

A EQUAÇÃO HUMANA NO CUIDADO À DOENÇA: O DOENTE, SEU CUIDADOR E AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE*

*Ana Maria Fernandes Pitta***

Resumo: A união dos fracos talvez seja a melhor estratégia para enfrentar, de um lado, o medo e a desesperança dos doentes que cotidianamente buscam o cuidado que precisam; do outro lado, o espanto e vergonha com que muitos dos seus cuidadores percebem suas debilidades para fazer prevalecer, nas organizações de saúde onde atuam, um mínimo de solidariedade social que aproxime as necessidades de uns e de outros. À barbárie e desestruturação alcançada pelo nosso Sistema de Saúde impõem-se um desafio onde audácia e sabedoria serão os requisitos para nos aproximarmos, no conhecimento e nas medidas reparadoras, dos elementos de uma equação onde doentes e seus cuidadores possam introduzir um equilíbrio onde qualificação e responsabilidade pelo cuidado, sejam elementos predominantes nas organizações de saúde. Esta é uma discussão aberta, trazendo a contribuição de diferentes disciplinas e, longe de ser propositiva, pretende estabelecer uma profunda reflexão entre os diretamente interessados em preencher vazios teóricos e práticos que possam ampliar uma economia favorável à "boa prática", entre o uso dos recursos e as necessidades das pessoas, no que se refere às demandas de saúde/doença.

Palavras-chave: cuidadores, organizações de saúde, demandas de saúde/doença

* Este texto foi originalmente preparado para a OPS-Brasil.

** Professora e Pesquisadora do Depto de Medicina Preventiva da FMUSP, Pesquisadora CNPq, Assessora OPS/OMS.

UMA QUESTÃO DESCONCERTANTE

As últimas pesquisas de opinião revelam que preocupações com a saúde ocupam a cabeça dos brasileiros de norte a sul do país, particularmente, neste final de milênio, quando se morre mais de causas externas, coronariopatias, neoplasmas mas também das velhas e novas doenças infecciosas.

Numa dramática matéria de capa “Os médicos pedem Socorro “(VEJA, ago/93), a revista denuncia que os corredores estão superlotados de macas e que os médicos rechaçando o papel que lhes é atribuído de decidir quem deve sobreviver, numa selva onde tudo falta, incluindo esta indignação rara, quando quase já nos acostumamos a assistir todo acinte como se fosse “fenômeno natural”.

“Nós estamos matando gente”, “estão nos transformando em criminosos”, “devemos decidir quem tem ou não direito a medicação, quem tem ou não direito a cirurgia. Isso é decisão sobre a vida e a morte... Estamos vivendo momentos em que os conflitos com nossas consciências estão se tornando insuportáveis”. São apelos dramáticos que revelam uma atitude de basta! Os habituais mecanismos negadores onde a insensibilidade vai se insinuando deixando sempre as coisas como estão, parece não mais surtir efeito e a indignação transborda.

À todas tentativas racionalizadoras de estender a todos o direito à saúde e à assistência médica (CONASP, AIS, SUDS,SUS,PAS), se avolumam os níveis de desigualdade de acesso, de consumo, de resolução dos problemas.

Não é à toa que o relatório do Banco Mundial/93 privilegia a “Saúde Pública” como a questão a ser enfocada. Apesar dos pesares, estamos vivendo mais tempo (a expectativa de vida ao nascer alcança 65 anos no país) e precisamos saber o que fazer com as nossas vidas. Como melhor vivê-las.

Não vamos privilegiar um olhar generalizador do que acontece no cuidado à saúde, neste momento, no país. Não que não seja importante dispormos de macroelementos de análise (outros o farão mais apropriadamente), mas, almejamos buscar revelar faces habitualmente ocultadas nas relações entre o doente e o seu cuidador, com toda a teia complexa de interesses, disputas, jogos, estratégias defensivas. Tarefa tão necessária quanto difícil na medida que os instrumentos habituais de análise de determinantes de qualidade de cuidados de saúde devem examinar a distância entre o prescrito nos planos e programas, de países à instituições singulares, e o que é sentido e avaliado pelo doente e a sua rede de relações. Ainda não dispomos de saberes, métodos, instrumentos e técnicas, capazes de mensurar a distância entre o que se diz fazer e o que verdadeiramente se faz ou é percebido como feito.

A pobreza ou insuficiência que se encontram na origem de algumas dificuldades teóricas e de muitos fracassos de práticas expõe-nos ao grande desafio de buscar uma compreensão do que acontece quando estão em jogo interesses tão singulares e coletivos a um só tempo.

O desafio de estudar o doente e a sua doença, o cuidador e seu processo de trabalho, e, mais ainda, as organizações, no interior das quais ocorrem cotidianamente negociações para que as pessoas possam aliviar sofrimentos e provisoriamente se afastar da morte, impõe, necessariamente, um caminho interdisciplinar onde muitos saberes estarão convocados às suas decifrações.

Quando, por exemplo, nos aproximamos de um hospital para entendermos o que ali se passa, poderíamos invocar a Economia Política para conhecer a sua força de trabalho, mercado de trabalho, salários, bonificações e estaríamos conhecendo uma parte da questão; ao introduzirmos a Ciência Política para buscar desvendar relações de poder entre diferentes níveis de hierarquia, práticas disciplinares e de controle, um

outro horizonte se descortina; a Antropologia poderia ajudar a decifrar símbolos, mitos, comportamentos, “culturas”; às teorias da Administração, à Sociologia do Trabalho caberia iluminar os estudos da organização e processo de trabalho, os modos de gestão; e ainda, privilegiando o singular, poderíamos, em estudos de Psicopatologia do Trabalho, buscar confrontar as organizações do processo de trabalho e as organizações das personalidades dos sujeitos envolvidos e, com isso, buscar encontrar soluções mais econômicas nas relações dos indivíduos e organizações. E, com tudo isso, estaríamos apenas decifrando uma pequena ponta do iceberg, algumas das infinitas possibilidades de examinar a referida equação do doente, seu cuidador, a organização e os resultados deste múltiplo encontro.

Acima da diversidade das disciplinas que o estudam, o homem é um ser indivisível e deveria ser o eixo principal das atenções das organizações de saúde e dos seus trabalhadores. Infelizmente, olhando ao redor, temos de dar razão a Dumont quando nos diz: “na maioria das sociedades (...) as relações entre as pessoas são mais importantes, mais valorizadas, que as relações entre as pessoas e as coisas (...) na sociedade moderna as relações entre pessoas são ao contrário, subordinadas às relações entre pessoas e coisas” (DUMONT, 1983). A provável explicação para essa inversão de primazia está seguramente determinada pela subordinação, nas relações sociais, ao universo dos objetos - mercadorias, e, a uma certa racionalidade econômica, determinando o cinismo, já referido, com que temos, enquanto sociedade, equilibrado a relação doente x cuidador.

Deste modo fica fácil entender porque, neste momento, trabalhadores de saúde, em especial os mais jovens, procuram se realizar enquanto pessoas fora do seu trabalho habitual, acompanhando o que já acontece em outros ramos de atividade, parecendo não manter mais nenhuma lealdade com a instituição em que trabalham, refletindo a imagem de uma sociedade que leva o individualismo às suas últimas conseqüências,

onde reina um pensamento de curto prazo em que o trabalho longe de se constituir num meio de vida, galopa no sentido de se contribuir num meio de acumular riquezas mesmo que isso se transforme numa via de insatisfação e morte precoce.

Sabemos de antemão que todos os saberes que conseguirmos acumular sobre um fato em especial, serão sempre uma construção imperfeita, inacabada apesar disso, estes saberes apontam entretanto para um esforço de natureza ética, que nos faça suplantar os nossos narcisismos “nesses tempos sombrios” para buscar encontrar o homem, sujeito/objeto dos nossos cuidados. Homem esse que é, a um só tempo, genérico e singular. Genérico quando o definimos como pertencente à espécie humana, com suas características de ser bípede, usar pensamento, linguagem, etc., e, carregar consigo o formato inteiro de humanidade, como bem disse Montaigne. Entretanto, esse homem genérico é também um ser concreto: homem ou mulher; médico ou operário; brasileiro ou japonês; nordestino ou europeu. Ou seja, o homem genérico, abstrato, existe enquanto representação intelectual; o homem concreto, singular é o que demanda cuidados, que está exposto aos riscos e é capaz de sofrer e produzir sofrimentos de um modo particular.

Sabemos que o processo de qualificação dos cuidados à saúde/doença, muito embora dependente direto do desenvolvimento científico tecnológico que alcançarmos enquanto sociedade, estará, no varejo, amplamente determinado pela equação doente + trabalhador de saúde + gerência de serviços = resultados. Conhecemos pouco desses diferentes componentes da equação. Conhecemos de modo assimétrico esse pouco que conhecemos. A gerência dos serviços por estar adstrita às organizações concretas, privadas e lucrativas muitas vezes, tem experimentado algum grau de conhecimento, reflexão, investimento na formação/capacitação(CROZIER, 1981; MINTZBERG, 1983; DRUCKER, 1981). O processo de trabalho em saúde e o seus trabalhadores (NOGUEIRA, 1987; GONÇALVES, 1979, 1986; PITTA, 1990; SCHRAIBER, 1993); o processo saúde/doença e os seus implicados, (GLASER & STRAUSS, 1968; MENZIES, 1970; PITTA,

1990), esses últimos quase ocultados, merecem, neste final de milênio um esforço de sistematização do que já se produziu, um pensar articulado desses três componentes da equação que possam criar um desequilíbrio favorável para que os produtos alcançados pelas organizações de saúde atinjam uma melhor economia humana nos seus objetivos, beneficiando doentes e trabalhadores que cada vez mais se alternam nos papéis de uns e outros.

O conhecimento humano sobre tal processo está, como não poderia deixar de estar, submetido às mesmas regras da divisão intelectual do trabalho, onde cada qual estreita seus conhecimentos sobre uma imagem fragmentada do ser humano. Tal concepção de pessoa em pedaços produziu imperialismos biológicos, psicopatológicos, sociológicos que nos cabe aqui enfrentar se quisermos contribuir para práticas sociais que alcancem todas as dimensões humanas, das mais globalizantes às mais comezinhas.

Sendo fundamentalmente “biopsicossocial”, o homem aparece profundamente ligado à natureza e a cultura que o envolve e que ele transforma (MORIN, 1990; CHANLAT, 1992), portanto, todo o reducionismo, de qualquer dos campos do conhecimento, será sempre insuficiente, parcial. Todo o saber que possa advir sobre quaisquer dos aspectos que nos interesse aqui examinar não pode servir para explicar os outros aspectos. Entretanto, cabe-nos o desafio de trazer para debate agentes e aspectos que neste momento nos parecem importantes, para que estabeleçamos alguma possibilidade de escuta entre quem busca atendimento, quem atende e a organização intermediadora entre uma e outra demanda. Desde já fica a ressalva que, para este salto de qualidade, não basta ouvir, não basta dispor da integridade anátomo-fisiológica do aparelho auditivo. É necessário o ato psicológico de escutar, a possibilidade de verdadeiramente estabelecer um campo de trocas que torne efetivo, equitativo e, neste sentido, resolutivo, os infinitos caminhos que intermediam a necessidade de ajuda e a ajuda em si.

O DOENTE E SEU UNIVERSO

Não é fácil adoecer, particularmente quando adoecer e morrer ganha um estatuto de incômodo e precariedade na sociedade moderna, impondo um distanciamento do doente da cena doméstica, onde família e amigos estão incapacitados de intervir em ritos cada vez mais tecnologizados.

Frederico Fellini, antes de morrer, ao admitir seu medo quando viveu um derrame cerebral que imobilizou a parte esquerda de seu corpo, e, ainda visivelmente assustado com a sua nova condição, preferiu rezar: “um modo racional e inteligente de colocar no chão uma bagagem muito pesada e passar a qualquer outro o peso das angústias e das dúvidas. Ainda beatificado, ele, que sempre transformou em belas cenas uma crítica contumaz do mundo religioso italiano, preferiu atribuir aos médicos, as enfermeiras e as Aves-marias rezadas por quantos torciam para si, o fato de seguir vivendo. O som distante da sirene e “todas aquelas coisas que dizem respeito a uma deliciosa enfermeira romena que se chama Dorina, cuja graça celestial e beleza me fizeram pensar que estive “do outro lado” algumas vezes, durante os dias da doença” eram os registros que traziam o nosso genial blasfemo ao seu estatuto de doente, genuflexo ao hospital e seus ritos: “se não estive a altura do papel, tenho uma boa desculpa: era a primeira vez e eu estava despreparado. Mas é um papel que eu não quero repetir” (FOLHA DE SÃO PAULO, 1993).

Nem ele nem ninguém quer repetir a experiência. O homem moderno pelo horror de adoecer e pelo medo de sua própria morte necessita do saber e da técnica para livrar-se dos seus temores e precariedades e dificilmente consegue reagir, interatuar, impor-se na equação do cuidado à saúde, reinstaurando a humanidade no processo de cuidado e defendendo a sua posição nesse processo. Sua atitude atual é negar, não querer proximidade com a dor, sofrimento e morte, prolongando a vida, a qualquer custo, em

hospitais e clínicas onde dispositivos humanos e materiais estarão cuidando de tudo da melhor forma, no seu juízo.

O doente, diferentemente do que pensava Skinner, não é tão somente um organismo submetido permanentemente a um bombardeio de estímulos. Ele é também um ser de desejo, de pulsão, e é através das relações que ele mantém com o outro, pelos jogos de identificação, projeção, transferência, que ele vê seu desejo e sua existência reconhecidos ou não (CHANLAT, 1992).

Não é humano, portanto, imaginar que a bestialização do indivíduo que adocece, quer através de atitudes “carinhosas” e “puerilizantes”, quer através das muralhas do saber e da técnica - novos tótems atemorizadores e assinaladores de um poder desigualmente distribuído na equação aqui discutida - seja a melhor forma de alcançar a “boa prática” em saúde e assistência médica.

Por sua vez também não será numa forçada *equalização e horizontalização* da relação *cuidador - doente* que se resolverá conflitos de natureza epistemológica, cultural, social e econômica que coloca em patamares tão desiguais os que cuidam e os que necessitam ser cuidados.

“Nu na cama (um calçãozinho, protegia um resto de pudor) o principal contato se estabelecia como é natural, com o pessoal da enfermagem, de quem dependia para a minha eventual necessidade de urinar”. O relato de Mario Testa, médico, sanitarista e pensador latino-americano dos modos de viver a saúde enquanto prática coletiva, num duro momento em que se transformou num reles doente, pode ser outro depoimento primoroso de como trazer a cena, nesta difícil empreitada, o doente ao lado, é certo, do pensador “estratégico”, que tem dedicado a vida a fazer e examinar planos e políticas de saúde.

“Na sexta-feira, 11 de setembro de 1991, me colocaram um marcapasso definitivo no Hospital P., um Instituto especializado em Cardiologia. Uma semana antes, na sexta 4, me haviam colocado um marcapasso transitório na unidade coronariana no Hospital F. reconhecido como um dos melhores de Buenos Aires. Fui enviado ao meu domicílio na quarta 16, terminando meu periplo de 12 dias nos serviços em que estive internado... A intenção é dar a conhecer uma visão do hospital do lugar de uma “mirada” não convencional que nós, trabalhadores de saúde, não estamos acostumados. O faço com convicção de que estas notas possam converter-se em um apelo aos meus colegas - os trabalhadores de saúde - para despertar a necessidade de um diálogo acerca das tarefas que realizamos habitualmente no nosso quefazer hospitalar e acerca das configurações organizativas que se criam com o nosso apoio tácito ou explícito”. De modo tocante, e sem acordo prévio, Testa revela também no seu artigo os três elementos definidores da equação de cuidados: doente, “Trabalhadores de saúde” e “configurações organizativas” que influenciam e determinam o que pode e deve acontecer como resposta às necessidades expressas pelo primeiro elemento (TESTA, 1993).

“Desde o não querer escutar a sirene das ambulâncias (não queria ver denunciada a sua condição moribunda, dilaceradamente publicada no esgair da viatura?) em pedidos não atendidos, a intermediação da “rubia petisa” para que se pudesse fazer chegar sua fala ao médico “robusto de bigode” com o seu olhar fixo no mesmo ponto distante de alguma galáxia, assistidos pelo terceiro elemento a examinar também fixamente os eletrocardiogramas sem dirigir-se ao sujeito que o produz”, fica claro que não há uma estratégia de fortalecimento desta parêntese - *doente e cuidador* - no vetor de forças desta equação. Do lado do doente resta a rede de solidariedade dos amigos, expressa pelos lábios da mulher em telefonemas de dentro e fora do país, as providências necessárias para que sejam possíveis os cuidados. Do outro lado os médicos, “senhores! do diálogo”, escondem-se nas tecnologias emergentes para evitar as contaminações de afeto que

possam lhes resvalar. “Porém o melhor é a solução que encontram as enfermeiras para o tratamento social do paciente, que encontro de alguma maneira cheio de algo que se pareça simpatia: “bebê”, “boneco” são os termos que recorro. Este último sobretudo me chama a atenção, penso: que me terá querido dizer? sobretudo tratando-se de uma mulher jovem e bonita; depois reflito que não me encontro numa situação onde possa exercer meus conhecidos (por mim) recursos de sedução e descarto qualquer veleidade masculina” (TESTA, 1993). O certo é que, neste edifício de despersonalização em que se transforma o hospital moderno, cabe aos enfermeiros, expostos e mobilizados por sentimentos fortes e contraditórios, uma face humanizada na rotina dos serviços que, justo por não serem suficientemente conhecidos e discutidos com os mesmos, se tornam um grupo de trabalhadores particularmente vulnerável a trocar de papéis com seus doentes, identificados, projetados, desenvolvendo formações reativas e muitas das vezes fugindo para funções administrativas-burocráticas, aparentemente mais fáceis.

Enquanto usuário de serviços de saúde, o doente vive uma situação particularmente desfavorável com relação aos demais determinantes dos rumos da equação de cuidados. Costuma não ter informações para definir suas necessidades e a melhor maneira de satisfazê-las. Particularmente no Brasil, onde se engatinha na conquista de direitos elementares (e saúde como um deles, COHN, 1991) estamos distantes de contarmos com o usuário influenciando responsável e decisivamente em seu processo de cuidado. A elevação dos níveis educacionais acontece mas não com a velocidade necessária para tal nível de participação. A banalização do conhecimento médico através da mídia, salvo raras e honrosas exceções, mal cumpre a função de fomentar crenças mágicas e ampliar mercado para os que podem pagar qualquer porcaria. O doente estará sempre fragilizado, em posição de subordinação aos profissionais e organizações.

Um outro complicador é a falta de critérios de avaliação do que as pessoas

estão recebendo como cuidados. Os resultados dos serviços são difíceis de avaliar, particularmente, em situações complexas como transtornos mentais, doenças psicossomáticas, doenças crônicas, etc. "Aceita-se mais facilmente, hoje, que a saúde seja determinada por um conjunto de indicadores (biológicos, comportamentais, ambientais), cujas relações não são bem conhecidas. A capacidade dos serviços de saúde de resolver os problemas é limitada tanto por causa de sua natureza, que exige intervenções de vários tipos, quanto por causa da sua própria ineficácia relativa, evidenciada pelas avaliações científicas disponíveis" (DUSSAULT, 1992). Se é assim para gerentes e cuidadores, porque não seria mais difícil para o doente, sempre o último a saber, o "homem cordial" em todas as tentativas mal ou bem sucedidas de cuidarem de si, avaliar criticamente o que está recebendo?

O doente ainda é um objeto incomodo porque falante, mas nada além de um objeto. Tanto mais objeto quanto pior esteja na escala social.

Por sua vez, também seria absolutamente não humano, neste momento a idéia rousseauiana de que o homem é bom por natureza e que tal humanidade estará apenas representada no pólo "doente" da equação. Seria uma atitude moral e paternalista que pouco contribuiria para humanizar "doente" e "equação" e alcançarmos algum avanço no buraco que se estabelece entre "indivíduo - doente" e "organização - instituição de saúde" quando buscarmos aproximar as subjetividades individuais e coletivas a serem negociadas entre uns e outras.

Há no ar uma pedagogia corretora, inspirada nesta "bondade fundamental" e no caráter intrinsecamente "saudável" do doente (a quem só se vê como vítima) que oculta e nos cega, frente a uma teia complexa de contradições quando este mesmo indivíduo, objeto de tanta generosidade e paciência, expressa, por exemplo, sentimentos, incongruentes, condutas loucas. Tais provocações podem ser toleradas pelo cuidador,

porém não são respeitadas, registradas, escutadas; não são contempladas como algo plenamente humano; são apenas suportados e ignorados, deixando-se passar “para quando estiverem melhores”.

Sabe-se de antemão que as racionalizações ou negociações de que se lança mão não são suficientes para administrar a frustração de cuidadores desafiados, nem a rebelião de doentes inconformados. Estes últimos, especialmente, se já trazem dificuldades consigo mesmos, reagem e se comportam mal, não recebem de forma adequada a mão que se lhes estende e aparecem para os seus cuidadores como culpados pela sua falta de gratidão aos cuidados e paciência que recebem. Não é casual que se considere o doente como alguém, “a priori”, dotado daquela particular inocência que ilumina o rosto dos simples de coração e dos que têm sofrido muito; mas também, se ele ousa se expressar de modo considerado inadequado pelos seus cuidadores e/ou organização de cuidados, todo um esquema de repulsa e incômodo estará desencadeado. E o pior é que, como evidência concreta de nossas precariedades, costumamos, quando doentes, suportar mal nossa impotência, e, com grande facilidade resgatamos a arrogância (aquele antigo pecado grego), para preservar um pouco da hombridade que na doença se esvai.

Não há portanto uma maratona de anjinhos contra demônios. Talvez alguns tenham mais condições de alagoes que outros. O desafio é nos despir de qualquer preconceito e busca, tecnologia e preparo para lidar com situações tão humanas, descortinando teias explicativas que revelem os componentes desse complicado processo.

O CUIDADOR E O SEU PROCESSO DE TRABALHO

Quem são esses senhores e senhoras? Força de Trabalho como outra qualquer,

de qualquer ramo de atividade? Sacerdotes abnegados, quase divinos?

Se examinarmos na sua origem, cuidar de doentes, e, particularmente, de doentes e pobres, era tarefa divino-caritativa desempenhada por sacerdotes, prostitutas, bruxas, a buscar na "transfiguração simbólica" o seu lugar nos céus (BOURDIEU, 1987) numa atividade humana que se espera valorizada por todos.

Hoje, alguns séculos mais tarde, as coisas se modificam. Os cuidadores modernos são, entre nós, mais frequentemente mulheres, solteiras, brancas, com idade entre 25 e 40 anos, tendo majoritariamente cursado até o colegial, exercendo ocupações artesanais de baixa qualificação, tendo uma renda per-capita de até dois salários mínimos trabalhando de dez a doze horas por dia, em turnos fixos ou alternados. Sentem ora corrido, ora suficiente o tempo destinado a exercer tarefas habitualmente repetitivas. Participam do planejamento das tarefas quando conseguem ter próximo quem lhes supervisione. Não fazem pausas, e, quando saem do trabalho querem "descansar", sem disposição para se divertir, estudar ou continuar trabalhando. Consideram o trabalho insalubre e perigoso e adoecem com facilidade por problemas físicos e psicossomáticos. As mulheres mais pobres e menos qualificadas têm cinco chances a mais de apresentar sintomas de sofrimento psíquico que os homens mais ricos e mais qualificados. A natureza do trabalho ao lidar com dor, sofrimento e morte influencia a produção de sintomas e doenças; para alguns grupos, entretanto, até atua como fator de proteção quando comparados com outros que, não lidando diretamente com gente, se mostram mais insatisfeitos e adoecidos, talvez porque estejam impossibilitados de receber gratidão e reconhecimento pelo que fazem.

A caracterização acima, de 1525 trabalhadores de um hospital de 400 leitos de uma metrópole brasileira (PITTA, 1990) não tem a intenção de ser generalizável. É muitas vezes coincidente com outros achados (NOGUEIRA, 1987; COFEN, 1985) da força de

trabalho em Saúde no país. Mas, existem também como *Cuidadores de Saúde* pessoas muito diferenciadas na hierarquia social e econômica: cobram em dólar, dispõem de outros empreendimentos, negócios - não seriam pessoas que pudéssemos chamar de pobres coitados. Como reage este universo tão diferenciado de pessoas a apelos tão humanos e desconcertantes quanto os contidos em um doente e a sua doença?

Num estudo tão comovente quanto inovador, GLAZER & STRAUSS(1968), observando como reagem frente a morte o doente, a família, médicos e enfermeiros em hospitais de São Francisco, enfatizaram a especial dificuldade que a equipe de técnicos têm para lidar e comunicar aos doentes suas doenças e mortes e todas as estratégias inconscientes que lançam mão para ocultá-las. Mais tarde e aqui no Brasil (PITTA, 1992) pôde-se observar estratégias parecidas em unidade de Queimados de um hospital geral onde o ritmo de trabalho intenso, o volume de procedimentos, anotações, controle de líquidos, diurese, verificações e contraverificações mantinham todos, todo o tempo, muito atarefados. A televisão ligada permanentemente nas enfermarias era a fala mecânica consentida, era a estratégia competente de desvio de contatos desconcertantes, mobilizadores. Afinal, as histórias que levam as pessoas até ali são sempre violentas: tentativas de homicídio, suicídio, acidentes; os corpos mutilados, dores lancinantes, são o dia a dia da unidade; e, à saída, "a fábrica de monstros" em que se transforma a pós-cura, com a falta de malhas e possibilidades de reabilitação física e psicológica efetivas, tornam o serviço particularmente penoso. A tragédia costuma estar presente antes de acontecer o fato, durante e após o período crítico. Atravessando todos esses momentos caberá ao cuidador apenas ouvir os clamores, ou verdadeiramente escutar seus doentes se puder administrar toda a carga mobilizadora que tal atitude requer.

Cabe-nos então buscar decifrar estratégias individuais e coletivas que os trabalhadores de saúde lançam mão, cotidianamente, para cumprir suas tarefas enfrentando uma situação de trabalho que suscita sentimentos tão fortes e contraditórios

quanto piedade, compaixão, amor, culpa e ansiedade, ódio, ressentimento, inveja.

Nos chamados Sistemas Sociais de Defesa (MENZIES, 1970), os trabalhadores de um hospital costumam negociar suas angústias através de: 1) *Fragmentação* da relação técnico-paciente para evitar um relacionamento íntimo propício a fomentar a angústia (fragmentar as tarefas no sentido de reduzir tempos de contato com o doente); 2) *despersonalização e negação* da importância do indivíduo - todos os doentes são absolutamente iguais, impedindo-se registros afetivos, personalizados; as vestes iguais dos doentes, os uniformes dos técnicos se encarregam de introduzir num signo asséptico, indiferenciado; 3) *distanciamento e negação* de sentimentos que serão controlados, envolvimento refreado e identificações perturbadoras evitadas; 4) *eliminação de decisões* através das rotinas e padronização de condutas, onde o que não está previsto costuma ser muito ameaçador e deve ser delegado ao "outro". O rito de postergar decisões costuma ser competente para introduzir o seguinte mecanismo de defesa: 5) *redução do peso da responsabilidade* ou todas as possibilidades de fuga da angústia da responsabilidade e decisão através de uma série de verificações e contraverificações, consultas; o parcelamento e fragmentação das tarefas se incumbem de minimizar o peso da ansiedade gerada pelo impacto da decisão de alguém - o responsável.

Um outro modo de identificar e classificar estratégias defensivas dos trabalhadores de hospital: em estudos de psicopatologia do trabalho (DEJOURS, 1988, PITTA, 1990), verificou-se, empiricamente, três estratégias dos trabalhadores se relacionarem com o seu trabalho. A primeira seria a *evitação, rechaço*, em que o indivíduo, ao não tolerar a intensa mobilização interna que o lidar com o doente suscita, faz todas as manobras para não tomar contato com seus doentes: chama-os por números, por categorias nosológicas, atende-o de portas abertas, estimulando-os a sair, ou melhor, a sequer entrar em contato consigo. Reage como uma parede à qualquer solicitação do doente, humilhando-o, coisificando-o, bestilizando-o. Infelizmente é um comportamento

encontrado, particularmente entre os que não ficam na profissão, sendo alvo fácil para que “autoridades” os elejam como os responsáveis únicos pelo não funcionamento do sistema.

Um segundo grupo pode viver um “*envolvimento apaixonado*” com seus doentes, misturando-se com os mesmos, identificando-se, projetando-se. Neste grupo se encontram os trabalhadores mais novos e menos experientes, ou outras pessoas mais sensíveis, com defesas menos estruturadas, que costumam apresentar sintomas, ou mesmo adoecer somática ou psiquicamente como modo de reagir à mobilização que o outro, doente, impõe.

Existe ainda uma terceira via, a mais econômica para trabalhadores, doentes e organizações, na qual o trabalhador vai procurar fazer tudo do melhor modo para que este comportamento gere um reconhecimento externo, que, uma vez devolvido ao seu agente, se transforme num ciclo nutridor para que a “boa prática” se institua como algo capaz de produzir novos reconhecimentos (mecanismo mais facilmente encontrável entre os profissionais universitários que dispõe de melhores meios de qualificação, de publicação de trabalhos científicos e difusão da sua imagem e trabalho). A esta terceira via tem-se denominado *sublimatória* pela possibilidade de desenvolver o entendimento dos mecanismos de reparação que fazem com que uma energia libidinal primitiva, narcisista, agressiva e até mesmo erótica, uma vez dessexualizada, possa se deslocar para objetos e finalidades valorizadas social e narcisicamente (FREUD, 1974).

Para entender alguns mecanismos pelos quais a “vocação” para o trabalho se institui e mantém, apesar do trabalho duro, do penoso lidar com pessoas adoecidas e com todas as situações desfavoráveis decorrentes, parece ter na *sublimação* uma forma de lidar com pulsões instintivas, transformando-as em atos e atividades socialmente reconhecidas, possibilitando a realização transacional do desejo num caminho alternativo

à repressão.

No entanto, a subjetivação até aqui examinada convive num processo de trabalho que ainda transita de uma vocação divino caritativa ao processo tecnológico, onde a divisão e fragmentação das tarefas vai transformando em exercício complexo, driblar, no cotidiano de trabalho, todas as tentações de distanciamento e impessoalização das relações.

O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A impossibilidade do domínio da totalidade dos conhecimentos e técnicas disponíveis por um único profissional é também enfatizada por DONNANGELO(1975), alertando-nos que a coletivização do processo de trabalho em saúde e “característica comum à organização dos serviços de saúde nas sociedades que criaram ou incorporaram conhecimentos e técnicas médicas refinadas”. Como evidência desta tendência, temos o surgimento da especialização médica como forma de divisão técnica do trabalho, com raízes na inovação técnico-científica e a conseqüente dependência entre especialidades. A complementariedade e a dependência manifestam-se já na divisão do trabalho, nas duas grandes áreas representadas pela Clínica e pela Cirurgia. E tendem a reforçar-se não apenas pelas diferenciações internas a elas mas também pelo aparecimento de formas de trabalho referentes a parcelas cada vez menores, embora não menos significativas, da totalidade do processo de diagnóstico e terapêutica (DONNANGELO, 1975).

NOGUEIRA(1987), chama a atenção que esta organização do trabalho coletivo em saúde tem uma divisão técnica, que absorve as características da *manufatura* e, como tal, teria valor de uso e sua lógica de qualificação no setor terciário, como serviço a ser consumido. A decomposição do processo de trabalho em tarefas isoladas se

acompanha da integração através de uma hierarquia de profissionais e serviços que constitui a produtividade do setor que ainda depende, substancialmente, do conhecimento e destreza do trabalhador.

Por sua vez, também a galopante introdução de novas tecnologias nos diagnósticos e terapêuticas, ou mesmo a automação de partes ou totalidade destes procedimentos, a despeito de introduzir uma desqualificação de um saber antes totalizado pelo trabalhador nos seus procedimentos artesanais, tem exigido dele maior atenção e condicionamento para acompanhar os novos ritmos automatizados.

Como regra geral, as determinantes indiossincráticas de cada cuidador ainda são um elemento fundamental no bom andamento da atenção, mesmo quando os procedimentos se sofisticam em equipamentos e informatização.

AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE: POSSÍVEIS ESPAÇOS DE NEGOCIAÇÃO

Quando a sala da Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, instituição hegemonicamente comprometida com as elites, “com seus vitrais, lustres de opalina, paredes de damasco verde, lambris de madeira, rica e solene”, numa sexta-feira à tarde, lota o seu auditório com médicos indignados pelo modo como estão “matando gente” nos hospitais da cidade de São Paulo, alguma coisa nos diz que é possível usar as organizações a favor de algo que favoreça doentes, satisfaça cuidadores e melhore o nível dos serviços de saúde ofertados pelas organizações.

Uma situação de profunda desigualdade econômica e social no país deteriora as condições físicas, psíquicas e culturais gerando violência e conflitos que minam valores éticos e morais na sociedade, ameaçam o equilíbrio ecológico necessário à vida, como consequência do triunfo perverso do “governo das pessoas na gestão dos negócios”

(CHANLAT, 1992), onde a preocupação com a rentabilidade sobrepõe-se a todas as demais, conduzindo a sofrimentos injustificáveis nos ambientes de trabalho, induzindo, paradoxalmente imensuráveis perdas econômicas, contraproduzentes aos objetivos primordiais da eficácia e eficiência desejadas.

É esta *ordem organizacional* que nos interessa perverter, já que, por definição, ela seria sempre instável, alimentada por tensões, conflitos, incertezas, ambiguidades. As organizações, ao não evoluírem de um mesmo modo podem, utilizando-se a terminologia de Levi-Strauss, ser classificadas em organizações “quentes”, sensíveis aos interesses dos seus interessados e organizações “frias”, à semelhança das burocracias analisadas por CROZIER(1963) e MINTZBERG(1982).

Inegavelmente, as organizações contemporâneas exercem a maior influência sobre as condutas individuais, criando assim um espaço particular de negociação entre o individual e o coletivo, entre as sociedades e o mundo, com seus sistemas simbólicos e as relações sociais que conseguem produzir. Pode-se afirmar que a organização é uma forma de ação coletiva, negociadora de subjetividades numerosas, diferente da ação individual, portadora de uma subjetividade única (CLEGG, 1992).

O que o INCOR (Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) produz em termos de impacto da boa qualidade dos serviços prestados é maior que o que possa causar a ação individual de cada um dos seus cuidadores examinados individualmente, e é muito provável que o padrão de “boa prática” dos seus cuidadores não possa, nem deva, merecer uma igualdade na avaliação de suas performances. Em miúdos, tem gente muito boa e gente não tão boa assim nas suas ações individuais, responsáveis pela excelência da organização INCOR na sua ação coletiva.

Todo membro de uma organização costuma ser apenas um elo na ação ou no fluxo de autoridade dirigida a determinados objetivos, isso idealmente falando, (para deleite dos planejadores), sendo a *obediência* o elemento central para toda a análise do poder organizacional. FOUCAULT (1985), a seu modo, sublinha uma forte relação entre a *disciplina* e a *virtude organizacional*, denominando “práticas disciplinares” a inúmeras iniciativas, particularmente no campo da saúde, que vem a se constituir nas práticas hospitalares, da sua origem monástica aos nossos dias. Seriam as “práticas disciplinares”, microtécnicas de poder que estabelecem e regulamentam não apenas os indivíduos como também o coletivo ao qual se relacionam? Uma comparação sobre dados de produtividade, por exemplo, exerce mecanismos de controle pessoal, técnico, burocrático e jurídico a um só tempo. E tais mecanismos podem se apresentar sob forma de supervisão, rotinização, capacitação e normatização de serviços, estratégias competentes para reforçar o poder sobre o comportamento dos trabalhadores, justamente por eles serem membros da organização.

Tais mecanismos se estendem também, numa melhor versão, à práticas culturais de adesão, permissão, persuassão, ou seja, técnicas formalizadas que podem contribuir para desenvolver, no plano organizacional, formas reconhecidas de criatividade, resolutividade e produtividade, reforçando e tornando possível o desejo de obediência; como assinala CLEGG (1991), complementando: “Onde existem regras deve existir reinterpretções, como foi bem demonstrado em trabalhos tão diferentes como de WITTGENSTEIN (1967), GARFINKEL (1967), CLEGG (1967) e BARNES (1986). A regra não pode jamais fornecer sua própria interpretação. As questões de interpretação são sempre ligadas aos processos pelos quais as ações se concretizam e são sinônimos das regras. Porém, esta atividade se concretiza por ações, processo que constitui a concretização do sentido pelo qual o simbólico se fixa. As regras e os jogos tendem sempre a se transformar em objeto de contestação do sentido, por alguns jogadores que

introduzem algumas jogadas pessoais e também atuam como árbitros, recurso supremo do poder". (CLEGG, 1991).

Existirá portanto, a despeito das tendências dominantes que possam assumir as organizações de saúde na direção ética que lhe for mais conveniente, uma pequena margem de liberdade e/ou transgressão, através da qual será possível introduzir direcionamentos socialmente mais justos.

A legitimidade ou ilegitimidade com que os membros de uma organização se utilizam dos recursos da organização para desenvolver melhor ou pior o seu trabalho tem a ver com o modo como eles lidam com a dicotomia *poder/autoridade*. As discussões que têm sido feitas enfatizam a *obediência* como elemento central na construção do poder no interior das organizações e reverenciam WEBER como seu precursor. Entretanto, ao considerar que, "a priori", "os membros de uma organização não são sempre obedientes", MINTZBERG define-se explicitamente em oposição aos esquemas em que autoridade, ideologia e conhecimento aplicado, reduzem o sistema político a um sistema residual: "Reduzida à sua essência, a política remete então aos comportamentos individuais ou coletivos que são informais, visivelmente *localizados, e, além de tudo, no sentido técnico, ilegítimos, não sancionados nem pela autoridade formal ou ideológica reconhecida, nem pelo conhecimento aplicado, mesmo que ela possa apropriar-se de qualquer um deles*" (MINTZBERG, 1983). Tais discussões concentram-se sobre o exercício da autonomia que podem ter os membros de uma organização, que, mesmo não estando numa posição de mando, podem utilizar, informalmente, os recursos aos quais os sujeitos desta organização têm acesso. Se, como quer MINTZBERG, as organizações para funcionar bem dependem dos seus "operadores", particularmente as "organizações profissionais" (onde melhor se situam os serviços de saúde, na tipologia por ele proposta, por envolver o trabalho de especialistas *produzindo serviços e pressupondo autonomia de práticas*), o mecanismo dominante de coordenação é a

padronização das qualificações, onde o saber e as habilidades são formalizadas através do processo de formação e as normas são definidas pelas *associações profissionais*. Dada a complexidade e variabilidade do trabalho, os profissionais conservam muita discricção nas decisões relativas ao modo como vão produzir o serviço. Em consequência, o papel dos gerentes pode ficar muito limitado (DUSSAULT, 1992).

Cuidar de doentes impõe exigências particulares para uma organização, já que tem de dar conta de necessidades complexas, com intensidades variáveis, onde crianças, mulheres, idosos, cardiopatas, acrobatas, poetas; variando em classe social, em níveis de representação dos seus processos saúde/doença, em níveis de gravidade e temporalidade de suas situações, têm demandas próprias que exigem respostas singularizadas. Casos aparentemente simples comportam riscos não presumíveis para o doente e seu cuidador. Existe a permanente necessidade de ajustar os serviços ofertados às necessidades específicas de cada um.

Se extrapolarmos a noção de “organizações de saúde”, para incorporarmos às funções das “organizações de serviços públicos” amplia-se o nível de dificuldades, já que se incorporam, para além da técnica, outras dimensões políticas e econômicas que tornam, muitas vezes, insuportavelmente contraditórios os objetivos dessas organizações. Por exemplo, a redução de gastos públicos, medida estritamente econômica, põe em risco a acessibilidade aos serviços. Um fisiológico objetivo clientelista/eleitoreiro de construir um hospital numa localidade X pode por em risco toda a possibilidade de destinação de recursos para uma diversificada rede de serviços, equipamentos e medicamentos de uma região.

A rigor, as organizações públicas de saúde têm o dever de prestar serviços na mesma medida que os cidadãos tem o direito a receber os serviços que necessite. Deste modo não existiria a possibilidade de selecionar clientela ou os problemas a atender.

Estaria fora de cogitação repelir casos difíceis e dispendiosos.

(IN) CONCLUSÕES

A prescrição do óbvio se torna um imenso desafio ético nos dias de hoje. No terreno das possibilidades, as organizações profissionais tem buscado administrar conflitos entre os cuidadores e seus administradores. Leais primeiramente às suas profissões e secundariamente às suas organizações, um dos problemas enfrentados consiste em suscitar a adesão sincera desses profissionais aos objetivos acordados na organização. Sabe-se que um controle rígido, com a conseqüente perda ou redução do *sentimento de autonomia* só vai produzir uma piora na qualidade do serviço. *“Há um outro problema ligado a essa questão do controle e da autonomia: como assegurar, ao mesmo tempo, a autonomia e a discricção profissional e prevenir a falta de consciência profissional e a incompetência? Associações profissionais pretendem garantir a qualidade dos serviços dos seus membros, mas, na realidade tendem a ser mais reativas do que proativas, isto é, elas vão reagir frente a casos de flagrantes erros ou culpas, mas pouco farão para prevenir a ocorrência de tais erros”*. (DUSSAULT, 1992).

A essência de um trabalho interdisciplinar, num equilíbrio ético das relações de quem assiste e quem é assistido, supõe, para além da desconsideração das fronteiras disciplinares em busca de uma transdisciplina, uma renúncia radical ao corporativismo e às rivalidades profissionais, concordando com vários estudiosos na questão.

Não é propósito finalizar prescrevendo uma nova geração de abnegados *super-heróis* para qualificar o trabalho nas organizações de saúde (até porque seria humanamente difícil encontrá-los em número suficiente para manter um sistema funcionando), ou então, exigir *super-usuários* capazes de bem avaliar os cuidados recebidos, ou ainda, constituir a curto prazo a *“organização competente”* para reverter

um desequilíbrio na equação. Contenta-nos, ao buscar conhecer questões essenciais em cada um desses elementos, ajudar a fortalecer os elos viáveis para estabelecer uma cadeia possível que aumente a coerência entre os recursos, os serviços e as necessidades das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOURDIEU, P. *A Economia das trocas simbólicas*, 2^a. ed. São Paulo, Perspectiva, 1987.
- CHANLAT, J.F. *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. São Paulo, Atlas, 1991.
- CHANLAT, J.F.C., coord *O indivíduo na organização, dimensões esquecidas*. São Paulo, Atlas, 1992.
- CLEGG, S. Poder, linguagem e ação nas organizações. In: Chanlat, J.F., coord *O indivíduo nas organizações*. São Paulo, Atlas, 1992. p.47-66.
- COFEN *Força de trabalho em enfermagem*. Brasília, ABEN, 1985, v.1.
- COHN, A. et al *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo, CEDEC/CORTEZ, 1991.
- CROZIER, M. *O fenômeno burocrático*. Brasília, Editora Universidade de Brasília, D.F., 1981.
- DEJOURS, C. *O corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre, Artes Médica, Porto Alegre, 1988.
- DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e sociedade*. São Paulo, Pioneira, 1975, p.54-5.
- DRUCKER, P.F. *Fator humano e desempenho*. São Paulo, Bib. Pioneira Adm. e Negócios, 1981.
- DUMONT, L.- *Essais sur l'individualisme: une perspective anthropologique sur l'ideologie humaine*. Paris, Seuil, 1983.

- DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde. *Rev. Adm. Publica*, 26(2): 8-19, 1992.
- FOLHA DE SÃO PAULO "Tive medo de morrer". Caderno "Ilustrada", p. 4-1, São Paulo, 30/08/93.
- FOUCAULT, M.- *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1981.
- FRAIVRET, J. et al *Le tertiaire éclaté: le travail sans modèle*. Paris, Editons de Seuil, 1980 p.175-9.
- FREUD, S. *Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância*. Rio de Janeiro, Imago, 1974, v.11, p.55-124.
- FREUD, S *O mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro, Imago, 1974. p. 91-171.
- GARCIA, J.C. As ciências sociais em medicina. In: Nunes, E.D. org. *Juan Cesar Garcia*. São Paulo, ABRASCO/CORTEZ, São Paulo, 1989 p.62-3.
- GLASER, B.F. & STRAUSS, A.L. *Tyme for dying*. Chicago, Aldine, 1968.
- GONÇALVES, R.B.M. Medicina e história, raízes sociais do trabalho médico. São Paulo, 1979. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP]
- MENZIES, I. The functioning of organizations as social systems of defense against anxieties. I.H.R., 1970. Trad. Adap. Arackcy Martins Rodrigues [mimeo].
- MINTZBERG, H. *Power in a around organizations*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1983
- MORIN, E. et al *Un nouveaux commencement*. Paris, Seuil, 1990.
- NOGUEIRA, R.P. Força de trabalho em saúde. Rio de Janeiro, *Textos de Apoio e Planejamento I*, ABRASCO/FIOCRUZ, 1987.
- PITTA, A. *Hospital dor e morte como ofício*. 2ª. ed. Ed. HUCITEC, São Paulo, 1990.
- SCHRAIBER, L.B. *O médico e o seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo, HUCITEC, 1993.

TESTA, M. El hospital. *Salud, Problema y Debate*, 5(9): 31-7, 1993.

WEBER, M. *Economy and society: an outline of interpretative sociology*. Berkeley, University of California Press, 1979.

SUMMARY: The union of the weak may be the strategy to face, on the one hand, the fear and hopelessness of the ill who daily seek for the care they need. It may on the other hand be the form of facing the amazement and the shame with which many of the care providers recognize their debilities to make prevail a minimum of social solidarity in their health services so that the needs of both groups come together. The level of barbarism and structure disruption found today in our Health System poses a challenge demanding courage and wisdom to redefine the elements of an equation where the sick and the caretakers can achieve a balance in which qualification and responsibility in the care predominate. This is an open discussion, with the contribution of different disciplines that rather than being propositional intends to establish a deep reflection among those interested in bridging the theoretical and practical gaps in order to stimulate the good use of the resources to meet the demands of the health/disease process.

Key words: caretakers, health providers, health/disease process