



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Leandro Augusto Pires Gonçalves

Medicina e Enfermagem ó saberes e práticas incomensuráveis?

Uma abordagem à luz da hermenêutica e dos *science studies*

Rio de Janeiro

2014

Leandro Augusto Pires Gonçalves

Medicina e Enfermagem ó saberes e práticas incomensuráveis?

Uma abordagem à luz da hermenêutica e dos *science studies*

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Co-orientador: Prof. Dr. André Luis de Oliveira Mendonça

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

G635 Gonçalves, Leandro Augusto Pires.
Medicina e Enfermagem ó saberes e práticas incomensuráveis?
Uma abordagem à luz da hermenêutica e dos *science studies* /
Leandro Augusto Pires Gonçalves. ó 2014.
132 f.

Orientador: Kenneth Rochel de Camargo Junior.
Coorientador: André Luis de Oliveira Mendonça.
Dissertação (Mestrado) ó Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Ciências ó Aspectos sociais ó Teses. 2. Hermenêutica -
Teses. 3. Biomedicina ó Teses. 4. Medicina ó Teses. 5.
Enfermagem ó Teses. I. Camargo Junior, Kenneth Rochel. II.
Mendonça, André Luis de Oliveira. III. Universidade do Estado do
Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. IV. Título

CDU 614.253:61

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Leandro Augusto Pires Gonçalves

Medicina e Enfermagem ó saberes e práticas incomensuráveis?

Uma abordagem à luz da hermenêutica e dos *science studies*

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 11 de Março de 2014.

Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Instituto de Medicina Social ó UERJ

Coorientador: Prof. Dr. André Luís de Oliveira Mendonça

Instituto de Medicina Social ó UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Jane Dutra Sayd
Instituto de Medicina Social ó UERJ

Prof. Dr. Octavio Andres Ramon Bonet
Universidade Federal do Rio de Janeiro ó UFRJ

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

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

À memória de Leonida Augusta Pires Gonçalves, aquela que me ensinou como ver o mundo.

AGRADECIMENTOS

Tenho muitos a lembrar aqui, que me foram a possibilidade de concluir esta etapa e que, de certa forma, também estão nas próximas páginas. Foi por influência destes que certas coisas foram escritas, da maneira como foram. Mas começarei por aquela que nada me disse, me sorriu. Helena John, seus sorrisos são, diariamente, aquilo que me faz lembrar do meu encantamento com o ser humano. Filha, vivemos dias difíceis, os outros são cada vez mais estranhos, e todos estamos entrando pelos cabos de fibra ótica. Espero te apresentar o sabor das jabuticabas, as belezas das cachoeiras e o prazer de uma conversa olhos-nos-olhos. Como fez comigo a minha avó, Leonida.

Sarah John é companheira, é inspiração e é fundamento. Você sou eu, é musa, é pilar de tudo o que faço.

Sogra Aira e sogro Claudio, que me deram todo o suporte para me trancar em casa sem me preocupar com as tarefas do lar. Cuidaram da Sarah, da Helena e de mim como eu não conseguiria fazer.

André Luís de Oliveira Mendonça, o mestre André, meu co-orientador e amigo. Antes de ti os *science studies* eram uma curiosidade, hermenêutica um palavrão e a filosofia algo muito distante para mim. A ciência era algo chato. Tô contigo, seguirei tentando dar conta de fazer ciência sem deixar de lado os valores que me movem.

Ao meu orientador Kenneth Camargo Jr., que me recebeu com os braços abertos e, após ter me acolhido, deu total liberdade para eu experimentar o que quisesse nesta minha caminhada. Apesar da liberdade, o fruto desta jamais será distante daquilo que discutimos semanalmente, desde que o conheço. Sua bagagem intelectual e capacidade argumentativa encantam e, às vezes, assustam; o tenho como um virtuoso artesão de discursos.

Ao Instituto de Medicina Social, que é instituição, mas é também arena de encontros transformadores. Há quem diga que se modificou, que sua vocação de desestruturar o que está cristalizado e atravessando o caminho de quem deseja maior justiça social se foi com a aposentadoria de seus fundadores; que agora é referência para quem faz ciência por ter o mais alto grau entre as instituições que a fazem. Se o IMS é outro eu pouco posso dizer, eu sou outro por ter estado ali.

Aos encontros com Ruben Mattos, que me levaram pela história do IMS e da Saúde Coletiva em viagens desejadamente intermináveis; a gratidão por ti é imensa, Professor Ruben.

Aos encontros com Ana Pimentel, grande companheira em todo o percurso do mestrado, dona das palavras ditas, exatamente colocadas; difícil discordar de ti, Aninha. Com Christiane Carpio, Aline Biz e Vinicius Miranda, amigos com quem compartilhei os risos e dramas deste percurso. Com Bruna Pitasi, que já conhecia, e que admirei pela audácia e coragem. Com Helena Fialho, a õbiqueta de ouroö, a que não se esconde nunca. Com Aisllan Assis, a quem agradeço pela força de sempre. Com Pedro Soares, tão discreto quanto transparente, tão silencioso quanto intenso; te admiro muito, rapaz.

A Paulo Henrique de Almeida Rodrigues pelas contribuições na qualificação do projeto origem desta dissertação e também pelos intensos debates em que pude estar, por ti conduzidos, sobre os desafios que o SUS deve enfrentar. Agradeço, ainda, às meninas do IMS: Eliete, Simone, Silvia, Fátima, Alecsandra, Aurilene e Marcia. O que seria de nós sem vocês?!

A Joyce das Flores e Valéria Romano, aquelas que abriram meus caminhos e que seguem sempre por perto.

A Braulio Rua, Kellen Julio e Thiago Carneiro, irmãos que ganhei durante a vida.

À família, que me inspira de modo que sequer consigo dimensionar.

Ah! Se tivéssemos outros órgãos que realizassem em nosso favor outros milagres,
quantas coisas ainda poderíamos descobrir a nossa volta

Guy de Maupassant

RESUMO

GONÇALVES, Leandro Augusto Pires. *Medicina e Enfermagem ó saberes e práticas incomensuráveis?* Uma abordagem à luz da hermenêutica e dos *science studies*. 2014. 132f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) ó Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Esta dissertação é fruto de uma pesquisa realizada em uma enfermaria feminina de clínica médica de um hospital universitário público da cidade do Rio de Janeiro. Nesta pesquisa, busquei uma compreensão sobre as relações e articulações do trabalho médico e de enfermagem. Partindo da perspectiva hermenêutica, busquei estabelecer *conversações* com, e entre, sujeitos de pesquisa, grupos profissionais, o próprio estabelecimento hospitalar, a biomedicina - seus fatos e artefatos. Ademais, foram inspiradores para a desejada compreensão os *science studies* e seus exemplos de como acompanhar e interpretar especialistas em seus campos de prática. A pesquisa, especificamente, foi construída e desenvolvida com o uso de métodos qualitativos, como a observação etnográfica e entrevistas semiestruturadas, tendo a primeira servido de fundamentação para a segunda. O exercício interpretativo posto em curso desde a projeção da pesquisa não se esgotou com o seu término: teve continuidade e se fez presente na produção desta dissertação, ao modo de uma narrativa. Para sustentar a opção pela narrativa, assumo-a como um relato de risco, da maneira como sugere Latour para se descrever as redes e seus atores. Assim, pretendi incluir no texto a intensa movimentação e toda a sorte de eventos que se colocam como desafio às práticas destes profissionais, além de conferir agência aos sujeitos e às coisas. Dentro desta proposta, a narrativa traz um prólogo em que se posiciona entre os trabalhos do campo da Saúde Coletiva; em sua introdução, oferece um resumo ampliado de sua construção; no capítulo um, discorre sobre como o pesquisador negociou a existência da pesquisa com a instituição hospitalar, e trata também de um de seus fundamentos, a hermenêutica filosófica, em *conversações* com Rorty e Ayres. No segundo, traz um relato sobre a constituição coletiva de médicos e enfermeiros a partir de Fleck. Convida, ainda, um dos sujeitos da pesquisa a oferecer um conceito que ilumina as tensões das relações cotidianas entre enfermeiras e médicos; apresenta, a partir do conceito oferecido, alguns retratos destas relações. No terceiro, o caso de uma usuária que teve o prolongamento de sua vida decidida em uma reunião e um telefonema, é usado com o conceito de paradigma, em Kuhn, para dizer sobre as visões de mundo de médicos e enfermeiras. No quarto, tenta tornar dinâmica a constituição coletiva de médicos e enfermeiras ao relacioná-la às suas visões de mundo, aos processos de enculturação dos dois grupos profissionais; para isso recorre ao conceito de conhecimento tácito e às distintas categorias de expertise, como desenvolvidas por Collins e Evans. Diz sobre o que médicos e enfermeiras sabem do que estão falando/fazendo. Por fim, propõe duas possibilidades de desfecho para a dissertação: a primeira, que as práticas de médicos e enfermeiros são incomensuráveis entre si; a segunda, que médicos e enfermeiros dividem uma zona de troca forçada. Há ainda um encerramento. Nele, através da descrição de uma médica virtuosa, convida os leitores a uma conversa sobre os sujeitos contemporâneos e sobre o mundo em que vivemos.

Palavras-chave: *Science studies*. Hermenêutica. Biomedicina. Medicina. Enfermagem.

ABSTRACT

GONÇALVES, Leandro Augusto Pires. *Medicine and Nursing ó Are they incommensurable knowledges and practices? An approach under the hermeneutic and the science studies*. 2014. 132f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) ó Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

This present dissertation is the product of a research made in female infirmary of a healthcare center on a public university hospital from Rio de Janeiro. My goal in this research was to understand the relationships and the pathways of the medical and nursing work. From the hermeneutic perspective, I have established *conversations* with ó and also among - research subjects, professional groups, the hospital institution itself, the biomedicine ó its facts and artefacts. Moreover, the science studies and its examples about how to follow and interpretate specialists in their practice field were inspiring. The research was specifically built and developed with qualitative methods, such as the ethnographic observation and semi-structured interviews, being the first one the foundation of the second. The interpretive exercise set in motion since the research projection was not depleted by its end: it kept on going afterwards and it made itself present in this dissertation output, idealized in the form of a narrative. In order to substantiate the choice for the narrative discourse, I took it on as a *örisk reportö*, the way Latour suggests when describing the networks and its actors. Thereby, I intent to include in the content the intense movement and all kinds of events that were put as challenge to the practices of such professionals; and also to provide action to subjects and things. According to this approach, the narrative presents a prologue in which states opinion on the work of Saúde Coletiva (Collective Health); the introduction has an extended survey on its construction. On chapter one, talks about how the researcher negotiated with the hospital institution the possibility of the research; it is also about one of its fundamentals: the philosophical hermeneutic on conversations with Rorty and Ayres. On the second one, it is presented a report on Fleck's social constitution of doctors and nurses. Still, it öinvitesö one of the research subjects to provide a concept that enlightens the strains of the everyday relationship between nurses and doctors; from the existing concept, it presents some portraits of such relationships. On the third chapter, the case of a user who had the maintenance of her life decided in a meeting and on a phone call, the concept of Kuhn's "paradigm" in is used to talk about the worldviews of doctors and nurses. On the forth, it tries to make dynamic the social constitution between doctors and nurses when relating it to their worldviews to the "enculturation" process of the two professional groups; to achieve it, the chapter refers to the concept of "tacit knowledge" and to the different categories of expertise such as those developed by Collins and Evans. It mentions what the doctors and nurse "know what they're talking about/doing." Finally, it suggests two possible outcomes for the dissertation: first, that the doctors and nurses practices are incommensurable among each other; second, that doctors and nurses share a "forced trading zone." There is a foreclosure yet: through the description of a "virtuous" doctor, the invitation for the readers to a conversation about contemporary subjects and the "world" which we live in.

Keywords: Science studies. Hermeneutic. Biomedicine. Medicine. Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CTI	Centro de Terapia Intensiva
FiO ₂	Fração inspirada de Oxigênio
FPT	Fora de Possibilidades Terapêuticas
IMS	Instituto de Medicina Social
PaO ₂	Pressão arterial de Oxigênio
P/F	Fração calculável entre PaO ₂ e FiO ₂
R1	Residente do primeiro ano
R2	Residente do segundo ano
R3	Residente do terceiro ano
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	15
1	O CAMINHO SE FAZ CAMINHANDO	22
1.1	Verdade humana, demasiadamente humana	22
1.1.1	<u>Hermenêutica: a verdade sem regras</u>	23
1.2	Começo revelador: burocracia e poder	25
1.3	Um estranho no ninho	27
1.4	Os sustos de uma verdade apressada	28
1.5	A resistência pessoal inicial ao campo	32
1.6	Tinha uma barata no meio do caminho	34
1.7	O campo em ação: contingência, agência e negociação	35
2	ENTRE SUJEITOS COLETIVOS E COLETIVOS SUJEITOS	38
2.1	Coletivizando o pensamento, harmonizando as ilusões	40
2.2	Mapeando os coletivos da enfermaria	43
2.2.1	<u>De Florence a Margarete, da força vital à organização material</u>	44
2.2.2	<u>Da beira do leito ao centro da arena: a organização médica e o acúmulo de experiências</u>	48
2.3	Os sujeitos coletivos	51
2.3.1	<u>A õprovidênciaõ no caminho das enfermeiras</u>	51
2.3.2	<u>Da técnica nasceste, para a técnica hás de viver</u>	54
2.4	Uma introdução à dinâmica do õconflito latenteõ	56
2.4.1	<u>Retrato em três por quatro: Margarete busca uma profissão poderosa</u>	57
2.4.2	<u>Retrato em três por quatro: Margarete, a domadora de leões</u>	57
2.4.3	<u>Retrato em três por quatro: Erika se viu desresponsabilizada</u>	58
2.4.4	<u>Retrato em três por quatro: a resistência negativa, quando esta pode deixar morrer</u>	60
2.4.5	<u>Paisagem impressa em papel: quando uma decisão pode fazer morrer</u>	61
2.5	À guisa de um desfecho para o capítulo	64
3	AS ILHAS E SEUS õMUNDOSõ	67
3.1	Notas sobre um caso impactante	67
3.1.1	<u>Uma vida sob intensa negociação</u>	67
3.2	Da prática local ao paradigma	69

3.2.1	<u>Paradigmas como exemplares e valores compartilhados</u>	69
3.3	Biomedicina: paradigma da saúde?	73
3.3.1	<u>O mundo clínico-fisiológico dos médicos</u>	74
3.3.2	<u>Do mundo clínico-fisiológico ao contexto local</u>	80
3.4	O Prontuário: a obra da enfermagem	85
3.4.1	<u>Foucault, um homem às voltas com a própria sombra</u>	85
3.4.2	<u>O que cala, o prontuário</u>	87
4	ã(DES) FECHOSö ó OS EXPERTS, SUAS ILHAS E SEU ARQUIPÉLAGO	90
4.1	O fluxo do conhecimento tácito e o ciclo formativo médico	91
4.1.1	<u>A tabela periódica das expertises: entre os elementos nobres e os comuns</u>	95
4.2	O discurso do rei: a fala objetiva e o objetivo da fala	98
4.3	As enfermeiras entre o excesso do fazer e a escassez do dizer	102
4.4	A hipótese forte da interação nas palavras de uma enfermeira	106
4.5	Seriam as õvisões de mundoö de médicos e enfermeiras incomensuráveis?	110
4.6	Sobre as trocas nesta zona	114
	EPÍLOGO	119
	O olhar sobre uma médica õvirtuosaö	119
	Tempos modernos?	123
	REFERÊNCIAS	125
	ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	131
	ANEXO B ó Roteiro para as entrevistas semiestruturadas	132

PRÓLOGO

Sobre o que já está posto

O objetivo desta pesquisa foi tentar compreender algo que está assumido, por quem trata do tema na área da Saúde Coletiva, como um pressuposto: a desarticulação das práticas, operadas por diferentes profissionais, nas ações de saúde. Tendo sido este o objetivo de caráter geral, como também o é o pressuposto, este trabalho tenta lidar também, através de incursões mais específicas, com algumas outras premissas assumidas como fundamentais para este pressuposto geral. Entre estas premissas, que influenciariam diretamente às práticas e que as desarticulariam, eu destacaria três: o caráter mecanicista e reducionista da biomedicina, a apropriação do trabalho em saúde pela lógica instrumental e os diferentes níveis de profissionalidade entre os agentes da saúde.

Sobre a biomedicina, racionalidade que vem sendo reificada, tratada nas discussões informais (e em alguns meios formais) como o mal ao qual devemos escapar, os sujeitos que a assumem seriam levados a entender o corpo humano como uma máquina e a doença como uma entidade. Neste sentido, os profissionais biomédicos seriam meros interventores mecânicos atuando sobre as doenças-coisas com soluções instrumentais, restando pouco espaço para a ação relacionada ao que há de humano no processo saúde-doença, e para o humano nesta ação¹.

Quanto à segunda premissa, que guarda relação com a anterior mas que é colocada sobre outras bases epistêmicas, o trabalho em saúde estaria sob o risco de ser tomado pela lógica dos instrumentos e dos saberes estruturados, tornando-se trabalho morto, ou morto-vivo. Este caráter mórbido corromperia as ações, tornando as relações que se dão em seu interior pouco dialógicas e, as práticas, ineficazes².

Em relação à terceira premissa, e aqui falo mais especificamente sobre o referencial da sociologia das profissões, vê-se o entendimento da medicina como a profissão por excelência, imperial, base para a profissionalização das demais ocupações da Saúde que, em sua maioria, não estariam suficientemente profissionalizadas. A partir desta leitura sociológica, os agentes da Saúde se dividiriam em médicos e não-médicos, os primeiros autônomos para decidirem seus rumos e os outros buscando reconhecimento; o que está implícito nessa

¹ Contribuem especialmente para este entendimento sobre a Biomedicina Madel Luz, Kenneth Camargo Jr., e Charles Tesser.

² Esta proposta tem sido desenvolvida especialmente por Emerson Merhy e seus colaboradores.

argumentação é a fratura quanto à legitimidade para estes agentes se colocarem nas práticas e quanto às potencialidades de suas ações³.

Das ideias expostas, é importante destacar que as três oposições epistêmicas que se lançam sobre as práticas, e sobre os agentes destas práticas, trazem contribuições teóricas importantíssimas para a reflexão sobre o que se sucede nos serviços de Saúde. Foi lendo as contribuições de cada uma destas vertentes que cheguei até esta pesquisa. Lendo-as, imerso na prática enquanto agente, todas me apontavam caminhos para o entendimento sobre o que eu vivia, sobre as dificuldades de, enquanto farmacêutico, estabelecer diálogo com profissionais de outras origens; e, farmacêutico ainda, compreender um pouco da lógica em torno da existência de um profissional do medicamento.

Como agente, tudo o que lia era potência, inspiração, queria que meus colegas lessem, estimulava-os; era necessário construirmos um entendimento crítico para as dificuldades que encontrávamos. Entretanto, poucos tínhamos entendimento e tempo para lidar com contribuições tão densas.

Hoje, assumindo que este entendimento tenha um sentido retrospectivo, vejo que a minha opção por ingressar no mestrado acadêmico, e nele me aprofundar em temas que me inquietavam nas práticas, tem a ver com a decisão que tomei em expor ao mundo⁴, aos humanos que o vivem, a história de agentes que dificilmente encontram um narrador que se interesse por suas ações, e as re-ações que sofrem no cotidiano das práticas. Para isso, construí esta dissertação como uma narrativa que preza pela fluidez e não pelo formalismo.

E, na tentativa de me qualificar para construir esta narrativa, percebi que aquelas contribuições que me colocaram neste caminho também precisavam ser articuladas, entrar no fluxo das conversações⁵: onde havia a imagem da máquina e da coisa, faltava o agente e a sua posição no mundo; onde havia o agente, este poderia ser tão poderoso que não havia máquina, coisa ou posição no mundo que o limitasse; e onde a posição no mundo era relevante, o agente tornava-se grupo e não havia máquina ou coisa que se fizesse representada.

Este prólogo tem, então, a seguinte função: deixar claro ao leitor que esta dissertação é uma articulação entre distintas contribuições teóricas, visa dar visibilidade a sujeitos humanos e é uma tentativa de compreender se as coisas (instrumentos e máquinas, de fato) têm ou

³ Maria Helena Machado tem contribuído para o nosso campo com trabalhos inspirados pela Sociologia das profissões.

⁴ Referência ao conceito mundo como visto por Hannah Arendt (ARENDR, 1995)

⁵ Conceito desenvolvido por Richard Rorty que terá maior evidencia a partir do capítulo um.

não agência no mundo humano. Claro, tudo isso num contexto bem específico e limitado, em uma enfermaria hospitalar.

INTRODUÇÃO

A inquietação que me move

A pesquisa base desta dissertação é um estudo crítico sobre as ações de Saúde operadas e conjugadas por médicos e enfermeiros em um serviço de clínica médica de um hospital universitário do Rio de Janeiro. Neste hospital, esta se deu apenas em uma enfermaria, restrita à internação de usuárias mulheres. A opção por esta enfermaria teve motivações especificamente contingentes, como será explicitado mais à frente.

Sou farmacêutico e pesquisei sobre a relação entre médicos e enfermeiros; penso que este aspecto mereça uma curta explicação. Além de ter me graduado em Farmácia, especializei-me em Saúde através de uma Residência Multiprofissional, uma experiência transformadora e que me trouxe até aqui, entre outras motivações. Neste processo, para me tornar oespecialistaö, convivi em disciplinas e diferentes serviços com diversos profissionais de saúde distintos, lidando diariamente com as dificuldades de estarmos desligados de nossos grupos profissionais, vivendo rotinas estranhas, apreendendo conhecimentos aparentemente inconciliáveis. Nos dois anos de formação, tivemos um primeiro ano cheio de desentendimentos e insatisfações provocadas por essa convivência forçada. Já no segundo ano, quando fomos autorizados pela coordenação para irmos ao encontro de nossos grupos profissionais, levando õboas novasö, passou a ocorrer, com uma frequência gradativamente maior, situações inusitadas: dificilmente almoçávamos com nossos colegas de profissão, buscávamos a companhia de nossos colegas residentes, discutíamos casos clínicos com empolgação, em pleno refeitório do hospital; queríamos estar juntos, procurávamo-nos para tirar dúvidas, telefonávamo-nos quando não podíamos nos ver. Transformamo-nos todos, e esta transformação mereceria, por si só, uma dissertação. Então, por que trazer esta vivência complexa a esta pesquisa? A resposta é simples: foi nela que se deu a gênese desta.

Ao fim do processo de formação, já transformado, era necessário produzir uma monografia. Optei por fazer uma pesquisa empírica, observando enfermarias e práticas de saúde em um serviço de Clínica Médica, que objetivava compreender como a noção de cuidado se aplicava ali. No entanto, e penso que provocado pela minha vivência recente, o que mais chamou a minha atenção foram as dificuldades encontradas por médicos e enfermeiras em interagir, colaborar. Aparentemente, faziam seus trabalhos com responsabilidade, mas não se comunicavam interprofissionalmente, salvo em algumas urgências. E, apesar das dificuldades visíveis, diversas ações conjuntas aconteciam a partir da

solidariedade ativa e silenciosa entre estes profissionais. Como este não era o foco da pesquisa à época, não me detive muito sobre a questão, mas fiquei extremamente inquieto, buscando possibilidades de me envolver exclusivamente sobre estas dificuldades, oportunidade que alcancei no contexto deste mestrado.

Especificamente, discuto a relação entre médicos e enfermeiros, uma relação tão ressentida no dia-a-dia, pouco discutida no âmbito das práticas e da academia. No entanto, o que me inquieta e provoca são as limitações do trabalho multiprofissional. Será a partir da radicalidade exposta nesta relação cotidiana, provocada pela proximidade nem sempre desejada, que pretendo contribuir para as discussões que já existem sobre tais limitações.

Teorizando sobre as práticas de saúde

Como antecipei anteriormente, apesar da relevância do tema, não é vasta a produção acadêmica que aborde o trabalho multiprofissional em ato. Há trabalhos corajosos e importantes feitos a partir da influência exercida pela sociologia das profissões, sobretudo a obra clássica de Eliot Friedson *õProfession of Medicine: a study in the sociology of applied knowllegeõ*, de 1970. Além desta influência, as contribuições de Marx também foram experimentadas, em pesquisas que punham em perspectiva a categoria *trabalho* e a sua expropriação a partir do trabalhador da saúde (BARBOSA, 1999; MACHADO, 1991; MENDES-GONÇALVES, 1994; PEDUZZI, 1998; SCHRAIBER, 1993). Todos estes trabalhos são inspirações para esta pesquisa, mas não serão as bases nas quais se fundamenta.

Se o caminho para abordar o trabalho multiprofissional em ato é difícil, a proposta foi explorá-lo a partir de um recorte o mais sóbrio possível: sendo inúmeras as profissões, escolheram-se duas das mais tradicionais, a medicina e a enfermagem. Sendo variados os cenários de prática, pesquisei o hospital, em um serviço de clínica médica, onde a clínica nasceu, e a partir de onde o conhecimento biomédico se expandiu (CAMARGO JR, 2005), garantindo assim a expertise dos profissionais especializados que foram observados. Cenário hospitalar onde os procedimentos são mantidos sob o controle mais rigoroso, onde o conhecimento está mais à vontade com seus fatos e instrumentos, onde os discursos fazem transitar de forma mais regular os seus objetos, enunciados, conceitos e estratégias (FOUCAULT, 1977 e 2008). Foi neste ambiente que se pôde ver estes profissionais frequentando o mesmo espaço e articulando suas práticas. E se são complexas as relações sócio-profissionais, se há expropriação a partir do trabalho especializado destes profissionais, estes não foram o foco desta pesquisa. Aqui estive interessado na operação do conhecimento e

das técnicas na prática, no peso que a expertise de médicos e enfermeiros imprime na relação interprofissional. Certamente, ao se jogar luz sobre o exercício destes experts, relações com o componente sócio-profissional e com a categoria *trabalho* puderam aparecer, mas sob uma nova perspectiva.

Para realizar esta análise, contei com referências ainda pouco usadas em pesquisas como a minha. No meu percurso acadêmico atual, no contexto deste mestrado acadêmico em Saúde Coletiva, pude entrar em contato e me aprofundar em conteúdos oriundos da filosofia e da sociologia que tratam das formas de produção, validação e difusão de conhecimento. Neste terreno, autores como Kuhn, Fleck, Foucault e Collins, que têm entre si inúmeras diferenças, propõem algo parecido: ao analisarem a ciência *teórica e praticamente*, sugerem que a realidade é abordada por diferentes especialistas no limite da visão de mundo proporcionada pela participação no grupo do qual aquele especialista faz parte. A socialização neste grupo lhe dará identidade, legitimidade e até uma linguagem/discurso particular, mediada por uma tradição teórico-prática.

Acreditando na força do arsenal conceitual apropriado a partir destes e de outros estudiosos do conhecimento, utilizei-o para explorar indícios que me aproximaram de uma compreensão da complexa relação que influencia e se nutre das intervenções operadas por dois *experts*, médicos e enfermeiros, sobre o mesmo objeto. Objeto este, em si, cheio de particularidades, que pode facilmente reverter papéis e fazer do expert também um objeto. Usando as palavras de Latour, seria um "objeto" (LATOURE, 2012, p. 184). Em suma, sobretudo no hospital, ao submeterem o sujeito humano adocido aos seus procedimentos e técnicas, tais experts o fazem na "carne" do usuário o objeto de sua expertise. Certamente, esta característica do trabalho especializado em saúde o torna um campo diverso e cheio de nuances para conceitos que foram desenvolvidos a partir de pensamentos decorrentes da prática científica. Mas acredito e defendo que não inviabiliza os seus usos, desde que empregados com as devidas ressalvas.

O uso da narrativa como método e escape às armadilhas da objetividade

Tendo exposto as escolhas anteriores à entrada no campo, agora se explicitam os métodos que foram utilizados nos caminhos desta pesquisa, em que se evitou o trabalho com princípios metodológicos gerais extraídos de manuais, e com métodos anteriormente validados. A construção do método foi trabalhada artesanalmente, com o recurso a

abordagens metodológicas bastante utilizadas e debatidas que, no entanto, estiveram compondo o contexto teórico e cultural experimentado, o que as fizeram ganhar nuances particulares (BECKER, 1999).

A começar, tratou-se de uma pesquisa qualitativa: adotou-se, nesta linha, uma perspectiva construcionista, onde, no seu decorrer, me mantive aberto à compreensão dos acontecimentos no momento de sua produção, entendendo que eles foram frutos de um processo interativo entre diferentes sujeitos e destes com os objetos técnicos dispostos, estando historicamente situados (SPINK e MENEGON, 1999). Isso exigiu que eu me colocasse em interação com a realidade disposta, aplicando-me ali, em exercício hermenêutico (AYRES, 2009; SPINK e MENEGON, 1999).

A pesquisa se iniciou com a observação etnográfica em uma enfermaria feminina de clínica médica, observação que durou quatro meses e meio, onde estive acompanhando diretamente as atividades de médicos e enfermeiros na enfermaria, com um foco especial nas articulações profissionais em seus espaços de encontro específicos e comuns. Estive munido de um diário de campo no qual inscrevi não só acontecimentos, mas também impressões particulares, essenciais para o exercício hermenêutico, sempre em curso, mesmo fora do ambiente de pesquisa, e particularmente latente neste processo de escrita. Tentei equilibrar em um único diário três dos quatro cadernos propostos por Latour, em *Reagregando o Social*⁶.

A vivência etnográfica, e o exercício narrativo e compreensivo decorrente dela, foi determinante para a construção e realização das entrevistas semiestruturadas aos profissionais pesquisados, que foram parte da segunda fase desta pesquisa, iniciada após três meses de observação. Na forma de diálogos face a face, todos consentidos, busquei certa regularidade nas perguntas e comentários feitos por mim, mas sem determinação excessiva, o que me proporcionou elaborar perguntas diferenciadas, caso a caso, dependendo dos rumos da interação entre mim e os sujeitos. Além disso, tentei explorar certos acontecimentos observados durante a fase inicial com os sujeitos que fizeram parte destes. Ao todo, foram realizadas sete entrevistas, todas com profissionais que tiveram protagonismo nas práticas no período observado, sendo quatro enfermeiras, um médico e duas médicas. Sobre estes sujeitos e as negociações que tornaram esta pesquisa possível, exibirei maiores detalhes nos próximos capítulos.

⁶ À saber: o primeiro caderno diria respeito às transformações sofridas pela pesquisa no seu decorrer; o segundo seria aquele em que se temporaliza e categoriza os dados do campo; o terceiro, aquele em que se registra as ideias que não se deve perder; e o quarto, para registro do impacto da narrativa nos sujeitos que fizeram parte dela. Neste último caderno ainda não pude registrar algo (LATOURE, 2012).

Com relação à análise dos dados, esta esteve inteiramente comprometida no exercício hermenêutico⁷ colocado em curso desde meados de julho até a configuração final desta dissertação. As entrevistas foram analisadas à luz das observações de campo, e as categorias possíveis emergiram desta análise, que teve em consideração o arcabouço conceitual utilizado, conceitos que foram tensionados pelos acontecimentos. Desta forma, assumindo a tarefa de me explicar ao leitor, devo dizê-lo que opto por publicizar o produto de minha pesquisa através de um texto narrativo, fluido, que evita o peso de se constituir por estruturas estanques. Tenho o campo dos *science studies* como inspiração, e nele esta forma de empreendimento literário é comumente utilizado⁸.

Levando em conta a inspiração revelada acima, cabe dizer um pouco sobre o que se tratam os *science studies*. No parágrafo anterior, quando coloquei campo entre aspas, é porque estas formas de se estudar as ciências não estão suficientemente consensuadas entre seus adeptos como um campo. Alguns destes adeptos, inclusive, usam outros nomes para caracterizar o que fazem. O que vale para o escopo desta pesquisa, é que estes estudos sobre as ciências e as técnicas usam múltiplas abordagens e disciplinas para entender seus objetos em análise. Bruno Latour, que concorda com a categoria *science studies*, embora a chame de etiqueta, diz que estes estudiosos se debruçam sobre situações estranhas que a cultura intelectual em que vivemos não sabe bem como classificar (LATOURE, 1994, p. 8-9). O compromisso destes pesquisadores seria o de, em qualquer circunstância analisada, reaproximar os estatutos da natureza e da cultura, traduzindo realidades aparentemente herméticas a partir do contexto sócio-cultural em que estas têm existência, trazendo à luz, e em análise, os seus discursos internos. Para tornar o que digo mais compreensível e confiável, recorro ao mesmo autor: estas pesquisas não dizem respeito à natureza ou ao conhecimento, às coisas-em-si, mas antes a seu envolvimento com nossos coletivos e com os sujeitos (LATOURE, 1994, p. 9).

Como havia antecipado no prólogo, busquei com esta pesquisa compreender as práticas de saúde observadas levando em consideração distintas contribuições teóricas, tentando dar visibilidade aos sujeitos pesquisados e entender o papel das técnicas e do conhecimento no cotidiano daquele campo específico, tendo em conta o pano de fundo moderno (ou pós-moderno?) e sócio-político. No contexto desta proposta, não há melhor

⁷ Sobre a hermenêutica e a maneira como me apropriei dela nesta dissertação, estender-me-ei em detalhes no item que inaugura o próximo capítulo.

⁸ Os praticantes dos *science studies* têm produzido estudos de cunho historiográfico e etnográfico que dizem sobre as ciências como desunificadas, sendo histórica e culturalmente situadas. Entretanto, tais estudiosos não deixam de lado as razões internas de cada ciência, essenciais em suas análises (MENDONÇA e VIDEIRA, 2013).

forma de dar sentido a um conceito do que explicitá-lo na realidade visualizada, assim como a técnica e o conhecimento próprios do campo pesquisado. Nesta realidade, os sujeitos usam as técnicas e os instrumentos e, com esta composição, revelam um traço da cultura e do existir própria desta segunda década do século vinte e um. Não vejo melhor forma de desenvolver esta dissertação que não seja através de uma narrativa; dificilmente se consegue enxergar uma complexa rede ou teia, trazendo novamente Latour e Arendt, seguindo um fio em linha reta por vez (ARENDR, 1995; LATOUR, 2012).

Para lidar com uma rede⁹, como a entende Latour, é preciso prezar pelo relato que fazemos dela. A rede não é fixa, está em movimento, pode ser mesmo um ator apenas; os atores compõem as redes, e cada um deles é uma rede. Para dizer algo sobre ela, é preciso tornar possível seguir o seu fluxo, e cada objeto do relato deve ser capaz de indicar este fluxo. Estes objetos devem mediar o trânsito através delas, tornar possível que se percorra junto aos atores. Por isso o autor sugere que esta forma de relato é ainda objetivo e tem a vantagem de levar em conta a capacidade de objeção de seus objetos.

Por objeto, entende-se: os sujeitos da pesquisa, os estudiosos da ciência, o pesquisador, as máquinas. Todos são mediadores a tornar possível a descrição da rede. Portanto, a única maneira de descrever as práticas seria através de um relato arriscado, pois sua tendência seria a falha; esta viria a reboque da artificialidade de qualquer empreendimento que tente descrever redes, assim como seu compromisso com a exatidão e a confiabilidade, indissociável da prática científica.

Desta forma, para se fazer um relato arriscado, é preciso tentar dar conta de todos os movimentos possíveis, principalmente aqueles mais próximos, os do ator-pesquisador. Para isso, são preciosos os quatro cadernos sugeridos por Latour, descritos anteriormente, em nota. Tentar aprisionar tais movimentos em palavras, explicações e formas estanques nos leva à perda do sentido de rede, e nos aproxima da objetividade prezada pelas ciências naturais, que diz sobre objetos que não lhes objetam. Para lidar com o movimento, é preciso que o relato seja narrativo, uma descrição ou uma proposição na qual todos os atores *fazem alguma coisa*¹⁰ e não ficam apenas observando (LATOUR, 2012, p. 189).

Inspirado por Latour, mesmo que ainda não filiado a sua teoria do ator-rede, por demais complexa para a aplicação nesta dissertação, aqui e ali convido um sujeito da pesquisa para apresentar um conceito, um conceito para apresentar uma situação cotidiana, o

⁹ De modo mais específico, a rede, em Latour, refere-se a fluxos, circulações, alianças, movimentos, em vez de remeter a uma entidade fixa. Uma rede de atores não é redutível a um único ator nem a uma rede; ela é composta de séries heterogêneas de elementos animados e inanimados, conectados e agenciados (MORAES, 2004, p. 322).

¹⁰ Destaque do autor.

equipamento hospitalar para dar a benção à existência da pesquisa base desta narrativa. Como o francês, penso que apenas dessa forma consigo oferecer profundidade a quem experimenta as duas dimensões desta folha de papel. Entretanto, confesso e assumo o risco de falhar, de produzir um õmau relatoö. Preparo, desde já, o quarto caderno.

Cenas dos próximos capítulos

Como uma tentativa de introduzir o leitor nesta narrativa, antecipo, em forma resumida, alguns dos assuntos a serem tratados nos próximos capítulos. No que se segue, o primeiro, discorro sobre como a instituição hospitalar negociou a existência desta pesquisa comigo; trato também de um dos fundamentos desta pesquisa, que a tornam possível neste formato, a hermenêutica filosófica, em conversações com Richard Rorty.

No segundo capítulo, relato sobre a constituição coletiva de médicos e enfermeiros a partir de Ludwick Fleck. õConvidoö, ainda, uma de minhas entrevistadas a oferecer um conceito que ilumine as tensões das relações cotidianas entre enfermeiras e médicos; apresento, a partir do conceito oferecido, alguns retratos destas relações.

No capítulo três, apresento o caso de uma usuária que teve o prolongamento de sua vida decidida em uma reunião e um telefonema; a partir deste caso, uso o conceito de õparadigmaö, em Kuhn, para dizer sobre as visões de mundo de médicos e enfermeiras.

No quarto capítulo tento tornar dinâmica a constituição coletiva de médicos e enfermeiras ao relacioná-la às suas visões de mundo, aos processos de õenculturaçãoö dos dois grupos profissionais; para isso recorro ao conceito de õconhecimento tácitoö e a distintas categorias de expertise, como desenvolvidas por Collins e Evans. Digo sobre o que médicos e enfermeiras õsabem do que estão falando/fazendoö. Por fim, proponho duas possibilidades de desfecho para a dissertação: a primeira, que as práticas de médicos e enfermeiros são incomensuráveis entre si; a segunda, que médicos e enfermeiros dividem uma õzona de troca forçadaö.

Além destes capítulos, há ainda um encerramento. Nele, através da descrição de uma médica õvirtuosaö, permito-me convidar os leitores a uma conversa sobre os sujeitos contemporâneos e sobre o õmundoö em que vivemos.

1 O CAMINHO SE FAZ CAMINHANDO

1.1 Verdade humana, demasiadamente humana

Retomo, neste início de capítulo, algo que citei na introdução apressadamente: a opção por ter construído a pesquisa e a narrativa numa perspectiva hermenêutica. Inspirado pelos *science studies*, que entendem as ciências como uma atividade humana histórica e culturalmente situada, assim também entendo as práticas de saúde; e da mesma maneira entendo a minha própria pesquisa e a narrativa que a torna pública. Desta forma, a opção pela perspectiva hermenêutica está diretamente ligada ao regime de verdades que aqui se tem como referência, verdades historicamente situadas e, sobretudo, vividas. Para lidar com estas verdades contingentes, nada mais apropriado que recorrer a uma forma de conhecimento que tenha a interpretação como seu principal objeto e, também, método.

Sobre a tradição hermenêutica, esta nunca esteve muito ocupada com a materialidade das coisas nem com as ciências naturais. Até o século dezenove, desenvolvia-se na análise de textos; a partir de então, seus adeptos envolveram-se também com os fundamentos das chamadas ciências humanas e sociais. No início do século vinte, com as contribuições de Heidegger à filosofia, sobretudo em *Sein und Zeit*, tornou-se vinculada à maneira como o homem lida e se molda ao mundo, reinterpretando-se e reinterpretado-o durante seu existir. Foi daí que se expandiu em outras direções, não necessariamente através do filósofo alemão, mas de leitores tão atentos quanto inusitados (VIDEIRA, 2013).

A hermenêutica se lançou, enfim, às ciências naturais a partir da segunda metade do século XX, quando Kuhn¹¹ gerou uma imagem de ciência distinta das tradições da filosofia da ciência; esta buscava fundamentos que justificassem a ciência como produtora de enunciados universais, neutros e de sua natureza cumulativa. Kuhn contrariou tal tradição, sugerindo que a ciência e os cientistas se desenvolvem em meio a uma realidade contingente, moldando-se e reinterpretando constantemente seus fatos e objetos no contexto das suas descobertas, fracassos e anomalias. Kuhn propôs esta interpretação para a ciência na década de 60, e foi a partir dela que os estudiosos da ciência e tecnologia, entre eles os adeptos dos *science studies*, radicalizaram esta imagem ao perseguir cientistas e engenheiros pelo mundo afora¹². (VIDEIRA, 2013).

¹¹ Esta proposta de Kuhn está mais bem representada em sua obra *A Estrutura das Revoluções Científicas*, que terá tratamento mais detalhado no capítulo três desta dissertação.

¹² Subtítulo de uma das obras mais importantes de Bruno Latour: *Ciência em ação*.

Desta forma, seguindo meus inspiradores, não se deseja nas análises aqui propostas, nem nos episódios relatados, um compromisso com a veracidade destes, com a reprodutibilidade dos eventos, nem se espera que estes sejam postos em dúvida; admite-se e deseja-se a crítica, não a dúvida. Como uma interpretação sobre interpretações, esta narrativa volta-se, inclusive, sobre si mesma: preza pela reflexividade¹³, descreve e problematiza as contingências e negociações que a tornaram possível. Este capítulo será aquele em que me deterei mais nos acontecimentos que moldaram a sua existência. Antes, vale fundamentar melhor o que chamo de verdade, através das minhas conversações com o filósofo pragmático Richard Rorty e com o sanitarista José Ricardo Ayres.

1.1.1 Hermenêutica: a verdade sem regras

Richard Rorty, em *Filosofia e o espelho da natureza*, estava em conflito com a epistemologia e sua vocação tradicional de buscar regras comuns sobre o real, e que permitam a humanos chegarem a acordos racionais e unívocos. Rorty entende que essas regras fundamentais não existem, e buscá-las seria contraproducente¹⁴. Para lidar com a realidade e tentar, a partir de interpretações sobre ela, acordos intersubjetivos entre humanos, o filósofo estadunidense propõe que não se joguem fora as distintas regras que o homem desenvolveu para interpretar o mundo; é preciso, para estabelecer concordância entre humanos, que se desenvolva a capacidade de entabular conversações entre estas distintas maneiras de interpretá-lo. E a maneira proposta pelo filósofo para se alcançar tais conversações seria através da hermenêutica (RORTY, 1994).

Desse modo, a hermenêutica encararia as relações entre discursos variados como as relações entre partes integrantes de uma conversação possível, uma conversação que não pressupõe nenhuma matriz disciplinar que una os interlocutores, mas onde a esperança de concordância nunca é perdida enquanto dure a conversação (RORTY, 1994, p.314).

¹³ Reflexividade é um dos quatro princípios norteadores do programa forte, cunhados por Bloor. Este programa, no início da década de setenta, preocupou-se em definir bases epistemológicas e axiológicas para uma nova sociologia da ciência, proposta como alternativa para superar a epistemologia tradicional. Os adeptos desta nova forma de estudar a ciência explicariam o conteúdo interno dela por meio de estudos de caso empíricos e foram, com isso, os inspiradores dos *Science studies* (MENDONÇA e VIDEIRA, 2013).

¹⁴ Apesar da postura conflitiva de Rorty, ele confere importância à epistemologia no interior da filosofia. Tal importância estaria relacionada a sua aplicação a domínios seguros, onde já haveria uma concordância prévia entre os sujeitos partícipes em torno de suas regras constitutivas. Entretanto, a hermenêutica seria a única alternativa possível para se aproximar de discursos anormais, de domínios em conflito, de tentar tirar algum sentido do que está ocorrendo num estágio em que ainda estamos por demais inseguros para descrevê-lo (RORTY, 1994, p. 316). O autor reconhece ainda que a hermenêutica se torna possível desde a perspectiva de um discurso normal, a ser aplicado sobre o estranho, na tentativa de lhe dar sentido. A compreensão possível desde o seu exercício é aquela que viabiliza a normalização dos discursos em torno do assunto anormal (RORTY, 1994). Portanto, Rorty não propõe uma cisão entre epistemologia e hermenêutica, mas uma conversação entre ambas.

Entretanto, como sugere a palavra esperança, a concordância não se trata de algo natural, mas de uma disposição dos sujeitos que interagem em buscar o diálogo, mesmo que este gere uma discordância interessante e frutífera (RORTY, 1994, p. 314).

Rorty não abre mão da racionalidade, que seria distinta da que é objeto e parte da epistemologia. No contexto hermenêutico, ser racional teria a ver com a tal disposição ao diálogo, citada anteriormente, onde o hermenêuta assumiria estar disposto antes a assimilar o jargão do interlocutor que traduzi-lo para o seu próprio (RORTY, 1994, p.314). Logo, seria a tentativa de implicar-se no mundo do interlocutor, interpretando-o em seus próprios termos, práticas e valores. Esta foi a atitude que busquei em minha pesquisa, que me exigiu grande esforço, como será possível ver nos próximos itens e capítulos.

Seguindo a argumentação do filósofo, para alcançar o diálogo com os praticantes e a interpretação sobre as práticas¹⁵ em um domínio determinado, há que se familiarizar com o todo antes de preocupar-se com as partes. As partes serão sempre estranhas enquanto não tivermos alguma compreensão prática mais ampla do que é estar naquele domínio; qualquer demonstração factual é confusa se sabemos pouco sobre o sujeito que a faz. Deste modo, estar em um domínio estranho é experimentar a confusão entre a sua totalidade e as suas especificidades até o momento em que cada situação passe a fazer sentido; neste momento que a familiaridade chega, após o intenso esforço em estabelecer conversações com praticantes e práticas, é o momento em que a compreensão é possível e os diálogos se tornam mais naturais (RORTY, 1994). O momento, para mim, pode ter coincido com o tempo curto desta pesquisa e acredito que tenha acontecido.

Este entendimento de Rorty sobre as práticas é próximo do que Ayres, baseado na filosofia Aristotélica, chama de razão prática, constitutiva das práticas humanas, em geral (AYRES, 2009). A razão prática traz um conjunto de verdades que podem ser vivenciadas enquanto se busca ativamente o diálogo, quando nos percebemos e nos apropriamos da singularidade e interdependência de cada um de nós frente ao que une nossos horizontes como humanos. São verdades possíveis, imperfeitas, surgidas no ínfimo espaço de tempo que dura a tomada de uma decisão, por exemplo. Portanto, não são fruto de uma relação determinada, universal e perene, e não podem ser apreendidas simplesmente por meio de necessidades lógicas. Aqui, elas emergem da atitude prática dos seus participantes, de onde foram

¹⁵ Assumo as práticas por terem uma relação com o contexto da minha pesquisa, e também por uma particularidade destas. Rorty sugere que a hermenêutica se aplique a culturas, teorias, práticas ou linguagem, mas acredito que tal delimitação é imprecisa para o campo que pesquisei. No hospital, as práticas representam uma cultura específica, articulam-se a teorias e desenvolvem linguagens particulares; logo, entendo que as práticas abarquem os outros três domínios sugeridos pelo filósofo, de modo que quando aqui for citado sobre as práticas em saúde, levarei em conta os outros três (RORTY, 1994).

identificadas virtudes, compreendidos fundamentos, processos e seus efeitos no momento em que aconteceram. Desse modo, o produto desta pesquisa - esta narrativa - é publicizada como um convite ao compartilhamento da mesma compreensão, como uma proposta aos leitores que a sabedoria prática contida nesta verdade relatada possa interessar a todos, iluminando juízos e decisões diante das contingências que surjam em outros tempos e lugares (AYRES, 2009).

Nos próximos itens, destacarei a prática da pesquisa base desta narrativa, as decisões que tive que tomar, as curvas que tive que fazer para torná-la possível. Trata-se, assim, de manter a coerência com a própria narrativa, enquanto método, e a hermenêutica, enquanto postura. Ofereço esta dissertação como mediadora para que os leitores sigam suas redes, e como um discurso anormal para que motive conversações em seu entorno.

1.2 Começo revelador: burocracia e poder

Tendo exposto a perspectiva deste trabalho e seguindo a narrativa, pretendo me deter um pouco mais nos critérios pensados *a priori* sobre o campo escolhido, o que possibilitou o meu encontro com estes sujeitos, õcoisasö e verdades. Já antecipara na introdução as razões pela escolha do hospital como serviço de saúde, e agora explicito as razões e os caminhos que me levaram a este hospital; hospital que não será identificado para resguardar o sigilo dos sujeitos, afinal pouco posso revelar sobre ele, dadas as exigências (contingências?) éticas.

O primeiro critério adotado foi a escolha de um hospital com o caráter universitário, pelo compromisso formativo que este teria. Este compromisso, deduzia-se, tornaria as atividades de médicos e enfermeiros mais expostas à observação, pois estas estariam sendo aprendidas pelos profissionais iniciantes¹⁶. Além disso, seria possível ver os sujeitos responsáveis pelo processo de ensino prático em ato, exercendo sua contribuição à iniciação destes novos profissionais. Desta forma, imaginava-se que o trânsito entre veteranos e aprendizes de valores e de conhecimento (este em termos teóricos, práticos e técnicos) revelasse mais nitidamente a cultura profissional de cada categoria escolhida, e também a maneira como estas categorias tendem a se organizar, internamente.

¹⁶ Em pesquisa etnográfica realizada em um hospital universitário argentino, Bonet deslindou os processos de aprendizagem da Biomedicina entre os médicos, sobretudo residentes, revelando a importância deste serviço de saúde para a formação destes profissionais. Seria neste espaço que os médicos se adaptariam à tensão estruturante de suas práticas, à dualidade entre o saber e o sentir. A cultura médica levaria seus partícipes a uma valorização do primeiro em detrimento do segundo, algo que se revelou para mim nesta pesquisa, não do mesmo modo que para Bonet (BONET, 1999).

Selecionei então algumas opções de hospitais para a pesquisa. Entre estas, estava um hospital já explorado por mim em outro trabalho, que resolvi excluir. Preferia um campo novo, onde pudesse vivenciar novidades e passar por todo o processo de conhecê-lo, nos limites do conhecimento que esta pesquisa se pretendia a experimentar. Ao expor as opções restantes a um grupo de pessoas próximo, a decisão foi tomada. Algumas pessoas deste grupo passaram por um determinado hospital, onde vivenciaram experiências extremas relacionadas ao assunto a ser tratado; estes colegas sugeriram, inclusive, quatro diferentes enfermarias, onde a relação entre médicos e enfermeiros teria contornos diferenciados. Estas quatro diferentes enfermarias, na verdade, contariam com duas equipes distintas, pois cada equipe trabalharia em duas, uma feminina e outra masculina; então eu observaria duas equipes distintas, em condições, como indicavam meus informantes, bastante diferentes. O campo estava escolhido, era necessário chegar até ele.

Nesta busca pelo campo, não foi difícil conseguir a autorização institucional para que a pesquisa se iniciasse. Para consegui-la, fui primeiro aos chefes médicos responsáveis pelas enfermarias selecionadas; estes não colocaram qualquer objeção a sua realização, um deles apenas exigiu que eu usasse um jaleco durante toda a minha permanência. Tendo esta autorização informal, encorajei-me a pedir a autorização formal, via direção da instituição. Preparei um documento com um resumo da pesquisa e o entreguei à direção. Pouco mais de uma semana depois, recebi o documento assinado pelo diretor, médico, que autorizava formalmente o início de sua realização.

Após cerca de um mês para a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ao qual submeti o documento formalizado e o próprio projeto de dissertação, estive autorizado para pesquisar, a entrar no campo. Poucos dias depois fui ao hospital para iniciá-la, dirigindo-me diretamente à coordenação do serviço de clínica médica para apresentar a aprovação do Comitê de Ética e a autorização institucional. Lá, fui surpreendido pelas secretárias do coordenador que disseram não poder deixar que se iniciasse a pesquisa sem o consentimento do coordenador geral médico da clínica médica; este deveria ler o meu projeto e autorizá-lo. Apesar de eu ter temido um entrave à pesquisa, e após alguma insistência minha para que a resposta fosse dada, pois demorava, esta foi dada favoravelmente.

Aparentemente a exposição de tais fatos pode parecer ingênua, sem importância, afinal toda a pesquisa passa por situações parecidas para se concretizar. No entanto, tais situações já apontam duas questões importantes. A primeira diz respeito à burocracia daquela organização hospitalar, em que diferentes níveis na hierarquia organizacional apresentam autonomia para decidir sobre aquilo que se passa em cada nível. A segunda questão, e talvez

mais promissora para esta dissertação, é a seguinte: todas as assinaturas, em todas as autorizações, revelavam sujeitos médicos.

1.3 Um estranho no ninho

Tendo o reconhecimento médico e institucional para a realização da pesquisa, acreditava que seria necessário o reconhecimento da enfermagem, mesmo que informal. Para isso, no primeiro dia de visita passei antes pela coordenação de enfermagem. Na sala que a acomodava, a organização era parecida com a coordenação geral (e médica): tinham secretários, instrumentos de arquivo e quadros informativos. Dentro dela, perguntei pela responsável ao secretário, e este a chamou; uma enfermeira, que era coordenadora, veio até mim, pegou e analisou rapidamente a autorização e o resumo da minha pesquisa. Em seguida, pediu para que eu fosse até a enfermaria e procurasse a enfermeira chefe, responsável por duas das enfermarias que constituiriam o meu campo.

Foi o que fiz, encaminhei-me à enfermaria indicada, uma das enfermarias femininas que eu observaria, onde estaria a sua chefe. Ao chegar, perguntei por ela a uma técnica de enfermagem, que a chamou. Ao encontrá-la, eu conhecia uma das protagonistas desta pesquisa, a enfermeira Margarete¹⁷. A princípio, conversamos um pouco sobre a minha dissertação, e ela ficou curiosa com o meu interesse de pesquisa; no entanto, não fez muitas perguntas, agiu de maneira pragmática: apresentou-me primeiramente à equipe de enfermagem, e, depois, me levou até a sala dos médicos, apresentando a mim e a pesquisa. Esta atitude inesperada de Margarete constrangeu-me, de certa maneira eu poderia parecer vinculado às enfermeiras. Contudo, a preocupação se mostrou desnecessária já no início da pesquisa, como será exposto; o que a atitude revelava era a primeira manifestação da tentativa de controle exercida sobre a hospitalidade na enfermaria, pela enfermagem. Finalizamos esta minha apresentação combinando os horários para que eu fizesse as observações, às manhãs de qualquer dia da semana, e com a orientação da chefe para que eu procurasse, e me mantivesse em interlocução, com a diarista¹⁸ Erika, que também viria a se tornar um sujeito importante desta pesquisa.

¹⁷ Os nomes dos sujeitos apresentados são fictícios.

¹⁸ A enfermeira diarista é aquela que representa a enfermagem em todos os dias da semana, com exceção dos fins de semana. Geralmente é a profissional que tenta manter a coesão da equipe, que assume as tarefas gerenciais. Por estar em contato com a quase totalidade da equipe, também assume a responsabilidade de garantir a comunicação entre as colegas.

1.4 Os sustos de uma verdade apressada

Na segunda-feira seguinte, cheguei àquela mesma enfermaria como observador, às sete e vinte da manhã. Ao entrar pela porta, foi a calma que me recebeu. Na penumbra da enfermaria, pois estavam a maior parte das janelas fechadas, das luzes apagadas, e o sol subia ainda tímido no horizonte, atrás do morro que faz frente ao prédio, vi uma senhora sentada em uma mesa. Aproximei-me dela, estava justamente embaixo da luz acesa, escrevendo em fitas crepes coladas no tampo. Perguntei pela enfermeira Erika, e ela respondeu, sem me olhar, que Erika estava em uma conversa; disse para eu continuar falando, que estava prestando atenção em mim, só não poderia parar o serviço. Sim, a calma era aparente, e esta forma de relacionamento interpessoal era comum, como eu poderia constatar a partir deste dia.

A fim de não mais atrapalhar a profissional, que presumi ser técnica de enfermagem, coloquei-me em um canto e comecei a observar o espaço. Quando olhei para a sala improvisada atrás da senhora que me atendeu, vi que ali tinham três pessoas, e entendi que a conversa na qual Erika participava acontecia lá. Digo õsala improvisadaö, pois suas paredes são forjadas por divisórias, na parte inferior, e por vidros transparentes na parte superior; a porta estava fechada e a luz apagada. A esta sala darei o nome de õilha da enfermagemö. Nela, os três reunidos falavam baixo, o silêncio prevalecia no espaço. Havia sete leitos na enfermaria, todos ocupados; as sete usuárias dormiam, duas delas tinham acompanhantes.

Alguns minutos depois, enquanto me familiarizava com o espaço, ouvi uma porta ser aberta, na õilha da enfermagemö a reunião parecia ter acabado. Saíam os participantes, e a profissional sinalizou ao homem que abrira a porta a minha presença. Apresentei-me, assim como ele a mim, expliquei o que fazia ali e perguntei onde podia colocar minhas coisas. Ele disse que me sentisse à vontade, para deixar minha mochila na ilha de enfermagem. Lá deixei meus pertences e encontrei Erika, que me reconheceu e foi razoavelmente acolhedora, apresentando-me à outra enfermeira presente.

Vesti minha indumentária, a saber, um jaleco branco no qual constava apenas o meu nome, e me mantive próximo a Erika, disparando algumas perguntas sobre a organização da equipe no espaço. Estranhava a ausência dos médicos. A conversa com a enfermeira foi rápida, assim eu pude retomar postura contemplativa e discreta, observando o espaço com calma: a um canto, próximo à mesa de onde Erika e a outra enfermeira observavam o trabalho na enfermaria, onde antes estava a profissional que me recebera, tomei notas da organização material do espaço. A sala é retangular, sendo comprida em largura e curta em comprimento, tomando como referência a porta de acesso a ela, que dá de frente para as janelas da rua.

Tendo como objeto de observação as janelas, de vidro fosco, as do lado oposto à porta, são grandes e com abertura limitada; as que compunham a parede da porta, são pequenas e com abertura ainda mais limitada. A enfermaria não tinha bom arejamento e estava repleta de ventiladores em seu teto. Pouco ar, pouca luz.

Ainda observando da porta de entrada, colada à parede oposta, na extrema esquerda, em comprimento paralelo à parede e retangular como a enfermaria, fazendo um L com a parede do lado esquerdo, estava a ilha da enfermagem. Na extrema direita, na mesma parede oposta à porta, em comprimento vertical à parede, fazendo um L com a parede do lado direito, também retangular, estava uma outra ilha. Ilha tão forjada por divisórias e vidros como a primeira. Os técnicos de enfermagem, aparentemente, circulavam apenas fora das ilhas.

No meio da enfermaria estava uma mureta baixa, que não atrapalhava a visibilidade e tinha um vão suficiente para a passagem confortável de pessoas e máquinas. A mureta tem uma função organizativa e âncora o posicionamento dos leitos. Ainda olhando da porta de entrada, pude ver dois leitos âncorados na parede oposta, um do lado de cá da mureta, e outro do lado de lá. Ainda no lado de cá, próximo à parede da porta, vi um leito âncorado na mureta, com os pés voltados para quem olhava da porta. Do lado de lá da mureta, mais dois leitos âncorados nela, com a cabeceira voltada para a porta, portanto sem visualização da usuária. Na parede direita, estavam mais dois leitos ancorados pela cabeceira. Esta organização dos leitos se manteve idêntica por todo o período da pesquisa.

Em suas condições gerais, digo que a enfermaria estava em moderado processo de deterioração: móveis de madeira que sustentavam equipamentos estavam abaulados pelo desgaste causado pelo peso do que carregavam; a mesa de madeira, anteriormente citada, tinham suas ripas lascadas, e o piso tinha suas arranhaduras. Ao lado da porta de entrada, do lado esquerdo, havia três armários de ferro algo enferrujados, um deles tinha escrito material estéril. Na parede do lado esquerdo via-se uma geladeira nova ao lado de uma pia, além de uma passagem que leva à enfermaria dezesseis. Na parede da porta de entrada, exatamente em frente à ilha de enfermagem, está uma sala de paredes de alvenaria que tem em seu interior o banheiro dos pacientes. Os leitos são equipamentos de manuseio manual e estavam em bom estado de conservação.

Na ilha da enfermagem via-se um computador com impressora, devidamente montado no deck, um armário de ferro, e um banco inteiriço, sem encosto, de frente ao deck, onde deixei minhas coisas. Depois de passar muito tempo registrando o espaço, decidi que era preciso, de alguma maneira, romper com o meu próprio silêncio e travar alguma aproximação

com as enfermeiras. Assim, tentei puxar assunto com Erika sobre a relação da enfermagem com a farmácia. Ela respondeu que era distante, tensionada, às vezes, por problemas relacionados aos processos eletrônicos que mediavam a relação; aqui apareceu o primeiro traço que relaciona os sujeitos e os equipamentos: o sistema de informação interno ao hospital era o responsável pela imprecisão de ambas as partes e, além disso, pelos conflitos entre os sujeitos. Está aí um indício de como estes sujeitos lidam com os problemas diários relacionados ao trabalho, e outros indícios aparecerão no decorrer da narrativa.

Ainda em diálogo com a diarista, perguntei pela relação delas com os médicos, ao que Erika respondeu que já fora muito pior, pois o antigo chefe da enfermagem era um sujeito complicado até mesmo para as enfermeiras. Disse, ainda, que desde que Margarete assumira a chefia, a relação melhorara muito. Perguntei a ela se podia ver os prontuários dos pacientes, e ela indicou que me encaminhasse à outra ilha e os manuseasse à vontade. Esta outra ilha seria dos médicos, ou de arquivo médico? Indo até lá, e a frequentando durante a pesquisa, pude verificar que médicos e arquivos médicos estavam em intensa relação, médicos atualizando-os e os arquivos situando-os.

Esta ilha que chamarei de ilha dos médicos era um pouco maior que a da enfermagem. Entrando nela, via-se, em frente, um grande armário onde estavam livros e os prontuários; ao lado do armário, um deck sustentava um computador com impressora. Quase no centro da sala estava uma grande mesa retangular, com banco inteiriço e outras cadeiras móveis, possivelmente para rearranjos entre os que nela estivessem. Não havia ninguém ali; tomei o primeiro prontuário e comecei a folheá-lo. Coincidentemente, logo em seguida, entraram na ilha duas médicas. O papo era rápido, quase um repente sobre assuntos variados: paciente de urina turva tivera suspensa a antibioticoterapia, recomeçara tratamento com Imipenem; outra paciente iria tomografar hoje, ontem não conseguira por ãengarramento de pacientes; outra, ainda, ãestava triste, tadinha, tivera dor torácica, o que preocupara a equipe, mas tudo ficara bem. E saíram da sala. Eu não conseguira ler uma folha do prontuário naquele tempo; achei curioso que elas não tivessem sequer estranhado a minha presença, não houve nenhum constrangimento ao transcorrer do discurso daquelas profissionais; isto parecia indicar um bom caminho para a pesquisa, mas também ia exigir muita rapidez da minha parte, seja de registro ou de raciocínio.

Tentei voltar aos prontuários, tendo conseguido explorar dois deles. Entraram mais dois médicos na ilha, e começaram a falar sobre a paciente do leito dois e do impasse ao redor do seu caso. O quadro patológico era relativo ao sistema genito-urinário; os médicos da enfermaria defendiam um procedimento, a colocação de um instrumento nos rins para

melhorar os sintomas da paciente; os pareceristas da proctologia pediam por uma operação e os da nefrologia, queriam dar alta à paciente, que seria tratada ambulatorialmente. Eu estava no meio daquela cena, e via os médicos da enfermaria tentando somar argumentos para defender sua posição, argumentos técnicos. Naquele debate havia uma enorme quantidade de material etnográfico a ser explorado, e eu nem sabia como começar a anotá-los, quanto mais a analisá-los. Iniciava-se um mal-estar pessoal, ainda no primeiro dia de observação, e que se manteve intenso por muitas visitas.

A seguir, os mesmos médicos que falavam sobre como convencer outros médicos de suas posições, falavam sobre outro caso, um caso raro de reação adversa a um medicamento (alopurinol), em que a usuária manifestava uma síndrome específica. Apresentariam o caso em uma sessão clínica, e começariam falando dos sintomas cardiorácicos. Quando todos os cardiologistas estivessem cogitando sobre possíveis patologias, que nada teriam a ver com a tal síndrome, os jovens médicos introduziriam novos sinais e sintomas à apresentação, encaminhando ao desfecho do diagnóstico, realçando a própria capacidade clínica. A manipulação dos dados e os seus usos aparentavam uma òvocação políticaõ surpreendente por parte daqueles médicos, que pensavam nas suas relações com outros médicos.

Permaneci ainda um pouco mais na ilha, ouvindo daqueles profissionais sobre todas as possibilidades de intervenções sobre as pacientes, tentando procurar um fio que introduzisse aqueles assuntos no meu relato. Desisti diante da chegada de outras médicas, quando senti que minha presença começava a ser notada, pois não havia espaço para que elas sentassem e escrevessem nos prontuários.

Ao sair da ilha, fui à enfermaria; vi que o sol entrava pela janela, agora a enfermaria estava clara. Angustiado com o volume de informações que eu acumulara mentalmente, disse qualquer coisa sobre a condição patológica das pacientes à Erika, que me respondeu de maneira genérica, monossilábica, que õjá fora piorõ. Eram dez horas da manhã, fazia quase três horas que eu estava ali, parecia uma vida, tinha que ir embora, era preciso processar o que vira. Foi o que fiz.

Em resumo pragmático, esta primeira observação me indicou algumas linhas de análise: os médicos estavam lá, na õilha da medicinaõ, e as enfermeiras estavam cá, na õilha da enfermagemõ. As intervenções e diagnósticos propostos pelos médicos estavam em constante processo de negociação, em debates intensos. Ao folhear os prontuários, pude perceber que as pacientes estavam internadas ali algo em torno de um mês, tinham idade avançada, e que os quatro prontuários que eu tinha lido indicavam pacientes com histórico de neoplasias; estávamos todos em uma enfermaria de clínica médica, e estas informações eram,

no mínimo, intrigantes. Ainda sobre os ãachadosö deste primeiro dia, pude ver que as enfermeiras faziam validações de prescrições e contavam medicamentos, além de manterem constante vigilância sobre o trabalho operado pela equipe técnica.

Diante do que foi exposto, a única conclusão que consegui ter a partir desta primeira experiência foi que não seria possível, nos limites deste mestrado acadêmico, frequentar quatro enfermarias como aquela. Este primeiro dia me revelara um õmundoö estranho, particular àquele espaço, que exigiria deste pesquisador um doloroso processo de adaptação. Foi ainda no início da pesquisa que decidi observar apenas esta enfermaria, à qual cheguei pelo acaso de ter sido apresentado a ela pela presença momentânea de sua chefe de enfermagem.

1.5 A resistência pessoal inicial ao campo

A partir deste item, a temporalidade deixa de ser linear nesta narrativa. Até aqui, segui o tempo como transcorrido em dias e semanas. De agora em diante, por toda a dissertação, as situações observadas, as falas dos entrevistados, a experiência do pesquisador, as análises sobre os dados e sobre o aporte teórico, estarão misturadas, não respeitando a temporalidade em que aconteceram. Sobre o aporte teórico, aparente de maneira resumida na introdução, ele está menos presente neste capítulo por opção minha; afinal, dediquei este capítulo inicial mais especificamente a tentar traduzir em palavras a experiência existencial que tornou esta pesquisa possível, revelar as agências em torno deste empreendimento, minhas, do hospital e dos sujeitos da pesquisa. Isso não quer dizer que o agente se refugiará, implicitamente, por trás dos sujeitos de sua pesquisa, nos próximos capítulos; mas, aqui, o compromisso é com o que ele pôde explorar, diante das contingências à pesquisa.

Nos dias que se seguiram ao primeiro, na enfermaria, sobretudo no primeiro mês, a vivência do campo foi muito custosa. Não vou me deter em minúcias sobre este desconforto, afinal foi uma experiência ditada pela intuição, fugia-me o domínio sobre fatos e dados. O que quero introduzir como algo determinante para esta dissertação foi a profunda angústia sentida, pelo sujeito que pesquisou, por ter tido a impressão de estar no caminho dos sujeitos, atrapalhar-lhes o fluxo do caminhar, privar-lhes a liberdade de se expor; e, em outros momentos, sentir-se um objeto entre muitos outros.

Vale destacar que nenhuma atitude direta dos sujeitos me levou a cultivar essa angústia, todos me deixaram bem à vontade, pediam cortesmente a passagem, quando necessário, e jamais pediram para que eu me retirasse em qualquer decisão. No entanto, com

relação aos dois grupos profissionais observados, eu tinha certeza que a equipe de enfermagem observava tudo o que eu fazia, e que a equipe médica sequer me via.

Com relação à equipe de enfermagem, como será exposto em maiores detalhes nos próximos capítulos, as profissionais estavam sempre em intensa atividade. Apesar do trabalho contínuo, era comum, após eu fazer alguma anotação no diário, cruzar com o olhar curioso de alguma integrante da equipe; imediatamente o olhar se dissipava, e o sujeito que olhava rapidamente se deslocava para o que estava fazendo, como se o olhar tivesse sido fortuito. Quanto às manifestações verbais, na maioria tendo a forma de repostas evasivas a perguntas genéricas feitas por mim, não se demonstrava interesse pela pesquisa; a tendência monossilábica das respostas e a aparente falta de interesse expresso pela pesquisa, fizeram-me entender que a equipe de enfermagem não confiava em mim, o que seria natural, afinal eu estava analisando o trabalho delas. Contudo, não tenho nada que torne este meu entendimento mais sólido, nenhuma das enfermeiras entrevistadas me revelou esta desconfiança. Apesar desta minha impressão, a atitude da equipe de enfermagem com relação a mim pouco contribuiu para o profundo desconforto que eu vim a sentir no decorrer da pesquisa.

Este incômodo era alimentado em intensidade toda a vez que eu frequentava a ilha da medicina. Até meados da fase observacional, quando aconteceu um fato inusitado, que será exposto logo adiante, eu acompanhei inúmeras decisões clínicas, construídas exclusivamente por médicos. Pelo teor do que discutiam, era nítido que eles não me davam ali, ou pior, a impressão que eu tinha era que me desconsideravam como sujeito. Apesar de eu ter exposto os objetivos da minha pesquisa a eles, apesar de saberem que eu estava analisando o seu trabalho, não se reservaram a usar argumentos aparentemente óbvios sobre a condução de alguns casos clínicos, não pediram privacidade em momento nenhum; nunca havia me sentido tão artefato quanto nestes meses. O que aparentemente, e pensando de modo utilitário, poderia servir como um arsenal infinito de situações a serem exploradas por este pesquisador, provocava em mim, na verdade, uma sensação latente de inexistir.

Houve uma ocasião específica em que este desconforto quase me fez desistir da pesquisa. Em uma manhã que a enfermaria estava particularmente vazia, com relação aos profissionais nativos dali, um grupo de médicos aprendizes, que estavam ao redor de uma usuária, acompanhava as demonstrações práticas e teóricas de um médico mais velho, seu preceptor. O meu desejo era permanecer ao lado do grupo, para entender melhor o que se passava, mas não senti confiança e passei direto à ilha da medicina. Dentro da ilha, como não havia diálogo entre médicos, senti-me novamente tentado a me posicionar ao lado do grupo. Ao sair da ilha, quando passei pela porta, vi que não havia espaço para mim em torno

do leito. Então, continuei caminhando na direção da õilha da enfermagemö, vazia, pensando onde me colocar, sentindo-me um tanto deslocado. Cheguei á ilha, sentei ao lado da minha mochila, onde sempre a deixava, e fiz uma pequena observação no caderninho, como que querendo justificar a mim mesmo este meu movimento. Levantei-me novamente, voltei à enfermaria, cogitei parar em frente à reunião, senti-me inseguro e passei novamente para a õilha da medicinaö. Ao tentar abrir a porta, não consegui; tentei outra vez, sem sucesso. Reparei que a ilha estava vazia, todos os médicos estavam na enfermaria. Imediatamente associei o trancamento da porta à minha presença, senti uma maré de constrangimento tomar o meu corpo, como uma anestesia geral: rubor, insensibilidade da pele, movimentos descoordenados, pensamentos õparanoidesö disputavam com o esforço pessoal em aparentar naturalidade com a situação. Naquele momento, imaginando que não me queriam naquela sala, fui tomado pela ideia de que todos me observavam, inclusive desde antes. E o pior: não havia onde me refugiar, não havia ombro amigo onde desfazer a paranóia. Em seguida, voltei à vazia e aberta õilha da enfermagemö, com uma ideia fixa: desistir da pesquisa.

Sentei-me, refleti rapidamente reflexões inenarráveis, que escapavam à consciência, mas que trabalhavam com ela e a fundamentavam, e que me conduziram à resiliência, à permanência naquele espaço a qualquer custo. Sim, resiliência. Sentia que estava havendo um boicote pessoal a minha própria iniciativa de estar ali. Era preciso enfrentar a mim mesmo, a minha busca pelo conforto literário, pelo distanciamento das tensões relacionais, a favor do papel de protagonista num projeto tão individual quanto é coletivo nas colaborações dos sujeitos da pesquisa. Estes, no entanto, não sabiam onde eu queria chegar, ignoravam onde estava a minha curiosidade, deviam imaginar que eu era mais um procurando incoerências clínicas para definir incompetências. Ao pensar desta forma, relativizei o desconforto e tentei retomar, de fato, a naturalidade.

1.6 **Tinha uma barata no meio do caminho**

O desconforto, a partir do caso extremo descrito acima, foi naturalizado por mim e mantive a pesquisa em andamento. Porém, algo parecia sem solução: eu não conseguia interagir com os médicos. Eu vivia, ainda em meados da fase exclusivamente observacional, a insegurança de não saber como me aproximar daqueles que desejava entrevistar; simplesmente, após quase dois meses no campo, eu não havia trocado com alguns deles mais que os cordiais õbom diaö e õobrigadoö, quando possível, naquele fluxo apressado. Sentia-me num impasse: estar õinvisívelö era interessante para acumular material de pesquisa, mas

começava a se tornar perigosa essa invisibilidade, era preciso saber se aqueles profissionais seriam permeáveis a alguma forma de interlocução.

Pensava em estratégias para lidar com esse impasse, quando o acaso me agraciou: durante uma das minhas visitas à õilha da medicina, uma médica externa à enfermaria veio visitar a equipe médica nativa dali. Eram todas mulheres, e estavam em intenso debate, quando a médica visitante abriu a porta de um dos armários, exasperando-se imediatamente, pois vira uma barata. Eu estava atento ao debate, que circulava em torno de alguns casos clínicos, e, tendo percebido o ocorrido, perguntei a elas, que eram três, se queriam que matasse a barata; todas pediram o favor de que o fizesse. Quando eu abri a mesma porta, me deparei com uma máquina de café expresso, cartuchos com cápsulas de uma famosa marca de café e uma cesta de bombons Suíços. Não consegui encontrar o inseto de imediato, e fui tirando um a um o conteúdo do armário. Quando o encontrei, retirei o meu tênis e o matei com um golpe certo; em seguida, limpei o armário com um papel. As três mulheres me agradeceram imensamente, e puderam retomar seu debate de onde haviam parado. O curioso é que a partir desta situação, as duas médicas nativas passaram a ter outra atitude em relação a mim: faziam-me perguntas sobre a pesquisa e, inclusive, sobre a vida pessoal, e se colocaram à disposição para me explicar procedimentos médicos; desta forma pude mudar minha atitude, passando a perguntá-las frequentemente sobre situações acontecidas, explorando um pouco melhor os meandros das decisões por determinada intervenção clínica, ou sobre o fechamento de algum diagnóstico. Uma destas duas nativas era Tatiane, sujeita desta pesquisa e que teve papel destacado no período em que estive no campo, tendo tido influência para a realização de algumas entrevistas com outros profissionais médicos.

1.7 O campo em ação: contingência, agência e negociação¹⁹

A pressa e intensidade com que médicos e enfermeiros agiam no dia-a-dia, que me impressionou desde a entrada no campo, impeliu-me a tomar algumas atitudes rápidas, e a primeira delas foi restringir a pesquisa àquela enfermaria. A tentativa de tentar compreender linearmente as ações de cada profissional se mostrava infrutífera: quando o debate entre médicos sobre a situação clínica de alguma usuária se tornava mais clara pra mim, logo emendavam outro caso clínico a discutir, ou um grupo de pareceristas invadia a õilha da medicina e o assunto tonava-se outro. Da mesma maneira, quando eu tentava seguir a

¹⁹ Em artigo que trata de uma revisão histórica dos *Science studies*, Lorraine Daston afirma que estes são os três conceitos centrais utilizados nesses estudos (DASTON, 2009).

atuação de uma das enfermeiras, tendo visto a gênese daquela ação, o que a pôs em ação, logo uma urgência acontecia, a ação se desfazia e outra se iniciava.

Esta imprevisibilidade das ações profissionais sofria os efeitos da gravidade clínica das usuárias ali internadas, em sua grande maioria, durante toda a pesquisa, com histórico de neoplasias e complicações relacionadas, e também da circulação institucional destas usuárias. Esta circulação era irregular: assim como pude acompanhar de maneira detalhada a internação de uma usuária, que permaneceu internada ali por dois meses, muitas outras eu sequer fui capaz de registrar em meu diário de campo. Eventualmente, quando eu deixava de ir à enfermaria por mais de cinco dias, já encontrava uma usuária se preparando para a alta e eu sequer sabia sobre o seu caso; e ainda havia situações que eu sequer vi admissão ou alta, pois a alta de uma usuária representava seu desaparecimento completo e imediato. De vez em quando, sobretudo nas mortes, um caso desse era retomado pela equipe, e foi a partir de algumas destas raras retomadas que pude tomar nota de usuárias que eu sequer vira.

Esta intensa circulação de usuárias representava para as equipes médica e de enfermagem um exercício contínuo de readaptações e rearticulações, internas e externas. Não será neste capítulo que explorarei este assunto que, entretanto, teve imensa repercussão para a execução desta pesquisa. Cada nova usuária que passasse a fazer parte daquela enfermaria era um manancial inesgotável de óachadosõ para esta dissertação; cada uma delas mobilizava toda a equipe presente, das profissionais responsáveis pela limpeza ao médico chefe dali. Além disso, quanto menos informações sobre a história clínica da usuária se tivesse, quanto mais incerto fosse o caso, ele se abria em inúmeras possibilidades de intervenções e tratamentos, para se alcançar o diagnóstico. As consequências disto para esta pesquisa é que um dia de observação era um encharcar de material, além de um intenso processo de compreensão *a posteriori* sobre o que fora registrado.

Havia também, diariamente, mudanças na equipe presente. A enfermagem era o grupo profissional mais estável, pois tinha uma enfermeira diarista e as residentes, como circulavam entre as enfermarias masculinas e femininas, eram sempre as mesmas, assim como as técnicas de enfermagem²⁰. Na equipe médica, revezavam-se residentes do segundo e primeiro ano entre as duas enfermarias por dois meses, assim como as médicas internas²¹; além deste redesenho temporário, alguns médicos se envolviam com atividades externas, o que conferia a

²⁰ Cabe ressaltar que esta estabilidade foi considerada no contexto temporal desta pesquisa, pois foi apontado nas entrevistas a alta rotatividade da equipe de enfermagem; algumas profissionais acabam se desligando da equipe por propostas melhores de emprego, e outras por insatisfação pessoal.

²¹ Todas estas denominações quanto à especificidade profissional serão abordadas no capítulo a seguir.

esta equipe uma certa rotatividade diária, e somente os residentes do segundo ano mantinham-se ali com mais frequência.

Ao se juntar no fluxo das práticas a intensa circulação das usuárias, trazendo consigo casos mais ou menos incertos, e as diferentes composições da equipe, as possibilidades de ação tendiam ao infinito e estas, quando realizadas, pouco guardavam semelhança entre si. Como resultado, tem-se um campo inesgotável em possibilidades analíticas e incerto quanto às inferências projetadas nos sujeitos da ação. Esta situação fora alertada em alguns trabalhos importantes, sobretudo na coletânea *Por uma filosofia empírica da atenção à saúde*, organizada por Kenneth Camargo Jr e Maria Inês Nogueira. No entanto, quando no olho do furacão, apenas uma forma de análise se torna viável, e nem sempre as melhores opções compõem a visão analítica do pesquisador. Neste ponto, como sugere Rorty, o próprio discurso normal é contingente na compreensão daquele que me é estranho.

Quanto à realização das entrevistas, antes de se entrar no campo, tinha-se a ideia de realizar pelo menos dez, com cinco médicos e cinco enfermeiros. Entretanto, o susto provocado com a entrada no campo, a redução do número de enfermarias a serem observadas e o assoberbamento diário contribuíram para a reprojeção deste número. Por outro lado, como fator relevante para se tentar ouvir um maior número de pessoas, estava a organização interna das equipes, que se dividiam em inúmeras funções mesmo entre profissionais da mesma categoria. Então, entre os fatores que colaboravam para reduzir o número de entrevistas e aqueles que sugeriam o aumento de entrevistados, preferi não projetar novos números, e após os três meses de observação realizei os convites em ordem de interesse quanto a quem eu gostaria de ouvir. Surpreendentemente, todos que eu convidava aceitavam participar; deixei a data e o espaço onde a entrevista se realizaria aberto para a escolha dos profissionais, e todos optaram por realizar a entrevista no espaço da enfermaria, dentro das suas ilhas respectivas, em horários um pouco menos atabalhados, próximos ao almoço. Estas variaram entre setenta e cinco minutos, a maior, e quinze minutos, a menor. Apenas o médico chefe das enfermarias não respondeu ao meu convite, que foi feito por mensagem eletrônica.

Tendo exposto tais situações, pretendo adverti-los quanto à leitura que se segue, pois todas estas dificuldades estarão implícitas em cada capítulo. Em alguns momentos vou retomá-las de maneira mais específica, mas tentei apresentá-las de modo geral neste primeiro capítulo, como forma de familiarizar o leitor a esta prática de pesquisa e de discurso. O capítulo que aqui se encerra trata-se do salto hermenêutico, agora segue o mergulho pelas águas gélidas desta enfermaria-arquipélago.

2 ENTRE SUJEITOS COLETIVOS E COLETIVOS SUJEITOS

Muitos foram os sujeitos que compuseram esta pesquisa, o que torna impossível a tarefa de referenciá-los um a um. Se eu tentasse, esta narrativa sucumbiria sob o peso de centenas de nomes, outras centenas de descrições sobre os sujeitos que trazem esses nomes e das inúmeras relações entre estes sujeitos. Por isso, adotei como critério apresentar individualmente os profissionais que tiveram voz na pesquisa, que foram entrevistados diretamente; nestas entrevistas pude conhecê-los melhor e, portanto, posso agora apresentá-los de maneira menos superficial. Para os outros sujeitos da pesquisa assumo a superficialidade de seus personagens generalizando-os de acordo com as funções que assumiam no espaço da enfermaria durante a realização desta.

Nesta curta e introdutória apresentação, descreverei apenas as características pessoais gerais, o modo como se apresentavam e alguns traços sócio-culturais dos sete sujeitos entrevistados durante a pesquisa. Entre eles estão quatro enfermeiras, duas médicas e um médico. A partir desta descrição, a narrativa se encaminhará para as análises sobre as práticas destes profissionais e de seus colegas, explorando a conformação e dinâmica dos coletivos internos à enfermaria e de suas relações nas redes institucionais²². Sobre os traços sócio-culturais levantados, estes foram sucintos o suficiente para não atrapalharem a condução das entrevistas, que eram tentativas de diálogo mais extenso e aberto, tendo sido representados pelo bairro onde moravam e pelas instituições em que se formaram. Por mais limitados que possam parecer esses traços, penso que foram úteis para sugerir algumas interpretações sobre estes sujeitos e seu pertencimento a um determinado coletivo, como será indicado adiante; sobretudo os traços referentes ao bairro de moradia, numa cidade sensivelmente desigual como o Rio de Janeiro.

Começo as descrições dos sujeitos com uma ressalva: apesar de serem apresentados em contornos mais precisos, estes sujeitos não podem ser revelados, pelo compromisso ético que assumi para poder dar andamento à pesquisa. Portanto não serão fisicamente descritos, e terão alguns detalhes expostos com a parcimônia necessária. Começo, então, por descrever Margarete: foi esta senhora quem me recebeu na enfermaria, que me apresentou à equipe, enfim, quem me inseriu no campo. Margarete era a chefe responsável pelas equipes de enfermagem das enfermarias feminina e masculina, tem cinquenta e cinco anos, se formou em uma Universidade pública, onde trabalha desde a formatura; passou também por diversos

²² Quanto a estas redes, por não terem sido seguidas por mim durante a pesquisa, apenas serão citadas como o foram pelos sujeitos.

outros hospitais e atua como consultora na área de enfermagem. Mora em Vila Isabel, bairro da zona norte do Rio de Janeiro.

Margarete tem como colega, e pessoa em alta confiança, a enfermeira diarista Erika, que foi a profissional mais presente durante toda a realização da pesquisa. Erika tem vinte e dois anos, está formada há cerca de um ano, formação feita em uma instituição privada de ensino superior e este é o seu primeiro emprego. Esta enfermeira mora no bairro de Irajá, também na zona norte do Rio de Janeiro.

São enfermeiras, também, as residentes do segundo ano Lúcia e Amanda. Lúcia não é fluminense, tem vinte e três anos, é técnica e enfermeira formada por uma instituição privada de ensino superior e tem o desejo de seguir carreira acadêmica; vive no bairro de Vila Isabel. Amanda também tem vinte e seis anos, foi formada em uma Universidade pública distinta da qual está se especializando, e vive no bairro de Guadalupe, na zona norte do Rio de Janeiro.

Quanto aos profissionais médicos, todos são residentes em Clínica médica do segundo ano: Vítor, Letícia e Tatiane formaram-se em Universidades públicas e as duas mulheres na mesma Universidade. O médico tem vinte e seis anos, assim como Tatiane, e Letícia tem um ano a menos. Quanto aos desejos profissionais, todos anseiam por mais uma especialização nos moldes de residência, cada um em uma especialidade diferente. Vítor vive no Leblon, Tatiane em Laranjeiras, bairros da zona sul da cidade, e Letícia na Barra, bairro nobre da zona oeste do Rio de Janeiro.

Como se pode ver, com exceção de Margarete, todos são profissionais muito jovens e recém formados. No entanto, exercem papel de protagonistas nas ações executadas na enfermaria, assumindo inúmeras responsabilidades. Nos quatro meses e meio de pesquisa, estes sete profissionais foram aqueles centrais para a execução das ações, tanto por parte da equipe médica quanto de enfermagem; faltou apenas o chefe médico, que não pôde participar da pesquisa como entrevistado. Na rápida descrição que fiz, podem-se ver similitudes que não parecem simples coincidências: todos os médicos foram formados em instituições públicas, todos vivem em áreas nobres da cidade, assim como todas as enfermeiras vivem no subúrbio carioca.

Sobre similitudes, prossigo a descrição passando à maneira como estes sujeitos se apresentam. Penso que estas similitudes são aquelas que associam os tênues traços sócio-culturais levantados e as práticas destes profissionais. Quanto a este assunto, insiro-o a partir de uma experiência que vivi durante uma das observações na enfermaria. Em um determinado dia, em meados da pesquisa, vi o médico Vítor passar por mim e algo nele me chamou a atenção; custei um pouco para perceber o que estranhara, mas logo entendi que era a sua

roupa. Neste dia, o médico usava uma calça *jeans*, uma blusa larga, para fora da calça e um par de tênis *sport*. Em tudo o mais estava como nos outros dias: com o estetoscópio pendurado no pescoço e com o jaleco aberto, pois ele era um dos únicos médicos que ainda usava jaleco naquela enfermaria; mas aquela roupa não era correspondente nem com a que ele costumava usar, nem com a que seus colegas usavam, a saber: calça social de cor neutra, cinto em torno da cintura, camisa de botão para dentro da calça e de mangas compridas, e sapato social. Estranhamente, Vítor estava como as enfermeiras costumavam vestir-se, claro, estas sempre sob a proteção do jaleco.

A partir deste dia, passei a observar mais sistematicamente como se vestiam os profissionais da enfermaria. Entre as enfermeiras, apenas Margarete tinha o hábito de se vestir com vestidos elegantes; Erika, Lúcia e Amanda, diariamente, usavam suas calças *jeans*, blusas simples e sandálias rasteiras, assim como suas colegas de profissão e as técnicas de enfermagem. Entre as médicas, estas usavam vestidos elegantes ou enquadravam-se nos cortes femininos do padrão de vestir masculino, como descrito anteriormente; Tatiane e Letícia evitavam os vestidos.

Para que importaria trazer a aparência a esta narrativa? As similitudes introduzidas nesta curta apresentação ganharão significado mais à frente, quando eu expuser a conformação e os modos de agir comuns a determinados coletivos nativos desta enfermaria. A princípio, serve apenas como exemplo de como médicos e enfermeiras podem ser distinguidos num simples golpe de vista, sem a necessidade de apresentação formal explícita para quem não é nativo. Tal aparência, expressa através das roupas que vestem, pode fazer sentido quando sabemos dos traços sócio-culturais levantados, e guardam, ainda, total relação com as ações destes profissionais, de como se relacionam com a prática, no cotidiano. Antes de concluirmos este assunto, no entanto, torna-se necessário dizer sobre o que se quer dizer por *coletivo* nesta pesquisa.

2.1 Coletivizando o pensamento, harmonizando as ilusões

Ludwick Fleck escreveu *“Gênese e desenvolvimento de um fato científico”* em 1935. Esta obra permaneceu praticamente esquecida até Thomas Kuhn o citar no prefácio do seu *“Estrutura das revoluções científicas”*, em 1962; desde essa referência, Fleck vem sendo *“resgatado”*²³ por estudiosos da ciência²⁴. No campo da Saúde Coletiva, por exemplo, seus

²³ Segundo Harry Collins, Thomas Kuhn é o responsável por Fleck *“existir”*, tendo contribuído para que o médico polonês passasse a ser um dos grandes autores adotados pelos estudiosos da ciência (KUHN, 1978; COLLINS, 2012).

conceitos têm sido usados em inúmeras análises sobre a relação do conhecimento com as práticas de saúde (CAMARGO JR., 2003; GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR., K. R., 2006; TESSER, 2007). Seguindo o exemplo destes autores que vem utilizando Fleck em suas análises sobre o campo da saúde, aqui usarei estas ferramentas conceituais não para analisar a ciência, e sim a forma como o conhecimento é articulado por determinados grupos para intervir na realidade; como esse conhecimento determina, inclusive, a realidade a ser operada.

O ostracismo de cerca de três décadas em que permaneceu o ensaio de Fleck não foi sem razão: sua obra continha críticas contundentes à teoria da ciência desenvolvida pelo círculo de Viena, e também ao positivismo, antecipando discussões que ganhariam força apenas a partir da década de sessenta (FLECK, 2010; SCHÄFER e SCHNELLE, 2010). Além disso, seu trabalho foi publicado em alemão no momento em que a Alemanha passava pelo nazismo, e Fleck era um judeu polonês. Outra singularidade deste autor que merece nota, diz respeito ao fato de ele não ter sido um teórico da ciência *strictu senso*; era, na verdade, médico e cientista biomédico importante em sua época e no seu país, no campo da microbiologia, campo em que teve a grande maioria de suas publicações (SCHÄFER e SCHNELLE, 2010). Se as contingências tem papel central nesta dissertação, achei honesto referir aquelas que quase tornaram obsoleta uma contribuição tão valiosa quanto esta obra de Fleck .

Sobre a obra, esta se inicia com um tom crítico ao rigor com que é entendido o fato científico, aquele que seria o objetivo das ciências, como algo livre da subjetividade do pesquisador, imune à passagem das teorias. Para desconstruir esta ideia, se analisa historicamente a sífilis e os discursos teóricos sobre ela desde a Idade Média. O objetivo de Fleck era mostrar o que destes discursos permaneceu e o que desapareceu no conceito teórico e científico de sífilis à época do autor, conceito que sofrera delimitação precisa por conta de um fato: a reação de Wasserman²⁵. A sua descrição minuciosa sobre as controvérsias técnicas e teóricas em torno do surgimento deste método diagnóstico, sobretudo no início do século XX, são contundentes: colocam no centro da crítica a sífilis, que carregaria consigo ainda discursos medievais; a espiroqueta que a provoca, òdescobertaõ fruto da microbiologia, conhecimento que não frequentara as teorias sobre a sífilis até aquele momento; Wasserman, que teria tido um papel de articulação a partir de conhecimentos desenvolvidos por diversos pesquisadores, em diversos campos; e a própria reação, que teria sido apurada a partir de sua

²⁴ Latour confere a Fleck o estatuto de òfundador da sociologia da ciênciaõ (LATOUR, 2012, p. 165)

²⁵ Reação que possibilitou o desenvolvimento de um diagnóstico mais preciso para sífilis.

ineficácia inicial, tendo seus procedimentos corrigidos até tornar-se confiável por diversos pesquisadores da área. Fleck não deixa de fora sequer o papel do Estado na descoberta: discorre sobre o financiamento público dos laboratórios de onde surgiram conceitos e fatos. O autor imprime desde as primeiras páginas sua ideia sobre o conhecimento científico: empreendimento coletivo, socialmente construído e sujeito às transformações de seu tempo (FLECK, 2010). É exatamente a compreensão que tenho sobre as práticas em saúde.

Sempre tendo como pano de fundo sua análise sobre a reação de Wasserman, Fleck desenvolve diversos conceitos, e alguns não me foram úteis para o escopo desta pesquisa. Centrar-me-ei naquele que adotei como referência para a minha análise, e este se trata do coletivo de pensamento, que se caracteriza como:

... a comunidade das pessoas que trocam pensamentos ou se encontram numa situação de influência recíproca de pensamentos, temos, em cada uma dessas pessoas, um portador do desenvolvimento histórico de uma área do pensamento, de um determinado estado do saber e da cultura, ou seja, de um estilo específico de pensamento. (FLECK, 2010, p. 82)

A utilidade deste conceito é ampla, e Fleck sugere que vale para o modo de pensar de um povo, de uma classe, de um grupo qualquer (FLECK, 2010, p. 95); e aqui está a possibilidade de aplicação dele nesta pesquisa, afinal estou lidando com dois grupos distintos de profissionais de saúde. Dentro destes coletivos, seus sujeitos não se conscientizariam do estilo de pensamento compartilhado, que se exerce através da coerção ao pensamento individual. Este estilo fluiria entre os seus membros, se transformaria, e sofreria as influências desse trânsito; o que fariam aparecer novos motivos que o pensamento isolado e individual seria incapaz de gerar: propaganda, imitação, autoridade, concorrência, solidariedade, inimizade e amizade (FLECK, 2010, p. 86). Com isso, condicionando estes sujeitos, este estilo estaria também exposto a um processo de condicionamento social que é próprio a cada coletivo. Assim, apesar de toda a fluidez, o pensamento e os sujeitos que o compartilham apenas teriam legitimidade dentro de um coletivo, entre pessoas da mesma constituição mental (FLECK, 2010, p. 78).

Quanto ao estilo de pensamento interno a cada coletivo, este se constituiria por um sistema de opinião que seria capaz de resistir a tudo que o contradissesse, construído na história do grupo. A combinação do caráter fechado deste sistema, os efeitos recíprocos entre o conhecido, as coisas a serem conhecidas e os atores do conhecimento garantem a harmonia dentro do sistema, que é, ao mesmo tempo, uma harmonia das ilusões (FLECK, 2010, p.

81)²⁶. Seria nesta harmonia que determinadas práticas ganhariam os *status* de naturais àquele coletivo.

Assim, dentro de cada coletivo, conforme um estilo e a harmonia necessária, utilizam-se conceitos claros, garantidos por essas características, pois estão associados àquela visão de mundo. Contudo, apesar dessa clareza, o entendimento imediato entre os adeptos de estilos de pensamento diferentes é impossível (FLECK, 2010, p. 79)²⁷; isto porque cada harmonia garante uma visão de mundo, afinal apenas as palavras e os costumes unem as pessoas num coletivo (FLECK, 2010, p. 85). Assim, já na estrutura da linguagem reside uma filosofia imperiosa da comunidade, já numa única palavra se encontram teorias emaranhadas (FLECK, 2010, p. 85), o que permite, no nível da linguagem, uma suposta identificação relacionada ao coletivo a que pertence o sujeito que fala. Com toda a complexidade associada ao conceito de Fleck, vale ressaltar que neste capítulo serão os costumes, os hábitos internos a cada grupo profissional, que terão destaque na descrição destes enquanto coletivos distintos.

Diante das contribuições de Fleck, então eu poderia admitir que cada grupo profissional em questão se trataria de um coletivo de pensamento? Sugiro que sim: médicos e enfermeiros parecem constituir coletivos diferentes, harmonizar diferentes ilusões, compartilhar conceitos próprios, assim como uma linguagem e costumes particulares, como tentarei deixar claro neste e nos próximos capítulos. No entanto, não são estranhos uns aos outros: atuam no mesmo espaço, articulam suas ações sobre o mesmo objeto; esta particularidade me provocou um pequeno desconforto que pretendo compartilhar com o leitor: não seria possível interpretar que exista um coletivo da enfermagem? Para de fato compartilhar o desconforto, vamos à descrição dos coletivos.

2.2 Mapeando os coletivos da enfermagem

Tendo em consideração que cada coletivo carrega consigo a sua história, descreverei para os dois grupos profissionais, de maneira sucinta e articulada às observações do campo, como tais corporações se legitimaram socialmente ao longo do tempo passado. Nesta breve

²⁶ Cabe ressaltar que os conceitos de estilo de pensamento e harmonia das ilusões têm uma aplicabilidade ilustrativa neste capítulo e nesta pesquisa. Aqui eles me servem para tornar mais sólido o coletivo de pensamento. No decorrer da pesquisa, e isto será explicitado, estilo de pensamento e harmonia das ilusões terão como correspondente adotado o conceito de paradigma, desenvolvido por Thomas Kuhn.

²⁷ Aqui Fleck adianta uma ideia que ganha contornos de conceito na obra de Kuhn; este seria a incomensurabilidade, que será crucial nesta dissertação.

descrição, trarei associados alguns costumes internos a cada coletivo, como uma tentativa de sugerir uma história ilustrada²⁸. Começo pela enfermagem, a seguir.

2.2.1 De Florence a Margarete, da força vital à organização material

Sobre a história da enfermagem, há que se ter algumas ressalvas, pois está em franco processo de construção. O que conhecemos dessa história parece vir no bojo da descrição sobre as realizações de grandes figuras, como Florence Nightingale (1820-1910), que viveu e atuou na Inglaterra. Lá, ela teve breve atuação como enfermeira; seu destaque na história da enfermagem se deve ao papel central na organização das práticas nos hospitais militares instituídos durante a guerra da Criméia. Nestes hospitais, Florence propôs novas formas de atuação para as enfermeiras, atuação baseada em intensa disciplina de si e controle das ações (LOYOLA, 1996). Apesar de ter sistematizado as práticas das enfermeiras de seu tempo, o que garante a sua relação com as práticas de hoje, Florence partia de um entendimento sobre a saúde bem distinto de como a entendemos na contemporaneidade: ela era adepta da doutrina vitalista, portanto epistemologicamente distante do desenvolvimento biomédico atual.

Não quero, com isso, diminuir os méritos de uma mulher que, em plena era vitoriana, foi reconhecida pelo povo e pela realeza como grande personalidade da nação (LOYOLA, 1996). Mas esta referência à Florence é exemplar quanto a abordagem historicista que predomina no campo da enfermagem (PEREIRA NETO, 2006)²⁹. Além disso, este ideário das grandes personagens parece estar associado à maneira como a enfermagem se organiza no cotidiano, sob a liderança coercitiva de uma líder. Na enfermaria observada, Margarete era a autoridade sobre todos os assuntos concernentes à enfermagem: ela delegava as funções, autorizava a escala de trabalho das enfermeiras e, principalmente, mediava a relação com a equipe médica. Entretanto, é importante relativizarmos o peso que trás consigo a palavra coerção, empregada anteriormente, pois as colegas legitimavam e gostavam da maneira como a chefe exercia sua coerçitividade. Erika, Amanda e Lúcia citaram a sua importância para o fluxo das ações na enfermaria, para a viabilidade do trabalho articulado com os médicos, e a citaram como exemplo profissional.

²⁸ Este termo trata-se de uma ironia. Assumo uma contribuição de Canguilhem sobre o uso de fatos históricos em estudos críticos: É no presente que os problemas solicitam uma reflexão. Se a reflexão leva a uma regressão, a regressão é necessariamente relativa a reflexão. Assim, a origem histórica importa menos, na verdade, que a origem reflexiva (CANGUILHEM, 2012).

²⁹ Pereira Neto propõe uma agenda de pesquisa para os enfermeiros que leve em conta a Nova História, método historiográfico que parte de problemas presentes para visitar objetos no passado, sugerindo a história das ciências, das mulheres e das profissões como solos férteis para estes profissionais recontarem a sua história (PEREIRA NETO, 2006).

Sob a autoridade de Margarete, Erika era a enfermeira diarista, aquela que exercia as ordens da chefe e mediava diretamente a sua relação com o restante da equipe. A diarista se responsabilizava pelo fluxo de trabalho das demais enfermeiras, garantindo o suprimento de materiais, organizando a escala de trabalho e auxiliando procedimentos mais complexos; em resumo, era a gestora da equipe e do trabalho da enfermagem, estava ali todos os dias da semana. Amanda e Lúcia eram residentes³⁰, e no seu processo formativo, por estarem no segundo ano, auxiliavam e aprendiam a gerir o trabalho de enfermagem; por isso estavam ao lado de Erika no exercício de suas funções. A diarista se responsabilizava mais pela gestão material e organizativa da equipe e as residentes davam um suporte maior ao exercício das ações diretas relacionadas aos usuários. Havia ainda, na enfermaria, a enfermeira plantonista, que ali ficava por vinte e quatro horas e se mantinha alerta quanto às necessidades urgentes das usuárias; e as residentes do primeiro ano, que se responsabilizavam pelas necessidades relativas a duas usuárias cada uma. Claro, faziam parte da equipe de enfermagem, ainda, as técnicas de enfermagem, cativas de cada enfermaria, geralmente em dupla, e um funcionário auxiliar que se encarregava por fazer o transporte de suprimentos e pacientes pelo hospital.

Retomando o fluxo histórico da profissão, o surgimento da enfermagem moderna parece estar imbricada com a da medicina moderna. Alguns autores destacam a emergência da atividade de enfermagem com a medicalização do hospital, no século XIX. Neste espaço, os médicos dedicavam seu saber e prática ao indivíduo adoecido enquanto as enfermeiras cuidavam da manutenção da ordem e da disciplina necessária, tratando de trabalhos infra-estruturais (MACHADO, 1991; PEDUZZI, 1998). Entretanto, este momento da história da enfermagem moderna não parece bem resolvido, uma vez que há algumas divergências quanto ao assunto na bibliografia levantada para esta dissertação: sendo uma atividade que incorporou basicamente mulheres, há registros do século XIX que indicam que estes trabalhos infra-estruturais eram realizados por homens, já que não era permitido, em alguns países da Europa, o trabalho feminino no hospital (CASTRO SANTOS, 2008). Mesmo que problematize, Castro Santos reconhece que a atividade de enfermagem surge no hospital medicalizado, mas que, ao se difundir pelo mundo, teve desenvolvimentos variados e reconhecimentos distintos, inclusive com atuação domiciliar destacada, como no caso dos EUA (CASTRO SANTOS, 2008).

Seguindo no assunto, alguns autores enfermeiros conferem alguma submissão do próprio desenvolvimento profissional à medicina até meados do século XX; a partir daí a

³⁰A Residência é uma modalidade de especialização *latu senso* que tem duração de dois anos, sendo prorrogável a três, e que se caracteriza como uma forma de aprendizagem teórico-prática, aliando o ensino ao serviço.

enfermagem passara a ter um corpo de conhecimentos próprios, reconhecido regional e mundialmente (BAGGIO e ERDMANN, 2010; PUNTEL DE ALMEIDA *et al.*, 2009). Machado questiona este corpo de conhecimento das enfermeiras ao colocar a existência de um discurso múltiplo em relação ao domínio de conhecimento da enfermagem: õumas dizem que é o cuidado direto do paciente; outras, o planejamento hospitalar, entretanto outras afirmam que o grande campo de mercado de trabalho da categoria é a supervisãoö (MACHADO, 1991, p. 32). Este entendimento sobre as atividades das enfermeiras leva a autora a sugerir que a enfermagem seja uma õsemi-profissãoö (MACHADO, 1991, p. 28). Castro Santos e Faria, no entanto, tratam da questão sob outra ótica: entendem que a enfermagem vem construindo e consolidando, desde a sua emergência, saberes e õtécnicas de intervenção socialö que, seja no hospital ou na saúde pública, vem contribuindo e solidificando, através dos programas de gestão e coordenação, espaços de debates e de auto-organização que resulta do domínio destes saberes (CASTRO SANTOS e FARIA, 2008).

Apesar das controvérsias sobre a profissionalidade das enfermeiras, na enfermagem pesquisada elas têm atividades e uma organização própria, definidas entre as pares. Como disse no primeiro capítulo, tem uma organização institucional, inclusive, muito parecida com a organização da medicina: supervisão e coordenação de enfermagem da clínica médica, direção institucional de enfermagem. Quanto às atividades, as enfermeiras têm autonomia para as realizarem, mas esta autonomia é apenas relativa, pela relação que guardam com as decisões médicas. Este assunto será explorado em maiores detalhes nos dois próximos capítulos. Sobre o que fazem, Machado tem razão: cuidam diretamente do usuário, planejam as atividades da equipe e supervisionam as ações de colegas e técnicos. Algumas das profissionais realizam todas as funções, embora digam que é necessário dominar conhecimentos distintos para realizá-las. Na realidade, as enfermeiras têm um tempo muito reduzido para refletirem sobre o que fazem. Amanda diz o seguinte, sobre o choque de assumir as ações como enfermeira:

õ[...] eu gostei bastante! O único impacto que eu tive quando eu passei a atuar mesmo, na área, depois de formada, [foi o seguinte]: por mais que as pessoas falassem que na enfermagem se trabalhava muito, que, entre aspas, -se pensava poucoç que você não usava tanto a parte científica, por conta de tempo, o tempo inteiro era você tentar apagar um incêndio; eu não tinha noção, não tinha essa dimensão toda que hoje em dia eu tenho, agora com a residência.ö

Lúcia, que durante a pesquisa foi vista trabalhando com um braço imobilizado, entrou no assunto enfatizando o desgaste físico e como teve que se adaptar a este desgaste:

õ[...] a assistência é sempre vista como muito desgastante, extenuante, e aí você tem os problemas musculares, dores na coluna, essas queixas são muito frequentes, na parte hospitalar. E aí, a gente vem da faculdade: õnão, não quero assistência, não quero assistênciaõ. Aqui na residência foi meramente assistência, principalmente o R1; e aí eu vi que eu poderia me policiar na coluna.õ³¹

O que Lúcia chama de õassistênciaõ é o trabalho relativo às ações de cuidado direto ao usuário, o trabalho clínico do enfermeiro. Nestas ações, enfermeiras são responsáveis pela mensuração sanguínea da glicose das usuárias, aferição de sua pressão, consideração das características físicas aparentes, e ainda pela avaliação quantitativa e qualitativa da excreção de urina e da produção das fezes; além disso, se responsabilizam também pela administração dos medicamentos às usuárias, pelo banho, pela troca das roupas de cama e pela circulação destas pela enfermaria, entre outras coisas. Nem sempre são elas que realizam estas ações, muitas vezes realizadas pelos técnicos de enfermagem, mas são responsáveis pela execução e pelo sucesso destas.

Sobre o planejamento ou gerência das atividades, são as ações que organizam o trabalho da equipe: os horários de trabalho de cada profissional, as responsabilidades assumidas por cada um e, principalmente, a relação com outros setores do hospital, sobretudo aqueles que suprem a enfermaria de suas necessidades por medicamentos, materiais médicos, e ainda aqueles responsáveis pelos exames diagnósticos; logo, nestas ações está incluído o trânsito das usuárias pelo hospital, inclusive a possibilidade de se internar ou não uma nova usuária na enfermaria, possibilidade intensamente negociada com os médicos.

Quanto às ações de supervisão, são aquelas em que a enfermagem é chamada para colaborar ou avaliar alguma ação específica, que podem ser õassistenciaisõ ou gerenciais. Ou seja, estas ações se fundiriam com as atividades anteriores: uma enfermeira supervisiona as atividades de uma técnica, a chefe de enfermagem supervisiona as atividades da equipe na enfermaria, e ainda existe a supervisão de enfermagem, que é uma espécie de equipe externa que vem auxiliar a equipe da enfermaria, médica ou de enfermagem, quando esta tem dificuldade de lidar com alguma atividade. Geralmente assumem estas ações as enfermeiras mais experientes. No entanto, eu gostaria de ressaltar que todas as enfermeiras entrevistadas realizavam as três funções simultaneamente, e o faziam em relativa harmonia, com bastante pressa.

Por fim, para encerrar esta introdução às atividades da enfermagem, uma curiosidade em relação à temática: na bibliografia estudada, a referência às õenfermeirasõ, no feminino,

³¹ Martins et al, em trabalho de base estatística, debruçaram-se sobre os afastamentos de profissionais em um hospital público na Bahia. Neste hospital, os profissionais que precisavam afastar-se das práticas eram, em sua maioria, mulheres da equipe de enfermagem (MARTINS *et al.*, 2009).

sugere a associação entre esta atividade e a sua importância para a inserção de mulheres no mercado de trabalho (PEREIRA NETO, 2006; CASTRO SANTOS, 2008; CASTRO SANTOS e FARIA, 2008; MACHADO, 1991). Portanto, sigo a linha destes trabalhos e me refiro às enfermeiras, pois entre estas havia apenas um enfermeiro com o qual tive pouco contato; além disso, as entrevistadas e protagonistas desta pesquisa eram mulheres, assim como a totalidade das técnicas de enfermagem.

2.2.2 Da beira do leito ao centro da arena: a organização médica e o acúmulo de experiências

Não é necessário para as intenções desta dissertação, voltar a Galeno para tratar da medicina enquanto importante prática social (AYRES, 2004). Assumo aqui o nascimento da clínica, a modernidade do conhecimento médico-clínico, a partir do desenvolvimento da anatomo-clínica, como ponto inicial desta discussão, desde o fim do século XVIII. Esta tomada de posição se deve ao entendimento de que foi a partir daí que se pôde dar o título de médico apenas a quem dominava esta forma de conhecimento (FOUCAULT, 1977); também foi a partir daí que se deu o desenvolvimento do conhecimento biomédico, a descolagem sanitária, a formação de um complexo industrial da saúde, o processo de medicalização da sociedade, mediado pelos estados nacionais (CAMARGO JR., 2005; FOUCAULT, 2010). Enfim, toda uma sorte de eventos que constituem grande parte do campo de estudos da nossa área de conhecimento. O que vale aqui, neste capítulo, é sobre a legitimidade do trabalho médico como o conhecemos hoje, aquele que encontrei na enfermagem.

Apesar de eu sugerir certa continuidade no parágrafo inicial, cabe ressaltar que a profissão médica não se manteve contínua e em progresso neste período de dois séculos. Iniciando pelo Brasil, onde recebe a alcunha de "Profissão Imperial" por sociólogos que tratam do assunto (VARGAS, 2010), a Medicina se instituiu já clínica e em rígidos moldes de como a concebemos hoje, modernizada, no início do século XIX, mais precisamente com a criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro em 1829 (EDLER, 2010). Desde a instituição desta medicina, os médicos tiveram importante papel, através do movimento higienista, ainda no século XIX, na consolidação de uma identidade nacional: praticavam uma medicina domiciliar, ditando às famílias novas normas de comportamento e (re)mediando a relação destas com o Estado recém independente (COSTA, 1979). Assim também se consolidaram socialmente.

Os médicos seguiram dando conta da saúde instituída no Brasil, com certa autonomia, até meados do século XX. A partir daí, sob implicação da formação e desenvolvimento do

complexo industrial supramencionado, funcionando numa lógica de acumulação capitalista, a medicina vem perdendo seu caráter artesanal, autônomo, e tornando-se cada vez mais tecnológica (SCHRAIBER, 1993, MENDES-GONÇALVES, 1994). Na perspectiva defendida por Schraiber e Mendes-Gonçalves, os médicos vêm progressivamente articulando seus saberes e práticas a instrumentos técnicos dados, produtos de uma outra esfera, restando pouco espaço para o exercício pleno de sua autonomia. Além desta relação com os instrumentos técnicos, os médicos vêm ao seu lado inúmeros novos profissionais que dividem com eles as práticas de saúde, o que os leva a estabelecer tensas relações multiprofissionais (MACHADO, 1991; SAYD, 2006; SCHRAIBER, 2008). Schraiber afirma ainda que assistimos, na contemporaneidade, uma crise da medicina (SCHRAIBER, 1997), em que esta tem sido questionada enquanto prática social tanto pelos usuários de seus serviços, quanto pelos demais profissionais de saúde (SCHRAIBER, 2008).

Entretanto, se há uma crise, a equipe médica da enfermaria visitada pouco está preocupada com ela. Da mesma forma, se um dia ditou normas de comportamento às famílias, os médicos observados pouco guardam relação com esta tradição: estavam ocupados demais com os corpos, seu funcionamento fisiológico, com os parâmetros relativos a este funcionamento e sua relação com as doenças. Sobre esta preocupação, entrarei em maiores detalhes nos próximos capítulos. O que posso adiantar, o que cabe neste capítulo, é que por estarem extremamente ligados a esta preocupação, os médicos se organizavam de uma maneira quase hermética, como se tivessem um funcionamento independente de tudo ao redor. Abaixo exploro os detalhes.

Afirmo sem medo de ser leviano: assim como havia as enfermeiras residentes, há os médicos residentes, também em processo de aprendizagem; entretanto, se as enfermeiras tinham algum suporte direto de profissionais mais experientes, os médicos residentes eram inteiramente responsáveis pelas atividades de sua equipe, na enfermaria. Isto não quer dizer que não tivessem contato com médicos da instituição, ou que estes não tivessem responsabilidades sobre as atividades que ali aconteciam; a peculiaridade do trabalho médico é que quanto maior é a responsabilidade profissional, mais distante da beira do leito se encontra o responsável. Estes profissionais responsáveis estavam em outros espaços, constituindo arenas decisórias importantes, e estes residentes eram os mediadores entre a enfermaria e estas arenas. Talvez o grande limite deste trabalho não seja o seu escopo reduzido a uma enfermaria e a alguns profissionais, mas não ter podido vivenciar estas arenas. Tento fazer valer os registros sobre as visitas destes médicos responsáveis à enfermaria, momentos em que pude construir este entendimento, apesar dos limites.

Como adiantei no parágrafo anterior, os médicos nativos da enfermaria são todos estudantes; eles são residentes e internos, ou seja, profissionais e estudantes em treinamento teórico-prático, respectivamente. A sua organização está intimamente ligada às suas atividades, que se constituem como algo bem menos abrangente que as atividades de enfermagem, mas cruciais para o trabalho naquela enfermaria: a construção do diagnóstico clínico e do projeto terapêutico das usuárias. Com vistas a essa construção, as internas³² eram as componentes da equipe mais próximas às usuárias: faziam coleta de sangue para exames, os exames físicos sob a supervisão dos residentes e estavam sempre atentas aos sinais e sintomas emergentes. Entre os exames físicos, estavam aqueles realizados pelas enfermeiras, além das palpações, que são o uso do tato e da tração das mãos na busca de sinais e sintomas não aparentes, que faziam também sob a supervisão das residentes. As internas eram as únicas da equipe médica a usar sempre o jaleco.

Quanto aos residentes, os do primeiro ano eram aqueles responsáveis pelas atividades médicas da beira do leito: eram os que respondiam pelos exames físicos diários, faziam alguns procedimentos invasivos e assumiam a responsabilidade médica sobre algumas usuárias, o que implicava que seriam os informantes clínicos nos momentos de decisão diagnóstica e terapêutica. Isto não quer dizer que estivessem sempre à beira do leito; estes residentes começavam, por assumirem a responsabilidade clínica direta, a frequentar as tais arenas decisórias, assim como participavam mais ativamente da negociação clínica em torno da construção do diagnóstico e do projeto terapêutico. Desta forma, supervisionavam as atividades das internas e assumiam o seu trabalho. Eventualmente estavam de jaleco, mas estavam sempre bem vestidos, como os colegas superiores.

Os residentes do segundo ano eram a autoridade médica na enfermaria: eram eles que assumiam o protagonismo nas decisões clínicas, pediam exames, interpretavam dados, chamavam pareceristas externos, buscavam leitos em outros setores, definiam as responsabilidades do restante da equipe e, principalmente, eram os mediadores entre o trabalho na enfermaria e os médicos da instituição. O que chamo de médicos da instituição são os chefes das enfermarias e aqueles responsáveis pelas equipes de especialidades; estes têm um lugar nativo na instituição, mas este lugar não é a enfermaria. Quando vão à enfermaria para dar suporte aos clínicos, sempre buscam os residentes do segundo ano; podem ter influência direta nas decisões tomadas por estes, mas as decisões são tomadas pelos residentes. Em suma, os residentes são os responsáveis pela construção do diagnóstico clínico

³²Digo internas, pois eram todas mulheres, fato curioso que talvez tenha a ver com a feminização dos cursos de Medicina (PIERANTONI, 2012).

e do projeto terapêutico. O chefe médico da enfermaria apenas legitima esta responsabilidade e influencia as decisões, como os demais especialistas, além de agir na autorização das internações na enfermaria que chefia, algo que tem repercussão direta no trabalho médico, como poderemos ver. Os residentes do segundo ano dificilmente usam jaleco, sobretudo quando estão interagindo com colegas.

Foi surpreendente perceber que, independente de terem algumas peculiaridades quanto às suas ações entre si, os médicos estão treinando para decidir. Se os residentes do segundo ano assumiam o protagonismo nas decisões, os do primeiro já buscavam interferir nestas, e as internas assistiam. Parecia nítido que era necessário dominar uma certa linguagem para entrar nas negociações, mas isto também é assunto para o próximo capítulo. O que importa aqui, é que o trabalho que acontecia na equipe médica era baseado na intensa interpretação de parâmetros clínicos e da negociação com outros médicos em torno destas interpretações, para a consolidação do diagnóstico clínico e do projeto terapêutico. Também interessa dizer que, por mais que possa parecer no relato que o trabalho médico é menos extenuante, ele é tão intenso e apressado quanto o das enfermeiras; a sua peculiaridade é por se caracterizar como um exercício interpretativo e dialógico exaustivo, enquanto que as colegas de enfermaria se mantêm em constante estado de alerta para responder materialmente às situações comuns e emergentes.

2.3 Os sujeitos coletivos

Neste item, busco explorar a existência individual dos sujeitos que constituem estes coletivos, o entendimento que estes sujeitos têm sobre o fazer parte do deles. Sugiro que esta exposição individual diga muito do viver em meio a cada coletivo, revelando de maneira mais íntima algumas diferenças que expus introdutoriamente, até aqui. Começarei por explorar a busca de cada um por tornar-se profissional do coletivo correspondente, além das suas satisfações em pertencer a ele. Seguem os sujeitos em seus depoimentos.

2.3.1 A providência no caminho das enfermeiras

Ao perguntar às enfermeiras como estas chegaram à enfermagem, todas revelaram contingências marcantes sobre a busca que fizeram. Margarete disse que, à época, cerca de três décadas atrás, não sabia o que fazer, e a busca pela enfermagem foi condicionada por uma internação hospitalar para a realização de um procedimento, quando decidira ser profissional

de saúde. Com esta decisão, inscreveu-se no vestibular para a área de saúde e, no curso pré-vestibular, decidiu pela enfermagem por sugestão de um professor; sugestão esta que será melhor explorada mais à frente, pelo seu caráter conflitivo com a medicina.

Erika teve trajetória parecida: tinha dezesseis anos quando fez o vestibular, não sabia o que fazer. Tentou enfermagem, como pensou em fazer odontologia, sem muita certeza se queria ser profissional da saúde: ãvou começar, se eu não gostar, eu trocoö, disse que pensou, à época. Erika não conseguiu passar em uma universidade pública, e começou a faculdade em uma universidade privada por ter medo de parar de estudar, por acreditar que teria dificuldade de voltar ao ciclo formativo. Formou-se com vinte e um anos e aos vinte dois assumia a maior parte das responsabilidades da equipe de enfermagem na enfermaria observada.

As residentes Amanda e Lúcia têm história parecida. Amanda descobriu a vontade de estar à beira do leito enquanto colhia sangue de usuários quando era técnica de laboratório; disse que, à época, via que os usuários estavam desassistidos e queria vir a fazer alguma coisa por eles. Sobre a decisão pela enfermagem, disse o seguinte:

õ[...] eu queria estar à beira do leito do paciente. Aí muitas pessoas me perguntam: porque não medicina? e aí eu explico que é porque eu gosto de algo contínuo, e a enfermagem, eu acho, tem esse perfil, de você conseguir observar aquele paciente, estar prestando a assistência de forma contínua; não é só uma visita e ir embora. Foi o cuidar que chamou a atenção, de forma contínua.ö

Nesta fala a enfermeira deixa escapar um pouco do que pensa sobre o trabalho médico, mas o que me interessa aqui é a opção pela enfermagem, e esta opção foi feita enquanto era uma profissional de saúde observando outros profissionais de saúde.

Lúcia ainda não parou de estudar. No segundo grau, decidira fazer um curso técnico, e esteve indecisa entre o curso de enfermagem e o de informática. Quem tomou a decisão foi o seu pai. Disse a enfermeira, sobre o diálogo com o pai, à época: õõpai, vai lá e faz a matrículaö. Aí ele voltou e falou: õolha, te inscrevi no curso de enfermagemöö. A técnica Lúcia sequer exerceu alguma atividade relacionada, passou no vestibular e começou a formação em enfermagem. Ao terminar, iniciou imediatamente a residência, onde começou a atuar profissionalmente; sobre essa atuação, disse a enfermeira: õaí, sempre buscando o aprimoramento profissional, estou na residência agora. Como eu disse, agora já tô tentando o mestrado, porque eu não quero parar de estudarö. Lúcia foi a única das enfermeiras entrevistadas a revelar essa vontade em continuar a sua formação. Foi, também, a que revelou sua análise sobre o trabalho da enfermagem de maneira mais direta, julgo que por não estar tão presa àquela forma de atividade profissional.

Há algo em comum entre estas quatro mulheres: nenhuma mencionou a ÷vocaçãoö para o exercício da profissão, no máximo um grande interesse por estar à beira do leito, como no caso de Amanda. Todas chegaram à enfermagem quase que por acaso. Quando eu perguntei se elas sentiam-se realizadas por serem enfermeiras, as respostas foram muito parecidas: sim, sentiam-se realizadas, mas muito pouco reconhecidas pelo que faziam. Sobre isso, disse Erika:

õ[...] agora não me vejo trabalhando fora da Saúde, não consigo mais pensar em trabalhar em algum lugar que não seja na Saúde. (...) Apesar de eu ter ficado um pouco frustrada, mas não pela profissão, eu gosto do que eu faço... mas mais pelo reconhecimento, é difícil! O horário de trabalho, a responsabilidade que a gente tem, e a gente não é reconhecido por isso.ö

Amanda também colaborou com um depoimento muito parecido: õeu gosto da enfermagem, mas eu gostaria que fosse mais valorizadoö.

Margarete, a mais experiente das enfermeiras, quase repetiu a mesma fala, inserindo uma indicação do que pensa sobre as enfermeiras assumirem inúmeros papéis, como eu adiantei anteriormente:

õ[...] muitos reclamam [profissionais de enfermagem], porque realmente você fica do tipo õmeio do caminhoö, sem saber o que é realmente. Principalmente se você vem somente com o caráter assistencial, naquele do õfazedorö, sem muito pensar, então você acaba ficando frustrado já que outras profissões, na multidisciplinaridade, acontecem. Mas, no fundo, eu amo ser enfermeira, adoro, acho que eu não saberia fazer outra coisa.ö³³

Quanto à Lúcia, esta colocou o seguinte:

õ[...] eu vi que eu gostei, e eu senti que é viciante, a assistência. Porque você gosta, quando você faz o que você gosta... E aí alguns pacientes perguntam: ÷nossa! Tão inteligente assim, e porque é que não fez medicina?ö Aí eu respiro fundo, que o paciente não tem culpa. Mas eu [penso] assim: õcarambalö, por conta de todo um contexto histórico, que a enfermagem é submissa, isso tudo influencia, e a população leiga tem muito enraizada essa cultura. Mas é muito prazeroso cuidar dos pacientes; eu achei, assim, viciante; é claro que é cansativo, por isso a gente tem que buscar outras maneiras (de atuar), porque não é com vinte e três anos, que eu tenho, que um joelho vai doer; o joelho vai doer com quarenta ou com cinquenta; então até lá eu vou estar na assistência? Eu não posso ficar me sobrecarregando.ö³⁴

³³ Em artigo que usou a história de vida de enfermeiras como metodologia, Spíndola e Silva Santos expõem a repercussão que a falta de reconhecimento e a polivalência de atividades exercidas pelas enfermeiras tem na prática cotidiana destas mulheres. (ESPÍNDOLA e SILVA SANTOS, 2005)

³⁴ Elias e Navarro, em pesquisa que combinava entrevistas e observação em um Hospital Universitário, revelam que a prática laboral das enfermeiras, e sua atividade extenuante, leva ao seu adoecimento orgânico e psíquico, com repercussões nas condições de vida destas mulheres (ELIAS e NAVARRO, 2006).

A residente foi a única a não citar a falta de reconhecimento pelo que fazem as enfermeiras no cotidiano, mas indicou o sentimento de que falta o reconhecimento social de suas atividades³⁵. Além de ter enfatizado, mais uma vez, o desgaste físico provocado pelo trabalho como enfermeira. Relembro, e não me cansarei de o fazer, que pude ver esta profissional trabalhar por duas vezes com o braço direito imobilizado; e o drama é maior do que parece: Lúcia é destra.

Com este depoimento de Lúcia, e também aquele anterior de Amanda, pareço ter adiantado algumas das cenas dos próximos capítulos, quanto às relações entre os dois coletivos. No entanto, não há perigo de esgotar o assunto, como poderão ver no item a seguir.

2.3.2 Da técnica nasceste, para a técnica hás de viver

No caminho dos médicos entrevistados, há pouco espaço para a *oportunidade*. Vítor tem pai médico, e disse ter seguido na profissão por sua influência. Letícia e Tatiane buscaram a medicina por terem feito um eficiente teste vocacional. Curiosamente, a trajetória profissional destes parece ter sido trilhada bem antes da decisão no vestibular; não que a medicina já estivesse escolhida *a priori*, mas estes não escapariam de um futuro brilhante. Sobre isso, quando perguntei a Tatiane e Vítor onde haviam feito o seu processo formativo, e eu esperava ouvir apenas sobre a graduação, ambos disseram, apenas, ter estudado em dois tradicionais colégios do Rio de Janeiro; tive, então, que repetir a pergunta, quando eles finalmente entenderam o que eu queria ouvir. Estas respostas foram achados importantes, dizendo muito sobre o coletivo de médicos e das características dos sujeitos que o constituem.

Quando perguntei se estavam satisfeitos por serem médicos, todos foram unânimes em responder que estavam realizados profissionalmente. Tatiane disse o seguinte sobre o seu trabalho: *É viciante, de verdade... você vai passar visita no paciente, vê evoluindo o paciente, o paciente melhorando... você dar a alta para o paciente, pra mim, é uma coisa muito importante! Adoro dar alta pro paciente, isso é um bom sinal sempre, quase sempre. Já Vítor, que estava muito preocupado com o trabalho ao redor durante a entrevista, disse um lacônico Sim, que estava realizado; tentei explorar um pouco mais o assunto, pedi para ele falar um pouco sobre essa realização. Então ele falou:*

³⁵ Gentil chama a atenção para o imaginário social que se surpreende, por um lado, pela imagem de uma enfermeira-chefe ou de uma enfermeira-padrão, mas que, por outro, entende as que não se enquadram nestas imagens como *ajudantes* ou *secretárias de médico*. Desse modo, a autora defende que as enfermeiras devem apostar na reflexão sobre a maneira como se apresentam nos serviços de saúde (GENTIL, 2009).

õ[...] experiência boa, né, você ajudar as pessoas... você consegue, obviamente, tem que enfrentar muitos empecilhos aqui, principalmente na medicina aqui no Brasil, mas, de um modo geral, é uma experiência boa você poder atuar em vários campos, né... à princípio, a minha experiência como médico foi muito boa. Me agrada o que eu faço.õ

Sim, o médico estava preocupado com a medicina que se fazia no Brasil; vivíamos a efervescência causada pelo lançamento do programa õMais Médicos para o Brasilõ, pelo governo federal.

Já Letícia, por mais que se sinta realizada, estabelece um contraponto à Tatiane: õ me sinto realizada, eu acho que fiz realmente a escolha certa, gosto bastante da minha profissão. Só é um pouco cansativo... mas gosto bastante do que eu escolhiõ. Esta médica disse desejar mais tempo livre, reclamava do esquema de trabalho médico: õé feriado, datas comemorativas, e se você tiver de plantão, você não tem o que fazer; você tem que fazer seu plantão no Natal, você tem que fazer plantão no ano novo, domingoõ.

Aproveitando o relato desta profissional, todos os três médicos disseram trabalhar em outros lugares, tendo intensa rotina de trabalho³⁶. Tatiane depôs sobre o quanto vem trabalhando, desde que se formou:

õ[...] acabou a faculdade, eu me formei, dez dias depois eu tava dando plantão já, em CTI³⁷. Aí eu tive que ficar dois meses sem dar plantão por causa das provas de residência, mas quando acabaram as provas de residência, eu voltei a dar plantão, eu trabalhei razoavelmente durante as minhas férias, e aí eu entrei aqui na residência... e aí a minha vida é, mais ou menos, trabalhar... até o meio desse ano, eu trabalhava todos os dias, de segunda a segunda... por muitos finais de semana, emendava trinta e seis horas direto; eu fazia plantão de vinte e quatro horas, no dia seguinte tinha que passar visita nos pacientes.õ

A médica, ainda, parece indicar um dos motivos pela busca intensa por trabalho: õquanto mais plantão você dá, mais coisa você vê, mais coisa você aprende, mais gente você ajuda, melhor você vai ficando e aí mais prática você temõ. Esta fala de Tatiane adianta um pouco da sede médica por novas experiências, característica que será analisada mais intensamente nos próximos capítulos.

Sobre o acúmulo de trabalho médico, ainda suponho um outro motivo, que guarda relação com a origem destes sujeitos: se eles vivem em bairros nobres da cidade, alguns deles estudaram em colégios tradicionais, talvez seja necessário trabalhar muito para sustentar uma

³⁶ Sobrinho et al realizaram um estudo epidemiológico com médicos de Salvador, e nele puderam constatar que eles estão expostos a sobrecarga de trabalho e múltiplas inserções profissionais, entre outras coisas (SOBRINHO et al., 2006). Apesar de ter encontrado este estudo, não consegui chegar a outro com a mesma temática; ou o assunto ainda não tem grande relevância entre os médicos, ou eles incorporaram a sobrecarga e os múltiplos vínculos como constitutivos do trabalho médico. Como fizeram Vítor e Tatiane.

³⁷ Centro de Tratamento Intensivo.

vida tão cara quanto andam as vidas nesta *urbe*. Mas pouco importa, os três indicaram que conseguir emprego não é um problema.

2.4 Uma introdução à dinâmica do *õconflito latenteö*

A enfermeira e entrevistada Lúcia propôs um termo que usarei como conceito, quase que antropofagicamente, para analisar algumas situações que introduzirão as análises, a serem reveladas nos próximos capítulos, sobre a dinâmica da relação entre estes coletivos, no cotidiano. Lúcia chama de *õconflito latenteö*, que vale tanto para a relação com a medicina, mas também entre a enfermagem: *õtem o conflito latente, isso é muito presente; é o comportamento do outro: você tá aqui, aí chega o outro e não fala -bom diaø, isso hoje, amanhã é a mesma coisa; ele te olha diferente, são comportamentos que denunciam esse conflito latente; ele é percebido, porém ele não é falado, e isso atrapalha, com certeza, na assistênciaö. Este tipo de conflito *õinvisívelö* (afirmo: para quem não quer ver) interfere diretamente nas práticas, como sugere a entrevistada:*

õ[...] atrapalha, porque se eu tô ali sozinha e só tenho o meu colega pra ser parceiro, e esse meu colega tem um conflito latente, eu não vou falar com ele. O plantão precisa de [comunicação], como equipe, como engrenagem, e aí alguma peça vai parar, e vai repercutir no paciente; porque em algum momento eu vou sair, eu vou à farmácia, eu vou a algum outro local, e o meu colega vai estar [sozinho] e ele não vai saber o que é [para fazer]...ö

Lúcia refere, ainda, a importância do relacionamento interpessoal para as práticas na enfermagem, usando como exemplo a enfermagem:

õ[...] quando você tem um relacionamento amigável, ele é mais flexível, você consegue, o plantão flui; você não sente estresse, pode ser um plantão pesado, mas eu já passei por isso: plantão pesado, mas com as pessoas que somam -vamo lá, vamo lá equipe, junta todo mundo, todo mundo junto!ø olha! a situação flui... no final tá todo mundo cansado, mas tá todo mundo alegre. Porque quando é o plantão com aquela pessoa [que] tem um conflito latente, você já vem com um pesar...ö

Tendo como referência a minha entrevistada, usarei o termo *õconflito latenteö* para interpretar aquelas situações observadas que tornam explícito o conflito naturalizado nas práticas daquela enfermagem. É o latejar das situações que expõem toda a hostilidade das relações. A seguir, tentarei ilustrar um pouco melhor a dinâmica do trabalho articulado entre os coletivos de médicos e enfermeiras. A princípio, explorarei algumas situações vistas e outras relatadas pelos entrevistados; revelarei alguns retratos em três por quatro e, ao fim, o retrato de uma paisagem que mereceria uma moldura.

2.4.1 Retrato em três por quatro: Margarete busca uma profissão poderosa

Como dito anteriormente, a enfermeira chefe da enfermaria buscou enfermagem por sugestão de um professor do pré-vestibular. Vejam em maiores detalhes o *ô* poderô da sugestão:

ô[...] o vestibular na minha época era difícil pra burro! Só [tinha] aqueles cesgranrio e mais nada. Aí eu falei assim: ãAh, então eu vou fazer enfermagem, e depois eu resolvoã Aí eu *tava* fazendo pré-vestibular e encontrei um professor, [que] já deve ter morrido, e ele falou assim: ãolha, quem vai fazer saúde, no futuro, na virada de dois mil, quem manda na saúde vai ser a enfermagemã

No momento em que a entrevistada disse isso, brinquei com ela dizendo que o professor havia profetizado, e assim ela prosseguiu sua resposta: *ô*Pro-fe-ti-zou! E foi ali que eu fechei o cerco: ãah, então eu vou fazer esse negócio, porque eu vou viver até dois mil, aí eu já viro o negócio! Foi ali que eu decidi.

Em seguida ela fez uma pequena ressalva, para depois retomar o tom otimista:

ô[...] passei no primeiro vestibular que eu fiz, e muitas coisas não caminharam, teve uma época [em] que realmente fiquei muito desanimada, mas estar dentro de um hospital-escola é um incentivo grande... eu acho que hoje a enfermagem realmente passa por uma modificação; aquele meu professor de 35 anos atrás realmente profetizou, eu acho que nós temos tudo pra dar uma virada nessa arrumada da saúde! Só com a gente, talvez pela visão, tanto técnica, quanto científica, quanto administrativa que a própria profissão tem, esse negócio dá uma diferenciada.³⁸

No depoimento de Margarete não há menção aos médicos, mas será que é preciso citá-los? Como se trata de conflito latente, e este é um exemplo claro do que Lúcia quis dizer, a virada deve ser relativa a quem assume o protagonismo institucional nos serviços de saúde. Se historicamente são os médicos, como o é na instituição pesquisada, então a virada colocaria a enfermagem em seu lugar, deduzo sem muito risco de parecer leviano.

2.4.2 Retrato em três por quatro: Margarete, a domadora de leões

Durante a entrevista com a chefe, foi curioso ouvir como esta profissional chegou à chefia daquela enfermaria. Ela dizia fazer parte de uma equipe de enfermeiras que supervisionavam o trabalho nas enfermarias, e exerciam atividades de auditoria, quando

³⁸ Lunardi Filho produziu tese de doutorado, defendida em 1998, que indicava que a subalternidade do trabalho de enfermagem à medicina, em hospital, era um mito. As enfermeiras teriam posição central na assistência hospitalar, seja para a equipe de saúde em geral, seja para os usuários. Esta característica conferiria às enfermeiras a posição de *ô* administrador global da assistência à Saúde *ô* em seu microespaço de atuação. Entretanto, há ainda impedimentos que evitam que as enfermeiras assumam tal posição, como a precarização do trabalho e das condições hospitalares, e os próprios sujeitos médicos e enfermeiros (LUNARDI FILHO, 1998).

chegou àquelas enfermarias; segue a sensação de Margarete neste encontro: òquando nós chegamos aqui a mudança tinha que ser real. Na realidade, um monte de coisa complicada, culminando com coisas pessoais. Foi meio zebrado lá! Aí o coordenador falou assim: Ñão, assim não dá! Alguém tem que ficar láø Aí fuiö. Ao assumir a chefia, a enfermeira falou sobre as dificuldades encontradas: òquando nós chegamos aqui, ninguém falava com ninguém! Era uma loucura! Eu falei assim: Ñgente, como é que a gente pode trabalhar no mesmo espaço físico sem falar com o outro?ø E aí a gente começou a dar uma melhorada. Eu acho que hoje tá muito legal, eu acho que tá bem melhor! Agora, a gente também trabalhou muito isso, [mas] de vez em quando tem uns õpega pra caparö!ö. Foi na realização deste trabalho que Margarete cativou a confiança de suas colegas, como se verá no próximo três por quatro.

2.4.3 Retrato em três por quatro: Erika se viu desresponsabilizada

Durante a entrevista concedida por Erika, ela falava sobre as dificuldades na relação com os médicos, e o quanto isso mudara desde a chegada de Margarete. Assim depôs a enfermeira:

õ[...] no começo foi muito complicado, porque quando eu entrei aqui tinha dois meses que tinha mudado de chefia, e a chefia anterior tinha vários problemas. Então, a relação com eles [médicos] era um pouco difícil, porque eles achavam que a gente era òempregadoö; falavam grosseiramente, tipo: Ñpega isso aquiø tinha que ser na hora que eles queriam, e achavam que o nosso trabalho era em função do trabalho deles, que tinha que fazer tudo que eles queriam. E, assim, eu não tava acostumada com isso, então eu ignorava e deixava falando sozinha. [E então veio a] Margarete: ela brigava pela gente!ö

Logo em seguida, e aqui está o retrato que eu queria mostrar, Erika falou sobre um caso acontecido, onde se pode ver o exercício do poder de decisão na enfermaria. Erika quis fazer valer a sua responsabilidade profissional, o que esbarraria no interesse cotidiano de uma colega de outra profissão. Assim, a diarista expôs o caso e o seu ressentimento quanto ao desrespeito relativo a uma decisão sua:

õ[...] aconteceu uma situação comigo, que eu fiquei muito chateada: eu fiquei aqui até sete horas da noite, porque tem uma paciente que sempre interna pra fazer õparacentese³⁹. Só que, com o antigo chefe, ela não internava; ela ia lá, fazia o procedimento, e depois ia pra casa dela. Só que a gente não pode fazer procedimento em paciente, ainda mais aplicar uma albumina⁴⁰ sem o paciente estar internado, até porque o hospital paga por isso. Só que pra eles é muito mais fácil botar o paciente lá, não internar, fazer e ponto. À noite não tinha enfermeiro... eu fui no plantão geral tentar resolver isso õnõ vezes; fui na supervisão de enfermagem, eles me garantiram que quando eu saísse, eles iam internar ela; só que eu podia sair, que eles não iam fazer isso antes das sete... eu saí daqui, fui pra minha casa... no dia seguinte, quando eu cheguei, a mulher *tava* aqui, ela *tava* deitada numa maca, sem lençol, sem colchão... e ela não tinha sido internada.õ

Erika se viu contrariada, e buscou esclarecer a situação:

õ[...] quando eles chegaram de manhã, eu fui falar com a médica: ela foi super grossa, e eu não sou esse tipo de pessoa que responde, que grita, que briga; eu acho que com o passar do tempo, eu acabei adquirindo isso, um pouco. É, porque se não for assim, não funciona. Não é o meu perfil: não sou de chegar, de gritar, não sou de nada disso. Aí falei com ela que eu poderia responder por isso, que a medicação é cara, que não tinha enfermeira à noite... resumindo, no final das contas, ela falou na minha cara, ela falou assim: -olha só, você me desculpa, mas se acontecer alguma coisa, quem vai responder por isso não é você não, sou euõ grosseiramente, falando como se eu não fosse nada, como se eu não tivesse um conselho pra responder... aí eu fiquei muito chateada, fiquei com cara de chateada o tempo inteiro... quando a Margarete chegou, ela veio perguntar pra mim: -o que aconteceu?õ expliquei pra ela tudo que aconteceu.õ

E então a chefe de enfermagem fez valer o que suas colegas esperam de sua liderança, como disse a diarista:

õ[...] ela foi lá, e ela resolveu, entendeu... ela resolveu: ela chegou, ela gritou, disse assim: -vocês são médicos, mas vocês não são deuses. Eu estou nessa profissão há não sei quantos anos, então você não vem falar pra mim o que você vai responder e o que você não vai responder, não, porque quem vai responder sou euõ e falou que ia fazer carta por diretor médico, que ia fazer isso, que ia fazer aquilo... a médica não me pediu desculpa, mas, assim, pelo modo como ela veio falar comigo posteriormente, eu entendi, foi totalmente perceptível que ela *tava* querendo se desculpar, mas não me pediu desculpas, entendeu... daí então, mudou. Assim, precisou de uma líder pra mostrar: -não, aqui não é bagunça... vocês não fazem com a gente o que quiserem não, entendeu... não é bem assim que funciona, entendeu... então você respeita que a gente vai respeitar vocês, entendeuõ.. e, assim, melhorou bastante... muita coisa eles pediam ajuda, eles não falavam como se a gente fosse obrigada a fazer as coisas, como se a gente fosse empregada deles, não... assim, melhorou bastante a convivência.õ⁴¹

Neste caso se pode ver quem decide na enfermaria, mas se vê também as resistências e a capacidade de fazer rever os interesses de quem decide. No entanto, essa resistência é limitada, como se verá na paisagem, mais à frente.

³⁹ Remoção de líquidos de alguma cavidade interna do corpo.

⁴⁰ A albumina, a que se refere a profissional, é um produto envasado, na forma de medicamento, que é usado para repor proteínas sanguíneas do mesmo nome, não necessariamente da mesma constituição. Este medicamento é caro e a sua administração intravenosa deve obedecer a uma série de procedimentos que garantam a segurança do usuário. Por isso, Erika decidiu pela internação.

⁴¹ Em artigo de título õRelação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicosõ, único que encontrei na base de dados Lilacs sobre conflitos entre médicos e enfermeiros, as médicas afirmam não existir o conflito, mas que este é iminente devido a permanência de fatores que podem desencadeá-lo. Estes seriam desde a própria constituição da equipe multiprofissional até as questões salariais (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Ora, me parece uma interpretação sobre esta relação que entende o conflito apenas quando aparente, mas que não contraria o que Lúcia chama de õconflito latenteõ.

2.4.4 Retrato em três por quatro: a resistência negativa, quando esta pode deixar morrer

Para Letícia e Tatiane, a equipe de enfermagem da enfermaria é refratária ao trabalho compartilhado, refratidade que não pude visualizar no cotidiano, apenas em momentos extremos. Para Tatiane, a equipe do hospital é hostil, diferente de outros lugares em que trabalha:

õ[...] aqui é muito difícil! Eles são mais refratários. É que na [clínica privada em que trabalha] eles são mais tranquilos; os enfermeiros vêm, eles conversam, e as coisas são trocadas, tipo: -doutora, você não acha que tem que fazer aquilo? Doutora você não acha que tem que fazer aquilo outro?õ... é um pouco diferente. Aqui não, aqui você tem que ficar em cima: -quem tá com acesso⁴²? Quem não tá com acesso? Tem que trocar o acesso! Porque é que não tirou o acesso, ainda?õ Você tem que ficar o tempo inteiro: -e aí, como é que tá o paciente? O que é que vocês acharam?õõ

Letícia concorda com a colega:

õ[...] eu acho que aqui acaba sendo, não só com os enfermeiros, seria a enfermagem em geral; eu acho que sempre surgem problemas, porque não existe: -ah, eu mandoõ eles mandamõ os dois estão atuando em conjunto. E você precisa muito do outro pra você conseguir fazer as coisas da maneira certa; precisa passar uma sonda no paciente, então você vai pedir pra enfermagem; e aí, às vezes, eles não entendem a prioridade do que você acaba pedindo, aí acabam demorando... essa relação [entre] enfermagem e médico eu acho bem complicada! Você tá querendo sempre ajudar o paciente, e, às vezes, eles não estão com a mesma intenção.õ

Quando perguntei à médica se alguma vez ficara marcada por uma ação que compartilhara com enfermeiros, ela mencionou um caso acontecido que ilustra o entendimento dela sobre a relação com a enfermagem:

õSim, teve uma vez [que] foi bem complicado: chamaram a gente, foi aqui no hospital mesmo, chamaram a gente pra avaliar uma parada, tinha um paciente parado⁴³; fui lá avaliar, cheguei, vi que o paciente tava realmente parado, e aí a gente começou a reanimar. Primeiro que não tinha nada lá: o carrinho de parada⁴⁴ não tinha as coisas, tava precisando pegar o material em outras enfermarias... e aí tinha um técnico de enfermagem me ajudando e os outros resolveram não se mexer, ficaram sentados, não fazendo nada; você pedindo ajuda, pedindo pra eles fazerem as coisas, e nada... até que chegou a supervisão de enfermagem, que aí conseguiram, mas aí já era... porque parada você tem que atuar no momento...õ

Neste depoimento, a médica adianta um assunto do próximo capítulo, quando tratarei da dificuldade material de se trabalhar na instituição pesquisada; neste capítulo cabe a compreensão de que o ãconflito latenteõ pode vir a deixar morrer um usuário.

⁴² O que Tatiane chama de acesso é a passagem venosa provocada por instrumentos para a infusão de substâncias externas, nos corpos das usuárias.

⁴³ Referência à parada cardíaca.

⁴⁴ Armário portátil que guarda materiais e instrumentos úteis para casos em que é necessário proceder a uma ressuscitação.

2.4.5 Paisagem impressa em papel: quando uma decisão pode fazer morrer

A seguir, apresento algo como uma batalha campal assistida por mim em plena enfermaria. Em meados da fase observacional, cheguei ao local junto à Margarete; ao entrarmos pelo espaço, tomamos um susto imediato pela intensa movimentação de pessoas em seu interior. Ao ver a situação, a enfermeira disse para mim: “Cheguei no olho do furacão”. De fato, havia algo diferente naquela enfermaria, estava na cara e na atitude de todos: correria, murmúrios e reclamações nas bocas dos profissionais. Da porta de entrada, um sujeito espreitava pela fresta. Segui Margarete, acompanhei sua ação. Ao encontrar uma colega, a enfermeira-chefe perguntou: “transformaram isto aqui num CTI?”; a interlocutora respondeu prontamente: “um CTI e num Centro Cirúrgico... estão fazendo uma cirurgia no centro da enfermaria”. Margarete reagiu dizendo, antes de entrar na ilha de enfermagem para se paramentar, “vou tirar tudo isso daqui”.

Tomando o pé da situação, pude saber que estavam realizando um procedimento cirúrgico decorrente da dissecação da aorta⁴⁵ de uma usuária, ali, em uma enfermaria de clínica médica; eu não sabia exatamente o que isso significava, mas pelas reações e cuidados em torno da paciente que sofria a intervenção, pude perceber que era algo delicadíssimo. No leito quatro, estavam a usuária de oitenta e seis anos e um médico-cirurgião vestido com várias camadas de roupa, touca, máscara, que manuseava um bisturi sobre o peito aberto da paciente. Ele estava posicionado no espaço reservado para a passagem das pessoas, protegido por um biombo, o que limitava esta passagem para quase um terço de sua largura já curta. Qualquer um que transitasse por ali, no acesso a outros três leitos da enfermaria, e ao próprio leito da paciente, precisaria se contorcer para realizar a passagem. Uma máquina conectada à usuária apitava sobre o muro e sobre a cabeça de uma outra usuária, paciente de dezessete anos que estava no leito sete, internada ali para tratar complicações da infecção por HIV, adquirido da mãe. As pacientes que estavam ao lado direito do leito sete, assim como seus acompanhantes, podiam ver o procedimento em detalhes. Tatiane, médica residente responsável pela usuária, acompanhava a intervenção com curiosidade e fazia pedidos à equipe de enfermagem.

⁴⁵ A dissecação da aorta acontece quando o fluxo sanguíneo desta artéria extravasa para as camadas internas da parede do vaso. Quando isso acontece, a chance que a aorta se rompa é grande. Caso a aorta se rompesse, o volume de sangue perdido poderia fazer a usuária morrer em segundos. Dada a gravidade desta condição clínica, torna-se necessária a cirurgia, delicadíssima.

Apesar dos pedidos, os trabalhos entre a equipe médica e de enfermagem estavam tensos, reativos. Qualquer pedido médico era retrucado pelas enfermeiras com uma reclamação acintosa, sempre na frente dos pacientes e a quem quisesse ouvir. De maneira também provocativa, os médicos reagiam às reclamações com certo sarcasmo, com sorrisos de canto de boca e olhares maliciosos, tendo a certeza de que a ordem seria cumprida. Margarete estava agindo, saía da enfermaria algumas vezes, e voltava questionando os médicos, a forma como eles estavam conduzindo a intervenção naquele local. A enfermeira dizia às outras enfermeiras que tinha que colocar um limite à atuação dos médicos, eles teriam que respeitar os limites de atuação que aquela enfermaria impunha. Ao entrar no espaço da cirurgia, a enfermeira chefe disse que ia mandar a paciente para terminar o procedimento no CTI, e Tatiane respondeu, enfaticamente, que o chefe do CTI não iria aceitar lá a paciente, pelos critérios clínicos. As duas bateram boca, no perímetro do procedimento, falavam alto; Margarete comentou com suas colegas, saindo da área de discussão: “Então vou tirar todo mundo daqui, vou ficar sozinha!”. Acima de suas cabeças e sobre o peito seccionado da usuária, um ventilador funcionava sem limitações, assim como todos os outros da enfermaria. Erika passou por uma colega reclamando que os médicos pediam materiais que ela não tinha ideia do que seriam, afinal não eram materiais que se usassem ali; e a colega passou por Erika retrucando: “vou sair correndo pelada pelo corredor... esta situação é absurda!”. Sim, eu estava tendo a oportunidade de assistir a uma situação em que médicos e enfermeiros discordavam, e podia visualizar claramente como esta disputa estava sendo travada: pouca argumentação técnica, e muitas ordens e obediência, apesar da resistência das enfermeiras.

Ao retornar para a área da intervenção, Margarete percebeu que um dos médicos que acompanhava o procedimento estava sem máscara. Então ela foi à gaveta, pegou uma máscara e a ofereceu ao médico, que a colocou sem reações explícitas. Tatiane, ao ver Margarete, perguntou: “Margarete, tem outro “bomba de vácuo”⁴⁶”; Margarete respondeu que não, e então Tatiane disse: “então tem que tirar da [usuária em procedimento] para a outra [usuária em estado crítico]”. Por sua vez, vieram-se cinco médicas sobre o leito da outra usuária crítica, que ficava em frente ao procedimento; no entanto, estas médicas trabalhavam como se nada estivesse acontecendo, discutiam normalmente sobre o caso que estavam acompanhando.

Em determinado momento, uma enfermeira passou por mim esbravejando: “ôô com um ódio!”. Eram, ainda, 9 da manhã. Esta mal tinha começado. Tatiane pediu à enfermeira que esbravejara que passasse uma sonda vesical⁴⁷ na usuária crítica, pedido negado

⁴⁶ Referência a “bomba de vácuo”, aparelho utilizado para produzir vácuo de uso clínico.

⁴⁷ Sonda que permite acesso à bexiga, por onde saem as excreções urinárias.

imediatamente. Mais à frente, Tatiane fez o mesmo pedido à Margarete, que também o negou; Tatiane, então, saiu em disparada rumo ao corredor que liga as duas enfermarias, esbravejando furiosa: "Então façam o que vocês quiserem! Estou aqui desde cedo fazendo um monte de coisa!". Em perspectiva, houve uma inversão do quadro anterior, em que as enfermeiras se queixavam. Aqui era a médica que se colocava como incompreendida, embora parecesse que ela não reclamasse apenas dos enfermeiros, mas também dos médicos, ausentes de todo esse processo; Tatiane realmente estivera sozinha.

A dissecação de aorta terminou por volta das 10 horas e, imediatamente após a saída do cirurgião, as enfermeiras Erika, Margarete e uma colega se aproximaram do leito quatro para colocá-lo de maneira adequada: jogaram fora restos de materiais, limparam a usuária recém operada, trocaram os lençóis e roupas, trocaram aparelhos e penduraram novas soluções no pequeno poste de ferro. Achei interessante a participação de Margarete, experiente, em outra fase de sua carreira, que "meteu a mão" e ainda orientou as demais enfermeiras quanto aos melhores procedimentos a serem feitos. Era uma referência, mas era referência que não se limitava ao discurso. Tatiane circulava, entregou um pedido a Erika, olhou para o que as enfermeiras estavam fazendo, mas não se aproximou do leito. Ao fim, pareceu que as enfermeiras se conformaram em relação à cirurgia, cooperando, como os médicos queriam e esperavam. Já na conclusão dos seus trabalhos, despretensiosamente, a colega enfermeira perguntou para Tatiane: "que horas tem, Tati?". Apesar das ameaças, do ódio, da nudez possível como ação de protesto, havia alguma intimidade entre a enfermeira e a médica. A pergunta havia sido feita à beira do leito da usuária "dissecada"; em seguida emendaram uma conversa ponderativa sobre como o dia tinha sido caótico, cada uma dando seu contorno dramático para as angústias vivenciadas. E o conflito voltara a sua "aparência".

Quando eu me preparava para deixar a enfermaria, ao arrumar minhas coisas na "ilha da enfermagem", Margarete entrou pelo espaço. Então, aproveitei para perguntar um pouco mais sobre o procedimento acontecido, afinal eu tivera muitas dúvidas. A enfermeira respondeu que aquela era uma cirurgia simples, mas que não tinha a menor possibilidade de ocorrer naquele cenário. Questionou se o procedimento seria realmente necessário; afinal, se o chefe do CTI não permitisse a internação da paciente, era porque a intervenção, talvez, não fosse necessária. Enumerou uma série de atitudes parecidas dos médicos, falou sobre o caso de um usuário com leucemia, da enfermaria masculina, paciente que não tinha mais possibilidades curativas, mas que eles, os clínicos, testavam diversos procedimentos para

umentar-lhe a sobrevida. A chefe disse: õpodiam fazer uma morfina⁴⁸ a tantos mililitros por hora, uma macronebulização⁴⁹ para deixá-lo ir em pazõ. Em seguida, insinuou que o Brasil devia ser inundado por médicos de Cuba⁵⁰, para ver se os nossos tomavam vergonha na cara, afinal não tinham a menor correspondência com a realidade na qual habitavam, estavam longe. Margarete foi dura, como se pode ver. Uma conversa que, por si só, já valia a pesquisa; não só a conversa, o episódio ocorrido neste dia deixou clara a distância que existe entre médicos e enfermeiros. O diálogo técnico foi raro; quando o diálogo aconteceu, quase sempre, teve conteúdo dramático, não técnico, afetado e histérico. Sugeriu, para mim, que estas reações têm a ver com todas as barreiras que se colocam entre estes profissionais, que se apresentam em momentos com esse. Eu vivera o latejar do conflito.

Para concluir, foi no cenário desta enfermaria, escasso materialmente, que aqueles médicos resolveram realizar um procedimento invasivo e delicado, naquela paciente idosa e frágil. Lembrei das reclamações de um enfermeiro dizendo que sequer tinham álcool à 70%⁵¹, há alguns dias atrás. Não sabia se já tinham álcool à 70%, mas era nítido que as enfermeiras tinham õrazãoõ em resistir ao procedimento, afinal sabiam das possibilidades materiais que a enfermaria garantia. Os médicos pareciam ter diversas outras razões para apostar naquela intervenção: salvar aquela vida, aprender sobre um procedimento, explorar a clínica nos seus limites extremos. Tentavam testar a teoria aprendida, experimentavam a clínica para construir a sua própria história profissional. Sim, médicos e enfermeiros estavam em mundos diferentes, era nítido. A usuária morreu sete dias depois, por razões que desconheço, pois morrera em um dia que não estive presente.

2.5 À guisa de um desfecho para o capítulo

Se eu achasse que os conflitos sócio-profissionais emergentes na relação entre estes dois coletivos fossem suficientes para explicar as dificuldades de médicos e enfermeiros em se relacionar, eu poderia encerrar minha dissertação por aqui. Bastaria incrementar as contribuições que tenho da õsociologia das profissõesõ, e poderia investir na categorização da medicina como uma profissão hierarquicamente superior à enfermagem. No entanto, penso que a discussão é muito mais complexa que a simples categorização valorativa, e as

⁴⁸ Um medicamento analgésico potente.

⁴⁹ Vaporização de gases através de um instrumento nebulizador, acessado pelo usuário através de uma máscara, gases esses que se constituem com uma combinação sedativa.

⁵⁰ Referência ao programa õMais Médicos para o Brasilõ, recém lançado à época.

⁵¹ Um saneante básico para o funcionamento de qualquer serviço de Saúde.

dificuldades se colocam além das aparências; estão envolvidas com as próprias práticas, misturadas com o conhecimento que por ali circula, amalgamadas às técnicas em processo pelos distintos coletivos.

Como um exemplo, tentando retomar a introdução do capítulo, eu poderia interpretar que médicos vestem-se bem por fazerem parte de uma classe com maior poder aquisitivo, onde se é costume vestir-se desta maneira. Da mesma forma, se poderia deduzir que as enfermeiras se vestem à moda õsuburbanaö. Se o fizesse dessa forma, eu estaria cometendo vícios comuns, assumindo certo comportamentalismo, e até certo economicismo, em minhas análises. Proponho, então, outra interpretação: se as enfermeiras estão sempre em intenso movimento, seja à beira do leito ou trabalhando no suprimento material da enfermaria, expostas a sujidades perigosas, nada mais apropriado que vestir-se confortavelmente para lidar com esta realidade, protegendo-se com o jaleco. Seguindo a mesma linha, médicos estão sempre em intensa negociação clínica, e a aparência tem suas repercussões nos espaços de debate. Hannah Arendt dizia que o õespaço da aparência passa a existir sempre que os homens se reúnem na modalidade do discurso e da açãoö (ARENDDT, 1995, p. 211). Claro que a aparência na obra de Arendt é relacionada à existência individual complexa, não aos artefatos usados para nos vestir. Mas estes artefatos serviriam como discursos que revelariam os sujeitos, fazendo-os visíveis ou invisíveis na esfera constituída entre determinados humanos (ARENDDT, 1995). O hábito de usar ou não o jaleco, entre os médicos, favorece esta interpretação, pois aqueles que decidem não o vestem, revelando seu bem vestir, e aqueles que se expõem às sujidades da enfermaria se protegem.

Por interpretar dessa forma que fui em busca dos *science studies*, e neste capítulo especificamente por Fleck, um dos seus inspiradores. Os õcoletivos de pensamentoö trazem no seu interior os costumes, o conhecimento, as técnicas, os equipamentos e os sujeitos, todos em intensa relação, influenciando-se mutuamente. É preciso uma abordagem complexa para lidar com uma realidade complexa, com dificuldades complexas. E não há outra maneira de contar sobre os mundos destes profissionais, e sobre a relação entre eles, que não seja através de seus próprios termos. Não haverá rede, nem narrativa, se eu não seguisse os procedimentos e suas técnicas. Não haveria conversação, se eu me preocupasse apenas em interpretar aquilo que eu mesmo pudesse entender, ainda desfamiliarizado. Posso dizer, por exemplo, que o significado contextual do procedimento relatado teve muito mais intensidade na construção desta narrativa que no momento que o vivi. Como parte de um contexto amplo, naquela ocasião, ainda no início da pesquisa, as tensões relacionais entre médicos e

enfermeiros me envolveram muito mais que o próprio procedimento. Tive o compromisso de ser um neófito responsável e ter anotado cada detalhe que tenha me chamado a atenção.

Neste capítulo, sobretudo na paisagem exposta, estão revelados os entendimentos que tenho sobre os coletivos na enfermagem: seriam dois, parece claro, o de enfermagem e o de medicina. No entanto, e esta é uma questão que divido com o leitor esperando contribuições para um entendimento mais apropriado, revendo a mesma paisagem e a dinâmica de médicos e enfermeiros, não seria possível interpretar que haja ali apenas uma coletividade, com sujeitos em funções muito bem definidas? Tentarei lidar com essa dúvida novamente em um dos desfechos propostos, quando trarei as õzonas de trocaõ a esta narrativa, tentando contribuir com as insuficiências parciais de alguns conceitos.

3 AS ILHAS E SEUS ÕMUNDOSö

3.1 Notas sobre um caso impactante

As duas primeiras visitas que fiz ao campo foram realizadas sob o impacto de um caso que gerou inúmeras controvérsias entre a equipe médica⁵². Devo ressaltar, contudo, que as controvérsias são uma interpretação pessoal, que compartilho nesta narrativa; em nenhum momento a equipe médica se dividiu, as indecisões eram resolvidas quase que instantaneamente, no intenso diálogo interno ao coletivo. À seguir apresento este caso, que será introdutório das relações entre os sujeitos que agem, o conhecimento e as técnicas.

3.1.1 Uma vida sob intensa negociação

No segundo dia de visita à enfermaria, eu estava folheando o prontuário de uma usuária que estava alojada no leito três; usuária esta em torno da qual os médicos dedicavam bastante interesse, como pude acompanhar na visita anterior. Estava internada ali desde há uma semana e tivera um carcinoma de pelve há três anos. Foi o que consegui ler até se formar uma pequena reunião que tomou a minha atenção: dois médicos residentes da enfermaria, Vítor e Letícia, e um médico mais velho, parecerista da diálise, entraram pela ilha já discutindo sobre o caso da mesma usuária cujo prontuário eu tinha à mão. Nesta reunião, o que se passou foi de uma intensidade estonteante: os médicos discutiam sobre a complicação do quadro renal da paciente, que tinha um equipamento (duplo J) instalado em um de seus rins⁵³. Este provocara uma infecção que gerara um processo inflamatório local; a complicação fez com que a usuária parasse de urinar⁵⁴. O parecerista, em determinado momento, perguntou: ÕQuais são as possibilidades?ö, ÕEla é fora de possibilidades curativas, mas têm possibilidades terapêuticasö, respondeu imediatamente Letícia. Ele ponderou por um segundo, com a mão no queixo, e disse: Õesta paciente deve estar em um setor fechado, não aquiö⁵⁵, Õnão há vagasö, respondeu rapidamente a médica. Vítor interferiu na conversa e inseriu a dificuldade de lidarem com os especialistas da urologia, que, quando chamados com urgência para verem o caso, rejeitaram a visita por dizerem que não atendiam emergencialmente; o

⁵² Esta visita está descrita no primeiro capítulo e a usuária trata-se daquela em torno da qual os médicos debatiam sobre a colocação, ou não, de um instrumento (duplo J) para irrigar um de seus rins.

⁵³ Os médicos envolvidos no impasse da visita anterior haviam decidido pela colocação do instrumento.

⁵⁴ Situação Õanúricaö, termo que usarei na narrativa.

⁵⁵ O termo Õsetor fechadoö é uma referência aos setores de terapia intensiva, como o CTI, por exemplo.

senhor balançou a cabeça em atitude de reprovação, juntou os jovens em torno de si, e disparou, em linguagem tecnicamente orientada, uma série de intervenções que poderiam ser feitas; entre elas, a mais indicada, a passagem de um cateter que fizesse a drenagem dos líquidos acumulados na região do rim. Ao fim da orientação, o médico se retirou com os residentes para a enfermaria e eu fiquei refletindo sobre aquela conversa. Definitivamente, eu estava em um espaço efetivo de negociação, uma negociação tecnicamente orientada, e mesmo a técnica era intensamente negociada ali e fora dali. Pensava: a capacidade que mais se exercia naquelas ações era a argumentativa, articulavam seus saberes técnicos, institucionais e clínicos intensamente; os saberes técnicos e os equipamentos compunham os discursos em negociação, que eram algo plásticos, moldando e sendo moldados por uma série de imponderáveis que cerceavam as decisões, formavam o trilho por onde a negociação fluía. Estes discursos que arbitravam sobre o caminhar de uma vida e o funcionamento institucional eram, por enquanto, privativos ao médico.

Algumas dezenas de minutos depois, os residentes voltaram à ilha; as conversas ainda gravitam em torno da situação da usuária. Decidiram pela passagem da sonda; uma das meninas presentes, uma interna, comentou: òela vai urinar quando passar a sonda, ao que a outra respondeu ònão sei não, hein...ö. Voltei a minha atenção, então, para os relatos do prontuário. Em um parecer da urologia, pude ver que a paciente tinha uma neoplasia pélvica recidivada e inoperável, o que guardava relação com a não possibilidade curativa citada por Letícia, presumi. Estava lendo e analisando o prontuário quando, de rompante, Vítor e Letícia entraram pela ilha, esbaforidos; ela sugeria ò... deixar morrer por anúria, e ele respondeu: òmorrer por anúria? Dá? E a diálise?ö, òcomplicado dialisar paciente FPTö (Fora de Possibilidades Terapêuticas). Reparei, então, que houve uma mudança: antes a paciente tinha possibilidades terapêuticas. Em determinado momento da conversa, os médicos falaram sobre alguém ter dito que a paciente era FPT, mas que eles não conseguiam identificar esse alguém; era preciso telefonar para um outro residente, de outra especialidade (provavelmente urologia). Ela ligou na minha frente, conversou com o tal residente, falou pouco, ouviu muito mais, e fez a pergunta crucial: òEla é FPT mesmo?ö; não consegui compreender a resposta, assim como não consegui deduzi-la ao fim da conversa telefônica. O que se passou após este diálogo foi a decisão de passar a sonda e fazer o procedimento proposto pelo parecerista. Os residentes, então, saíram da ilha e, lá de dentro, consegui ouvir a voz de Vítor, alta, na enfermaria: òa paciente está evoluindo para falência renal!ö. Pelo que aconteceu depois, entendi que a frase tivesse a ver com a recomendação para a enfermagem realizar os procedimentos; afinal, foi o que vi ao sair da ilha, após algum tempo: quatro enfermeiras

sobre a paciente, em grande esforço, com as mãos e roupas próprias⁵⁶ ensanguentadas. Ainda enquanto eu estava na ilha, pude saber que, com a passagem da sonda, a paciente urinara: uma das médicas entrara empolgada pelo espaço, dizendo para outra colega: “Ela fez mil mililitros [de urina], muito espessa!”.

Já na visita que fiz seguinte a esta, pude ver, através do prontuário, que a usuária estava em franca recuperação das vicissitudes passadas, que aguardava a troca do “duplo J”, e ouvi os médicos cogitarem a sua alta. Esta usuária esteve a pouco de morrer por “anúria”; uma morte que esteve escorrendo pelos discursos clínicos, pendurada em procedimentos possíveis, latente em meio às portas fechadas por critérios clínicos; estas negociações estavam ausentes do prontuário, como averigui. Enfim, a usuária iria para casa uma semana após quatro enfermeiras revirem seu corpo num procedimento exaustivo.

3.2 Da prática local ao paradigma

Na situação apresentada, introdutória ao capítulo, lanço a interpretação que faço sobre a articulação do trabalho médico com o conhecimento e as técnicas. Parece-me nítido que essa relação é absolutamente contingente, negociada intensamente entre humanos, dependente dos sujeitos que lançam mão destas relações. Talvez o não encontro dos residentes com o especialista que sugeriu o procedimento de irrigação, deixasse a usuária morrer anúrica; em compensação, uma tentativa de fazer a usuária ir ao CTI, um setor fechado, como sugeriu o especialista, pudesse ter feito a usuária desaparecer da minha vista. Tivesse isso acontecido, este exemplo teria escapado desta narrativa.

Para tornar esta interpretação que apresento mais robusta, apresentarei o conceito que me levou a ela, que calcava meu olhar no momento em que assistia à situação narrada: o de paradigma; conceito que anda esgarçado por se tentar aplicar a tudo, pela sua introdução na cultura popular, mas que usarei a partir da proposição conceitual de Thomas Kuhn.

3.2.2 Paradigmas como exemplares e valores compartilhados

Como adiantei no item 1.1, “A Estrutura das revoluções científicas”, obra mais popular de Kuhn e da história da epistemologia, publicada originalmente em 1962, causou “uma verdadeira ‘revolução’ nas questões filosóficas referentes à ciência” (MENDONÇA, 2012, p. 535). Aí onde começa a sua importância, começa também a dificuldade de utilizá-lo

⁵⁶ Roupas “capotes”, que se colocam sobre o jaleco em procedimentos invasivos.

nesta dissertação. Kuhn focalizava suas análises sobre as ciências naturais, em enfoque tido como internalista à ciência, embora tenha sugerido aqui e ali algumas relações destas com o mundo externo à ciência natural (KUHN, 1978; MößNER, 2011).

A abordagem kuhniana sobre a atividade científica é muito próxima de Fleck⁵⁷; no entanto, o físico e filósofo estadunidense estabelece de forma mais clara os limites de sua análise, a começar pelo nome que se refere ao coletivo que analisa: comunidade científica. Entretanto, e assim como Fleck, Kuhn desestabilizou a filosofia da ciência⁵⁸ tradicional por ter elaborado uma imagem da ciência como um empreendimento humano, sujeito às contingências locais que moldam a prática científica; os fatos científicos não teriam significado universal, pois na medida em que deixassem de oferecer explicações para os problemas científicos que se quisesse resolver, deixavam também de ter relevância para a própria comunidade científica. A ciência viveria em ciclos normais e revolucionários dinâmicos, em que fatos, objetos e a própria realidade a ser investigada seriam fruto do consenso momentâneo e local dos cientistas. Por sugerir esta imagem da ciência, Kuhn foi acusado de relativista e irracionalista, acusação da qual tentou se livrar em seus estudos posteriores, sem sucesso (MENDONÇA, 2012).

Apesar do foco sobre a ciência, o próprio Kuhn encoraja seus leitores a extrapolar este limite, como no seguinte trecho⁵⁹: *“Iniciei este pós-fácio enfatizando a necessidade de estudar-se a estrutura comunitária da ciência e terminarei sublinhando a necessidade de um estudo similar (e acima de tudo comparativo) das comunidades correspondentes em outras áreas”* (KUHN, 1978, p.256-257). Mendonça indica que outros já empreenderam esta tarefa, e cita como exemplo Rorty, que estendeu análises baseadas na obra de Kuhn a toda a sociedade (MENDONÇA, 2012a); e sugere, ainda, que se reavalie o pensamento de Kuhn nos estudos sobre a ciência de modo a se poder avançar no pertinente debate atinente à interface ciência/sociedade (MENDONÇA, 2012a). Aqui acatamos a sugestão do autor já que se caminha justamente nessa interface, num ponto em que comunidades externas à ciência absorvem o discurso científico, legitimam suas práticas a partir dele, e o aplicam através de instrumentos condicionados por ele. Inclusive, e apesar de ser assunto controverso⁶⁰, os

⁵⁷ As ideias de Fleck foram exploradas no segundo capítulo.

⁵⁸ E de certo modo a própria ciência, pois os trabalhos inspirados pela imagem de ciência sugerida por Kuhn, entre eles os *Science studies* e especialmente os de Latour, têm provocado reações de cientistas naturais. Entre as ações e reações, tivemos a chamada guerra das ciências, não exatamente declarada (MENDONÇA, 2012b).

⁵⁹ Extraído do pós-fácio da edição brasileira, de 1978.

⁶⁰ Foucault e Canguilhem discordam que a clínica possa se enquadrar nos moldes das ciências naturais (FOUCAULT, 2008; CANGUILHEM, 2012).

próprios clínicos advogam cientificidade as suas próprias práticas, sobretudo os que defendem as práticas clínicas baseadas em evidências⁶¹.

Voltando a Kuhn, me interessam alguns conceitos como forma de complementar os que adotei a partir de Fleck. Se o médico polonês sugere o *estilo de pensamento* como o organizador da visão de mundo de determinado coletivo de pensamento (FLECK, 2010), Kuhn propõe o polissêmico conceito de *paradigma*⁶². Entre um e outro, algumas diferenças já levantadas: *paradigma* diria respeito a temas internos às ciências naturais; além disso, Kuhn sugeria que as estruturas internas ao *paradigma* são descontínuas, sendo recompostas de tempos em tempos através de processos revolucionários⁶³ (KUHN, 1978; MÖßNER, 2011). Então, diante destas diferenças, eu teria mais um motivo para adotar Fleck e seu *estilo de pensamento*? Sim, se estivéssemos preocupados apenas com o terreno de aplicação proposto por cada autor. Mas como estive no campo de pesquisa, e este campo foi um hospital, o conceito delineado por Kuhn me foi mais útil; tentarei ser mais claro a seguir.

Como paradigma, tomo a seguinte definição: *exemplos aceitos na prática científica real* ó exemplos que incluem ao mesmo tempo, lei, teoria, aplicação e instrumentação ó [que] proporcionam modelos dos quais brotam as tradições coerentes e específicas da pesquisa científica (KUHN, 1978, p.30). Como diz o autor, os exemplos incluem ao mesmo tempo todos os quatro elementos citados acima; seria este *amalgama* representado em cada exemplo que garantiria a determinada comunidade a sua coerência e especificidade, quando compartilhados entre os cientistas adeptos. Seguindo o raciocínio de Kuhn, a partir de determinado paradigma *os* cientistas nunca aprendem conceitos, leis e teorias de uma forma abstrata e isoladamente. Em lugar disso, esses instrumentos intelectuais são, desde o início, encontrados numa unidade histórica e pedagogicamente anterior, onde são apresentados juntamente com suas aplicações e através delas (KUHN, 1978, p.69). A partir desta aprendizagem, os cientistas seriam capazes de operar tais instrumentos intelectuais e resolver enigmas, em que aquele aspecto da realidade que não cabe dentro do padrão lógico-formal proporcionado pelo paradigma é rejeitado como uma *anomalia*, numa verdadeira *operação de limpeza* da realidade. Isto quando a ciência está em seu funcionamento normal, enquanto

⁶¹ Em resumo, esta forma de prática clínica se sustentaria sobre as melhores evidências disponibilizadas pela ciência para a tomada de decisão diagnóstica e terapêutica. Entre os próprios clínicos não há consenso em relação ao assunto; se alguns defendem que a prática clínica baseada em evidências conferiria segurança, sistematicidade e cientificidade às ações, outros garantem que a ciência foi, e sempre será, suporte à clínica, que deve valorizar também o seu caráter relacional (BARINI, 2001).

⁶² Mastermann foi capaz de elencar inúmeros sentidos para o termo, oferecido pelo próprio Kuhn, a partir da análise de *A Estrutura das Revoluções Científicas* (MASTERMANN, 1978).

⁶³ Neste ponto, Fleck sugeria com o seu *estilo de pensamento* que havia continuidades condicionadas pela história em curso, construída entre os sujeitos pertencentes a determinado coletivo (FLECK, 2012; KUHN, 1978).

a anomalia não se torna o próprio problema a ser resolvido; se isso vem a acontecer, o paradigma é colocado em dúvida, surge uma crise, e a ciência entra em seu ciclo revolucionário. Neste ciclo, diversos paradigmas emergem e os cientistas entram em disputa pelo consenso em torno de algum deles. Quando houver novo consenso, a ciência normal estará novamente em curso (KUHN, 1978).

Não me estenderei sobre os ciclos pelos quais passa a atividade científica; vale a ressalva que as práticas de saúde que pude observar têm um funcionamento normal, os elementos lógico-formais que as sustentam não estão em questão. Sobre a importância destes elementos para os sujeitos que praticam de modo normal, Kuhn diz o seguinte: «Somos levados a acreditar de que alguma coisa semelhante a um paradigma é um pré-requisito para a própria percepção. O que um homem vê depende daquilo que ele olha como daquilo que a sua experiência visual-conceitual prévia o ensinou a ver» (KUHN, 1978, p. 148). Esta proposição do autor foi crucial para a minha compreensão daquilo que se passou na enfermaria hospitalar, sobretudo para que eu não caísse em um fácil e viciante processo de culpabilização e desmoralização dos sujeitos que ali trabalhavam.

Entretanto, os paradigmas não se constituem apenas por padrões lógico-formais. Relembro que estes padrões são aceitos através de consensos entre humanos, praticantes pertencentes a determinada comunidade; e estes consensos estão sustentados por Valores que estes humanos são capazes de compartilhar, como veracidade e confiabilidade, por exemplo. Logo, tais padrões podem até se transformar, mas a longevidade de uma atividade científica estará sempre condicionada a capacidade de seus cientistas manterem Valores em comum, pois apenas neste terreno comum eles serão capazes de disputar distintos padrões lógico-formais, definir vencedores e perdedores sem prejuízo à comunidade.

O conhecimento, como analisado por Kuhn, embora não seja produzido pelos sujeitos dessa pesquisa, é importante na legitimação de suas práticas⁶⁴. Veremos, ainda, que há produção de conhecimento em uma enfermaria, ainda que se tenha de associá-lo ao qualificante «humano», mas este é assunto para o próximo capítulo. Entre algumas de suas observações sobre as particularidades do cientista, o autor faz uma que me interessa de maneira especial: «Ao contrário do engenheiro, de muitos médicos e da maioria dos teólogos, o cientista não está obrigado a escolher um problema somente porque este necessita de uma solução urgente» (KUHN, 1978, p. 206). Nesta observação, Kuhn oferece uma interpretação:

⁶⁴ Como Canguilhem advertiu, a prática clínica tem se pautado pela normalidade fisiológica, enquanto valores normais tidos em laboratório através de modelos experimentais, para entender os processos patológicos e atuar sobre eles. A doença se torna, assim, um processo de exacerbação ou diminuição do normal, e a prática clínica teria esta normalidade como meta para alcançar a cura de um doente (CANGUILHEM, 2012).

parece ser justamente esta urgência o que torna o conhecimento e as técnicas alguns dos trunfos à disposição dos sujeitos em ação naquela enfermaria, mas de forma alguma os únicos, como se poderá ver.

3.3 **Biomedicina: paradigma da saúde?**

Tendo considerado a proposta de Kuhn, quais leis, teorias e instrumentos, quais exemplos e Valores compartilhados sustentariam a visão de mundo de médicos e enfermeiros em suas práticas? Dividiriam especificidades dentro de um paradigma comum? Teria espaço para dois mundos em uma pequena enfermaria hospitalar? Sobre estes mundos de médicos e enfermeiros se têm alguns trabalhos referentes à prática médica, sobretudo clínica, e também à prática da enfermagem, em separado (AYRES, 2009; CAMARGO JR., 2003 e 2005; GUEDES *et al*, 2006; PIRES, 2009; PUNTEL DE ALMEIDA *et al*, 2009; TESSER, 2007). Há algo interessante a ser apontado no contexto destes trabalhos: ao se mencionar o paradigma biomédico, nitidamente articulado às práticas médicas, imprime-se um olhar crítico, de elucidação de suas insuficiências, articulando-o à crise das práticas de saúde (AYRES, 2009; CAMARGO JR., 2003 e 2005; GUEDES *et al*, 2006; TESSER, 2007). Em contrapartida, ao se discutir sobre uma *disciplina de enfermagem*, baseada em saberes científicos, as autoras enfermeiras se referem a ela como algo a ser aceito pelas instituições de saúde, que iria na contracorrente da *mecanização* biomédica, que apontaria para horizontes éticos. Encontram-se, nestes artigos, uma preocupação com a legitimidade deste campo disciplinar sugerido e esta produção acadêmica parece comprometida com esta legitimação (PIRES, 2009; PUNTEL DE ALMEIDA *et al*, 2009). Nesta literatura, vê-se surgir algo como o *paradigma do cuidado*⁶⁵; nele, se propõe que a enfermagem se envolva com os projetos existenciais de cada usuário que acesse suas práticas, e que tenha esse projeto considerado em cada uma de suas intervenções. Diante desta suposta controvérsia lançada pelas enfermeiras, que estariam se distanciando da biomedicina e se aproximando de uma abordagem humanística, coube-me analisá-la a partir das práticas, como me sugerem os *Science studies*.

Tendo feito esta ressalva, se parte para a descrição destes mundos, a seguir, em que se entrelaçam as referências teóricas, situações do cotidiano e os depoimentos de médicos e enfermeiros.

⁶⁵ Proposição sugerida por mim.

3.3.1 O mundo clínico-fisiológico dos médicos

O título deste subitem é uma referência às controvérsias entre três grandes teóricos da medicina⁶⁶ ainda no século XIX, apresentada por Canguilhem na parte um de seu ensaio *O normal e o patológico*. Se é o patológico que faz saber sobre a fisiologia normal do ser humano, como acreditava Comte, ou se é a fisiologia que orienta o encontro com o patológico, como sugeria Claude Bernard, posso garantir, apenas, que não é a experiência da doença pelo doente que orienta o trabalho médico. Neste sentido, R. Leriche veria sua tese em um limbo junto com outros belos trabalhos inspiradores, mas que não foram muito bem assimilados pela nossa cultura. Tanto Comte como Bernard acreditavam que havia uma continuidade entre o estado fisiológico normal e o patológico, que o patológico seria uma exacerbação ou diminuição dos processos normais, e que estes processos deviam ser conhecidos para que a medicina pudesse operar sobre o patológico. Curiosamente, a doença deixaria de existir, pois se tornaria um processo contínuo e relativo à normalidade. Este pensamento parece ser o sol que ilumina o mundo dos médicos ainda hoje.

No entanto, esta sugestão não é tão óbvia assim; afinal, os médicos têm como objeto de suas práticas a doença (CAMARGO JR., 2003 e 2005). Pode-se supor esta assertiva a partir da fala do chefe médico da enfermaria quando, certa vez, entrou pela enfermaria perguntando à Tatiane: *“É a nossa estenose aórtica⁶⁷, como vai?”*. Se a doença é entendida como processo, de que modo vem a ser tratada com o status de existência, como dito pelo chefe médico? Para se compreender como isso não se constitui como um paradoxo, é preciso encadear as relações entre as práticas médicas, o conhecimento, os equipamentos e as técnicas.

As doenças, como resultado da construção de um diagnóstico clínico, organizam o trabalho médico a partir de sua correspondência com aquelas descritas no Código Internacional de Doenças; seriam como uma bússola a orientar as condutas terapêuticas e o acompanhamento clínico. Entretanto, não são as doenças que fundamentam a visão de mundo dos médicos, embora eles a busquem em tudo que vêem. Estas seriam como a conclusão de um enigma, a resolução de um *puzzle*, como sugeria Kuhn⁶⁸. Para chegar a essa resolução, é preciso articular as informações que se tem à mão, e a chegada a essas informações é

⁶⁶ Augusto Comte, Claude Bernard e R. Leriche.

⁶⁷ Problema cardíaco caracterizado pela abertura incompleta da valva aórtica, o que dificulta a passagem do fluxo sanguíneo do coração à aorta.

⁶⁸ No ciclo normal da ciência, o bom cientista seria aquele capaz de articular fatos, teorias e instrumentos paradigmáticos para resolver os problemas de interesse para a sua comunidade científica. Kuhn comparava estes componentes do paradigma com peças, e estas, quando devidamente encaixadas, revelariam a resposta ao problema; desta forma, o *puzzle* estaria montado.

fundamentada pelo conhecimento sobre fisiologia e clínica destes profissionais. Para explorar melhor esta afirmação, vale dizer um pouco sobre como uma usuária é capaz de ser transformada em números e descrições objetivas, e como estes números e descrições viram argumentos na construção de um diagnóstico clínico.

Uma usuária, desde que chegava a enfermaria observada, passava por um processo de desmaterialização, ou rematerialização, pelo trabalho e discurso médico. Já no levantamento da história clínica desta, o interesse era muito restrito ao relato que ela fazia sobre suas sensações relacionadas à doença. Claro que havia interesse às queixas clínicas principais, mas a busca incessante que fazia o médico era por reconstituir o histórico de exacerbações ou diminuições passadas, realizando como que um mapeamento histórico de outros processos patológicos anteriores. Ao se saber que a usuária tivera uma doença anterior, era preciso buscar em que serviço de saúde fora assistida, que tratamentos foram feitos, e esta se tornava uma pista para investigações sobre o quadro patológico presente. Ao finalizar o procedimento de internação da usuária, tendo a história clínica e as queixas clínicas principais à mão, iniciava-se o processo de transformação do corpo em números e palavras de significado tão específico quanto objetivo, que compõem o discurso médico/clínico como uma linguagem particular. Iniciavam-se os exames físicos, diretos ao corpo pela tração das mãos e observação direta, e os laboratoriais de fluidos corporais⁶⁹ e de imagem, mais determinantes nas conclusões médicas. Estes exames são pedidos exclusivamente por médicos, e as máquinas que os realizam fazem a mediação que torna possível a rematerialização do corpo humano.

Antes de continuar, é importante me deter por um curto trecho sobre a linguagem particular que se processa quando dois ou mais médicos se encontram. Estes profissionais desenvolvem uma linguagem clínica, a partir da graduação, que se constitui com termos oferecidos por um arsenal semiológico médico, e é esta linguagem que eles usam no seu cotidiano. Como exemplo, quando Vítor disse a Letícia, em uma discussão clínica, que o paciente estava congesto, muitas informações implícitas estavam contidas nesta proposição. Para aqueles, como eu, externos à prática médica, a informação poderia ser interpretada como um nariz entupido, como um problema digestivo, geraria uma série de especulações. Para Letícia, a informação era precisa: a usuária apresentava dispnéia em decorrência de sintomas pulmonares influenciados por uma disfunção cardíaca. Cada termo como esse era capaz de fazer chegar ao interlocutor informações precisas, que não geravam controvérsias, pois

⁶⁹ Sangue, urina, secreções pulmonares, entre outros fluidos.

qualquer médico seria capaz de averiguá-las e testá-las. Uma frase proferida por um médico podia conter apenas conjunções, artigos e termos como esse, sendo inteiramente técnica.

O médico que estivesse acompanhando uma usuária fazia então o pedido dos exames de fluidos e de imagem, diante das primeiras suspeitas clínicas, repassando-o às enfermeiras. A coleta destes fluidos também podia ser feita pelas médicas internas, mas eram colhidos principalmente pelas enfermeiras, que também se responsabilizavam por fazer chegar o material ao laboratório, assim como faziam chegar a usuária ao laboratório de imagem, se o exame fosse dessa natureza. O resultado destes exames chegava diretamente ao médico responsável pelo caso através de um sistema de informação interno do Hospital. Com relação aos resultados dos fluidos, estes já eram comparados, no próprio relato do exame, com valores de referência fisiológicos normais, revelando exacerbações ou diminuições nos índices fisiológicos da usuária. Quanto aos exames de imagem, a imagem revelada precisava ser analisada pelo médico, e esta análise requeria dele certa experiência clínica.

Tendo a usuária sido examinada em sua história fisiológica e também fisicamente, sendo traduzida nos tais termos clínicos citados anteriormente, tendo seus fluidos revelado exacerbações ou diminuições em parâmetros fisiológicos e tendo seus órgãos revelado deformidades anatômicas, esta usuária estará definitivamente traduzida, õparametrizadaö. Chamo de õparametrizaçãö o processo pelo qual médicos traduzem fisiologicamente um sujeito, um corpo, e o comparam com valores de referência fisiológicos e antropométricos tidos como normais. Com estes parâmetros à mão, o médico responsável pode proceder a uma interpretação sobre o caso clínico da usuária, expondo-o a seus pares em debates intensos, convocando especialistas médicos em determinada área para ajudá-los nessa interpretação. Este debate gerará um suposto diagnóstico, que terá uma terapêutica medicamentosa correspondente, ou ainda uma intervenção cirúrgica. Em seguida, inicia-se o acompanhamento clínico desta usuária, com outros pedidos de exames de fluidos e de imagem, além dos exames físicos diários; à medida que os parâmetros fisiológicos e antropométricos deste corpo tendam à normalidade, o diagnóstico se torna concreto, assim como a terapêutica, e a alta hospitalar passa a ser vislumbrada. Se os parâmetros se mantiverem distantes do que se deseja, novas discussões são suscitadas, mais especialistas externos são convocados, mais exames são propostos, mais parâmetros são criados, e mais interesse clínico o caso gera.

Vejamos um exemplo do que digo: Leticia e Vítor acompanhavam o caso de uma adolescente, que não tivera um diagnóstico preciso. No entanto, em determinada visita minha ao campo, decidiam com especialistas externos, da hematologia, a alta da usuária. Apesar do

caso ainda estar nebuloso, eles não tinham mais o que fazer. Os dois residentes falavam animadamente sobre o baço⁷⁰ da paciente, de sua mudança, durante a internação: antes estava gigante, agora, normal. O baço era, neste caso, o fiel da balança; não havia diagnóstico, não havia doença descrita, mas a normalidade antropométrica do órgão em questão era soberana. A usuária iria para casa e passaria a ser acompanhada no ambulatório⁷¹. Em outro exemplo, pude ver a desilusão médica pela internação de uma usuária, uma òvovozinhaõ, como eles diziam; esta tinha tido a sua história clínica mal colhida, pois não estava acompanhada por familiares e tinha Alzheimer⁷². Quando a residente responsável pelo caso relatou isso, as outras médicas se olharam e deram risadas constrangidas sobre a condição clínica da usuária. Então, a residente revelou: õeu não queria que fosse internada e foi mesmo assimõ. Logo em seguida, o chefe médico entrou pela ilha de medicina, portando um celular que não descolou do ouvido; foi quando fez a pergunta pela estenose aórtica e outras sobre as demais usuárias. Todas as perguntas eram feitas à Tatiane, que não era responsável pelo caso que descrevo, mas falou sobre ele. Esta, quando se referiu ao caso, disse que iniciaria antibiótico para lidar com a febre, acompanharia a idosa com pressa, e daria a alta o mais rápido possível. O chefe médico, ainda com o celular ao ouvido, reagiu com um sonoro õUhu!õ.

Cada caso clínico era interessante para um médico e gerava expectativa que proporcionasse aprendizado. Quanto mais indefinido ou complexo fosse, melhor. O primeiro que foi relatado fora uma surpresa para os residentes; afinal, uma adolescente que tinha o baço aumentado representava algo incomum e sugeria uma série de quadros patológicos interessantes, como a leucemia. Como Tatiane depusera⁷³, quanto mais casos um médico vê, melhor ele vai se tornando. Em uma de minhas observações, pude ver o entusiasmo de duas residentes com um caso que acompanhavam: a usuária não tinha queixas clínicas relevantes, mas tinha um linfonodo⁷⁴ inchado e palpável; tivera três perdas recentes na família e tentara engravidar inúmeras vezes, sem sucesso; as médicas buscavam um nexu causal que associasse essas informações. Curiosamente, era o primeiro caso em que via as médicas levarem em consideração a história familiar, e esta relevância parecia ter a ver com a incerteza que o envolvia.

Quando esta incerteza era partilhada por todos com relação a alguma questão fisiológica, era possível assistir à rápida formação de um grupo de estudos onde estivessem,

⁷⁰ Órgão linfóide humano.

⁷¹ O ambulatório é o setor do hospital em que acontecem as consultas de rotina, aquelas em que a usuária vai com alguma frequência para ser acompanhada por um médico responsável pelo seu caso.

⁷² Mal que atinge o sistema nervoso central e que se manifesta, sobretudo, através da perda de memória e destreza social.

⁷³ Citação usada no capítulo dois, no subitem 2.3.2.

⁷⁴ Também um órgão linfóide.

costume que eles relatavam ter sido cultivado desde a graduação. Como pude presenciar, diante de uma dessas dúvidas, sobre como interpretar uma condição clínica, todas as médicas se reuniram ao redor de uma residente do primeiro ano, que abriu um livro de fisiologia. Ela lia o livro, que estava em seu capítulo de fisiologia renal, e rearticulava a leitura em discurso oral, fazendo um exercício narrativo, resumindo a teoria, tornando-a clara para as colegas a partir do caso em discussão. Este exercício era natural, de uma destreza impressionante. A discussão não levou a uma conclusão sobre o que fazer com a usuária, mas revelou traços de como os médicos lidam com a teoria, articulando-a ao exercício clínico/argumentativo da medicina.

Ainda no terreno das incertezas, passemos àquelas que incomodam, àquelas que são tratadas como *õanomaliasõ*, no sentido kuhiano. Quando as queixas que se apresentam são representações subjetivas das usuárias, os médicos depreendem pouco interesse por essa manifestação. Quanto ao sofrimento humano relatado, provocado pelo viver doente, este era quase sempre associado à depressão e tratado com ansiolíticos e antidepressivos. É sabido sobre a dificuldade dos médicos em lidar com sinais e sintomas expostos por usuários que não correspondem a algum parâmetro fisiológico, mas ainda assim é surpreendente observá-la no cotidiano (CAMARGO JR., 2003 e 2005; GUEDES *et al*, 2006). Em uma visita que fiz ao prontuário de uma usuária, pude ver que esta teve um adenocarcinoma⁷⁵ há anos atrás, e que fora internada por estar desnutrida e em quadro de depressão grave. Estava na enfermaria há dois meses e, se a desnutrição estava controlada por intervenções nutricionais, a depressão não sofria a influência dos procedimentos médicos. Esta, a partir de determinado relato, passava a ser associada a uma anemia provavelmente causada pela falta de vitamina B12⁷⁶. A existência daquela usuária, limitada a um leito de hospital há sessenta dias, não passava pelo relato; os setenta anos, a passagem por um processo patológico que deve ter sido difícil, nada disso era relevante. Talvez tenha sido a vitamina B12, claro; afinal, a mulher não respondia aos antidepressivos.

Ainda quanto à dificuldade médica em lidar com situações extra fisiológicas, se pode contar mais um caso. Acompanhei uma conversa de Vítor com um médico, especialista em oncologia, sobre caso clínico excepcional que este oncologista estava acompanhando. O residente ouvia com interesse, cultivando a conversa. Após alguns minutos, o senhor se retirara e Vítor lamentou com Leticia: *õPutz*, perdemos esta paciente! A [residente da enfermaria] não gostou da mãe dela, e a onco acabou internandoõ. Um exemplo claro de

⁷⁵ Neoplasia que se origina em tecido glandular.

⁷⁶ Molécula fundamental para a funcionalidade das hemácias sanguíneas.

quanto os fatores externos e contingentes, o mero detalhe de não se gostar de uma acompanhante, podem decidir, ou não, pela assistência à saúde de alguém.

Para encerrar este subitem, tento ilustrá-lo a partir de uma observação que pude fazer do médico Vítor, em meio a uma fala entusiasmada na ilha de medicina; ele revelou muitos dos Valores compartilhados entre os médicos. O residente expunha o seu traço sistemático, olhando para a posição do braço de uma usuária, aquela que sofrera a intervenção cirúrgica narrada no capítulo dois, e questionava as colegas por ele estar naquela posição. O braço da paciente estava dobrado, seu ante-braço estava para cima, sua parte interna estava exposta a quem olhava. As colegas disseram que o braço estava assim desde ontem, que não havia porque estranhar; o médico ouviu e ficou satisfeito, argumentando que questionara por não lembrar de vê-lo naquela posição. Em seguida, emendou o grande acontecimento clínico dos últimos dias: a melhora de um usuário internado na enfermaria masculina, aquele que fora mencionado no dia anterior por Margarete, que não teria possibilidades terapêuticas, mas que vinha sendo exposto a uma série de procedimentos de maneira experimental. Assim o médico se referiu ao usuário: *um gladiador, um guerreiro!*. Este havia voltado do CTI melhor do que fora, e Vítor afirmou que, agora que ele voltara, a *hematologia* teria que fazer o transplante, procedimento vetado pelos critérios clínicos estabelecidos por aqueles especialistas. O médico dizia que o usuário estava descendo com um pneumotórax mal explicado, mas que seria reversível, conversaria com o pessoal da *torácica*⁷⁷. Em seguida, começou a contar aos colegas formas de maquiagem um pneumotórax proporcionado por uma intervenção, falando sobre a própria experiência ao lado de outros clínicos. Todas as colegas se interessaram por aqueles relatos, ouvindo-os atentamente e reagindo com entusiasmo. Após encerrar o caso do usuário, o residente falou sobre as curiosidades do dia anterior, narrando de maneira cômica seu olhar sobre a usuária que sofrera a intervenção cirúrgica: *ela estava bem, todos os parâmetros bons, boa aparência! De repente, quando olhei, ela estava inchada, roxa, parecendo um peixe-boi! Pensei imediatamente na caneta bic*⁷⁸. Em seguida falou sobre experiências com canetas bics, suas e de outros clínicos. Vítor exercia sua liderança, enquanto residente do segundo ano e médico mais experiente, com naturalidade.

Assim como Vítor, parece haver entre os médicos uma relação profunda com o trabalho; há também o compromisso com a vida do paciente, mas esta relação intensa com o trabalho leva à obsessão por ter experiência clínica, experimentar as situações mais diversas possíveis.

⁷⁷ Uma das equipes de especialistas médicos da instituição.

⁷⁸ Forma de proceder a uma traqueostomia, que possibilita a passagem direta do ar pela traquéia aos pulmões, usando uma caneta esferográfica popular.

A forma como Vítor usava a própria experiência e a experiência alheia me parece reforçar essa ideia. A vida a ser salva é um componente do caso clínico, algo a ser alcançado, mas é algo parcial quando colocado no campo das possibilidades a serem experimentadas neste caso. A sobrevivência é algo importante ainda neste sentido: aumenta-se a vida, aumentam-se as experiências. A fisiologia e a clínica, ao se acompanhar o trabalho médico, parecem estruturar um mundo realmente envolvente.

3.3.2 Do mundo clínico-fisiológico ao contexto local

Tendo em consideração o que foi dito no subitem anterior, os médicos transformam um corpo em números e discurso para negociar um diagnóstico clínico e possíveis intervenções terapêuticas. Após as decisões tomadas, tendo uma doença suposta e um tratamento proposto, este exercício técnico discursivo de rematerialização de um corpo precisa ser retraduzido para a materialidade concreta da enfermagem, e isto é feito através dos pedidos de exames e das prescrições médicas, papéis que tem as demandas expressas de maneira objetiva. É neste processo de tornar possível a aplicação local das decisões médicas que está grande parte das ações da enfermagem.

As enfermeiras não só agem a partir de uma decisão médica tomada; elas também exercem pequena influência nas decisões médicas, gerando alguns dos parâmetros usados nas negociações clínicas⁷⁹, além de manterem constante vigilância clínica quanto às situações emergentes. Entretanto, não pude vê-las, em nenhum momento, interagindo com os médicos durante as negociações clínicas; portanto, não tinham influência direta sobre as decisões. Além de gerarem alguns parâmetros e materializar localmente as decisões médicas, as enfermeiras precisavam manter a enfermagem em funcionamento, os leitos sempre disponíveis, o ambiente asséptico. Para fazer isso a contento, eram as mediadoras com os demais setores e serviços do hospital: elas organizavam a rotina da equipe de limpeza, conferiam e aplicavam os medicamentos vindos da farmácia, assim como os materiais médico/hospitalares e saneantes necessários, solicitavam a realização de exames e tornavam possível a chegada das usuárias e de materiais fisiológicos ao laboratório.

Para realizar tais atividades, que visão de mundo sustentaria a ação destas profissionais? É algo muito complicado supor para as enfermeiras uma visão de mundo tão homogênea como pude supor para os médicos. Elas lidam e desenvolvem habilidades muito específicas,

⁷⁹ Como descrito no capítulo dois, no subitem 2.2.1.

dependendo a que atividades estejam diretamente ligadas; em geral, são habilidades técnicas manuais e gerenciais. Se estiverem à beira do leito, desenvolvem técnicas eficientes de intervenção quando passam sondas e acessos, aplicam medicamentos, coletam sangue; apuram o olhar clínico, embora dificilmente desenvolvam a linguagem como os médicos; se estiverem na gestão da equipe, precisam negociar intensamente com os pares as responsabilidades destes, montar escalas de trabalho, interagir constantemente com outros setores que desconhecem a realidade da enfermaria, tendo que traduzir o sentido de "urgência", em algumas ocasiões. O conhecimento técnico é importante para legitimar e dar segurança a essas atividades; entretanto, estas profissionais estão muito mais expostas às circunstâncias limitadoras institucionais e materiais. Elas precisam desenvolver um senso de adaptação a essas circunstâncias que produz um corpo de conhecimentos gerados localmente, muitas vezes de maneira individual. Chamarei esta maneira de operar nas circunstâncias institucionais e materiais colocadas como o "paradigma da contingência".

Não quero dizer com isso que as enfermeiras desconheçam fisiologia, bioquímica, ou as patologias. No entanto, não é um mundo composto por argumentos destas disciplinas que elas habitam; elas estão no "mundo enfermaria", dentro do hospital, e todo esse conhecimento faz parte do arsenal de ferramentas que elas usam para operar dentro dele. O que é possível fazer quando está prescrito por um médico a passagem de um acesso venoso e não há materiais para fazê-lo? Há um risco iminente que o usuário seja privado da intervenção terapêutica, se esta tiver que ser feita através deste acesso. Então a enfermeira, tendo estas ferramentas à mente, imagina com o material que há à disposição a possível realização do procedimento de uma maneira prudente. Segue a descrição de Lúcia sobre agir nessas condições:

õ[...] tem que ficar racionalizando, aí *tu* vê um paciente precisando: -olha, eu não posso te dar, porque eu tenho um outro paciente que *tá* com mais necessidade ainda Mas, como assim, se eu estudei que eu tenho que causar conforto: eu *tô* vendo a necessidade e eu não posso agir?! Aí a gente vai pro improviso, mas o improviso você tem que respeitar algumas técnicas; é igual passar um cateterismo vesical de demora⁸⁰ sem a bandeja: eu uso o campo estéril da luva. Eu *tô* respeitando o princípio [de assepsia]? *Tô*, *tô* tentando manter estéril, mas vai ser 100%? Eu posso garantir? Não... então isso causa estresse, causa chateação! *Tu* fica irritado! -Cadê o material? Caramba, nem isso tem? Ah, então fecha o hospital! -Caramba, não tem luva de procedimento? Aí, no meu código de ética fala que eu tenho que prezar pela segurança do paciente; como é que eu faço? Eu *tô* infringindo o meu código de ética. Aí a falta de material me faz sair, vira e mexe, do setor e ir no setor vizinho, só que o setor vizinho fica longe, me causa cansaço. Porque quando é no mesmo andar eu vou andando; hoje, eu já não vou mais, eu ligo: -fulano, você tem aí algo que você possa me dar? Porque é dado, não emprestado -ah, tenho, pode vir buscar beleza, eu vou lá. Vou ligando, porque eu já cansei de ir em outros setores precisando; quando entuba, então, o paciente...õ

Amanda também colabora com um depoimento parecido:

⁸⁰ Colocação de uma sonda na bexiga para a passagem da urina.

õ[...] se você não tem material, fica complicado. Aí você começa a tentar improvisar... no que você começa a tentar improvisar, primeiro que as coisas não funcionam tão bem quanto era pra funcionar se tivesse o material, e segundo, que você perde muito tempo tentando montar algo que não existe e você quer criar: corta alguma coisa daqui, coloca o esparadrapo dali... e, assim, às vezes não funciona direito... é muito complicado, é horrível, não tem outras palavras. Acaba estressando a equipe, porque você quer fazer, precisa fazer, mas você não tem material; e a equipe também fica naquela agitação, porque quer fazer também e tá vivendo isso, a mesma coisa que você.õ

São nestas circunstâncias institucionais e materiais que a visão de mundo destas enfermeiras se constitui, no cotidiano.

É relevante destacar que os médicos também sofrem com algumas circunstâncias impostas, mas a seu modo. A seguir apresento uma importante contribuição de Letícia, que falou sobre as estratégias de médicos para conseguir a realização de algum exame incomum para as suas usuárias:

õ[...] você vai demorar, vai ter que ligar pra não sei quem, vai ter que tentar... chorar pra tentar conseguir o exame, mas você acaba conseguindo. Eu acho que os pacientes não são muito prejudicados aqui por falta de material, não; você não consegue um exame, você acaba fazendo uma vaquinha aqui entre as pessoas, e acaba pagando o exame. Eu acho que aqui a gente consegue, a gente faz...õ

Tendo percebido que falta de material corresponde a não realização de algum exame pelo hospital para aquela médica, e que médicos dividiam o pagamento para exames externos, perguntei à Letícia se ela já havia participado de alguma õvaquinha⁸¹. Eis a resposta:

õTeve uma paciente que precisou... a gente mandou uma biópsia daqui pra os Estados Unidos, aí a gente fez uma vaquinha, todo mundo deu um dinheiro... tudo bem que não adiantou nada [risos dela]... mas todo mundo juntou o dinheiro e mandou o material pra lá; tem o [rede laboratorial privada] aqui na frente, que a gente, às vezes, acaba mandando alguns exames... então eu acho que aqui, os pacientes acabam... eu acho que não sofrem muito, assim, com falta de procedimentos.õ

Este exemplo citado por Letícia é crucial para expor as distintas visões de mundo de médicos e enfermeiros. A questão material para o médico é relativa às máquinas que medeiam a parametrização dos corpos, e para a enfermagem tem a ver com as intervenções locais, nos próprios corpos das usuárias.

Avançando sobre as ações da enfermagem, engana-se quem supõe que médicos trabalham sozinhos e a enfermagem trabalha em grupo. Ao usuário que frequenta a enfermaria, de fato, ele tem como referência um médico e pode ver inúmeras enfermeiras circulando pelo espaço, a quem chama quando tem necessidade. Entretanto, a enfermagem

⁸¹ Termo usado popularmente para se referir ao rateio financeiro para o pagamento de algo.

divide tarefas muito específicas de modo que uma enfermeira não debate com a outra sobre o que deve fazer; esta faz ou delega o fazer aos técnicos. Ao contrário, o médico, mesmo que esteja responsável apenas por uma ou duas usuárias, este já entra pela ilha de medicina dividindo com os pares a evolução de suas usuárias, debatendo seus casos. Estranhamente, as enfermeiras são muito mais solitárias no seu fazer que os médicos, e o diálogo com suas pares quase sempre é urgente e objetivo; há, nas atividades das enfermeiras, ínfimo espaço para a discussão.

Quanto à tendência de que a enfermagem esteja desenvolvendo saberes e técnicas que a estejam aproximando de uma visão humanística quanto ao processo saúde e doença (PIRES, 2009; PUNTEL DE ALMEIDA *et al*, 2009), este desenvolvimento não pôde ser visualizado na enfermaria. Como venho dizendo, a visão de mundo das enfermeiras é constituída na sua relação com a enfermaria, com a instituição da qual faz parte; elas precisam fazer a enfermaria funcionar materialmente. Nestas circunstâncias, dificilmente sua visão de mundo se funde com a das usuárias. É mais comum, inclusive, ouvir médicos se referindo às usuárias pelo nome que as enfermeiras; sendo um exemplo desta visão de mundo local, as enfermeiras costumam referir-se às usuárias como a *õleito umö* ou *õleito seteö*, de acordo com o endereço correspondente desta mulher na enfermaria. Estas profissionais também têm dificuldade de lidar com o sentimento ou sofrimento das usuárias internadas, como se pode ver no seguinte exemplo: este é sobre a mesma usuária citada anteriormente, aquela que tinha depressão e que o médico suspeitava que era provocada por uma anemia; sobre ela, havia um relato da enfermagem no prontuário. Neste relato, a enfermeira dizia que, ao final de um banho, havia sido observada uma melhora na expressão facial da usuária, o que fora demonstrado por um sorriso. Esta descrição excessivamente protocolar e superficial é mais um dos produtos de sua visão de mundo contingente.

Apesar da dificuldade intersubjetiva, as enfermeiras se mantêm em constante contato com as usuárias⁸², pois permanecem na enfermaria o tempo todo; ao contrário da ilha da medicina, espaço de discussão, a ilha da enfermagem se mantinha quase sempre vazia, pois as enfermeiras estavam sempre envolvidas com alguma atividade prática. As mulheres adoecidas eram mais uma das circunstâncias a influenciar as ações das enfermeiras, embora a grande maioria das usuárias mantivesse uma disciplina constante e respeitasse as recomendações das profissionais. Como exceção, pude acompanhar o enfrentamento de uma usuária às condições impostas pelas enfermeiras à vida na enfermaria. Em uma de minhas visitas, a

⁸² Neste contexto, os médicos conseguiam ficar quase que o tempo inteiro de trabalho na ilha de medicina, ausentes da enfermaria.

enfermeira plantonista estava dando banho em uma usuária, contando com a ajuda da acompanhante da mulher. Enquanto fazia esse trabalho em colaboração, percebera que uma outra usuária, que estava no leito em frente, trocava sua roupa de cama. A profissional, então, desautorizou a usuária a trocar os lençóis, e a instruiu a guardá-los novamente, já que havia um conjunto de lençóis para cada leito. Eu vira, anteriormente, que a mulher pegara o conjunto do armário de ferro, no qual eu estava apoiado, sem perguntar à equipe de enfermagem. Com a reprimenda da enfermeira, esta ofendeu-se, dobrou os lençóis usados de qualquer jeito, caminhou com fúria ao armário, e os jogou com raiva no seu interior. A enfermeira, vendo a situação, alarmou-se repreendendo novamente a usuária: «não faça isso! Vai contaminar os outros!» e a mulher voltou ao seu leito, com os novos lençóis colocados, fazendo ôcara de paisagem. A enfermeira, por sua vez, também não insistiu no assunto, apenas foi até o armário e tirou a roupa de cama suja que a usuária ali colocara.

A òvingança da usuária, no entanto, ainda não acabara. Poucos minutos depois, esta foi até o leito extremo da enfermaria, o leito três, desocupado, e pegou uma poltrona que estava ao lado da cama. Então, a mulher arrastou a poltrona por toda a enfermaria, fazendo um ruído bastante desagradável e duradouro, empurrou dois biombos, quase fez cair um, levando-a ao lado do seu leito; nela pôs seus pertences. Mais uma vez, a usuária nada perguntara à equipe, que olhava a situação com apreensão, sem dizer palavra. Curiosamente, a mulher, ao deitar-se, abriu um bíblia e se pôs a ler.

A este tipo de tensão está exposta a enfermagem; na falta de materiais, as enfermeiras devem criar formas de racionalização dos usos que geram desgastes com as usuárias, como neste caso, e até com as pares. A usuária envolvida neste relato, é bom ressaltar, não era uma paciente comum, não se ajustava com a mesma naturalidade aos mecanismos hospitalares, queria manifestar ainda, apesar da internação, alguma individualidade.

Em resumo ao que foi dito sobre os mundos de médicos e enfermeiros, o dos médicos é aparentemente ilimitado, transcendente; nele se podem experimentar diversas conjecturas pelo seu relacionamento com a teoria e a experiência clínica, explorar indefinidamente os casos mais complexos, produzir, negociando⁸³, inúmeras interpretações e decisões. O da enfermagem é contingente materialmente; a ação de uma enfermeira, sob o seu modo de ver o mundo, deve caber entre a decisão médica, a ação de seus colegas, as vontades das usuárias, os fluxos de outros serviços e setores, aquilo que a instituição consegue proporcionar materialmente...

⁸³ A negociação exerce um caráter contingente à interpretação e à decisão médica, mas esta também gera experiência clínica, que tem um status quantitativo e qualitativamente positivo para os médicos.

3.4 O prontuário: a obra da enfermaria

Tanto médicos como enfermeiros relatam suas ações no prontuário, e cada prontuário representa a história clínica de uma usuária naquela enfermaria. Uma história de caráter um tanto *whig*⁸⁴, como será relatado adiante. Muito do que foi dito até aqui sobre a visão de mundo de médicos e enfermeiros pode ser visto na simples leitura de um relato destes profissionais, mas de uma maneira bem mais densa, objetiva, normalizada. Para lidar com esta aparente normalidade do que se lê no prontuário, que chamo de obra discursiva da enfermaria, vale a pena convidar Foucault para tentar entender como o homem pode produzir coisas nas quais ele mesmo tenta se fazer desaparecido.

3.4.1 Foucault, um homem às voltas com a própria sombra

A contribuição que trago de Foucault é aquela desenvolvida em seu ensaio *Arqueologia do saber*, obra algo metodológica, sugerida a partir de suas obras anteriores⁸⁵. Neste ensaio, que é afirmativo de suas posições epistemológicas, o que está posto nos diversos momentos do livro em que procura distinguir-se de variadas tradições, homens, obras e discursos, Foucault empreende longa crítica à história das ideias como vinha sendo contada. A esta, demasiadamente antropológica⁸⁶, o filósofo contrapõe a sua proposta de lidar com o saber, calcado na materialidade e praticidade dos discursos produzidos, em seu contexto.

Aprofundando o que está exposto acima, é importante dizer que Foucault busca nesta proposta arqueológica sugerir algo parecido com uma metodologia para a abordagem histórica dos saberes. Esta abordagem estaria centrada nos discursos históricos, que poderiam estar na forma de livros, documentos, cartas, e que deveriam ser analisados no contexto de sua produção, pois seriam matéria que guardava relação com toda uma rede de acontecimentos e de outros discursos (CHERQUES, 2010; FOUCAULT, 2008; OLIVEIRA, 2008). Em resumo a esta simplificação da proposta de Foucault, sugiro o seguinte trecho:

⁸⁴ Uma história contada pelos vencedores, que subjuga discursos constituídos por visões de mundo concorrentes à visão de mundo destes vencedores (MENDONÇA, 2012).

⁸⁵ À saber: *A História da loucura*, *O nascimento da clínica* e *As palavras e as coisas*. A *Arqueologia do saber* é constituída por exemplos destas obras, como forma de ilustrar os conceitos ali propostos (CHERQUES, 2010; FOUCAULT, 2008).

⁸⁶ Foucault enumera uma série de noções que servem a esta postura antropológica e que devem ser cuidadosamente repelidas pelo trabalho arqueológico proposto por ele: a tradição, a influência, o desenvolvimento, a evolução, a mentalidade e o espírito (FOUCAULT, 2008).

õ[...] a descrição arqueológica dos discursos se desdobra na dimensão de uma história geral; ela procura descobrir todo o domínio das instituições dos processos econômicos, das relações sociais nas quais pode articular-se uma formação discursiva; ela tenta mostrar como a autonomia do discurso e sua especificidade não lhe dão, por isso, um *status* de pura idealidade e de total independência histórica; o que ela quer revelar é o nível singular em que a história pode dar lugar a tipos definidos de discurso que têm, eles próprios, seu tipo de historicidade e que estão relacionados com todo um conjunto de historicidades diversas.õ (FOUCAULT, 2008, p. 185-186)

Se a preocupação do filósofo era com a história, por que adotá-lo? Justamente porque ele nos propõe todo um campo conceitual para lidar com o discurso em sua prática, na sua materialidade. Então, voltando ao trilha desta pesquisa, o que Fleck chamava de õpensamentoõ, Kuhn de õconhecimentoõ, Foucault chama de õsaberõ, e os três se referem às práticas científicas como partindo de um *a priori* histórico e cultural, sendo condicionadas por eles. O filósofo francês, entretanto, dissocia o saber do que seria científico, e o associa às práticas discursivas; sim, a ciência é saber e prática discursiva, mas o saber pode não ser ciência. Para tentar deixar mais claro o que o filósofo sugerira com esta proposta é importante retrazar os passos dados por Foucault em sua obra.

As obras seriam õunidades do discursoõ. Então um livro, por exemplo, teria sua condição de existência dentro de uma determinada õformação discursivaõ: conjugaria objetos, enunciados, conceitos e estratégias oferecidas pela formação na qual existe, e que estes elementos constituiriam as õregras discursivasõ; dentro destas regras seria possível a õprática discursivaõ e a materialização de cada unidade do discurso. Foucault sugere os enunciados como os articuladores do discurso, performances verbais que garantiriam uma estruturação vertical às formações, tendo uma õfunção enunciativaõ. No entanto, tais enunciados não existiriam em unidade: cada enunciado guarda relação com toda uma trama de outros enunciados, de forma que cada momento de uma formação discursiva guarda para um enunciado um significado dependente da õfunção enunciativaõ em que está inserido. Estes diferentes momentos seriam garantidos pela õpositividadeõ do discurso, que seria a delimitação comunicativa dele, que garantiria a ele uma continuidade na história e que constituiria o *a priori* histórico para a sua existência, e os limites de sua õdispersãoõ; afinal, Foucault sugere que o discurso é povoado por vazios, composto pelas raridades do enunciado. É na existência deste campo descrito que se pode admitir a presença do saber: há saber quando a prática discursiva possui um domínio de objetos; quando guarda espaço para que sujeitos tomem posição para falar dos objetos de que trata o seu discurso; quando possibilita um campo de coordenação e subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem,

definem-se, aplicam-se e se transformam; e quando possibilita a utilização e apropriação oferecidas pelo discurso (FOUCAULT, 2008).

No esquema conceitual proposto no parágrafo anterior, iniciamos citando como exemplo de unidade discursiva o livro. No entanto, no espaço onde se deu esta pesquisa, tive que lidar com escrituras em prontuário. Para tentar fazer a análise deste material, utilizei o conceito de *enuniação* que se caracteriza quando há um conjunto de signos emitido em uma individualidade temporal; não se repete, mas no seu conjunto é capaz de revelar um certo número de constantes gramaticais, semânticas e lógicas que guardam relação com enunciados, logo com uma prática discursiva, logo com o saber (FOUCAULT, 2008). É com este esquema conceitual que sugerimos articular o dia-a-dia das enfermarias com as condições de possibilidade dos discursos que são colocados naquele instrumento, o prontuário.

3.4.2 O que cala, o prontuário

Detendo-me mais especificamente sobre as enunicações do prontuário, pude acompanhar que a descrição médica do quadro clínico relativo a uma usuária era regular, quase que inteiramente repetido, com poucos elementos novos dia-a-dia, correspondentes a novos resultados de exames, observações de especialistas visitantes ou novas condutas propostas. Em resumo, como o próprio discurso médico, era uma descrição baseada em parâmetros fisiológicos medidos através de equipamentos médicos, números que correspondiam a alguma referência, o que fazia do dado algo relevante, ou não, para a análise do quadro patológico. Havia também espaço para a descrição física da usuária a partir dos exames físicos, construída com as palavras do arsenal semiológico médico. Membros e órgãos eram descritos através de siglas, o que tornava a leitura dependente de alguma *tradução*. A estrutura superior do relato era reservada para informações relativas à história da usuária naquela enfermaria: tempo de internação, diagnóstico provável, tratamentos mais relevantes em curso, situações graves já acontecidas, intervenções a que fora submetida; tudo descrito em termos objetivos, em tópicos. Na sua parte inferior, havia ainda um pequeno espaço para as impressões médicas, sucintamente descritas, sempre, e para as condutas adotadas, também descritas em tópicos e de maneira resumida.

Com relação ao relato de enfermagem, este era bem diferente: nas descrições destas profissionais, o corpo era narrado em superfície, aparência, forma, capacidades; raramente surgia alguma descrição como a médica, e, quando havia, quase sempre era representada através de medição da pressão arterial ou de glicose sanguínea. A narrativa era construída em

parágrafos corridos, sem tópicos, e falavam sobre a cor da pele, a forma do abdômen, a consistência das fezes, a frequência da urina; expunham também as intervenções promovidas pelas profissionais. Era um material bem mais curto e menos denso que aquele produzido pelos médicos. Há um ponto em comum nos relatos: os médicos se apropriam de alguns registros produzidos pela enfermagem, entre eles o valor da glicose e da pressão sanguínea das usuárias e a sua temperatura corporal, e registravam que esses valores foram obtidos pelas colegas de enfermagem.

Havia semelhanças entre as duas maneiras de relatar: ambas eram marcadas pela isenção e formalidade; mesmo as impressões médicas eram protocolares e descritas em termos técnicos. O máximo de especulação que ali cabia era representada por um ponto de interrogação após algum termo destacado em um tópico, e só estava ali por ser uma dúvida produzida em consenso, pela equipe. Este é outro ponto de encontro: não havia menção a nenhuma das controvérsias presenciadas no cotidiano. Sobre o caso da usuária que sofrera a dissecação da aorta nada daquilo havia sido relatado em prontuário médico; apesar de toda a revolta da equipe de enfermagem, nada estava ali exposto, sequer havia tido algum relato da enfermagem sobre o acontecimento. Quanto à usuária que por pouco morreu anúrica, não houve nenhuma menção aos debates com os especialistas externos nem às dúvidas surgidas entre os residentes. O encontro com o especialista que sugeriu o procedimento que prolongou a vida da usuária levou a descrições que revelavam a melhora de seus parâmetros clínicos, que acabaram levando à produção e anexação ao prontuário do seu documento de alta hospitalar. Apenas mais uma conjectura, o não encontro poderia ter produzido relatos sobre a falência renal da usuária, que deixara de urinar, e que a levava a morte, tendo anexado a sua história clínica o seu atestado de óbito. Aquilo que se diz no prontuário é sobre a decisão tomada após a resolução de alguma controvérsia, não há espaço para o que poderia ter sido.

Por tudo isso, as narrativas postas no prontuário revelam alguma coisa de como médicos e enfermeiros entendem tecnicamente os corpos humanos, mas se revelam em discursos de uma raridade que pouco guarda relação com a prática cotidiana destes profissionais. É impossível presumir algo do trabalho médico ou de enfermagem a partir do prontuário de uma usuária, a não ser o esforço destes profissionais em serem tecnicamente rigorosos em suas descrições. O prontuário, no entanto, não é apenas um registro com fins a passagem de informação para outros profissionais; ele é o único documento que registra e dá permanência ao trabalho realizado na enfermagem. A sua normalização não é trivial: ela obedece a valores compartilhados entre os profissionais que ali registram, que garantem que a agência humana esteja devidamente resguardada.

Esta sensação que o prontuário seja desumanizado não foi cultivada apenas por mim. Com relação a esse assunto, Lúcia também deu a sua contribuição, revelando criticamente a prática narrativa de suas colegas enfermeiras:

õ[...] eu percebi um padrão na evolução⁸⁷ que é quase um carimbo: -lúcido, -orientado, é sempre as mesmas coisas pro enfermeiro, e isso também denigre, porque toda uma equipe multiprofissional vai ler aquele prontuário; e quando olha o do enfermeiro pode até pular aquela evolução: tá igual a do anterior; o que [é] diferente? Que avaliação é essa? Existe avaliação do enfermeiro? Isso favorece o não reconhecimento.ö

Apesar de não poder dizer sobre a prática cotidiana de médicos e enfermeiros, o prontuário é fruto de uma prática discursiva que resulta de exercícios enunciativos que apenas médicos ou enfermeiros podem fazer. O fato de ser articulado em tópicos, através de siglas e termos semiológicos, faz o relato médico; outro médico o lê sem problemas, aquilo faz sentido dentro da sua visão de mundo. Já Erika, a enfermeira diarista, ao ler o pedaço de uma frase escrita em um prontuário, perguntou para uma médica presente à enfermagem: õo que significa A. I.?ö; esta respondeu prontamente: õAngina Instável⁸⁸ö. Da mesma forma, a narrativa linear, puramente descritiva faz o relato de enfermagem; neste sentido outros profissionais que não são médicos nem enfermeiros, quando escrevem no prontuário, fazem relatos estruturados como o dos médicos, propondo uma conduta ao fim. A enfermagem é a única profissão que, nos relatos que pude acompanhar, se reserva meramente a descrever condutas realizadas; não pude ver relatadas condutas sugeridas por enfermeiras, pelo menos não no prontuário. No próximo capítulo, veremos que elas propõem condutas, mas que estas propostas se concretizam e desaparecem entre as circunstâncias locais.

⁸⁷ A evolução seria o próprio relato no prontuário, palavra que revela traços do que estou dizendo, afinal esta evolução está relacionada ao sentido unidirecional que ganha um caso, desde a internação à alta.

⁸⁸ Um sintoma que se reflete em dor intensa provocada pela constrição de artérias cardíacas.

4 **õ(DES) FECHOSö ó OS EXPERTS, SUAS ILHAS E SEU ARQUIPÉLAGO**

Harry Collins e Robert Evans são sujeitos inspiradores desta dissertação. Construíram juntos *õRepensando a Expertiseö* e nele oferecem uma série de ferramentas para acompanharmos especialistas pelo mundo afora, para tentarmos nos familiarizar com os seus exercícios práticos e discursivos. Como propõem estes sociólogos do conhecimento científico e tecnológico, é isto o que importa: se quisermos falar sobre especialistas, e os dois falam mais especificamente de cientistas, é preciso estar onde eles agem e interagem; e não basta observarmos, é preciso interagir com os especialistas também. Ao contrário do que possa parecer, pois Collins e Evans sugerem que possamos nos familiarizar e interagir com especialistas em seus coletivos, os autores não tentam trivializar a prática destes sujeitos, dizer que fazem algo corriqueiro, desprovido de especificidades. Por estarem preocupados com alguns dilemas de nossa época, a saber, o *õproblema da legitimidadeö* enquanto crescente desconfiança da sociedade em relação à ciência e à tecnologia, e com o *õproblema da extensãoö*, que diria respeito aos sujeitos que estariam aptos a arbitrar nas decisões sobre a aplicação da produção científica e tecnológica, estes sociólogos assumem seu compromisso político de estarem ao lado da ciência, seus fatos e artefatos. E manifestam este compromisso justamente ao querer demonstrar que aquele *õque sabe do que se está falandoö*, o sujeito que possui uma expertise, tem legitimidade social para dizer o que diz, assim como a ciência *õdeveria ser tratada não apenas como um recurso, mas como um elemento central de nossa culturaö* (COLLINS e EVANS, 2010, p. 16).

Não estou exatamente ao lado destes autores, pois não tenho este compromisso político, mas eles dizem que, por mais que possamos interagir diretamente com experts, jamais seremos, por isso, experts contributivos em determinada área. A minha tentativa de entabular uma conversação com médicos e enfermeiros jamais me tornará médico ou enfermeiro; pode ser, e tento fazer acreditar a partir destas páginas, que eu possa falar sobre eles de uma maneira mais adequada que um outro estudante de pós-graduação que tentasse dizer de suas práticas a partir de uma biblioteca. Esta é uma aposta, e estes estudiosos da ciência e tecnologia sugerem que esta aposta é acertada.

Mais do que legitimar a minha aposta, é o uso das categorias e conceitos sugeridos por Collins e Evans que dará a dinâmica para que esta dissertação se encaminhe para o seu encerramento. Isto porque será a partir destes que farei com que as visões de mundo e as constituições coletivas de médicos e enfermeiros façam transparecer a *õharmonia de suas ilusõesö*. Antes, porém, devo alertar porque entendo que médicos e enfermeiros são experts:

levando-se em consideração que experts são aqueles que sabem sobre o que se está falando (COLLINS e EVANS, 2010), pode-se presumir, a partir do que expus nos capítulos dois e três, que médicos e enfermeiros sabem especificamente sobre algo, e algo distinto entre uns e outros.

Nos próximos itens e subitens, apresento os conceitos e categorias oferecidos em Repensando a expertise, usando como exemplo um caso que me acompanhou por toda a extensão da pesquisa de campo: um caso médico muito interessante, um caso de enfermagem bem inconveniente.

4.1 O fluxo do conhecimento tácito e o ciclo formativo médico

Collins e Evans propõem diferentes níveis de expertise, hierarquizadas, e o elemento organizador, que conferiria valor a cada expertise, seria o conhecimento tácito. Este conceito diria respeito à compreensão profunda que um indivíduo apenas pode obter por meio da imersão social em grupos que a possuem (COLLINS e EVANS, 2010, p. 10). Este tipo de conhecimento não é dependente apenas de uma transmissão lógico-formal, seria uma unidade complexa compartilhada por meios que os próprios transmissores não seriam capazes de explicar. Em busca de oferecer mais clareza ao leitor, Kuhn também nos traz, em A estrutura das revoluções científicas, uma definição sobre essa forma de conhecimento, conceito extraído da obra de Polanyi⁸⁹: seria aquele adquirido através da prática e que não pode ser articulado explicitamente (KUHN, 1978, p. 69). Tendo como referência este conceito, Collins e Evans entendem que a expertise é uma posse real e substantiva de grupos de experts e que indivíduos adquirem expertise real e substantiva por meio de sua associação a esses grupos. Logo, o processo de aquisição de expertise seria um processo social e uma questão de socialização dentro das práticas de um grupo de experts e pode ser perdida caso se passe um tempo longe desse grupo (COLLINS e EVANS, 2010, p.3-4). Esta socialização levaria tempo e demandaria esforço daquele sujeito que pleiteia se tornar expert, seria um verdadeiro processo de enculturação. Com relação a lidar com esta forma de conhecimento e com os processos de enculturação, foi essencial a realização da pesquisa em um hospital universitário. Vamos a um exemplo claro do que quero dizer com isso.

Desde a minha segunda visita ao campo à penúltima que fiz, pude acompanhar com bastante intimidade o caso de uma usuária. Este caso era complexo, trazia muita incerteza à

⁸⁹ República da ciência.

equipe médica: a mulher tinha uma doença autoimune, mas apresentava sinais e sintomas incompatíveis com esta doença de base, sobretudo um cisto pancreático aparentemente inexplicável, cisto enorme que comprimia seus órgãos internos; os médicos, diante do enigma que aquele corpo apresentava, colocaram tudo em dúvida, inclusive a doença autoimune. A mulher era magérrima, tinha dificuldades para alimentar-se por sentir as inconveniências causadas pela compressão do cisto em seu sistema digestório; era uma usuária muito vulnerável fisicamente, e esta vulnerabilidade gerava insegurança à equipe médica, sobretudo à Letícia e Tatiane, que cercavam a mulher de proteções e atenção.

Passei dois meses acompanhando o caso, ouvindo tudo o que se dizia a respeito da usuária. Já imaginava que não acompanharia a alta daquela mulher, e realmente não pude acompanhar. Já começava a me despedir do campo quando pude ver uma situação inusitada, que revela algo sobre o fluxo do ãconhecimento tácitoõ entre os médicos: via um grupo de oito médicos que estava na frente da ilha de medicina, fazendo uma pequena reunião, formando um ãtromboõ⁹⁰ quase intransponível. Falavam abertamente, com detalhes, sobre o caso da usuária, ainda confuso, embora esta estivesse há tanto tempo ali; ela estava muito próxima ao grupo, e podia ouvir todos os detalhes da confusão em torno da sua ãevoluçãõõ clínica. Apesar de estarem bem à vontade, aqueles médicos não eram nativos da enfermaria e pareciam estar exercitando seus conhecimentos a partir do caso. Dois deles tinham tablets nas mãos, onde faziam pesquisas e, a partir dos achados na rede virtual, os comunicavam aos colegas do grupo. Pareciam diplomatas em missão de paz, calmos, as mulheres com suas jóias, todos com seus jalecos. Enquanto os médicos dialogavam, uma usuária e sua acompanhante, que procuravam Tatiane na ilha da medicina, tiveram dificuldade em passar pelo ãtromboõ, mas devagar se esgueiraram em meio aos de branco, e conseguiram bater à porta, onde foram atendidas por uma residente que lhes disse que aguardassem um pouco. O grupo permaneceu ali ainda por trinta minutos, tempo em que conversavam tranquila e naturalmente. Após este tempo, retiraram-se. A usuária e sua acompanhante, pacientes, se sentaram à mesa da enfermagem, vazia naquela ocasião.

Pensava na tranquilidade com que aqueles médicos ãestrangeirosõ permaneceram em meio ao fluxo atarefado da enfermaria, o que era comum acontecer, sempre em grupos de determinada especialidade. Ainda refletia sobre o assunto quando aquele grupo de médicos voltou e se posicionou na entrada da enfermaria, muito próximos a mim. Desta vez, vinham em volta de um senhor mais velho, que parecia ser uma espécie de orientador; ele estava de

⁹⁰ Referência à formação dos trombos sanguíneos no leito venoso humano, evento que impede a saída de sangue nos traumas comuns, mas que pode provocar o entupimento do fluxo sanguíneo, em casos de doenças do sistema circulatório.

frente a uma senhora de meia idade, que era quem ele buscava como interlocutora, e todos formavam um círculo. O senhor escutava o que seus pupilos diziam e os esclareciam sobre passos a serem tomados, dando luz às dificuldades até ali encontradas naquele caso específico. Tatiane, que se juntara ao grupo, falava sobre o tratamento da usuária e todos cogitavam uma série de novas possibilidades terapêuticas e diagnósticas. Foi quando uma das médicas, a senhora de meia idade, tomou a palavra e deu início a um dos momentos mais surpreendentes de toda a minha pesquisa, pois eu nunca tinha visto aquela senhora por ali: relatou com minúcia e detalhes, que sequer estavam em prontuário, toda a trajetória clínica daquela mulher, tudo o que fora tentado, o que surpreendentemente aparecera durante o caso, controvérsias na condução e as opções escolhidas em cada controvérsia; enfim, descreveu complexamente o caso dela, de uma forma viva, como se tivesse acompanhado cada minuto da internação daquela usuária. Em determinada passagem, disse sobre a confusão de um caso e o aprendizado em medicina: «ficamos tão ansiosos buscando diagnósticos, que perdemos a oportunidade de tentar certos tratamentos». E, enquanto dizia isso, a médica sugeria certa intervenção cirúrgica, a ser feita pela *ogastroö*, que já devia ter sido tentada, em sua opinião. A discussão circulava em torno da espera, ou não, do resultado de uma biópsia, que a médica achava desnecessária.

Bem, sobre aquela capacidade narrativa da médica *õestrangeiraö*, esta não surpreendeu a ninguém, apenas a mim, estrangeiro autêntico naquela terra. Mas uma reflexão merece ser explorada: se aquela médica não era nativa dali, se não era responsável pela enfermaria nem pelos residentes nativos, em que instância ela acumulara aquele conhecimento sobre um determinado caso clínico? Que tipo de articulação existe entre médicos, em sua prática, que garante a passagem maciça de informação entre uns e outros? Pareciam, até, que formavam uma espécie de *õconsciente coletivoö*! Pelo que pude acompanhar nestes meses, interpreto que o constante debate clínico que vi acontecer na ilha de medicina se estendia aos *rounds* clínicos externos à enfermaria, onde estes outros médicos deviam estar, espaços que, como tenho alertado, não pude experimentar.

Após a fala da médica, o grupo ainda permaneceu em debate e redebate sobre o que foi discutido por muito tempo ainda. Neste dia, saí da enfermaria junto com eles; eram dez médicos que haviam debatido um caso clínico por horas a fio, naquele ambiente intenso, apressado. Não estou julgando o que faziam, estou salientando a estranheza desta atitude coletiva, cheia de trocas, numa prática de debate saudável e democrática, claro que respeitando algumas posições, como a dos médicos mais experientes. Havia uma coesão

assustadora entre os médicos, um diálogo de iguais. Mas para estar ali, claro, era preciso ser médico.

Retomando o diálogo com Collins e Evans, torna-se simples dizer sobre o fluxo do conhecimento tácito entre médicos, tendo a situação à vista. As residentes nativas da enfermaria discutiam diariamente o caso com seus colegas residentes, sob a audiência das internas. Nestas discussões, o conhecimento mobilizado, as técnicas possíveis, os valores implícitos eram articulados sob uma forma exemplar que podia ser mobilizada apenas por aquele grupo, naquelas práticas. Por sua vez, estas residentes iam ao encontro de grupos de médicos mais experientes e especialistas em determinada área; nesta situação descrita eram reumatologistas, e passavam a eles as informações, as decisões e incertezas em torno do caso que acompanhavam, em linguagem tecnicamente codificada, precisa. Este fluxo garantia que aqueles especialistas viessem à enfermaria e usassem aquele caso como exemplo clínico para ensinar prática médica a postulantes àquela especialidade. E todo esse fluxo garante a coesão daquele coletivo, a harmonia de suas ilusões.

Assim, trazendo a narrativa mais especificamente para o percurso formativo médico, uma interna que termina sua graduação em Medicina, já a conclui pensando na Residência em clínica médica. Esta pretensão foi flagrada algumas vezes durante a pesquisa: houve uma interna que revelou a mim o desejo, a ser adiado, de fazer um Mestrado, pois era necessário fazer os quatro anos de Residência, os dois anos de clínica médica mais os dois na especialidade de sua escolha. Em outra ocasião, pude acompanhar as residentes comentando para quais internas torciam que passassem na prova da Residência, que estava em andamento; esta torcida era equivalente a capacidade das internas em colaborar para o esclarecimento dos casos clínicos, assim como seu desejo em acompanhar um caso. Essas internas que se tornariam residentes já sabiam exatamente o que se esperava delas, quando chegassem a uma enfermaria: fluência no dialeto clínico e capacidade de explorar e interpretar os sinais e sintomas das doentes, representados em números objetivos, se possível. Estas residentes em clínica médica neófitas, então, frequentarão inúmeras das arenas decisórias médicas, sempre levando as informações sobre os casos que acompanham. Concluíram a residência em clínica médica e se tornarão residentes em alguma especialidade, caminhando junto aos grupos que pude ver aos montes. Por fim, serão especialistas e serão convocadas a auxiliar e legitimar a decisão de algum clínico, em algum hospital por aí, ou ainda estarão no centro de algum grupo de especialistas.

Assim flui a formação médica neste hospital, sempre em evolução: aquele que mais casos clínicos presenciou na vida se distanciará da beira do leito e falará de um caso o

incluindo na gama geral de sua experiência. Esta fala será articulada a partir do relato de outro médico menos experiente, para um grupo nem tão inexperiente que cada vez mais está apenas entre médicos.

Outra curiosidade importante diz respeito à maneira como os médicos parecem entender o conhecimento; nas entrevistas, quando perguntei aos três residentes as características de um bom médico, todos disseram que este precisava ter conhecimento científico e experiência. Com exceção de Vítor, que colocou experiência e conhecimento científico no mesmo patamar, as outras duas colegas disseram que não confiariam em alguém que tivesse ampla experiência e que tivesse pouca ciência. Eles parecem não reconhecer toda essa dinâmica, acham que o bom médico deve saber (experiência e ciência), apenas. Acontece com os médicos aquilo que Collins havia visto entre os cientistas, algo como a cristalização da certeza (COLLINS, 2011, p. 98). Todo o processo contingente da prática médica é sublimado em favor do entendimento que o médico que acerta é aquele que sabe, e não aquele que articula seus saberes em meio às sociabilidades daquele grupo, jogando com destreza. As incertezas médicas são tão apressadas quanto sua atividade, desaparecem no instante de cada alta hospitalar.

4.1.1 A tabela periódica das expertises: entre os elementos nobres e os comuns

Muito se adiantou sobre os experts médicos no subitem passado. Voltarei a ele para exemplificar este que se inicia, além de usar algumas outras situações que tornem mais vivas as categorias sobre expertise oferecidas por Collins e Evans. Estes autores têm maneiras criativas e controversas de apresentá-las, mas sempre fazem de forma didática e operativa. Assim, baseados no conceito de conhecimento tácito, definem uma tabela periódica das expertises⁹¹, propondo uma hierarquia entre o que sabem do que se está falando (COLLINS e EVANS, 2010, p. 21). Desta forma, partem da premissa de que qualquer sujeito que viva em sociedade possui expertise ubíqua, que seriam todas as habilidades infinitamente indescritíveis necessárias para se viver em uma sociedade humana (COLLINS e EVANS, 2010, p.24). Ora, é interessante perceber que a primeira atitude tomada pelos autores para tentar lidar com a arbitragem em assuntos da ciência e tecnologia tenha sido atribuir a todos um saber do que se está falando; mas estes experts ubíquos estariam na base da hierarquia, e poderiam galgar posições na tabela de expertises à medida que

⁹¹ Referência a popular tabela que orienta e hierarquiza os elementos químicos.

adquirissem conhecimento tácito ubíquo, que seria como algo fruto de expertises especializadas, mas que estariam disponíveis didaticamente para todos. Assim, adquiririam conhecimento de buteco à medida que tivessem conhecimento factual disponibilizado em descansos de copos, em qualquer bar. Em seguida, adquiririam uma compreensão popular de ciência à medida que lessem livros, jornais ou revistas especializados em ciência. Por fim, teriam um conhecimento de fonte primária à medida que lessem, por interesse individual, artigos científicos, hoje democratizados através da internet. Esta leitura seria caracterizada como ingênuo, afinal não teria o suporte de um arcabouço de conhecimentos com os quais aquele artigo estaria dialogando (COLLINS e EVANS, 2010).

Relembrando, neste último parágrafo estávamos no terreno do conhecimento tácito ubíquo, algo passível de ser adquirido através da leitura. Agora passarei para os limites do conhecimento tácito especializado, que não é acessível a todos e que se dá em um processo de enculturação. A enculturação em uma área especializada seria o único modo de se dominar uma expertise que está profundamente imbuída de conhecimento tácito, visto que é somente através da prática comum com indivíduos já enculturados que vêm a ser entendidas as regras que não podem ser escritas (COLLINS e EVANS, 2010, p. 36). Seriam duas as formas de expertise associadas a este conhecimento especializado: a expertise contributiva e a expertise por interação (COLLINS e EVANS, 2010, p. 36). Este ponto é essencial para esta dissertação.

Passo então à expertise contributiva: é um expert contributivo aquele que tem a habilidade de desempenhar uma prática especializada, que contribui para a área a que pertence, que tem a possibilidade de fazer coisas dentro da área de expertise (COLLINS e EVANS, p.37, 2010). Os médicos seriam experts contributivos em sua área, assim como os enfermeiros contribuiriam na sua. Lidariam com os iniciantes, repassariam seu conhecimento tácito e formal, teriam o reconhecimento, naquela realidade social, de suas atribuições específicas, assim como aplicariam sua expertise sem contestação.

A outra forma de expertise imbuída de conhecimento tácito especializado seria a expertise por interação. Esta proposição dos autores está articulada a uma hipótese que deriva de alguns trabalhos já realizados por eles: a hipótese forte da interação. Esta categoria de expertise consistiria em uma expertise na linguagem de uma área do conhecimento na ausência de expertise na sua prática (COLLINS e EVANS, 2010, p.43-44), e demandaria uma enculturação dentro de uma comunidade linguística (COLLINS e EVANS, 2010, p.47); implicaria em uma completa fluência na linguagem de uma área especializada que pode ser adquirida na ausência de imersão física máxima em uma dada

forma de vida (COLLINS e EVANS, 2010, p.47-48). Talvez, neste ponto, seja importante fortalecer a proposição dos autores para que fique mais clara: não é necessária a imersão prática, mas é imperativa a imersão linguística; para isso é forçoso que o expert por interação esteja entre experts contributivos que lhe permitam aprender a linguagem daquela área. Esta condição conferiria um caráter parasitário a este tipo de expertise; afinal, se o expert por interação for privado da convivência da comunidade de experts contributivos ele deixará, paulatinamente, de dominar aquela linguagem. No entanto, se o expert tiver expertise por interação em determinada área, no nível da linguagem, um avaliador externo não conseguirá distingui-lo de um expert contributivo; esta é a hipótese forte da interação (COLLINS e EVANS, 2010).

Por vários motivos esta categoria de expert por interação me foi útil no decorrer da pesquisa. Não posso dizer que tenha me tornado um expert por interação em relação a médicos e enfermeiros, mas a atenção que dispensei à linguagem destes experts foi especial. E isto foi de grande utilidade para que eu percebesse muito do que estava implícito em cada debate, embora não fosse o suficiente para me intrometer em qualquer debate. Com relação ao trabalho médico, também me ofereceu oportunidade interessante, pois médicos clínicos não são experts como médicos especialistas. Os clínicos dominam o dialeto clínico e com ele conseguem interagir com quaisquer especialistas, mesmo que saibam pouco sobre tal especialidade. Quanto menos souberem, mais estarão suscetíveis à opinião do especialista; entretanto, a categoria revela o limite de que, entendendo-se os clínicos como experts interativos, estes seriam contributivos no limite em que lidam diretamente com a prática e decidem, apesar da mencionada suscetibilidade à opinião de um especialista. Dentro destes limites, se pode atribuir aos residentes do segundo ano, aqueles que assumem, de fato, as práticas e as decisões médicas na enfermagem, a expertise contributiva em clínica médica. Tal atribuição conferiria um caráter rotativo e instável àqueles que contribuem para esta expertise, sendo, como prefiro denominar, uma expertise de transição⁹².

Com relação à enfermagem, que não apresenta uma linguagem técnica fluente e própria, a ideia de expertise fundamentada no que se está falando seria insuficiente. Como eu disse nos capítulos dois e três, as enfermeiras pouco dialogam entre si, o debate é quase inexistente, de forma que o sentido mais apropriado para lidar com a expertise das enfermeiras seria: as que sabem sobre o que estão fazendo. Adotando este sentido, podemos analisar as especificidades destas profissionais de maneira mais cuidadosa. Desta maneira,

⁹² Claro, no contexto de um hospital universitário, cenário da minha pesquisa.

enfermeiras residentes do primeiro ano desenvolvem habilidades relacionadas ao cuidado direto ao usuário, aprimoram suas técnicas de intervenção e observação direta ao corpo doente. Curiosamente, quando estão relativamente seguras destas técnicas, passam, no segundo ano, a aprender sobre técnicas de gestão de insumos e de pessoas. Outra característica importante, que as difere sobremaneira dos médicos, é que aprendem com experts contributivos que não têm exatamente a tarefa de ensinar⁹³, e que muitas vezes são mais inexperientes que as próprias residentes. Estas características tornam a enfermagem um grupo pouco coeso, complexo para caber nas categorias propostas pelos sociólogos.

Mesmo tendo que lidar com insuficiências e imprecisões, as categorias de expertise oferecem excelente oportunidade para interpretar algumas situações, além de permitir o aprofundamento sobre as dificuldades encontradas na interação entre médicos e enfermeiros. Antes de me enveredar nos usos dessas categorias, vou fazer um exercício lógico, algo pouco comum nesta narrativa: sendo o hospital um equipamento de cura, cura dentro de argumentos biomédicos (BONET, 1999; FOUCAULT, 1979; CAMARGO JR., 2005), sobretudo em argumentos clínico-fisiológicos, como tenho descrito no decorrer da dissertação, esta seria a expertise especializada mais relevante neste equipamento. Quem decide sobre o diagnóstico e conseqüente possibilidade de cura, tendo a enculturação necessária nesta expertise especializada, é o médico. Dentro deste exercício lógico haveria um espaço nobre para este expert especializado. Não que enfermeiros deixem de ser experts, mas saberão sobre algo que apóia a expertise médica. Assim, baseado nas situações que vi, que descreverei com maior minúcia neste capítulo, digo que há uma expertise nobre⁹⁴ entre outras, e esta é dominada por médicos.

4.2 O discurso do rei: a fala objetiva e o objetivo da fala

No capítulo três, indiquei a existência de um dialeto clínico dominado pelos médicos, dialeto munido por termos objetivos e seguros. Esta linguagem particular, usada com maior liberdade na ilha de medicina, invadia todos os assuntos abordados por aqueles profissionais. Em uma oportunidade, ouvi uma residente reclamar que era alérgica a gatos, que tivera um

⁹³ Como disse no capítulo dois, a enfermeira diarista era aquela que estava diretamente com as residentes, no cotidiano; Erika era a mais jovem das enfermeiras entrevistadas e também a que tinha menor tempo de formada. A chefe enfermeira da enfermaria não se excluía das atividades e do ensino, mas suas atribuições estavam mais voltadas para a mediação com outros extratos da hierarquia institucional.

⁹⁴ A nobreza sugerida por mim é também relativa à tabela periódica dos elementos químicos. Dentre estes elementos, existem os gases nobres; estes assim são chamados por terem estabilidade própria, por não reagirem com outros elementos. Tais elementos encontram-se puros na natureza, não compõem moléculas em interação com outros elementos.

namorado que tinha um gato, e que passara os cinco anos de namoro õdispnéicaö; sua interlocutora, também residente, exasperou-se com a colega, não conseguia acreditar que suportara os cinco anos de relacionamento. Aliás, relatos de natureza pessoal eram incomuns, e as narrativas sobre viagens, por exemplo, a Orlando e casamentos sofisticados duravam o tempo entre o fechamento de um e a abertura de outro prontuário. Quase todo o tempo discutiam casos e curiosidades clínicas, estavam imersos naquele mundo.

Toda a objetividade dos termos que usavam, dos números a que recorriam, desaparecia nas longas frases e efeitos técnicos explorados no decorrer de um debate clínico. Médicos se apoiavam nestes termos para falar, e só falavam nestes termos, e seu discurso tinha um fim orientado para a decisão diagnóstica. Entretanto, como já pude revelar em exemplos por todos os capítulos, a objetividade dos termos não garantia a inviolabilidade do discurso. As hipóteses diagnósticas eram intensamente debatidas entre os pares, e a capacidade de dominar o uso dos termos, dos números e associá-los à bagagem clínica que traziam era essencial para que, ao menos, um médico fosse ouvido por seus colegas. O domínio da linguagem clínica era essencial para o reconhecimento.

Um exemplo do que digo pode ser visto numa constrangedora situação que pude experimentar; nesta, duas médicas residentes da hematologia, muito jovens, chegaram à ilha de medicina e pediram para falar com Letícia. Elas queriam saber as novidades sobre o caso de uma usuária que estavam acompanhando junto com a residente nativa, e foram recebidas por Vítor. Uma das jovens tinha o sotaque característico do Pará; usando este sotaque, em tom jocoso, comentou que a enfermaria estava cada vez mais bonita. O residente ouviu, riu e iniciou conversa sobre as usuárias que estavam usando sangue, conversa eminentemente técnica. As jovens em especialização aconselhavam Vítor sobre a condução clínica dos casos de duas usuárias quando uma médica mais velha entrou na ilha e se juntou à conversa. Esta médica era responsável por acompanhar as postulantes à especialidade em treinamento, e, após escutar as jovens por alguns minutos, reprovou a que tinha sotaque sobre sua atitude discursiva: õsua fala tem um *delay*ö. A residente de imediato se calou, e, a partir dali, passou a ter postura passiva, ouvindo a mais experiente que conversava com Vítor. Logo em seguida, Letícia chegou à ilha e se envolveu no debate. Este circulava sobre os mesmos casos que antes conversavam as jovens especialistas e Vítor, e o residente repetia quase que as mesmas informações sob o silêncio absoluto das jovens. Letícia também falava, e era bem fluente na sua narrativa; de forma natural, a médica mais velha passou a dialogar exclusivamente com ela, e ambas foram até o leito de uma usuária, pois a residente queria mostrar algo a ela. Quando as duas saíram, as jovens em especialização reclamaram com Vítor sobre a postura da

orientadora: diziam que ela era desagradável e a acusavam de confundir mais que orientar, em relação ao acompanhamento dos casos. O médico ouvira em silêncio e com pressa se retirou para acompanhar as outras duas.

Quando Letícia e a especialista voltaram à ilha, ainda conversavam afiadamente sobre o caso da usuária mostrada pela residente. Toda a pergunta feita pela médica experiente encontrava uma resposta técnica à altura, toda a sugestão encontrava uma ponderação sobre a adoção ou não daquela. Ao fim do diálogo, a especialista perguntou se Letícia era R3, e ela respondeu ser R2; completou a resposta afirmando que no ano seguinte seria R1 de cardiologia, embora as provas ainda nem tivessem começado, à época. A senhora, então, perguntou: ãão quer ser hemato? Você tem cara de hematoö. Letícia respondeu que õhematoö era muito complicado, e a senhora riu. Era um õflerteö, parecia uma õcantada especializadaö, mas fora feito sob os olhares das jovens em especialização, e me parecera nítido que se tratava de um recado para as õsuasö residentes. Poucos segundos depois as três se retiraram da ilha, e Letícia retomou suas atividades.

A linguagem era determinante entre os médicos, e isso me envolvia de tal forma que tomei a atitude de conversar abertamente sobre esse envolvimento com uma das residentes nativas. Já estava para o fim do período de observação, a barata já tinha sido morta⁹⁵, e aproveitei que a médica havia me perguntado sobre o andamento da minha pesquisa. Surpreso e contente com o interesse, respondi-lhe que a pesquisa estava empolgante, que eu estava fascinado com a forma como os médicos se organizavam, com a coesão deste grupo profissional. Então lhe revelei o quanto uma reunião entre especialistas da reumatologia, aquela que usei como exemplo no início do capítulo, havia me impressionado, sobretudo a fluência com que uma médica havia falado sobre o caso de uma usuária, sendo que eu nunca havia visto aquela profissional por ali. Eu lhe dizia que não conseguia entender como médicos conseguiam transmitir tanta informação entre diferentes pessoas, sem perda de conteúdo, ou agregação de ruídos ao relato. A residente me ouvia com um sorriso nos lábios; identificou a médica da qual eu falara e explicou o fluxo das informações clínicas a partir da dinâmica entre os médicos: disse que uma residente da reumatologia ia lá todos os dias acompanhar a usuária, e que todas as decisões dos médicos da enfermaria são compartilhadas com a equipe da reumatologia; a residente em especialização seria a ponte com aquela equipe. A minha interlocutora estava nitidamente curiosa com a minha empolgação, parecia não entender

⁹⁵ Situação relatada no item 1.6.

muito bem se havia me compreendido com clareza; parecia, ainda, entre a sensação de estar achando óbvia a minha conclusão e nunca ter parado para pensar sobre aquilo.

Como expus neste capítulo, no item 4.1, os residentes são o cimento da atividade médica, os elos numa rede de médicos. Já são médicos, tidos como pares; entretanto, precisam provar envolvimento com a prática médica para seguirem percursos mais promissores, para tornarem-se consultores a partir de alguma especialidade. E este envolvimento é garantido pelo domínio da clínica, de sua linguagem. A linguagem e a prática só se desenvolvem a partir da intensa vivência de casos clínicos, do afiamento de seus discursos a partir dos debates em torno destes casos. São nesses debates que os médicos provam o saber do que se está falando. Acompanhei inúmeras discussões clínicas e nelas pouco importava a razão do médico que articulava sua hipótese; era valorizada a astúcia com que construía seus argumentos, a rapidez com que respondia a uma sugestão, acatando-a no curso da sua hipótese ou negando-a nas impossibilidades advertidas pela sua experiência. A preocupação do bom médico é apresentar um discurso robusto, que ofereça a base, na forma de hipótese diagnóstica, para que se avance nas tentativas de cura. Vítor, Leticia e Tatiane queriam tornar-se esse médico, e me ensinaram muito do que é relevante na prática médica. Pude vê-los inúmeras vezes apresentarem uma hipótese convincente, mesmo que errada. Em inúmeras vezes vi refazerem suas hipóteses em plena construção, a partir da argumentação de alguém mais experiente. Em pouquíssimas vezes pude acompanhá-los em dúvida sobre alguma hipótese, e quando isso acontecia era algo tão discreto que podia ser dividido apenas com aquele colega que se tinha mais intimidade. A certeza era o valor de excelência, mesmo que, por ventura, estivesse fundamentada em argumentos incorretos.

É desta forma que estes profissionais produzem sua própria competência clínica, acumulando casos, afiando o discurso, robustecendo sua capacidade de construir uma hipótese coerente. Isto só é possível sob intensa negociação entre os pares. Para ser o par que chega ao centro da roda e influencia todas as hipóteses de seus outros pares, é preciso ter negociado muito, visto muitos casos e, principalmente, muitos outros pares. Também é preciso se atualizar, claro, quanto ao conhecimento biomédico que se produz lá fora⁹⁶, mas este é facilmente incorporado ao discurso clínico, basta que se domine a linguagem e que algum par o tenha acessado e o feito incorporar naquela cultura local. A coesão médica é tão assustadora quanto a distância que guardam da materialidade física da enfermaria.

⁹⁶ Camargo Jr. apresenta a relevância do conhecimento biomédico tido como científico na prática clínica, descrevendo a intensa influência que este conhecimento provoca no imaginário dos clínicos, suas ansiedades e insatisfações (CAMARGO JR., 2003).

4.3 As enfermeiras entre o excesso do fazer e a escassez do dizer

As enfermeiras falam pouco. Quando é preciso fazer a drenagem dos líquidos acumulados no rim de uma usuária, como apresentei em exemplo no capítulo três, elas estão prontas para isso: separam os materiais existentes, fazem a intervenção baseadas em manuais ou na experiência de alguma delas. Geralmente, a mais experiente organiza o trabalho das outras, quando o trabalho é compartilhado, dividindo as atividades entre o grupo. Quando as atividades estão divididas, falam pouco; se não houver dúvidas, nem falam. Assim é a maneira como estas profissionais lidam com a prática: raramente debatem com o médico sobre o procedimento a ser feito, dificilmente discutem entre si se há algo melhor a ser feito. Fazem, todo o tempo.

Claro que há exemplos contrários ao que eu disse; são exemplos tão raros que promovem verdadeira corrida das enfermeiras ao evento que o desencadeia. Foi como pude acompanhar em um acontecimento, logo após a cirurgia feita em uma usuária, relatada no capítulo dois. Enquanto as enfermeiras Erika, Margarete e outra residente arrumavam o leito da mulher e a limpavam, a médica Tatiane passara e dera a ordem para que se iniciasse a infusão venosa de Noradrenalina⁹⁷. A médica completara a prescrição dizendo que a infusão deveria ser feita através de determinado acesso a ser aberto pelas enfermeiras. Como de praxe, a ordem havia sido dada em trânsito, e Tatiane não pôde ver a reação de contrariedade imediata revelada por Margarete, pois já estava dentro da ilha de medicina. A enfermeira chefe parou o que estava fazendo e disse às colegas não ser possível a passagem do medicamento por aquele acesso, pois já estava imensamente comprometido por infusões passadas. Em seguida, foi à ilha de medicina procurar Tatiane e colocar a questão. Não pude ir ao encontro delas, mas eu e todos podíamos ouvir a conversa a partir da enfermaria, uma conversa em tom alto que durou alguns minutos. Quando voltou, Margarete avisou as colegas que a médica havia dito que seria como tinha prescrito, por ela nada seria corrigido. As enfermeiras discutiram com empolgação durante mais alguns minutos, e a chefe de enfermagem tomou a seguinte decisão: como sabia, por experiência, que a solução não passaria por aquele acesso, elas deveriam abrir outra passagem para que a infusão fosse feita. E assim fizeram, revelando a situação mais radical de discordância técnica entre médicos e enfermeiras em que a decisão das enfermeiras prevaleceu. As enfermeiras, então, se

⁹⁷ Hormônio naturalmente produzido pelo corpo humano que tem repercussão positiva sobre a atividade cardíaca e circulatória. Este hormônio encontra-se na enfermaria como um medicamento, para ser usado em casos extremos, quando há risco de parada cardio-respiratória.

paramentaram e organizaram-se em torno do procedimento, e eu via seu comportamento repleto de dignidade; é claro que este comportamento podia estar na maneira como eu via, a partir do meu entendimento sobre a situação relatada.

De acordo com as minhas observações do campo, a passagem venosa de medicamentos, e outras soluções através da abertura destes acessos, era uma atribuição comum das enfermeiras. Eram elas que sabiam como fazer aquilo. Neste caso específico, havia uma recomendação médica para que o procedimento fosse feito de determinada forma, e as enfermeiras, baseadas na vivência clínica de sua representante mais experiente, passaram por cima do que estava prescrito. Apesar de estarem quase sempre subordinadas às prescrições médicas, havia resistências, baseadas em um saber sobre determinado fazer. Entretanto, a prescrição da médica e a decisão das enfermeiras não foi relatada em prontuário; neste aparecia o relato das enfermeiras como se tivessem feito mais um procedimento prescrito. A decisão delas e a controvérsia entre as profissionais desapareceram.

As negociações entre médicos e enfermeiras também aconteciam nas arenas externas, e estas eram feitas principalmente entre os chefes médicos e de enfermagem e em torno da ocupação de leitos na enfermaria. As decisões sobre a internação de usuárias era discutida entre estes profissionais, mas a única enfermeira que negociava era Margarete. Segundo ela, era a responsável por moralizar o assunto, evitar que a enfermaria se tornasse um depósito de doentes. Em uma conversa que tivemos, a chefe de enfermagem revelou algo sobre essas negociações. O assunto começara a partir da minha curiosidade sobre a grande quantidade de usuárias acometidas por neoplasias na enfermaria; entre as que pude acompanhar nas minhas observações, mais de setenta por cento delas internaram por complicações decorrentes de neoplasias. Assim, perguntei se aquela enfermaria sempre tivera esse perfil oncológico. Margarete se mostrou surpresa com a minha curiosidade, não tinha atentado para isso, e respondeu insinuante: ã neste momento temos neoplasias. Bem, o diretor do hospital é da oncologia torácica. Seguímos conversando sobre o assunto, e perguntei diretamente como eram as negociações de leitos com a equipe médica. Margarete, antes surpresa, parecia espantada; mas não se esquivou da pergunta. Começou a resposta por um ponderado ã veja bem, e seguiu dizendo sobre a tensão destas negociações. Em um ponto, se deteve sobre uma situação específica: ã outro dia estavam querendo internar um paciente aqui e não havia espaço. Então eu disse: -se fosse seu pai, você gostaria que eu esfregasse a bunda na cara dele?ã Então eles desistiram da internação. E emendou: ã nós também negociamos. Outro dia tinha um paciente que *tava* em outra enfermaria e não melhorava; trouxemos ele pra cá, ele melhorou rapidinho e demos alta. A enfermeira chefe relatou esta situação como participante

do processo de negociação da alta, participação que nunca pude observar. Margarete finalizou o assunto dizendo sobre a prática desta negociação em torno da ocupação dos leitos: ãoã pode ser sempre não, assim como não se pode dizer sim sempre. Para isso é necessário termos uma faculdade, para termos os critériosö. E assim a enfermeira revelou a importância do conhecimento de enfermagem em uma negociação: elas õsabiam sobre o que estavam falandoö quanto aos critérios para se internar ou não uma usuária na enfermaria. Entretanto, o exemplo que ela usou para dizer sobre a prática dessa negociação, aquele em que ela pedia que o médico pensasse na internação de seu pai, não me parece eminentemente técnico.

Não quero dizer com isso que a enfermagem não estabeleça critérios técnicos para permitir ou não a internação de alguém. Estabelece sim, e elas tentam lidar com o assunto de maneira tecnicamente responsável. Quero sugerir, apenas, que o debate com os médicos não se faz tecnicamente; o exemplo que ela usou, e os outros que pude presenciar, sempre revelaram a dificuldade que estes profissionais, médicos e enfermeiras, encontram de articular-se tecnicamente. A articulação acontece pelo padrão prescrição médica-atendimento do que está prescrito, pela enfermagem. Quando tentam negociar qualquer procedimento, quase sempre o debate se desenrola para o uso de palavras objetivamente agressivas.

Mas, antes de explorar o assunto do parágrafo acima, o que será feito nos próximos itens, vou me estender um pouco sobre o papel da interlocução intra-profissional para as enfermeiras. Estas parecem ver o diálogo como algo inconveniente. Quando acontece, tem um caráter destrutivo para as práticas, ganham contornos õconfabulatóriosö. Sobre o diálogo com as colegas, Erika disse o seguinte: ãoã por ser colega de profissão, mas por serem pessoas, né... a gente tem diferença com todo mundo, não tem jeito. Então tem horas que bateö. Já Lúcia explorou o assunto de maneira mais direta: õa relação na enfermagem, e aí até comparando com outras profissões, pelo que eu vejo, por exemplo: eu vejo o médico muito corporativista, um ajuda o outro; eu não vejo isso na enfermagemö. E diz sobre a relação com os técnicos de enfermagem:

õ[...] pode ser preconceito meu, mas eu vejo que a equipe técnica, por exemplo, eu acho que o nível de conhecimento, o nível de estudo, influencia na sua maneira de se comportar, naquilo que você dá prioridade e aquilo que você dá atenção; porque eu vejo pessoas que estudaram muito, não se prendem, por exemplo, à fofoca: pouca me importa o que você fez ontem; se eu te vi ontem na rua, eu não vou comentar. Porque aquilo: eu só te vi, não tem valor, porque tenho outras prioridades, outros valores. Agora, uma pessoa, com um conhecimento [não age assim], não querendo ser preconceituosa, mas é o que eu percebo. Então a equipe técnica, eu vejo que elas se prendem a coisas desnecessárias, e que causam conflito: por exemplo, a chefia colocou uma folga hoje pra mim, e toda a equipe tá querendo a folga hoje; a equipe vai vir em cima de mim achando que eu tenho alguma coisa com a chefia. [Querem saber] o que é que eu fiz, e na verdade é o acaso. Mas não tem aquele discernimento crítico pra ver a situação. Eu já vi situações de gerar conflito, é como pólvora, rápido cria. E, não sei se... eu

vejo minhas colegas que são, digamos... não gosto de falar nível... mas é isso que é taxado: é nível superior, é nível médio.õ

Até aqui, a enfermeira se referiu às dificuldades de comunicação com os técnicos da equipe, mas ela também estende essa dificuldade às suas pares: õeu vejo que os meus pares também se impressionam com as mesmas coisas que o nível técnico. E até com os meus colegas enfermeiros plantonistas, mas porque estudaram poucoõ. E reafirma o valor do conhecimento entre as colegas:

õ[...] claro que o perfil da pessoa influencia, com certeza, a curiosidade, mas eu vejo que quanto mais você estuda, o comportamento vai se modificando, o tom de voz, as relações com as pessoas, você vê de outra maneira. Então: -mas por que é que fulano agiu assim? Será que não tá com um problema pessoal?ø Tentar compreender melhor, entendeu; e isso é importante até para lidar com os pacientes, porque a gente precisa entender o paciente: -porque é que ele agitou? Eu vou lá conter, simplesmente? Será que ele tá com as escórias elevadas? Será que é algum problema orgânico?ø Esse outro pensamento eu sinto falta... mas assim, na relação com a equipe, é fácil visualizar, é muito fácil você visualizar um conflito; mas eu tento evitar esses conflitos, até pra evitar um estresse meu. Se eu vejo um conflito, se me envolve, eu tento resolver, ou tento ajudar... mas tem alguns conflitos que até tomamos ciência, mas a gente finge que não tomou ciência, porque a gente sabe que aquilo ali já vai se dissolver, já vai resolver.õ

Neste relato anterior de Lúcia, ela constrói uma análise a partir do seu entendimento sobre a relação de suas práticas com o conhecimento; uma relação que ela entende como necessária e da qual ela tenta não abrir mão. Contudo, ela e suas colegas, todas, revelaram dificuldades em estabelecer essa relação de maneira consciente, refletir sobre o encadeamento que fazem entre prática e conhecimento, no cotidiano. Referem que a rapidez com que agem, o volume das ações que acumulam, impede a reflexão pessoal e teórica sobre a prática. Se estas profissionais entendem a interlocução como algo corrosivo à qualidade das práticas, revelam que a reflexão é algo custoso em meio à pressa do dia-a-dia. Amanda manifesta esta dificuldade a partir do seu dilema pessoal:

õ[...] a enfermagem fica num dilema: porque, por um lado, se você for tentar prestar uma assistência de qualidade, tentar refletir sobre o que você tá fazendo, tentar estudar... na situação geral da enfermagem, que é aquela de você ter que fazer muitas atividades, se você não ficar na prática, pra tentar poder refletir um pouco, você acaba não conseguindo prestar a assistência. Então, qual a sua escolha? Esse é o dilema que eu vivo todo o dia: ou eu escolho fazer a parte prática, fazer quase que õpor fazerõ, e num outro momento, eu quero, ao mesmo tempo, saber o que eu estou fazendo e pesquisar... mas como fazer isso? É complicado... é um dilema que, na enfermagem, até hoje eu vivo e acho que vou, por um bom tempo ainda, conviver com isso.õ

A enfermeira residente sofre com o seu dilema e tenta resolvê-lo da seguinte forma: õ[...] é como se fosse uma balança: essa parte prática e a parte de conhecimento, a parte que

não é palpável, não é o trabalho em si. Só que é complicado manter esse equilíbrio. E disse tentar inserir suas colegas no seu exercício cotidiano de reflexão:

õ[...] eu estou dando um banho no leito, mas eu estou refletindo sobre aquele paciente: -ah, o que é que eu posso ver aqui? Ah, vamos ver um exame físico? Ah, o que isso aqui indica? Vamos tentar lembrar? e aí trazer, tentar trazer quem tiver ali, da equipe, comigo. Mas é um pouco complicado... porque parar, mesmo, pra falar, ter uma discussão na equipe, isso não dá, é só mesmo na beira do leito... eu tento trazer a discussão para o procedimento, durante o procedimento: -ah, por que é que eu tô limpando aqui, fazendo desinfecção três vezes? É mais ou menos assim.õ

O depoimento de Amanda reforça o meu entendimento sobre o papel do diálogo e do conhecimento entre as enfermeiras, na maneira como elas constituem sua expertise no cotidiano. Estas profissionais aprendem fazendo, apressada e solitariamente. Esta interpretação fica reforçada, ainda, ao se lembrar que Margarete, a grande referência entre as enfermeiras, a enfermeira chefe, não se exclui das práticas nem do compartilhamento de sua experiência. Ainda assim, apesar de haver uma referência para essas enfermeiras, elas dizem que fazem porque têm que fazer e, às vezes, aprendem enquanto fazem, pedindo ajuda a quem estiver ao seu lado, seja a enfermeira chefe, seja um técnico de enfermagem mais experiente. É no intenso labor do dia-a-dia que as enfermeiras constroem o seu conhecimento prático, pessoal e transferível na medida do seu silêncio.

4.4 A hipótese forte da interação nas palavras de uma enfermeira

Se médicos e enfermeiros têm maneiras tão distintas de articular a prática e o conhecimento, e essas maneiras interferem diretamente na forma como interagem, o que aconteceria se uma enfermeira desenvolvesse a capacidade de comunicar-se com os nobres colegas, propor a eles outras possibilidades diagnósticas e terapêuticas? Poderíamos esperar que fosse rechaçada, a deixassem falando sozinha, que entendessem que não deveria ser tão ousada, que se mantivesse entre suas colegas. Porém, ofereço um exemplo que revela o oposto, a partir de um depoimento de Lúcia. A enfermeira disse conseguir negociar com os médicos, desde que, claro, use a linguagem clínica e seus argumentos teórico-práticos. Além de causar surpresa quando estabelece essa comunicação, a enfermeira passa a ser a referência para a equipe médica. Vou recorrer às palavras da entrevistada, que poderia servir como bela ilustração para a hipótese forte da interação, de Collins e Evans.

Como em outros momentos desta dissertação, a enfermeira residente confere grande importância ao conhecimento, e assim se refere ao reconhecimento que tem do seu trabalho por valorizar esse aspecto na sua prática:

õ[...] até no caso da relação com os médicos, você consegue uma melhor relação com eles através do conhecimento; porque se eles vêm, por exemplo, te pedir um exame, [e aí você]: -ah, tá bom, sim senhorø eu já estou mostrando uma situação de submissão. O conhecimento, ele é poder, a informação tem um poder. Então, quem tem mais informações, na minha percepção, é que se sente superior; quem não tem, é desprovido, fica subordinado àquela ordem. Quando você tem conhecimento pra questionar: -não, eu não vou fazer isso por esses motivosø -não, olha só, têm outras práticas que são melhores recomendadasø então você consegue discutir, no sentido de opiniões opostas; não discutir no sentido de conflito, mas nessa discussão com outros profissionais, a gente consegue ganhar respeito, e esse outro profissional, eu percebo que ele nos olha diferente. Alguns profissionais, não só médicos, já vieram perguntar: -ah, o que é que você acha disso? O que é que você acha, aqui nessa situação? A gente tá pensando que é por esse caminhoø e isso é interessante; quando eu recebo, de outro profissional, perguntando a minha opinião, eu vejo que isso é o maior reconhecimento do meu investimento nos estudos. Até mesmo porque o paciente nem tanto, porque o paciente, se você for educado e respeitoso, você já é um ótimo profissional. Agora, se você recebe um elogio de alguém que também tem conhecimento, supõe-se que é um elogio mais crítico, não vai vir à toa; esse reconhecimento também é bom. Infelizmente eu vejo que na enfermagem, a maioria dos profissionais, não tem, digamos, não tem esse reconhecimento, não conseguem... mas pela própria característica da profissão, com salários baixos e carga horária extenuante, eles não conseguem se dedicar e, felizmente, eu tive condições de só estudar na faculdade, e não trabalhar.õ

Lúcia reconhece que essa maneira de articular o conhecimento biomédico às práticas cotidianas dos enfermeiros é algo custoso, incomum pelo volume de coisas com as quais um enfermeiro deve lidar, com as dificuldades de ordem sócio-cultural. Entretanto, ela disse conseguir fazer essa articulação e ainda revelou algo de sua estratégia:

õ[...] o meu conhecimento me permite trabalhar, mas eu sempre necessito de novas abordagens, conhecer mais; uma coisa que eu escutei é: -inteligência é aquilo que você usa quando você não sabe o que fazerø inteligência, aqui, a gente usa, e muito, mas por isso mesmo: por a gente encontrar situações que não estão no livro, na receita de bolo; e a gente tem que, a todo momento, ficar contextualizando, e eu gosto de discutir.õ

Apesar da grande quantidade de ações, das contingências institucionais impostas, há espaço para a contextualização do conhecimento nesta realidade compartilhada entre as enfermeiras. Contudo, estas dificuldades e os costumes deste coletivo tendem a desfavorecer essa articulação. Tais costumes parecem ser o que faz a residente recorrer, em diversos pontos da entrevista, ao reconhecimento que tem recebido de outros profissionais, sobretudo médicos que, como expus no capítulo, valorizam essa articulação. Este reconhecimento deve ser cativado na relação cotidiana, e Lúcia disse assim sobre a sua forma de cativar:

õ[...] se eu tiver que chegar ali na sala deles e falar, eu chego: -bom dia, genteø aí eu falo o que é, eu vou me achegando... e aí eles respondem: -oi, Lúcia, o que é?ø e vou discutindo com eles: -olha, isso aqui ó, tá duplicadoø geralmente [o problema] é em prescrição médica, -isso aqui tá duplicado. Olha, tem um cateterismo vesical, vocês não pediram uma urinocultura. Vamos fazer? Vocês fazem o pedido, já vou coletarø Então, até nisso eles também percebem o conhecimento seu. Não é assim: eles pediram o cateterismo vesical e eu vou fazer porque me mandaram. Não, eu sei que tem que mensurar débito, eu sei qual é a patologia, e aí favorece uma boa relação. Mas eu chego de uma maneira mansa, é meio animal mesmo, de uma maneira mansa mostrando que eu só quero o melhor para o paciente.õ

Lúcia, durante o depoimento, revelou algo sobre o costume coletivo de lidar com os erros médicos nas prescrições:

õ[...] se eu chegar me impondo: -olha só! Vocês erraram nisso aqui!õ.. eu não gosto que apontem os meus erros, eu vou chegar lá e apontar o erro do outro? Porque tem gente que é assim: -deixa eu ver aqui pra ver se eles fizeram tudo certoõ Porque o enfermeiro tem que ficar checando tudo: tem que checar tudo, tem que checar medicação, checa tudo; então fica, no final das contas, quase que numa paranóia! Eu tinha uma professora que falava: -se eu não me aposentar pela psiquiatria, eu tô felizõ porque tudo tinha que checar; e, às vezes, o médico chega com a prescrição e os pedidos de controlado: -confere, vê o que faltaõ Já tá te colocando numa posição subordinada, e ele tá se sentindo o superior. Só que dá vontade de fazer o que? Se tiver faltando alguma coisa, não falar. Mas isso vai se refletir no paciente, por conta dessa comunicação, e aí a gente não consegue deixar o que falta; a gente acaba indo de volta pra eles e questionando: -olha só, faltou esse aqui, esse aqui não precisaõ e muitas vezes eles vêm nos perguntar: -e como é que preenche?õõ

E completa este trecho do depoimento dizendo sobre como estas situações revelam o contexto sócio-cultural do coletivo ao qual pertence:

õMas, no fundo, isso vai denegrindo, vai chateando; não que a gente fique triste, mas são coisas que mostram o nosso contexto histórico da profissão. Então, você fica assim: -caramba, eu tô aqui estudando, eu tô tentando fazer o diferencial, mas o contexto histórico está muito enraizado, nas outras profissõesõ e é difícil mudar, porque cada geração tem contato com a outra. Elas não são seguidas, elas são interpassadas. Então uma tem contato com a outra, e a cultura é aquilo que é socialmente aprendido; então vai passando, e é difícil quebrar. E aí, com as condições de trabalho, você já não consegue quebrar, fica nesse círculo vicioso, e isso desmotiva.õ

No trecho anterior, Lúcia deu um belo exemplo de como se moldam os hábitos em um coletivo de pensamento. E ela diz tentar lidar com estes hábitos de forma combativa, não os reproduzindo em suas ações:

õ[...] eu tento pensar de outra maneira, pra não me desmotivar, porque eu sei que tem algo que é muito mais intrigante, que é a saúde do paciente, a fisiologia: -olha, aconteceu diferente. Ih, olha só, não é uma patologia, são duas, tá associado... caramba, olha só!õ Eu fico muito encantada com isso! Eu gosto muito do paciente de CTI até por conta disso, porque eles têm várias patologias, aí tem que ficar relacionando, colocou uma droga, aí aumentou um pouquinho a concentração: -faz o quê?õ eu gosto disso. Enquanto outras pessoas já não, gostam de chegar aqui, fazer o seu e beleza.õ

O encantamento de Lúcia com o conhecimento biomédico a levou a desenvolver-se enquanto representante deste saber, a buscar interagir com os seus representantes diretos e legítimos, os médicos. No entanto, esta interação, como sugerem Collins e Evans, precisa ser cultivada todo o dia, sob o risco de seu desenvolvimento cessar. Quanto a isso, Lúcia disse sentir-se insegura em sustentar um diálogo baseado na linguagem clínica dos médicos:

õ[...] às vezes, sendo sincera, eu fico com receio por falta de termo técnico; porque é aquela questão do conhecimento: quem tem conhecimento consegue interagir, ver de uma outra maneira; mas por estar tão imbuído na prática, sessenta horas, todo o dia aqui, eu gostaria de

estudar mais e alguns termos técnicos caem em desuso e aí cai no esquecimento; e quando eu preciso lançar mão, eu consigo reproduzir o que o paciente falou: òé dor na barrigaö, òa dor na lombarö, mas não vem de imediato, por exemplo òlombalgiaö, òdisúriaö, não vem de imediato; e aí eu quero falar com um médico, eu faço um sinal com as mãos, entre aspas, sobre as queixas dos paciente, mas porque é pra ele, não é pra mim.ö

A enfermeira parece reconhecer que a òdor na barrigaö, a òdor na lombarö não entram no dialeto médico, e que essa não entrada impede uma interlocução com esse profissional. Como eu pude desenvolver durante o capítulo três, estas expressões não fazem parte do debate clínico, e o médico às traduz naturalmente para articulá-las à discussão. Estas expressões ganham o seu termo correto, objetivo, direto, e são assumidas por seu tradutor.

Para lidar com a dificuldade de desenvolver-se no dialeto médico, a enfermeira buscou aprender a interpretar exames na tentativa de aprimorar a sua interação com aqueles profissionais; e ela tem conseguido, como disse na seguinte passagem:

õ[...] porque ele [médico] lê exame de imagem como ninguém, interpreta aquele laudo perfeitamente. Eu não, porque eu não aprendi isso; por exemplo, analisar raio X, eu não tive nenhuma disciplina, nenhuma aula sobre isso, e eles já tiveram, porque o foco deles é diagnóstico. Mas como eu fiz um curso à parte, eu consigo falar: òo que é que vocês acham? Tem uma área congesta, né?ö -Hh, esse raio X tá ruim, tá rodado!ö aí eles me olham assim [faz um gesto expressando surpresa com as mãos]... aí teve um outro que falou: òentão olha esse raio X aquiö.. uma vez conversando...ö

A enfermeira dá ainda outro exemplo sobre essa tentativa de interação com a equipe médica, um exemplo que trata com clareza da naturalidade com que estes profissionais deixam de interagir no cotidiano:

õ[...] eles pegam uma gasometria⁹⁸, vão lá embaixo, pegam o resultado e voltam; quando eles voltam [pergunta]: òe aí, como é que tá o resultado da gasometria?ö aí eles falam: òah, tá melhorö eu falei: òmelhor como? Como é que está esse PH⁹⁹?ö eu acho que eles já notaram que se falar algum valor: òah, creatinina¹⁰⁰ de fulano tá tantoö aí a postura do enfermeiro é ficar olhando, aquela cara de paisagem, porque eu não sei os valores normais, porque não é nossa prática, olhar isso. Não necessariamente eu vou saber de cor; mas o interessante é que se saiba, que o enfermeiro olhe exames laboratoriais. Mas uma coisa interessante foi nesse da gasometria, porque eu mostrei pra eles que eu sabia ler; e que, à partir da escuta, da gasometria e dos parâmetros ventilatórios, a gente sabe como é que tá o paciente: òquanto é que tá a P/F¹⁰¹?ö porque P/F é um cálculo, não tá dizendo em exame nenhum; aí eles: òah, tá 300ö òbom, né, pra ele tá bom, né. É, mas as novas recomendações falam que deve ser acima de 400ö Às vezes eu jogo alguma coisa assim pra eles verem que eu não estou desantennada; e isso é legal, porque eles [vêm]: òolha aqui esse outro resultado, o que é que você acha?ö òeu acho que é...ö Isso até motiva a estudar mais, até pra sempre estar à altura de poder conversar com eles.ö

õEstar à altura de poder conversar com elesö... quanto há de implícitos nessa frase!
Está tudo aí, toda a distância entre estes profissionais, seja sócio-cultural, seja no fluir de suas

⁹⁸ Tipo de exame que tem o objetivo de quantificar a configuração dos gases sanguíneos.

⁹⁹ Índice que faz referência ao equilíbrio ácido-base em soluções.

¹⁰⁰ Produto do metabolismo muscular, sua quantificação é importante para a avaliação da função renal.

¹⁰¹ P/F é a razão entre a Pressão arterial de oxigênio (PaO2) e a Fração inspirada de oxigênio (FiO2). Trata-se de uma avaliação das trocas gasosas da usuária, que se dá nos pulmões, feita a partir da gasometria; esta revela a PaO2.

interlocuções. Quando perguntei diretamente à enfermeira como eles reagiam quando ela os surpreendia com tais respostas, ela disse assim: "Se surpreendem, aí eles ficam abertos à comunicação; eu percebo, quando eu mostro que eu sei, que eles gostam, e eu percebo que eles nos vêem como aliado". "Nos vêem como aliado... a naturalidade com que a enfermeira usou tais frases em destaque foi espantosa para mim, sobretudo vindas de alguém que está tentando lidar de uma maneira diferente com os costumes coletivos colocados a ela. A profunda desconfiança entre os representantes das duas ilhas requer alianças momentâneas para que sigam compartilhando as águas do arquipélago.

Assim, além de Lúcia me oferecer um belo exemplo do desenvolvimento de expertise por interação, ela ainda me oferece os argumentos que encaminham esta dissertação para os seus "desfechos".

4.5 Seriam as "visões de mundo" de médicos e enfermeiras incomensuráveis?

Neste ponto da dissertação, recorro novamente a Kuhn para sugerir um "desfecho", ou ainda um ponto para futuras "conversações"¹⁰² minhas e de outros sujeitos que pretendam explorar o tema. Associado ao conceito de paradigma¹⁰³, o filósofo desenvolve outro conceito que é igualmente importante para esta interpretação sobre as práticas de médicos e enfermeiros: a "incomensurabilidade". Entretanto, é preciso uma curta ressalva: o autor utiliza este conceito no interior do processo revolucionário, dentro de determinada comunidade científica. Nesta experiência que apresento, aparentemente, não há qualquer revolução em curso, não há práticas sustentadas por distintas visões de mundo em disputa por tornar-se a visão de mundo comum às práticas. Mas o conceito é valioso, seguem as razões para assim eu utilizá-lo:

"por exercerem sua profissão em mundos diferentes, os dois grupos de cientistas vêem coisas diferentes quando olham de um mesmo ponto para uma mesma direção. Isso não significa que possam ver o que lhes aprouver. Ambos olham para o mundo e o que olham não mudou. Mas em algumas áreas vêem coisas diferentes, que são visualizadas mantendo relações diferentes entre si." (KUHN, 1978, p. 190)

Pude acompanhar inúmeras ocasiões em que médicos e enfermeiros revelaram distintas visões em relação a algum aspecto da realidade. O exame clínico pedido por um médico sugeria a futura existência de uma inscrição numérica ou de imagem a ser interpretada, enquanto a enfermeira o via como algo a ser incorporado nos fluxos administrativos com os quais a equipe tinha que lidar. Um medicamento era entendido por um

¹⁰² Como referido por Rorty.

¹⁰³ Debatido e apresentado no capítulo 3.

médico como um objeto terapêutico orientado farmacologicamente para determinada ação, enquanto a enfermeira o entendia em sua materialidade, preocupava-se com a forma de sua administração, o fracionamento de seu conteúdo. O médico confundia a doença com a existência das usuárias, a enfermeira, o número do leito.

São inúmeros os exemplos que eu poderia apresentar; penso que a quantidade de situações relatadas no decorrer da dissertação, assim como os depoimentos revelados, sugerem o quanto médicos e enfermeiros entendem a realidade que os cerca de maneira distinta. Entretanto, para que se interprete suas visões de mundo como incomensuráveis, é preciso desenvolver com mais afinco os meus argumentos.

A incomensurabilidade, como desenvolvida por Kuhn, sofreu intensas transformações a partir da sua formulação em *o* estrutura das revoluções científicas, de onde tirei o trecho usado acima. Inicialmente ela tinha um caráter amplo, e fora colocada como a impossibilidade de se avaliar e comensurar as visões de mundo sustentadas por paradigmas distintos. Esta proposta estava fundamentada em três razões: a primeira, que representantes de paradigmas distintos discordam quanto à lista de problemas a serem resolvidos a partir do seu modo de ver o mundo; a segunda, que apesar de usarem conceitos de mesmo nome, os representantes sustentam distintas interpretações sobre esses conceitos; e a terceira, que estes representantes vêem um mesmo objeto de maneiras distintas (TOSSATO, 2012).

Esta proposta de Kuhn sofreu inúmeras críticas de historiadores e filósofos da ciência, que o acusavam de ser relativista e irracionalista quando pensava sobre a ciência; afinal, se a ciência pudesse oferecer duas interpretações possíveis e incomensuráveis entre si para algum aspecto da realidade, era porque não havia uma razão última que sustentasse o argumento científico. Estas críticas parecem ter atingido Kuhn de maneira que ele voltou ao conceito nas suas obras posteriores restringindo-o basicamente à segunda das razões, como ele desenvolvera no seu lançamento. Assim, Kuhn passou a sustentá-lo no sentido de analisar a querela entre representantes de distintos paradigmas como uma quebra de comunicação, meramente linguística, pois estes representantes teriam desenvolvido uma linguagem específica associada ao paradigma que representam. Com esse movimento, o autor conferia um caráter local à incomensurabilidade, já que ela seria relacionada apenas a distintas linguagens, tendo um escopo bem mais modesto quando comparado a sua primeira formulação (MENDONÇA e VIDEIRA, 2007; TOSSATO, 2012).

Esta transformação não agradou nem a seus primeiros críticos nem àqueles que haviam visto a incomensurabilidade como uma bela ferramenta para se analisar controvérsias científicas. Os primeiros o tachavam de incorreto, os segundos, de insuficiente. Nesta

dissertação, assumo a incomensurabilidade no sentido amplo, e ainda a associo a uma interpretação posterior desenvolvida por Mario Biagioli: que ela se dá, também, ãem virtude de outros processos por meio das quais as identidades sócio-profissionais são formadasã (MENDONÇA e VIDEIRA, 2007). Dentro deste novo argumento, a quebra de comunicação poderia ser motivada por interesses sócio-profissionais específicos e cativada na relação entre representantes de distintos grupos profissionais. Biagioli também fala sobre cientistas, mas na perspectiva mais específica de sua profissionalidade (BIAGIOLI, 1990; MENDONÇA e VIDEIRA, 2007). Ao assumir a contribuições deste autor, penso que seja possível lançar mão de algumas observações do campo para ilustrar de maneira mais nítida o porquê de entender as práticas de médicos e enfermeiros como incomensuráveis.

Certo dia, ouvi uma médica residente falar sobre o caso de uma usuária que acabara de ser internada; dizia a residente: ãessa paciente nova é uma fofinha, alguém já atendeu ela? É ceguinha...ã. Todas as colegas que tiveram contato com a usuária começaram a falar sobre o quanto a paciente era agradável, brincar com coisas que ela havia dito. Em alguns minutos o assunto se encerrou e todas voltaram às suas atividades. Cerca de uma hora depois, a mesma residente que iniciara a conversa anterior, comentava baixo com outra residente, sobre um erro cometido pela enfermagem. A mesma usuária tinha uma otite¹⁰⁴, e precisava fazer tratamento com um antibiótico de uso otológico a ser pingado no ouvido afetado. Entretanto, a técnica de enfermagem pingara a solução otológica no olho esquerdo da mulher. A médica descobrira o ocorrido em conversa com a usuária; nas próprias palavras da médica, ela perguntara à mulher: -pingaram alguma coisa no seu ouvido?ã e ela respondera: -não, pingaram alguma coisa no meu olho, e ardeu muito!ã Ao apurar o acontecimento, a residente tirou algumas conclusões: na prescrição terapêutica, o local de aplicação do medicamento estava abreviado como -O. E.ã sendo a paciente cega, a profissional que o aplicou entendeu a abreviatura como ãOlho Esquerdoã. Dessa forma se deu o erro de administração do medicamento.

Esta confusão foi cometida a várias mãos, não era possível culpar apenas um profissional. Se o profissional que aplicou tivesse ciência da condição clínica da paciente, o erro não teria sido cometido; mas ele está excessivamente ocupado com a aplicação de muitos medicamentos em muitas usuárias, assim como com os seus banhos. Além disso, o profissional de enfermagem está acostumado a lidar com a materialidade física, e aparentemente o problema estava no olho. As enfermeiras, por sua vez, estavam às voltas com suas muitas conferências e pedidos. Já as médicas, com tudo o que diz respeito às decisões

¹⁰⁴ Inflamação no ouvido.

clínicas. Este caso dá uma boa ideia da divisão de tarefas e mentes que se opera na enfermaria.

Sobre a situação mencionada, pode-se argumentar que foi uma simples confusão, algo que pode acontecer inclusive com um médico. Contudo, o médico dificilmente aplicará uma solução otológica, sobretudo em uma usuária que ele mesmo não esteja acompanhando e que tenha domínio sobre o seu caso. Por sua vez, se as enfermeiras já encontram dificuldade para saber sobre a condição clínica de uma usuária, imagine um técnico de enfermagem, profissional ainda mais distante das informações clínicas. Este caso não me parece um erro exatamente humano, individual, mas um erro com grande chance de ser produzido naquelas condições de divisão de tarefas e de visões de mundo.

Houve ainda outra situação sensível, em duas dimensões. Na primeira, revela a visão de mundo médica sobre os casos; na segunda as distintas visões de mundo de médicos e enfermeiros. Eu estava na ilha de medicina, acompanhando o trabalho das médicas, quando uma usuária entrou pelo espaço com gestos firmes e seguros. Queria falar com Tatiane. A médica, presente, disse: “ôpois não?”; a mulher, então, se apresentou, e disse que viera conversar sobre o seu riocard¹⁰⁵, que não estava liberado. A médica, levemente irritada, disse que o caso era com a pneumologia; estes especialistas é que deveriam lhe dar o laudo necessário para a solicitação. Apesar da segurança da usuária, Tatiane não lhe deu muito espaço para argumentação, e o diálogo se encerrou. Poucos minutos depois aconteceria uma situação radicalmente inversa, em que a médica se envolveu com a situação de uma usuária. Esta era a mulher que permaneceu internada por dois meses e meio, cujo caso gerava muito interesse para a equipe médica e que usei como exemplo no início do capítulo. Tatiane comentava com as colegas que a usuária havia tido um atrito com a equipe de enfermagem, no dia anterior. O atrito havia começado porque a mulher recusara-se a fazer hemodiálise, recusa que havia sido acordada com os médicos, mas não com as enfermeiras. Ao recusar ir ao procedimento e dizer que havia negociado isso com os médicos, a técnica de enfermagem ficou ofendida e passou a tratá-la com aspereza, além de não ter lhe dado a janta. A usuária tinha dificuldades de locomover-se, por isso precisava ser alimentada. A residente disse que a mulher lhe mostrara sua comida ainda embalada, sobre a cabeceira; Tatiane disse ter dito à paciente: “quando for assim, qualquer pessoa pode lhe dar a comida, inclusive os médicos. Pode me chamar quando isso acontecer”. A médica dissera ainda que a enfermagem negara a presença de acompanhante para a usuária, e uma das residentes que conversavam com Tatiane

¹⁰⁵ Cartão usado para realizar o pagamento das passagens em transportes públicos de maneira automática.

revelou ter ouvido de Erika, a enfermeira diarista, que a acompanhante daquela mulher dava muito trabalho. Desta forma, uma usuária internada há mais de dois meses em um hospital, recém-chegada do CTI, pois tivera complicações, e restrita em sua mobilidade, encontrava-se sozinha, sem apoio de familiares e rechaçada pela equipe de enfermagem por ser uma usuária inconveniente; fora relativamente acolhida pela equipe médica, por ser um caso interessante, mas o médico despende pouco do seu tempo para a enfermaria.

Esta situação é mais complexa que a primeira, e oferece muitos argumentos para que eu sustente a incomensurabilidade. As médicas pareciam muito revoltadas com a situação da usuária, implicadas em resolvê-la. Não seria interessante perder esta mulher, e deixar de alimentá-la a colocaria em risco de vida, pois estava desnutrida. Por sua vez, a enfermagem se via assoberbada por todas as exigências que aquele caso gerava: banho no leito, dar comida à usuária, levá-la a realização de inúmeros exames, e, principalmente, lidar diariamente com os atritos provocados por uma mulher que sofre, e ela sofreria ainda por tempo indeterminado nesta enfermaria. Claro que os médicos a manteriam internada, e esta decisão prevaleceria, seja pela tentativa de entender o seu quadro clínico, seja pela intenção de curá-la. Contudo, a enfermagem também dispunha de estratégias, por menos corretas que fossem, para fazer minar a decisão médica. Como pano de fundo desta querela, o profundo interesse médico em um caso complexo, e a profunda insatisfação da enfermagem com um caso extenuante.

Encerrarei este primeiro desfecho voltando a minha interpretação: que as práticas de médicos e enfermeiros encerram incomensurabilidade de maneira ampla e sócio-profissional. Há listas distintas de problemas a resolver, há quebra de comunicação, há distintas maneiras de olhar um objeto e há ainda o interesse de um grupo em sustentar tudo isso. Entretanto, esta sustentação não é de modo algum consciente, e isto se revela na forma como Lúcia é tratada quando tenta lidar com essas barreiras; também se revela na surpresa de alguns profissionais das duas profissões quando são perguntados se a linguagem é uma barreira a comunicação inter-profissional, reagindo como se nunca tivessem percebido que verbalizassem um vocabulário distinto. Revela-se ainda no conflito latente diário, pelo exercício corrente de silenciar os atritos, pelo exercício agudo de expressar palavras ofensivas em situações críticas. Revela-se em Lúcia, que se mostra como uma exceção que desnuda a regra.

4.6 Sobre as trocas nesta zona

Como tenho proposto interpretações e que estas se articulem a futuras conversações, apresento outra possibilidade de desfecho. Esta vem sustentada em outras bases e categorias,

propostas por Collins, Evans e Gorman, e trazem consigo maior teor didático e menor radicalidade. Afinal, a incomensurabilidade traz implícita a ideia que as barreiras jamais serão superadas.

Nesta interpretação alternativa, os autores mencionados, baseados nas classificações das expertises, sugerem distintas categorias para classificar o que eles chamam de õzonas de trocaö¹⁰⁶. A preocupação destes estudiosos da ciência é analisar espaços em que estão presentes, e em interação, distintos experts. Para que tais análises sejam feitas, propõem quatro categorias de zona de troca: õInterlingüísticaö, õFracionadaö, õSubversivaö e õForçadaö; e como fundamentos destas categorias, sugerem limiares de õHomogeneidade-Heterogeneidadeö e de õColaboração-Coerçãoö¹⁰⁷, entre os distintos experts (COLLINS *et al*, 2007). A seguir, vamos aos detalhes.

Nas zonas de troca, diferentes grupos de experts contributivos estariam presentes. Assim, uma zona de troca seria interlingüística quando houvesse homogeneidade entre as perspectivas dos grupos, ou seja, quando estes grupos superassem diferenças sociais e culturais em torno de um assunto comum; também seria preciso que houvesse colaboração, na medida em que estes experts tiveram a iniciativa e o desejo de reunir-se; neste espaço seria possível desenvolver-se uma nova linguagem a partir desta colaboração, como uma fusão das expertises. Já a zona fracionada diria respeito à colaboração entre diferentes experts, no entanto estariam mantidas as diferenças sociais e culturais dos grupos presentes, caracterizando-se por uma relação heterogênea. Na zona subversiva, a relação entre os experts seria homogênea, mas esta homogeneidade seria garantida coercitivamente, por algum recurso gerencial que os obrigasse a interagir. E por último, a zona de troca forçada: além das heterogeneidades estarem mantidas, aquele encontro entre experts estaria sendo forçado de forma coercitiva (COLLINS *et al*, 2007).

Por tudo que tenho dito, pelos exemplos que tenho exposto, afirmo que, na enfermaria observada, a interação entre médicos e enfermeiros se faz em uma zona de troca forçada. Quanto à heterogeneidade dos grupos de experts observados, médicos e enfermeiros, penso que este capítulo, em todos os seus itens, esteja povoado de exemplos que a revelem. Quanto à coercitividade, é possível sugeri-la a partir do aparato institucional que a garante, da necessidade que o hospital tem de que estes grupos atuem no mesmo espaço, para que garantam a sua produtividade; também se pode sugeri-la a partir do desenvolvimento histórico

¹⁰⁶ Tradução livre de õTrading zonesö, categoria apropriada pelos autores a partir das contribuições de Peter Galison. Em Inglês, a expressão sugeriria como tradução literal õzonas de comércioö, expressão que pensei não apropriada para a aplicação nesta dissertação. Assim, optei por traduzir desta maneira.

¹⁰⁷ Todas estas categorias e conceitos entre aspas foram traduzidos por mim de forma literal.

das duas profissões, como exposto no capítulo um. Entretanto, para ser mais coerente com a proposta que fundamenta esta narrativa, e ainda para tornar mais viva essa coerção, digo sobre ela a partir da maneira como meus entrevistados a sentem.

Na entrevista com Erika, perguntei se ela conseguia recordar alguma ação compartilhada com os médicos que a tivesse marcado. Após pensar alguns segundos, assim me respondeu a enfermeira: “Não”. Surpreso, perguntei: “Não?”; e ela respondeu: “Não”. Geralmente as ações que eu fiz foram com enfermeiros. Resolvi, então, explorar o assunto, afinal a enfermeira acabara de me dizer, em resposta a uma pergunta anterior, que os médicos dali gostavam de interagir; perguntei pela interação entre eles no cotidiano. Sobre isso, ela disse: “o que a gente compartilha, às vezes, é um curativo que a gente tá fazendo e eles vêm perguntar. Aí a gente tenta explicar o que eles realmente não entendem. Mas, assim, compartilhar mesmo, participar junto, não”.

Apesar da convivência diária com os médicos, de ser enfermeira diarista, a que tem maior contato com os outros profissionais, ainda assim Erika entende a sua atuação apenas entre as suas colegas, dentro do seu grupo. É como se não concebesse os médicos articulados às suas ações, como se todas as barreiras os fizessem invisíveis, no dia-a-dia.

Já a enfermeira Lúcia, ao falar sobre essa articulação entre as equipes, disse sobre a distância que guardam os grupos profissionais:

“[...] com o médico, eles entram e não se identificam, não falam ‘bom dia’ você está ali e nada... só vai te perguntar se for interessante; tem paciente aqui que eles vêm e falam com a gente: ‘ah, terminou? Como é que tá as fezes? E a ferida, você fez o curativo?’ e acabou, não quer mais saber de nada; e eu, que estou convivendo com ele [o usuário], se fiz um plantão noturno e sei que o padrão de sono dele tá alterado, que ele tá preocupado, que a preocupação e o estado mental dele influenciam na intensidade da dor que ele tá sentindo; e aí é analgésico, é ansiolítico que tem que entrar? Mas isso são detalhes talvez menosprezados pelas equipes, porque você só fala o necessário; só o necessário. E o que é necessário? Fica muito no ambiente biológico, não transcende para o psicológico, o mental; infelizmente com a comunicação atrapalhada, reduzida, essas outras esferas ficam em segundo plano”.

A enfermeira residente já enfatiza as trocas efêmeras, o estritamente necessário. Um pouco mais adiante no seu depoimento, revelou também como esta relação a afeta:

“[...] com o médico você tem que conquistar, e quando são aqueles que você pouco convive, como é que se conquista? E aí você vê, por um comportamento não verbal, pela leitura do corpo, que ele tá te tratando como um subordinado; ele só te recorre quando ele necessita. Porque eu percebo vários deles fechados, e ficam entre eles, parece um clã; e aí, quando eles se mostram abertos, aí sim, a equipe se torna multidisciplinar, porque basicamente quem fica aqui é o médico e o enfermeiro, outras profissões passam; então era pra ter mais interação. Mas até a própria conformação do setor já tá dizendo que existem ‘ilhas’; é o cantinho deles, é a sala dos médicos, o prontuário médico; aqui é a sala da enfermagem, eles só entram aqui quando eles precisam, aqui é a nossa área; aí, quando eles entram, eles batem na porta, da mesma maneira que a gente faz lá. Mas, e na beira do leito? É de quem? Às vezes tem

conflito. Se tem um profissional ali, independente de quem seja, respeite-o, é o momento dele. Daqui a pouco, quando ele sair, eu vou. Mas quando é o enfermeiro que *tá* ali, eles [médicos] vêm entrando, interrompe um pouco o banho pra escutar o coração, é rapidinho, mas eu sou profissional, não me respeita... o meu espaço, e não me respeita porque eu posso estar avaliando, e eu necessito da atenção desse paciente, e ele me roubou a atenção; mas eu não vou discutir ali porque é na frente de um paciente... e a ética, com relação a um outro profissional? Mas depois a gente: -ah, passou...ã.. mas é sempre...õ

Amanda também reforça as queixas de sua colega:

õ[...] acontece da gente estar fazendo algum procedimento, precisar fazer algum procedimento, e aí o médico quer porque quer que seja feito o procedimento que ele quer, naquele momento, que ele precisa fazer; não sabe esperar, porque existem prioridades... então, tem que ver qual é a prioridade... qual o procedimento que é prioritário? E, às vezes, isso acaba sendo atropelado pelo médico porque ele acha que tem todo o... como se fosse esse o território dele. E aí tem também a questão da sociedade ficar reforçando essa ideia de que o médico tem todo o poder... se o paciente for curado, foi por causa do médico... eles excluem fisioterapia, nutrição, a enfermagem, qualquer outro profissional...õ

Através destes depoimentos de Lúcia e Amanda se reafirmam as distâncias entre os dois coletivos; particularmente nestes trechos anteriores, se vê que médicos e enfermeiros, no cotidiano, estão pouco interessados pela prática do outro. Os médicos decidem lá, as enfermeiras dão conta de suas demandas cá, e se houverem que habitar um perímetro comum, a pressa do médico é mais valiosa. Esta conclusão não está baseada apenas na contribuição das enfermeiras, mas foi corroborada também através das minhas observações de campo.

Mas como eu dizia no item anterior, esta indiferença, a falta de interação não é nutrida de maneira consciente. Os médicos não desejam essa distância, assim como os enfermeiros. Ela está consolidada e é reproduzida através de tudo o que fazem, sabem e compartilham. A própria médica Tatiane vê tal distanciamento como um problema: ãnão adianta a gente trabalhar aqui, eles trabalharem lá, e a gente não se falar. Não adianta nada, o paciente é que vai se ferrar! É o paciente que não vai ser bem visto; só eu ver, não vai adiantar nada! Só eles verem, não vai adiantar nada! Tem que ser visto pelos dois, tem que ser discutido: -õh, o paciente *tá* assim, *tá* assado, -õ paciente *tá* meio sonolentoõ.

Mas ao acompanhar médicos e enfermeiros negociando condutas, pude perceber que faltam palavras, instrumentos e saberes aos dois lados. Há palavras, mas estas refletem os ãinstintos mais primitivosõ¹⁰⁸, aqueles que todos nós compartilhamos enquanto humanos. No fim, há a prescrição médica objetivamente descrita e a obediência ou subversão do prescrito pelas enfermeiras.

Então, se a convivência entre médicos e enfermeiros parece tão difícil, quando não invisível, se as distâncias sócio-culturais são enormes, como ela vem se mantendo de maneira

¹⁰⁸ Termo popularizado a partir do depoimento do ex-deputado federal Roberto Jefferson, que o usou ao se referir a um colega enquanto prestava esclarecimentos a uma Comissão Parlamentar de Inquérito.

legítima já há mais de um século? Será que conviveram sempre dessa forma? Será que tive o azar de fazer esta dissertação em uma instituição *sui generis*? Eu gostaria de acreditar que tive essa falta de sorte, mas tenho experiências em outras instituições que me sugerem que esta não está isolada, nem que a minha experiência tenha sido excepcional; talvez tenha sido radical, mas não excepcional. Por fim, lanço à comunidade da Saúde Coletiva esta narrativa e as interpretações nela contidas, e aguardo, num futuro próximo, outras conversações.

EPÍLOGO

O olhar sobre uma médica õvirtuosaö

Tatiane dizia para mim, durante sua entrevista, que um bom médico deve ser õsafoö. Curioso, quis saber dela o que queria dizer com a expressão. Nas palavras da médica, õser safoö é: õnão ficar pensando muito tempo, tomar decisão rápida! As pessoas que eu mais admiro como médicas, elas sabem tomar uma decisão rápida! E isso é importante em vários momentos. Aqui você tem que pensar rápido o que você vai fazer, como tudo na vida, né...ö.

Pensar e agir com rapidez, estas eram as características perseguidas e conquistadas pela residente, uma õmédica safaö. Sobre tal rapidez, o porquê da sua relevância, disse Tatiane: õvocê tem um embate com alguém, você tem que pensar rápido, se você pensar rápido você vai se sair melhor. Se você tá aqui pedindo um exame e a pessoa falar assim: -não!ö você não pode ouvir um não, você tem que pensar rápido: -não? Não por quê?ö você tem que sair da situação, tem que ser õsafoö, saber contornar a situaçãoö.

Ser rápido na construção dos seus argumentos é necessário, mas sem deixar de lado a coerência clínica, ressaltava a médica. Era preciso construir o argumento fundamentado no conhecimento e na experiência. Entretanto, o conhecimento não tem valor de verdade em si mesmo; ele conquista esse valor na bem elaborada construção argumentativa do bom médico, o õsafoö. Segue outro trecho de seu depoimento: õnão é só conhecimento, é você saber usar seu conhecimento pra prática. É você saber articular o que você conhece, o que você tem de informação, e fazer aquilo funcionarö.

Durante o tempo que permaneci em pesquisa, revezaram-se na condução da equipe médica nativa Tatiane, Vítor e Letícia, todos R2. As duas mulheres eram equivalentemente õsafasö; o rapaz era menos rápido e convincente, mas revelava maior conhecimento institucional e capacidade de mediação com a equipe de enfermagem e com a hierarquia administrativa. Conhecia os õcaminhosö do hospital. Tatiane também os conhecia, mas em menores detalhes; e Letícia não se preocupava muito em conhecê-los. Todos eram competentes e reconhecidos por isso.

Mas foi com Tatiane que tive mais intimidade, e é sobre ela que posso falar melhor. Estava presente e ficou grata a mim pelo episódio com a barata; a partir deste evento passou a fazer perguntas sobre a minha pesquisa e mantivemos conversas sobre as usuárias e sobre a

prática médica. A residente foi a minha informante sobre questões técnicas relacionadas ao trabalho médico; toda a vez que eu lhe fazia uma pergunta ela me explicava pacientemente, de maneira didática, o procedimento em dúvida. Assim a médica fazia também com as suas colegas menos experientes, sempre explicando os termos técnicos menos comuns. Quando estávamos no campo de prática médico, Tatiane agia com a naturalidade de quem domina o que faz, e ainda cativava a solidariedade entre os pares.

Em uma de nossas conversas, eu quis saber dela sobre o caso da usuária que sofrera um procedimento cirúrgico na enfermaria, caso apresentado no capítulo dois; o caso estava sob a responsabilidade da médica, e fora ela quem decidira pelo procedimento. Durante o diálogo, disse a ela que ficara impressionado pela maneira como os médicos e a equipe de enfermagem colocaram-se em movimento para tentar resolver a situação da mulher, diante da impossibilidade de encaminhá-la para o espaço adequado, o CTI. Tentei não explorar o caráter conflitivo daquela situação; enfatizei, sobretudo, a capacidade flexível das equipes de lidarem com um evento incomum e urgente. Depois de me ouvir, a médica não se interessou em seguir a conversa dizendo o que achava desta característica da equipe; quis explorar o caso clínico tecnicamente, justificar a decisão pelo procedimento. Desconsiderando o que eu havia dito, começou a falar sobre uma tomografia realizada pela usuária, e este exame de imagem havia revelado alguns achados; estes foram destrinchados, ali, em seus detalhes técnicos pela médica. Diante da mudança de rumo da conversa, tentei me reafirmar, dizer que eu reconhecia o esforço de todos para que o procedimento houvesse sido feito ali, querendo que a médica falasse sobre isso. Contudo, rapidamente Tatiane começava a me dar explicações técnicas sobre a decisão clínica, deixando de lado toda a questão político/institucional do acontecido, afinal um cirurgião havia sido solicitado, o CTI estava fechado para aquela paciente, de acordo com os critérios colocados, e um procedimento totalmente estranho àquele ambiente havia sido realizado naquela enfermaria. Tudo isso foi esquecido em favor de uma escolha tecnicamente orientada, a melhor coisa a ser feita naquela condição clínica. O máximo que a médica conseguira dizer sobre o trabalho em equipe fora que fizeram o que puderam.

Apesar do rigor técnico com que entendia os fatos clínicos, Tatiane estava atenta à experiência intersubjetiva, às usuárias. Claro, dentro de alguns limites clínicos. Como dizia a médica, o mais importante para se construir um bom diagnóstico é: conversar com o paciente! Anamnese, e conversa com o paciente: é você saber a história, o que aconteceu, como é que aconteceu, e aí você vai elaborar as hipóteses. Se você não for pensar nas hipóteses, você vai

pedir todos os exames, não vai achar um resultado, não vai ter um diagnóstico; então você tem que saber a história, saber muito bem a história do paciente, e aí você vai pensar: qual é o exame que vai complementar pra me fazer chegar a esse diagnóstico.

O trecho do depoimento da médica usado acima não contraria o que eu afirmara no capítulo três: que os médicos ouvem a história clínica da usuária buscando doenças pregressas. Vê-se que a médica está preocupada com o que aconteceu, e não com o que a usuária pudesse estar sentindo. E o que aconteceu é o fato, e o fato é a doença.

Mas não era apenas a partir dimensão patológica que Tatiane interagia com os usuários. No dia-a-dia a médica criava vínculos de confiança com alguns deles; uma demonstração destes vínculos foi especialmente marcante para mim. Certa vez, pude acompanhar a entrada de um usuário pela ilha de medicina, entrou sem pedir licença. Ao vê-lo, Tatiane o recebeu de maneira calorosa, apertando-lhe a mão; e emendou, naturalmente: *“pode ficar tranquilo que desta vez não vou brigar com você”*. A médica agia com responsabilidade em relação ao usuário, mantendo vigilância quanto à maneira como ele lidava com o tratamento de sua doença. O homem lhe entregou alguns exames, que ela analisou rapidamente, dizendo que faltava apenas um. Em seguida, com a paciência que ela costumava usar para explicar procedimentos, o orientou a fazer o exame que faltava no hospital, indicando-lhe onde teria que ir. O usuário ouviu atentamente e foi ao exame, como orientado.

Após a saída do homem, Tatiane disse a outra colega que o admirava e porque o admirava: havia um hábito entre os médicos de emprestar dinheiro aos usuários; entretanto, era um hábito comum entre os usuários não devolvê-lo. Aquele usuário específico pegara dez reais com a médica há um tempo, e a devolveu, apesar dela dizer que não precisava do dinheiro. Esta atitude do homem foi suficiente para que ela o admirasse, para conferir-lhe dignidade especial.

Dessa forma a médica construía laços afetivos com os usuários, nos limites da distância sócio-cultural que os separavam. Na falta de palavras e hábitos comuns, a dignidade era avaliada em reembolsos financeiros. Apesar destas dificuldades, havia laços afetivos que repercutiam sobre a recuperação da saúde de um usuário, na atenção que a médica despendia àquele caso.

Não quero julgar, na condução deste encerramento, se Tatiane é uma humana boa ou má. Ela se implicava no trabalho, se solidarizava com os usuários e seus colegas e agia com

uma autenticidade rara de se ver; isto supõe que ela seja como um humano qualquer em sociedade, que, dentro de alguns limites impostos, revela características parecidas em determinadas condições. Tatiane revela tais atributos sendo médica, nos limites que seu treinamento teórico-prático a condicionou, como o faz de uma maneira muito particular em medicina. Dentro destes limites, Tatiane é uma médica õvirtuosaö, e consolida suas virtudes a partir de situações como a que vou narrar em seguida.

Pude ver a médica debater o caso de uma usuária com suas colegas; dizia ela que o quadro de osteoporose¹⁰⁹, agravado na coluna torácica, apresentado pela mulher seria preditivo de Mieloma¹¹⁰. Para confirmar este possível õachadoö, a médica pedira um exame de sangue; enquanto dizia isso e o porquê do exame de sangue indicar a doença, Tatiane procurava no sistema interno do hospital o seu resultado. Quando o encontrou, e durante o tempo que o arquivo não abriu, a residente entoava, como um mantra: õvai ser mieloma! Vai ser mieloma! Não é mieloma... hemoglobina normal... eu queria ver um mieloma...ö. A frase, dita com a maior naturalidade, não foi recebida com qualquer constrangimento ou reação por parte das colegas. A médica queria õexperenciärö.

Neste mesmo dia pudemos conversar, eu e Tatiane. Perguntei a ela sobre as suas expectativas quanto ao futuro, e ela me disse que tentaria residência em oncologia. Fiquei curioso quanto a escolha da especialidade e a residente me disse que a escolhera porque estava em expansão; era uma área de poucas certezas, muito específica, onde o especialista teria a última palavra de maneira mais confortável, sem contrapartida dos usuários. Falou sobre o drama de lidar com pacientes terminais, mas que é superado pela conquista que é fazer alguém ser curado. Nesta conversa a consultei sobre a possibilidade de contribuir com o seu depoimento para a minha pesquisa, e ela disse que seria uma honra, era preciso, apenas, esperar a passagem das provas para a residência. Estava estudando muito, não tinha cabeça nem tempo para ceder uma entrevista. Os médicos estavam sempre em evolução, preparando-se para a próxima, e Tatiane era um de seus exemplares mais competentes. Faltou ver o Mieloma, mas ela terá novas oportunidades.

¹⁰⁹ Doença que provoca fragilidade óssea.

¹¹⁰ Trata-se de uma neoplasia hematológica.

Tempos modernos?

Vivemos uma época em que sujeitos como Tatiane não só são possíveis, como são também desejados. Ela é uma promissora e interessada médica, portanto atende com sucesso aos padrões sócio-culturais vigentes quanto ao que seria uma bem sucedida trajetória profissional. É bem vista por seus colegas, tem poucas incertezas quanto ao futuro, nutrindo, inclusive, certo otimismo pelo que virá. Contudo, se já encontra dificuldade em implicar-se na vida de um usuário quando ainda mantém tênue contato com ele, no futuro, como oncologista, ainda mais especializada, ainda mais apenas entre médicos, terá entre ela e o usuário um fosso quase intransponível.

Não pretendo tirar deste exemplo, nem desta pesquisa, conclusões que dêem conta de tudo ao redor. Reconheço que quaisquer relações entre o que vi e os tempos que vivemos podem ser feitas, apenas, em contornos locais. Outros locais podem sugerir outras relações, inclusive que indiquem novos tempos. Entretanto, acho possível aproximar o que vi daquilo que alguns dos sujeitos do nosso tempo vêm dizendo sobre a crise da modernidade; que talvez não seja da modernidade, seja do capitalismo; que talvez não seja do capitalismo, seja de valores; que talvez não seja de valores, seja do homem.

Arendt, em *“A condição humana”*, dizia que a modernidade vem desligando o homem do mundo (Arendt, 1995). Latour, em *“Jamais fomos modernos”*, que a separação que fazemos entre os homens e as coisas produz inumeráveis híbridos que colocam em risco a viabilidade humana. Rorty, em *“A Filosofia e o espelho da natureza”*, que a separação entre a natureza e o espírito vem produzindo um entendimento do mundo baseado em algoritmos, que lidos por alguma máquina, darão um padrão objetivo à realidade.

Como Madel Luz indicava em *“Natural, racional, social”*, têm sido à partir de disjuntivas, como as indicadas pelos autores mencionados, que temos nos especializado cada vez mais intensamente em algum aspecto da realidade. Tem sido esse aprofundamento objetivo no mundo natural que vem nos afastando do ser humano e de suas ligações entre si; do mundo de Arendt.

Sennett, em *“A corrosão do caráter”*, explora as transformações do capitalismo, e revela que, no estágio contemporâneo, vivemos sua fase flexível. Os sujeitos que vivem os nossos tempos, em nossos meios de produção, são expostos a tamanha incerteza e quantidade de experiências diferentes que encontram dificuldades em contar a sua própria história. Com isso, distanciam-se dos outros seres humanos, passam a viver, sempre, o recomeço de uma nova história; este processo vai moldando sujeitos que trazem consigo valores cada vez menos

compartilháveis. Sennett não esteve entre profissionais de saúde, mas a intensa troca de papéis que estes profissionais enfrentam em suas carreiras, como pude explorar no decorrer desta narrativa, além da intensa adaptação a novos cenários práticos, provocados pela rotatividade de ócios, deixa o cenário visitado muito próximo aos cenários descritos pelo sociólogo estadunidense.

Todos os autores indicam que os laços humanos estão desgastados, que a solidariedade está restrita a alguns grupos que tem um entendimento do mundo comum. Penso que esta narrativa apresenta argumentos que reafirmam o que dizem estes sujeitos. Contudo, queria evitar a simplificação e o fatalismo. Não que estes autores sejam simplistas e fatalistas, mas estão profundamente imbuídos em tradições de pensamento; com exceção de Sennett, todos os demais estão distantes dos encontros entre os sujeitos, no cotidiano.

Gostaria de compartilhar uma impressão: as situações que acompanhei sugerem uma incrível e lamentável distância entre médicos e enfermeiros, médicos e usuários, enfermeiros e usuários, médicos e enfermeiros e usuários. Entretanto, tudo foi observado em uma instituição universitária e pública. Esta mesma sociedade que revela tais dissensos, sustenta um serviço de saúde que está disponível a toda ela, e que ainda serve de campo para a profissionalização de sujeitos que estarão, no futuro, em outros serviços de saúde.

Assumo certa idealidade na visão que apresentei no parágrafo anterior, e não devo deixar de lado o intenso processo de precarização pelo que passam as instituições públicas. Contudo, a sociedade, através do Estado, ainda vem mantendo formas de solidarização e compartilhamento de experiências entre humanos. Portanto, penso que ainda há vários discursos, práticas e valores em disputa, e para disputar é preciso estar atento e forte, e estabelecer boas conversações.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. *et al.* Pesquisa em Enfermagem e o positivismo. *Rev. Esc. Enf. USP.*, v.30, n.1, p.25-32, abr. 1996.
- ARENDT, H. *A condição humana*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- AYRES, J. R. C. M. Necessidade, objetividade e o paradoxo metafísico do conhecimento científico. *MANGUINHOS*, Vol. II(1): 27-45, MAR-JUN, 1995.
- _____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface ó Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.
- _____. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO, 2009.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. (In)visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. *Acta Paul Enferm*; 23(6):745-750, 2010.
- BARINI, O.; AVEZUM, A. Medicina baseada em evidências [correspondências]. *Rev Ass Med Brasil*; 47(4): 269-295, 2001.
- BECKER, H. S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- BIAGIOLI, M. The anthropology of incommensurability. *Studies in the History and Philosophy of Science*, 21, p. 183-209, 1990.
- BIRMAN, J. Jogando com a verdade. Uma leitura de Foucault. *PHYSIS: revista de saúde coletiva*, Vol. 12, n. 2: 301-324, 2002.
- BONET, O. Saber e Sentir. Uma Etnografia da Aprendizagem da Biomedicina. *PHYSIS: revista de saúde coletiva*, Vol. 9, n. 1: 123-150, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização; 2004. [acessado 2013 jan 20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390.
- BUENO, F. M. G., QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Rev Bras Enferm*, 59(2):222-227, mar-abr, 2006.
- CAMARGO JR., K. R. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. *Cad. Saúde Pública*, 19(4): 1163-1174, jul-ago, 2003.
- _____. A Biomedicina. *PHYSIS: revista de saúde coletiva*, Vol. 15(Suplemento): 177-201, 2005.
- _____. Das Necessidades de Saúde à Demanda Socialmente Construída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

CAMARGO JR., K. R. ; NOGUEIRA, M. I. (Orgs.). *Por uma filosofia empírica da atenção à saúde: olhares sobre o campo biomédico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CASTRO SANTOS, L. A. A duras penas: estratégias, conquistas e desafios da enfermagem em escala mundial. *História, Ciências, Saúde ó Manguinhos*, v.15, n.1, p:13-28, jan-mar, 2008.

CASTRO SANTOS, L. A.; FARIA, L. As Ocupações Supostamente Subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. *Saúde Soc.*, v.17, n.2, p.35-44, 2008.

CHERQUES, H. R. T. Á moda de Foucault: um exame das estratégias arqueológica e genealógica de investigação. *Lua Nova*, 81: 215-248, 2010.

COLLINS, H. *Mudando a Ordem: Replicação e indução na prática científica*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2011.

COLLINS, H. Comment on Kuhn. *Social Studies of Science*, 42(3): 420-423, 2012.

COLLINS *Et al.* Trading zones and interactional expertise. *Stud. Hist. Phil. Sci.*, 38: 657-666, 2007.

COLLINS, H.; EVANS, R. *Repensando a expertise*. 1. ed. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia da Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(Sup 1): S7-S27, 2008.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. 1. ed. Rio de Janeiro: edições Graal, 1979.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO*, v.13, n.28, p.213-226, jan./mar., 2009.

DASTON, L. *Science studies and the History of Science*. *Critical Inquiry*, 35, p. 798-813, (Summer 2009).

EDLER, F. C. A escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. *História, Ciências, Saúde ó Manguinhos*, volume 9(2): 357-385, maio-agosto, 2002.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(4):517-525, julho-agosto, 2006.

FIORI, J. L. Estado de Bem-Estar Social: Padrões e Crises. *PHYSIS: rev Saúde Coletiva*, 7(2): 129-147, 1997.

FLECK, L. *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. 1. ed. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____. *A Arqueologia do Saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*, 18: 167-194, 2010.

GENTIL, R. C. O enfermeiro não faz marketing pessoal: a história explica por quê? *Rev Bras Enferm*, Brasília; 62(6): 916-918, nov-dez, 2009.

GIACOMONI, M. P.; VARGAS, A. Z. Foucault, a Arqueologia do Saber e a Formação Discursiva. *VEREDAS ON LINE ó ANÁLISE DO DISCURSO*, 2: 119-129, 2010.

GINZBURG, C. *Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história*. 1. ed. p: 143-179. São Paulo: Companhia das letras, 1989.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde ó contribuições para a reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1):255-268, 2010.

GUEDES, C. R. *et al.* A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4): 1093-1103, 2006.

HADDAD, A. E. Sobre a residência multiprofissional em saúde. *Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO*, v.13, n.28, p.227-228, jan./mar., 2009.

KUHN, T. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

LATOUR, B. *Jamais fomos modernos: ensaio de Antropologia Simétrica*. Rio de Janeiro: Ed 34, 1994.

_____. *Reagregando o Social: uma introdução à teoria do Ator-Rede*. Salvador: Edufba, 2012; Bauru, São Paulo: Edusc, 2012.

LATOUR, B.; WOOLGAR, S. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LOYOLA, C. M. D. *O Risco e o Bordado: um Estudo sobre a Formação da Identidade Profissional*. Rio de Janeiro, 1996. (Tese de doutorado ó Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

LUNARDI FILHO, W. D. *O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina*. Florianópolis, 1998. (Tese de doutorado ó Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina).

MACHADO, M. H. Sociologia de las profesiones: un nuevo enfoque. *Educ Med Salud*, Vol. 25, No. 1: 28-36, 1991.

MARTINS *Et al.* Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 34 (120): 172-178, 2009.

MASTERMANN, M. The nature of paradigm. In: LAKATOS, I.; MUSGRAVE (Orgs.). *Criticism and the growth of knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press, 1970.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, 20(5): 1411-1416, set-out, 2004.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MENDONÇA, A. L. O. O legado de Thomas Kuhn após cinquenta anos. *SCIENTIAE studia*, v. 10, n. 3, p. 535-560, 2012a.

_____. Filosofia da ciência e *science studies*: a guerra pela paz. In: VIDEIRA, A. A. P. (org). *Perspectivas contemporâneas em filosofia da ciência*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2012b.

MENDONÇA, A. L. O.; VIDEIRA, A. A. P. Progresso científico e incomensurabilidade em Thomas Kuhn. *SCIENTIAE studia*, v. 5, n. 2, p. 169-183, 2007.

_____. A assimetria entre fatos e valores: a herança de Kuhn nos *Science studies*. In: CONDÉ, M. L. L.; PENNA-FORTE, M. A. (orgs). *Thomas Kuhn: a estrutura das revoluções científicas [50 anos]*. Belo Horizonte: Fino Traço, 2013.

MORAES, M. A ciência como rede de atores: ressonâncias filosóficas. *História, Ciências, Saúde ó Manguinhos*, vol. 11(2): 321-33, maio-ago. 2004.

MößNER, N. Thought styles and paradigms ó a comparative study of Ludwik Fleck and Thomas S. Kuhn. *Studies in History and Philosophy of Science*, 42: 362-371, 2011.

NUNES, E. D. Merton e a sociologia médica. *História, Ciências, Saúde ó Manguinhos*, v.14, n.1, p.159-172, jan-mar, 2007.

OLIVEIRA, C. A vertigem da descontinuidade: sobre os usos da história na arqueologia de Michel Foucault. *História, Ciências, Saúde ó Manguinhos*, v.15, n.1, p.169-181, jan-mar, 2008.

OLIVEIRA *Et al.* Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 10 (Supl. 2): S433-S439 dez., 2010.

PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e iteração*. Campinas, 1998. (Tese de doutorado ó Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas).

PEREIRA NETO, A. F. Interfaces da História da Enfermagem: uma potencial agenda de pesquisa. *Esc Anna Nery R Enferm*, dez, 10(3): 524-531, 2006.

PIERANTONI, C.R. Formação, regulação profissional e mercado de trabalho em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ et al. (Orgs.). *A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para*

prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. 22 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 157-168.

PIRES, D. Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Rev Bras Enferm*, 62(5):739-744, set-out, 2009.

PLASTINO, C. A. Os Horizontes de Prometeu. Considerações para uma Crítica da Modernidade. *PHYSIS: revista de saúde coletiva*, Vol. 15(Suplemento): 121-143, 2005.

PUNTEL DE ALMEIDA, M. C. *et al.* Enfermagem enquanto disciplina: que campo científico identifica a profissão? *Rev Bras Enferm*; 62(5): 748-752, set-out, 2009.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2266-2274, 2010.

RONZANI, T. M. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: Qual o Papel das Crenças? *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA*, 31(1): 38-43; 2007.

RORTY, R. *A Filosofia e o espelho da natureza*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

RORTY, R. *Objetivismo, relativismo e verdade* (Escritos filosóficos; v.1). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

SAYD, J. *Ser médico: uma perspectiva histórica*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2006. (Série Estudos em Saúde Coletiva; n. 220)

SCHÄFER, L.; SCHNELLE, T. Fundamentação da perspectiva sociológica de Ludwick Fleck na teoria da ciência. In: FLECK, L. *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. 1. ed. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho. Limites da liberdade*. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 1993.

_____. No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. *Interface ó Comunic., saúde, Educ.*, Vol.1: 123-140, agosto, 1997.

_____. O médico e suas interações: *a crise dos vínculos de confiança*. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

SENNET, R. *A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

SILVA JR. *Et al.* Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). *Construção da integralidade*. Cotidiano, saberes e práticas em Saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ/ABRASCO, p.113-128, 2003.

SOBRINHO *Et al.* Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(1):131-140, jan, 2006.

SPINDOLA, T.; SILVA SANTOS, R. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. *Rev Bras Enferm*, 58(2):156-60, mar-abr, 2005.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. M. A pesquisa com prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):49-61, 2001.

TESSER, C. D. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(3):265-484, 2007.

TOSSATO, C. R. Incomensurabilidade, comparabilidade e objetividade. *SCIENTIAE studia*, v. 10, n. 3, p. 489-504, 2012.

VARGAS, H. M. Sem perder a megestade: õprofissões imperiaisö no Brasil. *Estudos de Sociologia*, v.15, n.28, p.107-124, 2010.

VIDEIRA, A. A. P. Fenomenologia hermenêutica das ciências naturais: os desafios do *Science Studies*. *Ekstasis: revista de fenomenologia e hermenêutica*, V.1, N.2, p. 13-40, [2013].

WILLIS, E. Introduction: taking stock of medical dominance. *HEALTH SOCIOLOGY REVIEW*, Volume 15, Issue 5: 421-431, December 2006.

ANEXO A 6 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada "O que sabem, como compartilham o que sabem, aqueles que não sabem do que se está falando?" O papel da expertise na prática de médicos e enfermeiros, desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social, da UERJ, e conduzida pelo pesquisador Leandro Augusto Pires Gonçalves, no contexto do mestrado acadêmico em Saúde Coletiva. Este estudo tem por objetivo analisar as práticas de Saúde operadas por médicos e enfermeiros neste serviço de clínica médica, neste hospital universitário.

Você foi selecionado(a) por ser um profissional atuante no cenário onde ela se passa. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

O pesquisador responsável utilizará como técnicas a observação etnográfica e entrevistas. Sua participação nesta pesquisa consistirá na realização de entrevista semi-estruturada, conduzida pelo pesquisador responsável, que acontecerá caso seja pertencente a alguma das duas categorias profissionais em análise. Estas entrevistas acontecerão em ambiente que garanta privacidade a sua realização, e terão o formato de diálogo face a face, com duração dependente da interação entre os participantes. Caso consinta, gravarei em arquivo de som as entrevistas, comprometendo-me a preservar a sua privacidade e o total sigilo das informações retiradas delas, assim como sua identidade, sendo que você receberá resposta ou esclarecimento sobre qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa, e obterá informações atualizadas durante o estudo. Como se trata de entrevista, você não será exposto a qualquer desconforto físico, e em caso de qualquer despesa realizada pelo convidado(a), na participação do estudo, esta será devidamente ressarcida pelo pesquisador responsável.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos, nos meios acadêmicos e científicos, os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos e instituição participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final desse documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável pela pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa do CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: telefones 3275-7120 (casa), 8466-7403 (celular), e pelo correio eletrônico gongalves.lap@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante _____

Assinatura do pesquisador : _____

ANEXO B 6 Roteiro para as entrevistas semiestruturadas

É Porque escolheste esta profissão?

É Conte-me como tem sido a sua trajetória profissional. Sente-se realizado?

É Você se sente satisfeito com o que õsabeõ para atuar? Como esse saber atravessa a sua prática?

É Como tem sido o seu diálogo com seus colegas de profissão? Diga-me as características do õbom médico/enfermeiroõ?

É Sobre o diálogo com os outros profissionais, em especial médicos/enfermeiros, como tem se realizado? Através de que meio? Você tem dificuldade em expressar sua mensagem para outro profissional ou paciente?

É O que você pensa sobre esta outra profissão? Diga-me as características do õbom médico/enfermeiroõ?

É Você acha que seus conhecimentos e técnicas fazem alguma diferença para este outro profissional? Você acha que a abordagem deles interfere na sua prática?

É Você tem alguma experiência interessante em que dividiu sua atuação com o outro profissional?

É Fale-me sobre a construção do diagnóstico clínico e do projeto terapêutico. Qual a sua contribuição para estas ações? Qual a importância da experiência e do conhecimento nestas decisões?

É Como é a experiência de lidar com a constante falta de materiais? Você desenvolveu alguma estratégia para estas situações?

É Características pessoais: idade, residência e formação, quanto as instituições.