dentro da situação que a gente enfrenta, cada um faz o que pode... Mas eu acho que com o incentivo adequado, ou então, com alguma política de chamar todo mundo e dizer: “olha pessoal, a situação é essa, é ruim, não tem nada para fazer, mas vambora tentar, tem coisas que não é necessário, por exemplo, eu pegar e mudar toda uma estrutura, mas fazendo alguns rearranjos de logística, otimiza o serviço, pensar em saídas mais simples ou então desburocratizar muita coisa ou agilizar muita coisa, melhoraria muito o atendimento desses pacientes. (**Médico Residente da Cirurgia**) (informação verbal)

[...] Aqui no hospital, posso dizer mais desta clínica: acho a equipe multidisciplinar ainda muito fragmentada, não existe um trabalho articulado. Existem as áreas e as várias profissões aqui dentro, onde a gente consegue em alguns momentos ter uma ponte, mas são momentos, ainda muito efêmeros, muito curtos e espaçados, não tem uma regularidade nesse cuidado multidisciplinar, que a gente chamaria do cuidado da linha da integralidade isso nós ainda não

conseguimos alcançar. O conceito de cuidado ainda é muito diferente. Tivemos uma reunião de equipe multidisciplinar em que isso ficou assim bem evidente, quando se falava da questão do cuidado. A reunião seria sobre a coordenação do cuidado multidisciplinar na clínica, e uma das questões que eu fiquei assustada foi uma fala de gerente de clínica que colocou; “eu não coordeno o cuidado como um todo”, então se ninguém coordena o cuidado como um todo, que quer dizer o cuidado multidisciplinar, ele fica descoordenado. Primeiro tem que ter liderança para que aconteça esse cuidado multidisciplinar. Aí quando você diz que não há quem coordene esse cuidado integrado, então já temos um problema. A fala era assim: “o meu cuidado é relacionado à minha área específica, às pessoas que estão subordinadas à mim, dentro da minha especificidade”. É preciso que se possa garantir o fluxo desse paciente pelo hospital, de forma integrada.” (**Assistente Social**) (informação verbal)

[...] eu acho que a intenção, ela é muito boa, a gente tem ótimos profissionais, mas falta um pouquinho de profissionalismo de alguns e até mesmo de equipe, por deficiência de um profissional ou outro no acompanhamento desses pacientes. [...] eu vim de uma realidade diferente, onde a equipe multidisciplinar é um pouco mais atenciosa e não deixa ocorrer alguns resvalos que acontecem aqui. A pessoa acaba aprendendo com isso, mas eu acho que pela deficiência, pela carência...mesmo assim o serviço, ele é muito bom na parte de cirurgia gástrica, pecando nesses detalhes da neoadjuvância”. (**Médico Residente da Cirurgia**) (informação verbal)

Mais um exemplo que temos para ilustrar a dificuldade de se estabelecer o cuidado como uma prática integrada e intercessora foi a queixa recorrente de profissionais de saúde não médicos, a respeito do desafio de implantação da alta compartilhada:

Por exemplo, um paciente ostomizado, ele precisa ter alta do médico, alta da nutrição que precisa avaliar se ele está conseguindo alimentar, absorver legal a alimentação, se ele vai ter condições de ter uma alimentação adequada na casa dele; a enfermagem só pode dar alta no momento que ela percebe que o paciente/cuidador está habilitado a cuidar dessa ostomia em casa, habilitado a ter uma higiene adequada; a psicologia precisa se colocar: será que esse paciente está preparado a conviver com uma ostomia? ele vai estar preparado para voltar ao trabalho com uma colostomia? ele vai estar preparado para a atividade sexual dele com uma colostomia? Eu acho que precisaria realmente ter uma ação conjunta e não só “tchau, eu já te operei, vá para tua casa e te vira! Não sei se tu vais saber comer direito, te limpar, se tu vais ter vergonha ou ficar deprimido porque vai estar com uma bolsa o tempo todo...” O dia em que nós conseguirmos trabalhar realmente em equipe, acho que vai ser um avanço maravilhoso! (**Enfermeira**) (informação verbal)

[...] outro sentido que é importante é a equipe cuidar do paciente estabelecendo uma boa comunicação, um exemplo que discutimos muito é a alta que não é compartilhada. A alta é dada pelo médico e aí depois você tem que correr atrás de tudo que está em volta desta alta. Por exemplo, do social, você dá a alta, mas se o paciente não tiver para onde ir aqui em Belém (hospedagem), porque ele veio do interior do Estado; o paciente não tem como ser removido do hospital porque ele não tem recursos financeiros. Não é uma alta programada, não é uma alta compartilhada, então quando você atrasa um pouco a saída desse paciente é porque não foi planejado, não foi discutido com a equipe para esse paciente sair de alta, então são vários sentidos que podemos dar ao cuidado integrado, mas precisa ter uma coordenação, porque senão para onde ele vai? Senão quem articula as

diferentes áreas, quem articula esse paciente passando pelas diferentes estações, como é colocado na discussão da gestão do cuidado?(**Assistente Social**) (informação verbal)

[...] Um outro problema é a questão da alta: às vezes o paciente, em relação à avaliação médica ele tem condições de receber alta, mas em relação à nutrição não! O paciente ainda está com uma baixa ingesta alimentar, como é que ele vai para casa, ele ainda está fazendo evolução de consistência, ele ainda tem que ser orientado e recebe alta! Essa alta compartilhada que a gente defende. A enfermagem também defende muito, às vezes ainda está em processo de curativo, não teve uma boa cicatrização, a enfermagem acha que ainda não é bem indicada essa alta, mas mesmo assim ela acontece, mas por vários motivos. Já tentaram até justificar, que tem que haver a rotatividade dos leitos..., eu sei que tem que ter, mas o que adianta dar alta para o paciente nessa semana, se na próxima semana ele vai voltar com complicações? Se a gente for parar para pensar o custo hospitalar com esse paciente vai ser maior, o trabalho da equipe com esse paciente também vai ser maior e o paciente como é que fica nessa história? Às vezes o próprio paciente percebe que ele não tem condições de ir embora, ele mesmo percebe e fala que ele não quer, como já aconteceu isso. (**Residente de Nutrição**) (informação verbal)

Sobre uma perspectiva do cuidado mais próxima dos autores referenciados durante toda a argumentação realizada até aqui, Plastino (2009, 2009, p. 53) nos diz, que:

Antes mesmo de ser uma ação, o cuidar caracteriza uma atitude. Na ausência desta atitude – que exprime a consideração pelo outro e por suas necessidades – as ações do cuidar perdem sua motivação ética, desvalorizam-se e deterioram. Considerado nessa perspectiva, o cuidar revela sua dimensão ética, alicerçada no reconhecimento da alteridade e seus correlatos, na diminuição do narcisismo e da onipotência. Esse reconhecimento do outro na sua alteridade se exprime na própria etimologia da palavra grega “*éthos*” (da qual deriva ética), que remete a dois sentidos: “morada” e “pátria”, a primeira refere-se a um lugar para se viver, a segunda sublinha os laços sociais através dos quais emergimos. A palavra ética refere-se assim às condições necessárias ao acontecer humano, isto é, ao que permite a cada sujeito “morar” no mundo inserido na comunidade (Safra, 2004, p.26). Morada, pátria, um lugar para viver, significa um lugar *para ser*, o que, como se verá, se relaciona direta e profundamente com a questão do sentido da vida. Esse “lugar”, considerado uma condição para a emergência do ser, é na realidade o “*nós*” no interior do qual o sujeito pode construir sua singularidade. Supõe, então, o mútuo reconhecimento. É a relação fundante com o outro, que constitui a condição fundamental para vir a ser do sujeito e para o desenvolvimento de sua singularidade, **para emergência do cuidar (griffo nosso)**.

As dimensões apontadas demonstram a essência do cuidado, que é gerar autonomia e liberdade para o sujeito que se constitui no objeto do cuidar. Essa talvez seja a mudança fundamental que sofreu a prática médica, e por conseguinte, a atenção a saúde prestada por um conjunto complexo de trabalhadores, que foi a passagem da “arte de cuidar” para a prática clínica estritamente anatomopatológica. Mudança que teve impacto nos padrões éticos da profissão. Esse é um desafio que necessita ser superado pelas várias equipes de saúde que exercem o cuidado, especialmente na área hospitalar especializada.

8.3.1 Autonomia frente ao cuidado hospitalar moderno

Ao retomar a discussão deflagrada por Canguilhem (1995), a respeito do normal e do patológico, podemos lembrar que os fenômenos de saúde e doença são definidos a partir de um processo dinâmico, um campo de lutas, onde o indivíduo aprende a reinventar-se a cada infidelidade do meio a que está exposto. Logo, o adoecimento se caracteriza apenas como mais um desafio a que o sujeito tem que se lançar para continuar dando sentido ao viver.

Campos (2006, p. 267) resgata esse pensamento estendendo seu alcance para a noção de cura, onde curar alguém seria sempre lutar pela ampliação do coeficiente de autonomia dessa própria pessoa, logo as instituições de saúde, por meio de sua força de trabalho, dos seus recursos institucionais, e partindo sempre do reconhecimento da vontade e do desejo de cura de cada um, deve promover recursos e condições que ampliem a capacidade de autonomia desses indivíduos, capacitando “cada um a instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida”. Para o autor:

A aplicação dessa diretriz não só revalorizaria a prática clínica, como estimularia o combate à medicalização, na medida em que ensejaria novos procedimentos terapêuticos mais ligados ao psíquico, à reeducação sanitária, instituindo novas formas de avaliação das práticas em saúde.

Porém para que um projeto desse tipo tenha êxito a histórica passividade e submissão do doente à ordem médica e às normas tecnicistas do modelo tradicional de atenção à saúde, deveriam ser considerada pelo discurso e pelas práticas médicas como um verdadeiro empecilho, segundo Campos (2009), promovendo a “assunção” do indivíduo à condição de sujeito autônomo, por meio de práticas como a promoção e prevenção em saúde estimulando, por exemplo, o exercício do autocuidado e maior vinculação entre equipe e doente.

Na realidade da clínica cirúrgica do HUIBB, ainda encontramos um cenário muito distante dessas práticas cuidadoras, bastando para isso observar que os doentes ali tratados, muitas vezes não têm acesso nem à decisão de submeter-se ou não a determinado procedimento, com a devida consciência e clareza de como sua vida e sua autonomia serão afetadas definitivamente, em muitos casos.

Diversos relatos de doentes e profissionais denunciam um grande número de intervenções cirúrgicas, consideradas de grande porte, como por exemplo, a gastrectomia⁶²

⁶² Gastrectomia é uma técnica cirúrgica em que é retirado parte do estômago (gastrectomia parcial) ou todo o estômago (gastrectomia total). (Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Gastrectomia>).

total ou subtotal, em que os doentes são levados ao bloco cirúrgico sem ter idéia de que podem nunca mais voltar a se alimentar por via oral por exemplo. Nesse caso onde estaria a produção de saúde engajada em conceitos dinâmicos como co-construção de autonomia? a co-construção de capacidade reflexiva? De ação autônoma? Essas seriam noções que sustentam o cuidado integral.

O tratamento? Acho bom. Mas eu acho que faltou ele explicar melhor que eu tinha um câncer, que estava alterado ou não, porque a gente é paciente, a gente tem o direito de saber o que tá acontecendo! Por isso que às vezes vai paciente para uma sala de cirurgia, às vezes o problema está tão “alcançado que ele não tem mais como reagir”, entendeu? Isso aí faltou [...]. (**Lavrador, EFL., 47, Casado**) (informação verbal)

Eu estou em dúvida: se eu vou ficar bom ou se eu não vou, quanto tempo vai durar? Se depois eu vou ter consulta com eles para averiguar, ver como é que está... ninguém me falou nada até agora. Quando eles me derem alta eu vou perguntar: doutor eu tenho consulta com o senhor agora? Se ele me disser não, eu vou perguntar: e como é que o senhor sabe que eu estou curado? Vou ser bem claro com ele! (**Artesão, Ensino Médio, 55, Casado**) (informação verbal)

Essa comunicação do diagnóstico é fundamental, porque eu trabalho com a diretriz de que existe a questão do autocuidado e a questão do que eu quero para a minha saúde, então é fundamental que eu saiba. Quanto mais esclarecido aquele paciente estiver, mas condições ele tem de decidir, e do cuidado com ele mesmo, então para mim isso é fundamental para o paciente porque aí ele tem a oportunidade de tomar decisões, de cuidar de si mesmo, ter autonomia sobre si. Lembro de um caso de um senhor, acompanhado pela esposa que inicialmente conhecia o diagnóstico, mas não tinha noção do estágio, das possíveis conseqüências e estava com muita expectativa da cirurgia, a cirurgia era a cura para ela, e ele (paciente) também acreditava nisso. Ele fez a cirurgia e com pouco tempo ele veio a falecer. Eles tinham uma expectativa e eu acho que faltou uma melhor comunicação. Depois essa senhora nos procurou e disse: eu queria ter tido a oportunidade de ter levado meu marido para casa e ter cuidado dele. Então isso me tocou muito porque não foi dada oportunidade a ela de cuidar do marido na sua casa, ela disse. Então ela ficou um pouco revoltada com o médico, disse que iria procurá-lo para perguntar porque ela não tinha sido devidamente esclarecida da situação do marido. [...] eu vejo que é dito o que vai ser feito, mas a compreensão... eu acho que o usuário não tem a real compreensão daquele procedimento que vai ser realizado. Já teve caso de paciente que se encontrava de alta, permanecendo apenas sob cuidados paliativos, mas ainda teria que ser submetido a exames. Realizei abordagem junto ao familiar e discutimos até que ponto a realização daquele exame traria algum benefício, surtiria algum efeito, considerando que o paciente estava saindo de alta. Mas também acho que essa questão ainda é difícil para os médicos. Claro que dá para melhorar essa situação, mas eu ainda não consigo ver uma alternativa: tem uma dificuldade grande deles em lidar com isso. Formação né? Na verdade acho que é uma falha de formação. (**Assistente Social**) (informação verbal)

Acho que ele não tem clareza do que realmente acontece com ele. É colocado pra ele: você tem um câncer de estômago, o único tratamento é cirúrgico. Aí é explicado: vai ser retirado uma parte do estômago, que vai ter que se alimentar de pequenas porções, a gente dá mais ou menos, o operatório e o pós-operatório

imediatamente. Só que eu acho que eles não têm uma consciência, como a gente que está lidando com isso todos os dias, parece tão rotineiro, mas para eles, parece que eles não entendem que é uma cirurgia, aqui no Barros é uma das maiores cirurgias que tem, podendo demorar de oito, dez, doze horas. **(Médico Residente de cirurgia)** (informação verbal)

A maioria concorda. Eu já vi pacientes aqui pedirem alta porque não queriam fazer cirurgia, eu já vi! Mas a maioria eu não sei se aceita porque não compreendeu muito bem, porque se compreendesse melhor talvez não aceitaria, o fato é que a maioria se entrega na mão do médico porque acha que aquele ali é o salvador que vai curar a doença dele e que não importa como ele vai ficar depois, mas ele quer ser curado. Alguns pacientes já chegaram comigo e disseram: “ah enfermeira, nada me importa, eu só quero tirar essa dor”, então não importa o que vai ser feito. **(Enfermeira)** (informação verbal)

Quase cem por cento dos pacientes não é esclarecido. Principalmente das seqüelas. Nós temos tido problemas principalmente com acompanhantes questionando a conduta, quanto a medicamentos, por exemplo, no caso de pacientes diabéticos, renais. O médico, nesses casos esclarece a conduta adotada, porém isso só ocorre depois das queixas e questionamentos. Falta de informação na hora que deveria orientar. **(Enfermeira)**. (informação verbal)

Campos e Campos (2006) referem que conceitos como saúde e autonomia, constituem-se em processos dinâmicos, gradativos, variáveis aos padrões que definem o próprio sujeito, em sua singularidade e também padrões definidos por processos históricos e sociais, em sua coletividade. Logo cada indivíduo enfermo, terá que mobilizar recursos, de acordo com sua subjetividade, grau de instrução, cultura relacionada, desde que possa ser instrumentalizado pela equipe de saúde que deveria acolhê-lo em suas taxonomias de necessidades.

A co-produção de maiores coeficientes de autonomia, depende do acesso dos sujeitos à informação, e mais do que isso depende de sua capacidade de utilizar este conhecimento em exercício crítico de interpretação. O sujeito autônomo é o sujeito do conhecimento e da reflexão, reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo. Mas a autonomia depende também da capacidade do sujeito lidar com o sistema de poder, de operar com conflitos e de estabelecer compromissos e contratos com outros sujeitos para criar bem-estar e contexto mais democráticos. (CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 3).

A capacidade de autonomia está relacionada à defesa da vida. Não de uma vida sem luta, mas de um viver antítese da compreensão da saúde como um estado a ser alcançado, uma possibilidade que se dobra ao cotidiano dos doentes e se manifestou em vários momentos nas falas dos doentes a partir de expressões reveladoras que exprimiram a indignação e o desconforto frente a um cuidado dessocializador. São pistas importantes para enfrentar os desafios colocados a partir dos questionamentos éticos evidenciados nas práticas das instituições de saúde, em especial, no ambiente hospitalar estudado.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho trilhado, por meio desse estudo, possibilitou compreender o quanto é dinâmico e desafiador construir uma política de saúde incluyente em um país com as desigualdades como as que nós temos no Brasil. Por outro lado, não há solução que rompa com o modelo excludente, que não esteja baseada no acesso universal, integral e na solidariedade. Esta perspectiva será adotada apenas quando refletir um compromisso social mais amplo que resgate a ética do cuidado, em que o cuidar seja parte de uma dimensão intersubjetiva que se comprometa com a garantia da autonomia e com a defesa da vida daqueles que são objetos das instituições hospitalares: os doentes.

As reflexões suscitadas possibilitaram a emergência de um campo multifacetado de questões que parecem ser parte das contradições que enfrentam os doentes quando buscam atenção especializada, especialmente na região norte do país, onde se localiza o hospital estudado.

O relato a seguir conta a história de um doente, proveniente do interior do Estado do Pará, internado na clínica cirúrgica do HUIBB para tratamento de neoplasia gástrica. Ilustra de forma bem clara a dificuldade encontrada pelo doente oncológico para o acesso a este cuidado integral, proposto pelo SUS por meio da Política Nacional de Atenção Oncológica⁶³, descrevendo todo o itinerário percorrido em busca de assistência em saúde e também o sofrimento psíquico desencadeado pela dificuldade em encontrar diagnóstico e tratamento adequados, que aliviasse os seus sintomas e o devolvessem à sua família, à sua vida e ao seu trabalho.

[...] Procurei um médico particular em Castanhal, porque não consegui nada pelo SUS, que me encaminhou para uma médica de uma associação que trata de pacientes com câncer e ela me encaminhou pro Barros Barreto. Aqui fizeram a consulta, pediram os exames e marcaram a cirurgia. Mas foi duro chegar aqui... No dia 10/01/2010 eu passei mal pela primeira vez, vomitei muito sangue. Nesse dia começou minha andança. Tem um ano que eu estou andando atrás de tratamento doutora. Lá em salinas tinha uns conhecimentos, me internei, mas no hospital de lá não tinha o meu tipo de sangue, daí fui transferido para Capanema, onde já cheguei com febre. Lá eu ia tomar sangue e fazer exames. Fiquei treze dias internado, esperando leito em Belém. Os médicos me mandaram para Santarém Novo fazer a endoscopia completa. Até a data de hoje, no mês de fevereiro de

⁶³ A Política Nacional de Atenção Oncológica foi instituída pela Portaria GM/MS 2.439, de 08/12/2005, e visa, essencialmente, a aumentar, com melhoria da qualidade, o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer, de modo a obter-se resultados que efetivamente modifiquem o perfil da morbimortalidade por câncer que perdura por décadas em nosso país. Em novembro de 2010, a alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica no Brasil estava composta por 41 hospitais habilitados como CACON, 210 hospitais habilitados como UNACON e 09 hospitais gerais com cirurgia oncológica. No Pará o HOL ainda consta, enquanto CACON, como o único serviço público referenciado em Oncologia. (BRASIL, 2010)

2011, não liberaram o resultado dessa endoscopia que eu fiz pelo SUS. Tive que fazer particular, juntei as economias, foi R\$ 210,00 que custou, junto com a biopsia, essa que é completa. O médico que viu, no mês de março do ano passado, em 2010, mandou ir rápido para esse Ofir Loyola. Me passou uns remédios, dieta, falou umas palavras lá que eu não entendi, palavras de médico, sabe como é? Me disseram, em Capanema, que eu tinha um tumor. Vim para Belém em agosto e cheguei nesse Ofir Loyola, que trata disso né? Só que lá vieram com um monte de manobra e nunca falaram o que eu tinha. Trouxe todos os papéis e a tomografia, que eu paguei R\$950,00, particular, porque acreditei que isso ia resolver meu problema né? Um tal médico que estava marcado para me atender, esse eu nunca vi. Era só o nome dele escrito no papel da consulta, mas só via os assistentes, estudantes que me consultaram. Voltei lá no mês de outubro, não me atenderam, remararam para 11/02/2011. Que nem eu disse na outra vez doutora, voltei para casa, fui criar galinha. Tinha que trabalhar, não tinha mais recursos para ficar aqui. Passei muito mal em casa fui no posto, tomei soro e melhorei. Conversei com a minha esposa, porque a consulta no Ofir Loyola ia demorar muito, até lá já tinha morrido né? (choro) Tinha a minha vida, trabalhando na minha roça, a minha família, meus filhos, depois era só doença e sofrimento. (silêncio) Paguei consulta em Castanhal, o médico mandou eu procurar uma doutora de uma associação que ajuda os doentes que tem câncer, aquela que eu lhe contei da outra vez, lembra? Ela me mandou para o Barros Barreto. Era mês de outubro. Aqui fiz a consulta, passaram os exames e marcaram meu retorno para 27/12/2010. Vim, não fui atendido, remararam para o dia 19/01/2011. Trouxe os exames, a médica viu, mandou internar e marcaram a cirurgia. Se eu tivesse em casa ainda estava esperando a consulta de retorno lá no Ofir Loyola [...] Talvez já tinha morrido né doutora?”(Lavrador, EFI, 47, casado) (informação verbal)

Diante desse retrato da realidade atual e buscando construir uma nova perspectiva para o tratamento do câncer no Pará será implantado uma UNACON⁶⁴ no HUIBB, em parceria com o INCA, com o objetivo de ampliar a rede de serviços na área de oncologia, favorecendo a integralidade como diretriz fundamental para orientar a organização dos serviços de saúde em uma rede de atendimentos, na direção de responder às necessidades individuais e coletivas dos usuários. (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

Outra possibilidade que se coloca com a implementação da UNACON é a de abrir a perspectiva para um vasto campo de pesquisas na área da oncologia diante da constante necessidade de aprofundamento no tema, visando uma atuação profissional mais qualificada.

⁶⁴ Foi criado por meio da Portaria nº 3.535, e aprovado no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde (MS), o Projeto de Expansão da Assistência Oncológica (Expande). A partir da parceria estabelecida entre o MS, o INCA, e as secretarias de saúde estaduais e municipais, possibilitou-se a implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia, objetivando aumentar a capacidade instalada da rede de serviços oncológicos do SUS, no país. Atualmente, encontra-se em fase de implantação no HUIBB uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), obedecendo à estratégia do MS de contar com a estrutura de um hospital geral, com atendimento multiprofissional, de várias especialidades, com a possibilidade de utilizar a capacidade instalada de outros serviços já em funcionamento, como o de meios diagnósticos, área ambulatorial, hospitalar e centro cirúrgico. As ações e atividades a serem desenvolvidas pela UNACON do HUIBB são: ambulatório de especialidades clínicas e de cirurgias para a rede SUS; diagnóstico (confirmação diagnóstica e estadiamento do câncer por meio de exames complementares de patologia clínica, imagenologia, endoscopia e anatomia patológica); cirurgia oncológica (inclusive cirurgia plástica reconstrutora e de cabeça e pescoço); oncologia clínica; radioterapia; medidas de suporte (psicologia, nutrição, farmácia, hemoterapia, serviço social); reabilitação (fisioterapia, estomatoterapia); cuidados paliativos; pesquisa em oncologia. (Núcleo de Planejamento e Pesquisa do HUIBB/UFPA, 2003; MS/INCA, 2005).

Atualmente o HUIBB é referência apenas para a realização das cirurgias oncológicas, havendo a necessidade de posterior encaminhamento dos doentes para a realização das terapias complementares (RXT e QT), fato gerador de intenso sofrimento psíquico tanto para o doente que depende da continuidade do tratamento quanto para a equipe de saúde que acompanha o doente e os seus familiares na buscando garantir uma linha de cuidado que assegure a continuidade da assistência (de uma transferência hospitalar ágil ou mesmo na marcação de consulta para dar seguimento ao tratamento ambulatorial).

Apesar do trabalho em saúde ter a característica de ser sempre relacional, devido ser produzido em ato, no processo de produção de saúde relacionado às doenças oncológicas observa-se um movimento de tentativa de captura tanto do doente, quanto dos profissionais e mesmo da gestão dos serviços de saúde que atuam nessa área pela lógica assistencial centrada nos modelos biomédicos, de sinais e sintomas, que utilizam como ferramentas tecnológicas as chamadas tecnologias duras e leve-duras (com seu uso cada vez mais estimulado e financiado pelos recursos de grandes indústrias e laboratórios) em detrimento das tecnologias leves, fundamentais para dar conta dos aspectos multidimensionais do adoecimento por câncer. (MERHY, 2000; 2007).

Ainda sob o ponto de vista da assistência oncológica importa considerar a construção de uma linha de cuidados em saúde, que possa dar conta de acolher esse sujeito, de forma humanizada e integral, percorrendo todo o itinerário de serviços de saúde centrado nas necessidades do doente, desde o processo de prevenção/promoção de saúde, passando pela detecção precoce dos sintomas, fator que aumenta consideravelmente as possibilidades de tratamento e recuperação, estes geralmente longos devido à característica de cronicidade da doença, alcançando por fim a necessidade de cuidados paliativos quando for o caso.

Da mesma forma que para Dejours (1994) a dimensão do normal e do sofrimento se imbricam, constituindo elementos essenciais da natureza humana, para Canguilhem (1995) os conceitos de saúde e patologia se equivalem, considerando que ambos fazem parte da normalidade da vida. São todos conceitos dinâmicos, carregados de subjetivação e determinados pela ordem do sentido e que dependem da forma como reagimos a eles.

Durante a realização do trabalho de campo, a partir da fala dos doentes oncológicos, podemos observar que apesar do sofrimento psíquico vivenciado; apesar da tecnologia utilizada enquanto cuidado ainda se constituir predominantemente centrada em prescrições e procedimentos, reflexo do modelo médico ainda hegemônico nos espaços hospitalares, o sujeito que ali se encontra não aceita ser objetivado pela doença ou pela equipe, como podemos observar:

Me sinto bem, com esperança de voltar para casa, sei que não vai ser igual antes, mas a gente ficando vivo.... Se não operar, o doutor disse que não tem jeito, então a operação é um bom tratamento. Só queria que não demorasse tanto... (foi remarcada por 03 vezes) **(Lavrador, EFI, 36, Solteiro)** (informação verbal)

O médico disse que vai me operar. Eu me sinto feliz porque ele disse que vai me operar, vai tirar o tumor, vou voltar a uma vida normal de novo. Não é aquela vida normal como eu bom, mas o importante é que eu fique vivo para durar mais uns trinta... O médico não me falou se tinha outros tratamentos, não conversou muito comigo. Quando ele falou da cirurgia eu tava meio em choque ainda sabe? Mas a cirurgia me anima, eu quero viver! Depois da cirurgia não sei o que vai acontecer, ainda nem perguntei para eles [...] **(Lavrador, Ens. Médio, 39, Casado)** (informação verbal)

No momento que o médico disse que eu tinha câncer a cabeça rodou, no sentido horário e anti-horário! Veio um parafuso, você fica... Aí depois que eu fui acalmado, aí eu disse: “Não! Eu estou doente, mas eu não estou morto”, não é? Isso automaticamente e rápido que era para eu não sair daqui feito doido e não querer mais viver, porque acontece com determinadas pessoas que querem se matar querem fazer coisas que não devem, porque fica com medo logo. Eu não, eu fiquei calmo. Cheguei em casa conversei com a minha mulher e expliquei: olha, o médico falou que eu tô assim, assim, aí ela falou: “mas você é forte, você vai vencer, vai ver que não é nada disso!” **(Artesão, Ensino Médio, 55, Casado)** (informação verbal)

Não adianta eu estar com um problema se eu não pensar positivo, que eu vou ficar bom! Se eu pensar naquela coisa ruim [...] Vou pensar que eu vou ficar bom e ter fé em Deus. O primeiro médico da gente é Deus: o médico daqui falou hoje, mas amanhã eu posso estar bom, posso estar curado pelo poder de Deus. Deus está vendo que eu estou empenhado: o servo quer ficar bom, quer viver, tudo isso ajuda a gente passar essa fase que eu estou passando aqui. Quero sair daqui bom, sei que não bom como eu era, mas quero ficar bom!” **(Lavrador, Ens. Médio, 39, Casado)** (informação verbal)

Ao analisar o contexto de produção de saúde escolhido para o desenvolvimento dessa pesquisa, pode-se notar que apesar dos esforços isolados de profissionais de saúde comprometidos com o agir em saúde ancorado na idéia do cuidado integral, todos os atores desse enredo, profissionais, doentes e até mesmo o serviço de saúde permanecem atravessados e atados ao modelo médico-hegemônico de práticas de saúde tradicionais e hierárquicas cristalizados no modo de fazer saúde.

A baixa capacidade instalada de atendimento oncológico no estado; o diagnóstico malfeito e/ou tardio, que promove o agravamento do quadro do doente até sua chegada à instituição; o modelo de gestão burocratizado e hierárquico; a precariedade das condições de trabalho, seja quanto à estrutura física, seja quanto à constante falta de materiais e

equipamentos necessários para o exercício adequado da assistência, são todos fatores que afetam e determinam o modo de agir em saúde.

Essa realidade reflete os desafios enfrentados, no dia a dia desses profissionais, durante o exercício de suas atividades obrigando-os a recorrerem a estratégias, como por exemplo, o imprevisto durante o exercício de sua atividade ou o cancelamento/adiamento dos procedimentos agendados, situações que desencadeiam sofrimento diante das impossibilidades recorrentes afetando diretamente sua saúde mental, além da redução significativa de oferecer ao doente um cuidado integral e uma chance de resultado resolutivo.

Ainda é comum, no processo de trabalho em saúde, observarmos o assujeitamento do doente às práticas caracterizadas pela submissão às condutas e prescrições médicas, e dos demais membros da equipe que “sabem” o que é “melhor” para este doente. Porém, já podemos também perceber condutas diferenciadas dos profissionais que assistem o doente quanto a estimular e respeitar sua autonomia, tanto no momento de esclarecer o diagnóstico quanto na hora de decidir sobre o tratamento a seguir.

Exemplo, dessa afirmação, consta nos relatos a seguir em que um profissional admite não esclarecer adequadamente o doente a respeito de seu tratamento e possíveis conseqüências, temendo sua desistência e outra profissional que, apesar de reconhecer as dificuldades que se apresentam, entende que é um conceito que pode vir a ser melhor trabalhado:

Acho que isso não é tão esclarecido pro paciente. Ele acaba vivenciando isso já no pós-operatório, na prática, durante. Acho que poderia ser mais bem esclarecido a situação, mas acho que às vezes não é feito por falta de tempo ou até de repente por medo de que ele vá desistir do procedimento e não queira ser tratado. Prefira viver como está do que ficar dependendo de uma sonda, ser alimentado de outro modo. **(Médico, residente de cirurgia)** (informação verbal)

Sobre o tratamento, cirurgia que vai acontecer, não é cem por cento que é esclarecido, principalmente sobre as seqüelas. [...] A maioria concorda sim. Mas nós tivemos uma recusa desde que eu estou aqui, de um paciente que ia fazer uma cirurgia, ‘um neo gástrico’, mas como já estava comprometida uma parte do intestino, além de retirar totalmente o estômago ele ia ficar colostomizado. [...] A turma anterior de residência ficou chateada porque uma professora, que é enfermeira e estomaterapeuta, ao acompanhar alunos aqui no pré-operatório do paciente ela foi conversar e deu as devidas orientações. O paciente contou que o médico falou que ele ia operar e ficar usando uma “bolsinha”. A professora perguntou se ele sabia para que servia a “bolsinha” e qual a finalidade? Ele respondeu que não, então ela explicou que se tratava de uma colostomia, no caso dele seria permanente devido o estágio da doença [...], mostrou fotos de como ficaria, mostrou o material. Ele ficou horrorizado com o que aconteceria, pediu para falar com a equipe médica e não operou. O médico reclamou que a enfermeira não poderia ter falado aquilo para ele. Como não? Ele tem o direito de saber, houve até certo corporativismo dos enfermeiros apoiando a conduta da colega ao considerar o direito do paciente à informação. No final o paciente pediu para ter alta, disse que não ia operar e foi embora”. **(Enfermeira)** (informação verbal)

Apesar da ideia da atuação multiprofissional solidária e compartilhada, descritas por Cecílio e Merhy (2003), aparecer no discurso de profissionais de todas as áreas de atuação, o trabalho em si ainda continua ocorrendo de forma desconectada e fragmentada.

Uma das queixas mais frequentes da equipe multiprofissional diz respeito à alta hospitalar. Tradicionalmente reservada à decisão médica, a decisão compartilhada sobre a alta do doente hoje é fortemente reivindicada pelos outros integrantes da equipe. A justificativa é dada a partir da característica multidimensional que constitui o doente afetado pelo câncer e a própria doença, o que exige uma abordagem integral que dê conta de auxiliar o doente em estabelecer novas e diferentes normatizações que o possibilite retomar e continuar a viver a sua vida.

Quanto a uma outra questão, eu acredito que no dia, no bendito dia, porque isso já foi discutido em várias reuniões, no dia em que de fato a equipe multidisciplinar, as ações de trabalho enquanto equipe multidisciplinar ocorrerem, a clínica vai estar muito bem. Por que o que é que acontece? Por exemplo, um paciente ostomizado, ele precisa ter alta do médico, alta da nutrição que precisa avaliar se ele está conseguindo alimentar, absorver legal a alimentação, se ele vai ter condições de ter uma alimentação adequada na casa dele; a enfermagem só pode dar alta no momento que ela percebe que o paciente/cuidador está habilitado a cuidar dessa ostomia em casa, habilitado a ter uma higiene adequada; a psicologia precisa se colocar: será que esse paciente está preparado a conviver com uma ostomia? Ele vai estar preparado para voltar ao trabalho com uma colostomia? Ele vai estar preparado para a atividade sexual dele com uma colostomia? Eu acho que precisaria realmente ter uma ação conjunta e não só “tchau, eu já te operei, vá para tua casa e te vira! Não sei se tu vais saber comer direito, te limpar, se tu vais ter vergonha ou ficar deprimido porque vai estar com uma bolsa o tempo todo [...]. O dia em que nós conseguirmos trabalhar realmente em equipe, acho que vai ser um avanço maravilhoso! (**Enfermeira**) (informação verbal)

[...] outro sentido que é importante é a equipe cuidar do paciente estabelecendo uma boa comunicação, um exemplo que discutimos muito é a alta que não é compartilhada. A alta é dada pelo médico e aí depois você tem que correr atrás de tudo que está em volta desta alta. Por exemplo, do social, você dá a alta, mas se o paciente não tiver para onde ir aqui em Belém (hospedagem), porque ele veio do interior do Estado; o paciente não tem como ser removido do hospital porque ele não tem recursos financeiros. Não é uma alta programada, não é uma alta compartilhada, então quando você atrasa um pouco a saída desse paciente é porque não foi planejado, não foi discutido com a equipe para esse paciente sair de alta, então são vários sentidos que podemos dar ao cuidado integrado, mas precisa ter uma coordenação, porque senão para onde ele vai? Senão quem articula as diferentes áreas, quem articula esse paciente passando pelas diferentes estações, como é colocado na discussão da gestão do cuidado? (**Assistente Social**) (informação verbal)

Um outro problema é a questão da alta: às vezes o paciente, em relação à avaliação médica ele tem condições de receber alta, mas em relação à nutrição não! O paciente ainda está com uma baixa ingestão alimentar, como é que ele vai para casa, ele ainda está fazendo evolução de consistência, ele ainda tem que ser orientado e recebe alta! Essa alta compartilhada que a gente defende, a enfermagem também defende muito, às vezes ainda está em processo de curativo, não teve uma boa cicatrização, a enfermagem acha que ainda não é bem indicada essa alta, mas

mesmo assim ela acontece, mas por vários motivos. Já tentaram até justificar, que tem que haver a rotatividade dos leitos..., eu sei que tem que ter, mas o que adianta dar alta para o paciente nessa semana, se na próxima semana ele vai voltar com complicações? Se a gente for parar para pensar o custo hospitalar com esse paciente vai ser maior, o trabalho da equipe com esse paciente também vai ser maior e o paciente como é que fica nessa história? Às vezes o próprio paciente percebe que ele não tem condições de ir embora, ele mesmo percebe e fala que ele não quer, como já aconteceu isso. (**Nutricionista**) (informação verbal)

Muitas vezes a escuta atenciosa às queixas referidas poderia contribuir para a diminuição do sofrimento psíquico vivenciado pelos doentes, pois estes além de serem confrontados com as questões suscitadas pelo próprio adoecimento, podem vir a ser submetidos à maior grau de sofrimento dependendo da qualidade do cuidado recebido durante seu tratamento.

Não é incomum no meu exercício profissional a escuta de relatos dos doentes, durante o período de internação hospitalar, de que costumam ser atendidos por diferentes profissionais, que realizam questionamentos e/ou procedimentos semelhantes, durante suas anamneses e avaliações, submetendo os doentes ao mesmo desgaste repetidas vezes. Situações como esta poderiam ser facilmente evitadas, caso a equipe envolvida no processo de produção de saúde se utilizasse dos recursos propostos para um atendimento integral e humanizados, como por exemplo, a utilização de prontuário único, realização de interconsulta, discussão de caso clínico para estabelecimento de plano terapêutico individual, dentre outras tecnologias que operem em linhas de cuidado no hospital e em toda a rede de saúde, centrado nas necessidades do usuário.

Os déficits na comunicação entre os diversos atores envolvidos neste processo e a cristalização do modelo de atendimento tradicional e hierárquico terminam por dificultar a oferta do cuidado, pois como coloca Merhy (2004, p. 1):

No campo da saúde, o objeto não é a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos que se quer atingir.

A realidade atual da relação usuário-equipe de saúde ainda se configura pelo modelo queixa-conduta, supervalorizando o relato de sintomas, na qual as queixas devem ser relatadas de forma objetiva, limitando-se ao espaço do corpo biológico (MERHY, 2007; CECCIM; MERHY, 2009), deixando de incorporar considerações a respeito da dimensão subjetiva que também compõe esse indivíduo, na medida em que interfere significativamente na produção de seus sintomas e no seu adoecimento.

Por outro lado, Ceccim e Merhy (2009) nos falam de uma captura do profissional de saúde, que atua neste cotidiano, por uma ordem profissional e por condições de trabalho que muitas vezes o impedem de agir de forma autônoma durante a prática do cuidado, devido a pressões de forças externas antecedentes ao encontro com o usuário. Essas questões, segundo os autores, submetem o profissional às normas estabelecidas por uma macropolítica, que se define pela rigidez dos saberes formais e acadêmicos, assim como pelo controle de técnicas, protocolos e fluxos pré-estabelecidos, que terminam por remeter esse encontro a um processo mecânico e sem interação afetiva e efetiva.

Esse distanciamento emocional é observado quando o profissional se utiliza de seu lugar de poder, da técnica e dos protocolos como se fossem uma armadura para se proteger de situações como: contato com as angústias, conflitos, falta de respostas e sensação de impotência diante de algumas questões, sentimentos e reações diversas gerados durante o encontro com o usuário no processo de produção de saúde.

Para os autores, a atuação profissional pode ocorrer em uma micropolítica que busque a interação, a relação social, a vivência em ato onde diferentes profissionais de uma mesma equipe ou instituição, podem ter atitudes diferenciadas com relação ao modo de cuidar, utilizando-se de estratégias criativas, com potência de resistência às forças de captura, estabelecendo como objetivo privilegiar o usuário em sua subjetividade, singularidade (CECCIM; MERHY, 2009).

As mudanças nas práticas de saúde, a partir dos profissionais que compõem esse processo, se configuram em um enorme desafio considerando que os trabalhadores. Estes precisam questionar e reavaliar seu próprio modo de agir e fazer saúde, a partir do questionamento de suas crenças individuais, do que aprenderam ao longo de sua formação e o que vêm exercendo ao longo da sua vida profissional e ainda tendo de se confrontar com as pressões externas já instituídas e que alicerçam o modelo hegemônico aplicado na prática de saúde que se atua e que se pretende transformar.

Daí observarmos, em um mesmo espaço de trabalho, profissionais diferentes, com ideias e modos de agir diferentes, que embora tenham realizado o mesmo percurso tradicional de formação acadêmica e técnica, conseguem enxergar no outro que está sob seus cuidados, muito mais que um caso clínico, um objeto de estudo ou um órgão doente.

A ideia é que se consiga perceber para além de um corpo que ocupa um leito hospitalar, mas enxergar um ser humano adoecido e afetado em suas funções vitais: orgânicas, funcionais,

emocionais, laborativas e outras, que precisa ser recuperado, mas principalmente acolhido e cuidado na complexidade de suas necessidades, expectativas e singularidades.

Essas necessidades apenas serão reconhecidas e cuidadas se permitirmos, por meio da produção em ato do cuidado em saúde, e do trabalho vivo, criativo e com potência para resistir às pressões externas e capturantes, um encontro intersubjetivo que possibilite a escuta, a troca e o resgate da autonomia do sujeito, para que este possa ter a chance de retornar à sua norma ou produza uma nova norma de saúde que o permita continuar a andar a sua própria vida (MERHY, 2007; CECCIM; MERHY, 2009, FIGUEIREDO, 2009).

Por fim, recorro a Figueiredo (2009) para exprimir o que me parece ser a essência do desafio que as práticas de cuidado no espaço de produção da saúde têm que enfrentar:

Quem teve recentemente um parente ou amigo internado em hospital de primeira linha, dotado de todos os recursos tecnológicos e técnicos, de pessoal especializado et., sabe que precisa levar sua própria equipe de agentes de cuidados para cuidar do doente: os médicos e mesmo os enfermeiros do hospital não estão ali para isso, o que não decorre necessariamente de insuficiências individuais ou ma vontade. Não faz parte da lógica dessa instituição que os cuidados possam ser tão ou mais necessários que os chamados "procedimentos". Assim sendo, enfermeiros, por exemplo, "dão injeções", "tiram febre", medicam e se responsabilizam pelos procedimentos mais sofisticados, mas cuidar que é bom, não é com eles, nem lhes cabe como tarefa. Resta a família; mas quem é que pode, com a vida que temos, com esta correria diária etc., cuidar de um enfermo vinte e quatro horas? E, de qualquer forma, como introduzir a dimensão do cuidado em um ambiente tão asséptico, administrado e tecnológico? Em um ambiente assim, a tendência mais forte será a de "cuidar" de aspectos isolados do paciente, perdendo-se, justamente, uma das mais importantes virtudes do cuidado: a de oferecer ao sujeito uma experiência de integração. Mas, minha suspeita é a de que por trás de todos estes elementos de realidade (cultura hospitalar e médica e atribuições cotidianas) jaz uma outra realidade bem diferente. Estamos pouco preparados para cuidar, acompanhar os doentes, receber os moribundos em seus últimos passos, estudar com os filhos, escutar os amigos, etc. Nossa capacidade de prestar atenção uns nos outros, por exemplo, parece drasticamente reduzida. (FIGUEIREDO, 2009, p. 139).

As dimensões apontadas demonstram a essência do cuidado, que é gerar autonomia e liberdade para o sujeito que se constitui no objeto do cuidar. Resgatar a dimensão do cuidar e dar dimensão ao valor humano parece que são as perspectivas que podem construir um novo espaço de luta, resgatar o *ethos* em sua dimensão que possibilite construir uma atenção à saúde mais incluyente e mais acolhedora além de resgatar a idéia de que o espaço de cuidar deixe de ser um espaço de sofrimento para aqueles que interagem nele e volte a ser um lugar de produção de saúde e de vida. Esse é o desafio que cuidadores e os formadores devem perseguir.

Diante do exposto, poderíamos concluir que o cuidado em saúde continua sendo oferecido de forma fragmentada, hierarquizada e focado principalmente na doença e nos

órgãos em detrimento da idéia de que saúde pode ser construída a partir da resignificação da vida das pessoas doentes.

O processo de trabalho observado na produção de cuidado em saúde não atende os princípios básicos de integralidade, anulando a subjetividade tanto dos doentes, objetos do cuidado, quanto dos próprios trabalhadores capturados pela lógica tecnoassistencial, predominante no sistema de saúde, tanto os indivíduos que procuram os serviços de saúde quanto os indivíduos que os recebem nesses serviços são vulneráveis e expostos ao sofrimento psíquico produzido por um sistema de saúde que está longe de alcançar, apesar do percurso realizado em direção a esse caminho, os ideais de integralidade que promovam o cuidado humanizado, integrado e que tenha como objetivo, mais que a busca de resultados e estatísticas, um cuidado que permita às pessoas retomar as rédeas da própria vida.

REFERÊNCIAS

ABREU, E. de. A prevenção primária e a detecção do câncer de estômago. **Caderno de Saúde Pública**, v. 13, p. 105-108, 1997. Supl. 1.

ANEMIA perniciosa. In: WIKIPEDIA, 2011. Disponível em:
< http://pt.wikipedia.org/wiki/Anemia_perniciosa>. Acesso em: 12.03.2011.

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enfermagem**, v. 17, n.1, p.111-117. jan.-mar. 2009.

BARACAT, F. F.; FERNANDES, H. J.; SILVA, M. J. **Cancerologia atual**: um enfoque multidisciplinar. São Paulo: Roca, 2000.

BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 15, p. 11-16, 2005. Suplemento.

BRASIL. Ministério da Saúde - **HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2004. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28292>. Acesso em: 10 dez 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal de Saúde. **HumanizaSUS**: SUS de A a Z. 2004. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342 >. Acesso em: 24 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Oncologia**: manual de bases técnicas. Brasília,DF 2010. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>. Acesso em: 27 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Brasília,DF 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/infodae_oncologia.pdf>. Acesso em: 15 de Jan 2011.

BRENTANI, R. R. et al. Mecanismo de invasão e metástases. In: MURAD, M.A.; KATZ, A. **Oncologia**: bases clínicas do tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

CABALLERO, O. L. et al. Oncogenes e genes supressores de tumores. In: MURAD, M.A.; KATZ, A. **Oncologia**: bases clínicas do tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

CAMPOS, G. W. de S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, G. W. de S.; CAMPOS, R.T.Onocko. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In CAMPOS, G. W. de S. et al (Org.).**Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

CAMARGO JÚNIOR., K. R. de. As armadilhas da concepção positiva de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.

CANESQUI, A. M. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para outra educação dos profissionais de saúde**. Aracaju: SMS, 2006. p. 165-183.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 13, n. 13, p.531-542, 2009. Supl. 1.

_____, L. C. O. et. al. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/ABRASCO, 2006, p. 72-84.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/ABRASCO, 2009, p. 117-130.

_____, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F.; Uma taxonomia operacional de necessidade de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/ EDUCS, 2006. p. 37-50.

_____, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003. Mimeografado.

COELHO, F. R. G. A prevenção do câncer. **Acta Oncol. Bras.**, n.14, p. 105-118, 1994.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 13-36, 1999.

CUIDADO. In: MICHAELIS: Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em <<http://michaelis.uol.com.br>>. Acesso em: 19 abr. 2010.

DEFINA, A. P.; MASSIH, D. A.; MAMEDE, R. C. M. Relato de experiência da atuação da fonoaudiologia e da psicologia a doentes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 33, n. 1, p. 45-48, 2004.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. **Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho**. In: **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. F. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p.27-34, set/dez, 2004.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004.

FERLA, A. A.; OLIVEIRA, P. T. R.; LEMOS, F. C. S. **Medicina, ciência moderna e Estado: o hospital e a biopolítica**. Belém, 2008. Mimeo.

FERREIRA, J.; O corpo sígnico. In ALVES, P. C.; MINAYO, M, C. (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FIGUEIREDO, L. C. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In: MAIA, M. S. **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond-Faperj, 2009, p.121-140

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 26. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade III: o cuidado de si**. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FRANCO, F. L. F. N. Georges Canguilhem e a psiquiatria: norma, saúde e patologia mental. **Primeiros Escritos**, v. 1, n. 1, p. 87-95, 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In: BARROS, M. E.; FERIGATO, S.; CARVALHO, S. R. (Org.) **Conexões saúde coletiva e políticas de subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 301-321.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**. Apontando mudanças para os modelos technoassistenciais. Disponível em:
<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/pdf>>. Acessado em 21 de ago de 2009.

GERHARDT, T. E.; RIQUINHO D. L.; ROTOLI, A. Práticas terapêuticas e apoio social: implicações das dimensões subjetivas dos determinantes sociais no cuidado em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/ UERJ/ABRASCO, 2008.

GODOY, A. S. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais**. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995

GONÇALVES, R. B. M. O saber como tecnologia na produção de serviços de saúde: a epidemiologia e a clínica. In: **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

GUATARRI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica - cartografias do desejo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201-210. Maio/ago. 2006.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 77-86. set./dez. 2004.

IMBAULT-HUART, M. História do Cancro. In: LE GOFF, J. (Org.) **As doenças têm história**. 2. ed. Lisboa: Terramar, 1997.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2008**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>>. Acesso em: 20 jan 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010>>. Acesso em: 14 fev 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **O que é o câncer**. 2005. Rio de Janeiro: INCA, Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>. Acesso em: 1 dez 2005.

KOWALSKI, L. P. Diagnóstico, estadiamento e princípios do tratamento do câncer. In: MURAD, M. A.; KATZ, A. **Oncologia**: bases clínicas do tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

KOWALSKI, I. S. G.; SOUZA, C. P. Representações historicamente construídas. **Acta Oncol. Bras.**, v. 22, n. 04, out./nov./dez. 2002. Disponível em: <http://www.hcanc.org.br/acta/2002/acta02_21.html>. Acesso em: 20 nov. 2009.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. **Vocabulário da psicanálise**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LE GOFF, J. (Org.) **As doenças têm história**. 2. ed. Lisboa: Terramar, 1997.

LOYOLA, M. A. Medicina popular. In GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e medicina no Brasil**: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

LHULIER, D. Filiações teóricas das clínicas do trabalho. In: BENDASSOLI, P. F.; SOBBOL, L. A. **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para a compreensão do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2011, p. 23 a 58.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica da expansão da vida. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, 2009. Supl.1.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R. C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/EDUCS, 2006. p. 51-64.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde pública**, v. 20, n. 5, p. 1114-1416. set-out. 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2009, p.43-68.

MAUÉS, R. H. Medicinas populares e “pajelança cabocla” na Amazônia. In: **Uma outra “invenção” da Amazônia**. Belém: Cejup, 1999. p. 195-207.

MAUÉS, R. H. **Cura e religião**: pajés, carismáticos e médicos. REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 26. 2008, Salvador. Trabalho apresentado. Salvador, 2008.

MERHY, Emerson Elias. **A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias**. Primeira versão. Rio de Janeiro, 2008. Mimeografado.

_____. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias**: a educação da saúde nas práticas profissionais e a política nacional de humanização.(2008). Disponível em:
<<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica> > Acesso em: 17 nov. 2009.

_____. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos**: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro. UFRJ, 2007. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica> > Acesso em: 17 nov 2009.

_____. Integralidade: implicações em xeque. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/EDUCS, 2006, p. 97-109.

_____. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS Brasil**: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas – contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface – Comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 4, n.6, p. 109-16, 2000.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado - movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde**. [2003]. Disponível em:
<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf> > Acesso em: 23 fev 2010.

MENDONÇA, G. A. e S.; GALLO, C. V. de M.; GUERRA, R. M. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.

MENEZES, L. S. de. **Desamparo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

MICELI, A. V. P. Dor crônica e subjetividade em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 363-373, 2003.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

MORAES, M. C. **O doente oncológico, o psicólogo e o hospital**. In: CARVALHO, M. M. M. J. Introdução à psicooncologia. São Paulo: Editorial Psy, 1994.

NASIO, J.-D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo**. 2003. 225f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

OLIVEIRA, F. J. A. de. **Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isso?** In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

OLIVEIRA, P. T. R. **O sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar: um estudo de caso realizado em um hospital público no Pará**. 1998. 146 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1998.

OLIVEIRA, P. T. R.; MOREIRA, A. C. G., **Sofrimento psíquico e trabalho hospitalar. Pulsional Revista de Psicanálise**, São Paulo, v.19, n.185, p. 52-65. mar. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Divisão de Saúde Mental e Prevenção do Abuso de substâncias. **Qué Calidad de Vida? Grupo sobre la calidad de vida. Acta Psiquiatr. Psicol. Am Lat**; v. 44, p. 185-186, 1998.

_____. **Programas Nacionales de Control del Cancer: Políticas y Pautas para la Gestion**. Ginebra, 2004. Traducido al español por la Organizacion Panamericana de la Salud.

PESSINI, L. **Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Bioética**, Brasília, DF, v. 10, n. 2, p. 51-72, 2002.

PINHEIRO, C. V.; AGUIAR, I. M. A; MENDES, L. C. B. O sofrimento psíquico e as novas modalidades de relação entre o normal e o patológico: uma discussão a partir da perspectiva freudiana sobre o caráter do psicopatológico. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 299-305. jul-dez. 2008.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: RPSJV, 2008.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS/CEPESC/IMS-UERJ, 2006.

PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1994.

PRATA, Maria Regina. O normal e o patológico em Freud. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 37-81, 1999.

PLASTINO, C. A. **A dimensão constitutiva do cuidar**. In: MAIA, M. S. Por uma ética do cuidado. Rio de Janeiro: Garamond-Faperj, 2009, p.53-87.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997

SALGADO, A.C.S. **Um dizer que fala de vida e morte**: revelações e silêncios na comunicação sobre o diagnóstico do câncer. 2008. 190f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. UFPA, Belém, 2008.

SANTOS, C. T. dos; SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 2003.

SCHRAMM, J.M. et.al. Transição Epidemiológica e o estudo de cargas de doenças no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2004. v.9, n.4, p.897-908 Disponível em:<http://www.saude.es.gov.br/download/TRANSICAO_EPIDEMIOLOGICA_E_CARGA_DE_DOENCA_NO_BRASIL.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2011.

SCHMIDT, M.I. et.al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, n.4, p. 61-74, 2011. Série Saúde no Brasil. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, 31 (5): 538-42, 1997. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>>. Acesso em: 21 fev 2010.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SOURNIA, J. O homem e a doença. In LE GOFF, J. (Org.) **As doenças têm história**. 2. ed. Lisboa: Terramar, 1997.

SOUZA, A.V.S. **A integralidade na prática clínica e institucional e na relação ensino-serviço**: um estudo de caso sobre a formação do psicólogo em hospital público. 2009.107f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. UFPA, Belém, 2009.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UCHIDA, S.; LANCMAN, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 6, p. 79-90, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. Hospital Universitário João de Barros Barreto. **Projeto de Implantação do Centro de Alta Complexidade em Oncologia - CACON**. Belém: Núcleo de Planejamento e Pesquisa/HUJBB, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. **Hospital Universitário João de Barros Barreto**. Belém: Núcleo de Planejamento e Pesquisa, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. **Hospital Universitário João de Barros Barreto**. Relatório de atendimento por diagnóstico: período de 2003 a 2008. Belém Departamento de Arquivo Médico e Estatístico, 2009.

VOLICH, R. M. ; FERRAZ, F. C. **Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health organization's fight against cancer – strategies that prevent, cure and care**. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/publicat/WHOCancerBrochure2007.FINALweb.pdf>. Acesso em: 20 fev 2010.

ZANELLI, J.C. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. **Estudos de Psicologia**, Santa Catarina, v.7, p.79-88. 2002. Edição especial.