

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**SANDRA MARA MACIEL DE LIMA**

**NO FIO DA SUTURA:  
UM ESTUDO SOCIOLÓGICO SOBRE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO  
SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**CURITIBA  
2009**

**SANDRA MARA MACIEL DE LIMA**

**NO FIO DA SUTURA:  
UM ESTUDO SOCIOLÓGICO SOBRE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO  
SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. José Miguel Rasia

**CURITIBA  
2009**

Catálogo na publicação  
Sirlei do Rocio Gdulla – CRB 9ª/985  
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Lima, Sandra Mara Maciel de  
No fio da sutura: um estudo sociológico sobre a equipe  
multidisciplinar do Serviço de Transplante Hepático do Hospital de  
Clínicas da Universidade Federal do Paraná / Sandra Mara  
Maciel de Lima. – Curitiba, 2009.  
160 f.

Orientador: .Prof.Dr. José Miguel Rasia  
Tese (Doutorado em Sociologia) – Setor de Ciências  
Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná.

1. Médico e paciente - sofrimento. 2. Hospital de Clínicas  
da UFPR – Serviço de Transplante Hepático – divisão do  
trabalho. 3. Equipe de enfermagem – prática – subjetividade.  
4. Medicina – subjetividade. I. Título.

CDD 610.65  
CDU 61



## Ata de Defesa de Tese De Doutorado

Ata da Sessão Pública, de defesa de tese para obtenção do Título de Doutor em Sociologia, área de concentração "Cultura e Poder", Linha de Pesquisa "Cultura e Sociabilidades". No dia 14 de agosto de 2009, às quatorze horas, nas dependências do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, reuniu-se a banca examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, composta pelos Professores Doutores José Miguel Rasia - orientador e presidente (UFPR), Tamara Benakouche (UFSC), Maria da Gloria Bonelli (USP), Simone Meucci (UFPR) e Marisete T. Hoffmann-Horochovski (UFPR) para avaliar a Tese de Doutorado de **Sandra Mara Maciel de Lima**, intitulada "NO FIO DA SUTURA: UM ESTUDO SOCIOLÓGICO SOBRE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ", para obtenção do Título de Doutor em Sociologia. O desenvolvimento dos trabalhos seguiu o roteiro de sessão de defesa estabelecido pelo Colegiado do Programa e sob a coordenação do(a) Orientador(a). Após haver analisado o referido trabalho e argüido o(a) candidato(a), os membros da banca examinadora deliberaram pela "...A.P.R.O.V.A...." do(a) candidato(a), concedendo-lhe o título de **Doutor(a) em Sociologia**. Curitiba, 14 de agosto de 2009.

Profª Drª Tamara Benakouche

Profª Drª Maria da Gloria Bonelli

Profª Drª Simone Meucci

Profª Drª Marisete T. Hoffmann-Horochovski

Prof Dr José Miguel Rasia  
(orientador e presidente)

Aos meus pais  
Marilene e Jamil (*in memoriun*)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao professor e orientador José Miguel Rasia, pela sua presença constante, pela compreensão, pelo incentivo nas horas do desespero e acima de tudo, por ter acreditado no meu trabalho. Muito obrigada!

Agradeço à equipe do Serviço de Transplante Hepático do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná por permitirem o meu acesso à riqueza de suas experiências.

Agradeço aos professores da Pós-Graduação em Sociologia da UFPR e, principalmente, às professoras Ana Luísa Fayet Sallas e Maria Tarcisa Silva Bega, da linha de pesquisa “Cultura e Sociabilidades”, pelas valiosas contribuições ao amadurecimento do projeto de pesquisa.

Agradeço às professoras Simone Meucci e Marisete Hoffmann-Horochovski pela leitura minuciosa e pelas sugestões valiosas ao aprimoramento da tese.

Agradeço aos colegas do Grupo de Pesquisa em Sociologia da Saúde, pela oportunidade de compartilhar experiências e conhecimentos. Mas, principalmente, a Claire, que por sua experiência no Hospital de Clínicas, me ajudou a abrir portas e a conhecer pessoas-chave para a realização da pesquisa.

Agradeço ao Edmilson, meu companheiro e maior incentivador nessa caminhada sociológica, pelo seu carinho, paciência, compreensão e respeito.

Agradeço aos meus filhos, Diego e Beatriz, pela experiência maravilhosa de ser mãe, de vê-los crescer e amadurecer.

Agradeço a minha mãe pelo seu apoio e carinho. Reconheço e admiro sua força, sua garra, sua serenidade. Sua experiência como mulher e como profissional da saúde estará sempre presente na minha vida.

Não poderia deixar de agradecer aos amigos e aos profissionais de saúde que me ajudaram a manter o equilíbrio físico, emocional e espiritual. Afinal a minha vivência como doutoranda também se refletiu no corpo e, se não fossem vocês, teria sido muito mais difícil. A vocês toda minha gratidão!

*Quando um médico vos fala de ajudar, de socorrer, de suavizar a natureza, de lhe retirar os excessos e de lhe dar o que falta, de restaurá-la e de colocá-la na plenitude de suas funções, quando ele vos fala de purificar o sangue, de refrescar as entranhas e o cérebro, de descongestionar o baço, de restaurar o peito, de reparar o fígado, de fortificar o coração, de restabelecer e conservar o calor natural, quando ele diz ter segredos para estender a vida por longos anos, ele nada mais faz do que o romance da medicina. Mas quando chegas à verdade e à experiência, nada encontrais de tudo isso; são como sonhos que, quando despertais, nada mais vos deixam que a desilusão de neles ter acreditado.*

O desabafo de Béalde,  
no terceiro ato de *O doente  
imaginário* (1673), na voz do  
autor Molière (SCLIAR, 1996).

## RESUMO

Diante das modernas tecnologias de diagnóstico, intervenção e cuidados, a presente tese tem como objeto as tensões e conflitos presentes nas práticas da equipe do transplante no Serviço de Transplante Hepático do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Orienta-se pela abordagem qualitativa, preocupando-se com a compreensão do fenômeno a partir da perspectiva dos sujeitos responsáveis pelo processo do transplante. Sendo assim, utiliza-se da etnografia e do estudo de caso como procedimentos técnicos, reconstruindo a prática médica e o conjunto das relações em seu interior. Por meio de observação e de entrevistas não diretivas realizadas com os membros da equipe do transplante, pode-se perceber que mesmo com o desenvolvimento das tecnologias de imagem no campo médico, ainda há tensão entre a objetividade e a subjetividade, entre a certeza e a incerteza, entre o saber e o ver. A incerteza presente nos procedimentos, nos limites da intervenção médica e as tensões e conflitos aí gerados, demonstram que a subjetividade não foi totalmente substituída pela objetividade. Isso porque a imagem demanda a análise e interpretação de um médico capaz de identificar o que a imagem está mostrando. E é nesse momento que se percebem as insuficiências desse manifesto pela certeza, da ilusão de uma prática de interpretação sem as marcas do intérprete. Os processos de intervenção e cuidados são regidos pelo trabalho coletivo, institucional, cooperativo, mas com diferentes graus de tensão entre o saber e o fazer. Tensão que se expressa pela hierarquia e divisão do trabalho na equipe. A interação entre as equipes está marcada pela união, pelo consenso, como também, pelos conflitos, pelas discordâncias, desarmonias e diferenças. A relação médico-paciente, por sua vez, funda-se na tensão entre o saber e o sentir, pois na prática médica o inesperado, o imprevisível, o incontrolável são características do atendimento. À medida que se apresentam os limites do transplante a equipe coloca-se diante do sofrimento. Sofrimento que causa dor, não dor física, mas dor moral, expressa pelo sentimento de impotência, de frustração. Sendo assim, é na e pela relação com o outro que a equipe do transplante hepático desenvolve a totalidade de suas capacidades e constitui seu *habitus*, não um único *habitus*, mas o *habitus* médico e o *habitus* da enfermagem. Todas as emoções e afetos que perpassam as tensões envolvidas nesse processo – prazer, satisfação, frustração, medo e dor moral – são expressões da condição humana. A subjetividade que emerge nos membros da equipe é marcada por conflitos e contradições.

Palavras-chave: Transplante Hepático. Subjetividade. *Habitus*. Imagiologia. Sofrimento.



## ABSTRACT

*Ahead of the modern technologies of diagnosis, intervention and cares, the present thesis has as object the tensions and conflicts gifts in the practical ones of the team of the transplant in the Service of Liver Transplantation of the Hospital de Clínicas of the Universidade Federal do Paraná. It is oriented for the qualitative boarding, being worried about the understanding of the phenomenon from the perspective of the responsible citizens. Being thus, one uses of the ethnography and the study of case as procedures technician, reconstructing the practical doctor and the set of the relations in its interior. By means of comment and of carried through not directive interviews with the members of the team of the transplantation, it can exactly be perceived that with the development of the technologies of image in the medical field, still has tension between the objectivity and the subjectivity, the certainty and the uncertainty, knowing and seeing. The present uncertainty in the procedures, in the limits of the medical intervention and the tensions and conflicts generated there, demonstrates that the subjectivity total was not substituted by the objectivity. This because the image demand the analysis and interpretation of a doctor capable to identify what the image is showing. And is at this moment that if perceives the limits of this manifesto for the certainty, of the illusion of one practical one of interpretation without the marks of the interpreter. The processes of intervention and cares conducted for the collective, institutional, cooperative work, but with different degrees of tension between knowing and making. Tension that if express for the hierarchy and division of the work in the team. The interaction enters the teams if of in such a way for the unit, the consensus, as well as, for the conflicts, for the discords, disharmony and differences. The relation doctor-patient, in turn, establishes in the tension between knowing and feeling, therefore in the practical doctor the unexpected one, the unexpected one, the uncontrollable one is characteristic of the attendance. To the measure that if presents the limits of the transplant the team places itself ahead of the suffering. Suffering that cause pain, not physical pain, but moral, express for the feeling of impotence, frustration. Being thus, it is in and for relation with the other that the team of the liver transplantation develops the totality of its capacities and constitutes its habitus, not only habitus, but habitus doctor and habitus of the nursing. All the emotions and affection that permeate the tensions involved tensions in this process - pleasure, satisfaction, frustration, fear and moral pain - are expressions of the condition human being. The subjectivity that emerges in the members of the team is marked by conflicts and contradictions.*

*Key-words: Liver Transplantation. Subjectivity. Imaging. Habitus. Suffering.*

## LISTA DE SIGLAS

CAD	-	Cirurgia do Aparelho Digestivo
CET-PR	-	Central Estadual de Transplantes do Paraná
CFM	-	Conselho Federal de Medicina
CNCDO	-	Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRM	-	Conselho Regional de Medicina
FAEC	-	Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
HC	-	Hospital de Clínicas
GM/MS	-	Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde
MELD	-	<i>Model for End-Stage Liver Disease</i>
MS	-	Ministério da Saúde
OPM	-	Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PELD	-	<i>Pediatric End-Stage Liver Disease</i>
R-	-	Representa a hierarquia nos estágios de residência (ex. R2 em relação ao R3)
R+	-	Representa a hierarquia nos estágios de residência (ex. R3 em relação ao R2)
R1	-	Residente no primeiro ano do curso de Residência (Cirurgia Geral)
R2	-	Residente no segundo ano do curso de Residência (Cirurgia Geral)
R3	-	Residente no terceiro ano do curso de Residência (CAD)
R4	-	Residente no quarto ano do curso de Residência (CAD)
SAM	-	Serviço de Atendimento Médico
SNT	-	Sistema Nacional de Transplantes
STH	-	Serviço de Transplante Hepático
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1 O DESAFIO DE UM NOVO OLHAR: A PESQUISA EM CONSTRUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
1.1 A METODOLOGIA DA PESQUISA.....	16
1.2 A PESQUISA DE CAMPO .....	19
1.2.1 A Inserção no Campo .....	24
1.2.2 Os Sujeitos do STH.....	29
1.3 ANÁLISE DOS DADOS .....	39
<b>2 SABER E VER .....</b>	<b>43</b>
2.1 O DESENVOLVIMENTO DO OLHAR MÉDICO .....	44
2.1.1 A Clínica do Olhar e suas Transformações na Contemporaneidade.....	49
2.2 A HISTÓRIA DA IMAGIOLOGIA.....	51
2.3 A VISITA OFICIAL .....	57
2.4 IMAGEM E SUBJETIVIDADE .....	72
<b>3 SABER E FAZER .....</b>	<b>79</b>
3.1 A DIVISÃO DO TRABALHO NO SETOR DE SAÚDE .....	80
3.2 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS .....	83
3.2.1 A Equipe Médica .....	85
3.2.2 A Equipe de Enfermagem .....	91
3.3 O OFÍCIO DE CIRURGIÃO EM UM AMBIENTE DE ALTA TECNOLOGIA.....	95
3.4 LÓGICA CIRÚRGICA E LÓGICA DOS CUIDADOS NO TRANSPLANTE .....	111
<b>4 SABER E SENTIR.....</b>	<b>129</b>
4.1 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: APROXIMAÇÃO OU DISTANCIAMENTO...	131
4.2 A VIVÊNCIA NO “CALABOUÇO” .....	138
4.3 LIDANDO COM AS EMOÇÕES.....	141
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>154</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>160</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>167</b>

## INTRODUÇÃO

A presente tese insere-se num contexto mais amplo de pesquisas na área da Sociologia da Saúde, desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa em Sociologia da Saúde CNPq/UFPR, sob a coordenação do Prof. Dr. José Miguel Rasia, desde 2005.

O Grupo de Pesquisa conta com pesquisadores, estudantes de graduação e pós-graduação das áreas de Ciências Humanas e/ou Ciências da Saúde e demais profissionais interessados na análise do processo saúde-doença. Buscando contribuir para a construção do olhar sócio-antropológico das questões da saúde e da medicina, os pesquisadores vêm desenvolvendo pesquisas que expressam a complementaridade entre as áreas, considerando a dimensão do sofrimento, os contextos sócio-culturais em que são produzidos os sentidos e significados atribuídos a saúde e a doença pelos sujeitos, bem como as relações entre os profissionais, na medida em que se exige adequação profissional constante decorrente dos novos conhecimentos e das novas práticas em saúde.

Cabe aqui destacar alguns trabalhos desenvolvidos que demonstram a aderência das pesquisas aos propósitos do grupo. Três pesquisas estão em fase inicial, a de Rubia Carla Formighieri Giordani, intitulada “Interdições e regras alimentares no campo discursivo das práticas de saúde e doença entre os Mbyá-Guarani”, a de Ipojucan Calixto Fraiz intitulada “A constituição o campo da medicina na capital paranaense no início do século XX: um estudo a partir da trajetória de Nilo Cairo da Silva” e a de Claudia Hausman Silveira intitulada “Sistema Único de Saúde no Brasil: 20 anos de história para contar”. As demais já estão em fase de ajustes e/ou conclusão.

Começo pela pesquisa desenvolvida por Marisete T. Hoffmann-Horochovski, que deu origem a sua tese de doutorado em Sociologia, defendida no início de 2008, sob o título: “Memórias de morte e outras memórias – lembranças de velhos”, que trata de entender o processo de reelaboração no universo simbólico da morte, marcado por semelhanças e diferenças nas representações sociais, nas práticas rituais e na manifestação pública do luto. A autora conclui que não só as mudanças no luto, mas todo o processo que aponta para uma crescente dessocialização da morte e das práticas rituais, pode ser compreendido com mais nitidez a partir das

relações de interdependência entre indivíduo e sociedade, passado e presente, vivos e mortos. Vários caminhos podem ser traçados para entendê-lo e inúmeros objetos podem ser analisados através de narrativas. O trabalho com memórias de velhos, que permite a reconstrução do passado, é uma das possibilidades para refletir sobre esse processo repleto de simbolismo (HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2008).

Quatro outras pesquisas, versam sobre o transplante hepático, abrangendo os seguintes aspectos: o doador vivo, a família do doador cadavérico, o receptor e a equipe de profissionais que atuam no transplante hepático. Em comum têm-se o interesse em estudar as práticas sócio-culturais no processo saúde-doença, relacionando-as às diferentes formações identitárias, assim como, produzir etnografias visando a interpretação do *habitus* envolvido nesse processo.

A primeira, desenvolvida por Claire Terezinha Lazzaretti e que deu origem a sua tese de doutorado em Sociologia, defendida em outubro de 2008, tem o título: “O doador vivo no Transplante Hepático: a dádiva na contemporaneidade”. A tese busca dimensionar os significados subjetivos que contribuíram para o ato da doação do fígado para o transplante intervivos<sup>1</sup> e os efeitos decorrentes deste ato, na vida e na subjetividade de cada doador do Serviço de Transplante Hepático do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. A autora revela, a partir da análise, que há um ponto comum entre equipe médica e doador, o desejo de salvar vidas. Para a equipe médica o transplante de fígado com doador vivo é fruto da ciência e eles o realizam com naturalidade; para o doador, é uma situação que o coloca no circuito da dádiva: “perder para ganhar”. Mesmo a retribuição não tendo equivalência da “coisa” doada, o valor é qualitativo, reforçando laços, prestígio e honra. Enfim, o transplante, como um procedimento de alta tecnologia médica, propicia uma nova forma de dádiva na contemporaneidade (LAZZARETTI, 2008a e 2008b).

A segunda, a pesquisa de Luiz Fernando Stacechen, que dará origem a sua dissertação de mestrado em Sociologia, versa sobre a “Doação de órgãos de cadáver: efeitos subjetivos para as famílias de doadores”. A pesquisa busca compreender como as famílias vivenciaram subjetivamente a doação de órgãos e suas conseqüências. Os resultados apontam que muitas famílias atribuem um significado religioso à doação, ou que compreendem seu ato como tendo um sentido

---

<sup>1</sup> Transplante que utiliza parte do fígado de doador vivo (não doente).

de altruísmo. Nesse sentido, a religião permeou diversos diálogos com os entrevistados, ora como uma forma de superar a dor do luto, ora norteando os princípios morais da família (STACECHEN, 2008).

Na seqüência, mas não menos importante, José Miguel Rasia desenvolve pesquisa sobre os “Itinerários terapêuticos, dádiva e identidade social no transplante hepático”. Realizada no Serviço de Transplante Hepático, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, tem como objetivo a compreensão da atribuição de significados para os processos de doação de órgãos e do transplante para os receptores de órgão, e como esta atribuição está sendo determinada pela forma como se dá a doação, ou seja, órgão de cadáver ou parte de um órgão de outra pessoa viva. Os sujeitos – homens e mulheres – incluídos na pesquisa são transplantados hepáticos, que realizaram transplante a pelo menos três meses antes do início do trabalho de campo. O autor relata que os transplantados colocam-se como sujeitos diante de suas doenças e tratamentos à medida que constituem uma rede de comunicação e de troca de informações na qual os médicos estão inseridos, e que a linguagem médica passa a ser compartilhada por todos. Um segundo aspecto destacado é que a convivência com a doença até o momento do transplante, e todas as exigências do tratamento que compreende visitas periódicas ao hospital, medicação continuada e exames freqüentes, desenvolve nesses sujeitos um novo *habitus*, com novas disposições, internalizados desde o pré-transplante e reforçados com o transplante (RASIA, 2007).

E, por fim, apresento a minha tese que tem como preocupação central responder a seguinte questão: diante das modernas tecnologias de diagnóstico, intervenção e cuidados, que tensões emergem a partir das práticas da equipe do transplante<sup>2</sup> hepático HC/UFPR e como estas tensões afetam a equipe?

No campo da saúde, o emprego da tecnologia por um lado, oferece melhores condições de cura ao paciente mas, por outro, apresenta um alto custo subjetivo para as equipes que as utilizam pois esses procedimentos exigem muito conhecimento, habilidade técnica e envolvimento do profissional com seu trabalho e com os cuidados dedicados ao paciente.

---

<sup>2</sup> Para efeitos de exposição e análise quando me referir à “equipe do transplante” estarei falando da equipe multidisciplinar, formada por profissionais de diferentes especialidades – médicos cirurgiões, clínicos e residentes, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicóloga, nutricionista e assistente social.

Deliberadamente escolhi como base teórica da tese a discussão da sociologia da saúde que aborda diretamente questões que afetam o corpo. Parte-se da hipótese de que com as modernas tecnologias de diagnóstico, intervenção e cuidados, a subjetividade da equipe do transplante hepático é marcada pelas tensões entre o saber, o ver, o fazer e o sentir. Saber aqui entendido como o conhecimento das modernas tecnologias envolvidas no procedimento do transplante; o ver que representa o olhar da prática médica que busca conhecer, enunciar e explorar o espaço tangível do corpo; o fazer está diretamente relacionado à habilidade, ao tato fino que o cirurgião precisa ter para desenvolver seu trabalho, trabalho de um verdadeiro artesão; e o sentir expresso no controle das emoções e tensões presentes na relação com o outro.

Para tanto, utiliza-se a metodologia de abordagem qualitativa, utilizando a etnografia e o estudo de caso como procedimentos técnicos. A etnografia visa reconstruir a prática médica e o conjunto das relações em seu interior, com descrição minuciosa dos aspectos que servem de base para uma análise sociológica. O estudo de caso é uma forma de inquirição que não depende exclusivamente dos dados etnográficos, investiga um fenômeno contemporâneo no seu contexto da vida real, contribuindo para o conhecimento que temos dos fenômenos. Os dados foram coletados por meio de diário de campo e entrevistas semi-diretivas realizadas com a equipe do transplante, no período de abril de 2007 a março de 2009.

Inserida no contexto do Grupo de Pesquisa em Sociologia da Saúde, a presente pesquisa justifica-se pelo fato de complementar o alcance das pesquisas realizadas no Serviço de Transplante Hepático. Estudos que já foram ou estão sendo realizados com todos os atores envolvidos no processo de transplante: doadores inter-vivos, famílias de doadores cadavéricos, receptores de órgãos e, por fim, a equipe de profissionais. Estudar a equipe no ambiente hospitalar pressupõe refletir de que forma, com quais tensões e conseqüências se exerce a prática médica, pois o que está em jogo é o cuidado e a competência, duas dimensões constitutivas da prática médica no processo decisório.

Nas últimas décadas, o transplante de órgãos vem se beneficiando dos progressos alcançados pela ciência e pela tecnologia médicas. Progressos evidentes nos procedimentos de diagnósticos, no aperfeiçoamento de medicamentos imunossupressores que buscam eliminar o risco de rejeição dos

enxertos e nas técnicas de intervenção. Procedimentos de alto custo que, atualmente, são realizados cada vez mais em espaços institucionalizados e financiados integralmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Como local privilegiado do desenvolvimento do trabalho médico e da produção de serviços médicos, o Serviço de Transplante Hepático (STH) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR) foi escolhido para a realização da presente tese. É no espaço hospitalar que os profissionais desenvolvem atividades técnico-cirúrgicas, acompanhamento e tratamento dos pacientes enfermos que necessitam de hospitalização, realização de exames, de diagnósticos.

Embora o primeiro transplante hepático tenha sido realizado em 24 de setembro de 1971, o Serviço de Transplante Hepático “Enny e Celso Gusso” do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – STH-HC/UFPR, foi inaugurado em 08 de outubro de 1997. O STH realiza, em média, 23 transplantes hepáticos por ano; em 2008 foram realizados 33 transplantes (UFPR, 2008).

A publicação da Lei dos Transplantes em 4 de fevereiro de 1997, regulamentada pelo Decreto n.º 2.268, de 30 de junho de 1997, possibilitou a criação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), que tem como atribuição desenvolver o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas e transplantes. Na seqüência, inúmeras atividades foram estabelecidas, tais como: implementação de listas únicas de receptores, criação das Centrais Estaduais de Transplantes, cadastro e autorização de serviços e equipes especializadas e estabelecimento de critérios de financiamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Sendo assim, o financiamento dos transplantes pelo SUS é resultado de algumas medidas adotadas no âmbito do Ministério da Saúde (MS), começando com a inclusão de novos procedimentos na tabela do SUS relacionados a transplantes (a partir de 1998). Na seqüência, criação do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) em 1999, responsável por todo o financiamento de transplantes. Essa medida fez com que todos os procedimentos de transplante fossem pagos diretamente pelo MS, o que desonerou os tetos financeiros dos estados e municípios, resultando no aumento de transplantes realizados.

Todos os transplantes de fígado realizados pelo STH-HC/UFPR são pagos pelo SUS. Os valores pagos estão previstos na Portaria GM/MS 2.848 publicada em



06 de novembro de 2007 (BRASIL, 2007a) e que apresenta a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS. Em 24 de dezembro de 2008, o MS publica a Portaria 3.192 (BRASIL, 2008) que concede reajuste nos valores de alguns dos procedimentos constantes da Tabela (o valor do transplante de fígado não foi reajustado<sup>3</sup>).

No entanto, na opinião de Jeferson<sup>4</sup>, residente no STH, o valor pago pelo transplante não é suficiente, “o hospital trabalha com a síndrome do cobertor curto, você cobre a cabeça e descobre o pé, essa é a realidade brasileira” (JEFERSON, residente, 18/10/2007). Essa crítica tem como argumento os gastos com imunoderivados, períodos longos em UTI, procedimentos que muitas vezes elevam os custos de cada transplante, ultrapassando os valores repassados pelo SUS ao Hospital.

Isso talvez se explique pelo fato de que, apesar dos esforços ao longo dos anos, os recursos financeiros para o SUS têm sido insuficientes para dar suporte a um sistema público universal de qualidade. De acordo com o CONASS (2006, p. 72) o aumento no investimento público em saúde encontra limites na carga fiscal e nas dificuldades que o país tem tido em crescer de forma sustentada. Portanto, esse aumento remete a uma disputa distributiva nos orçamentos públicos com outras categorias de investimentos e essas decisões se realizam na esfera política.

No entanto, o SUS parece aproximar-se efetivamente dos princípios da universalização do acesso e da integralidade na atenção, um dos principais desafios da política nacional de saúde, à medida que, em sua grande maioria, serviços de alto custo são ofertados exclusivamente pelo SUS, como é o caso dos medicamentos de dispensação em caráter excepcional e dos transplantes, com poucas exceções (córnea, por exemplo)<sup>5</sup>.

É neste contexto que se insere a presente tese, estruturada em quatro capítulos. No primeiro, *O desafio de um novo olhar: a pesquisa em construção apresenta-se* detalhadamente a metodologia adotada para a coleta e análise dos dados, destacando-se igualmente a problemática norteadora da pesquisa, os

---

<sup>3</sup> A Tabela SUS – Anexo VII (BRASIL, 2007b) destina ao Hospital credenciado o valor de R\$ 51.899,46 (cinquenta e um mil, oitocentos e noventa e nove reais e quarenta e seis centavos) por um Transplante de Fígado com órgão de doador cadáver e R\$ 52.672,46 (cinquenta e dois mil, seiscentos e setenta e dois reais e quarenta e seis centavos) por um Transplante de Fígado com órgão de doador vivo.

<sup>4</sup> Os nomes citados são fictícios.

<sup>5</sup> Essa discussão apresenta-se com mais detalhes em MACIEL-LIMA (2009).

objetivos e as hipóteses. Na seqüência, são relatadas algumas impressões surgidas no decorrer do trabalho de campo junto à apresentação dos sujeitos da pesquisa.

No segundo capítulo, *Saber e Ver*, apresenta-se a discussão sobre o uso da imagem médica no transplante hepático e analisa-se as relações da equipe médica com estas imagens, buscando entender a constante tensão entre a certeza e a incerteza nas práticas médicas associadas à utilização das imagens no processo do transplante<sup>6</sup>. O uso da imagem ao revelar com maior precisão a presença de uma doença grave, diminui para o médico e para o paciente as possibilidades de não-revelação de um diagnóstico. Contudo, o médico de posse de uma interpretação julgada correta da imagem pode muitas vezes enfrentar algum sofrimento, que na imprecisão de um diagnóstico seria evitado. O que dizer claramente ao paciente quando a imagem mostra um tumor? Ao contrário, o que dizer quando não se tem a certeza do que se vê? O que dizer ao paciente quando a imagem não mostra tudo? Tensões entre o saber e o ver que são reveladas nos depoimentos da própria equipe do transplante.

No terceiro capítulo, *Saber e Fazer*, procura-se compreender o trabalho e a dinâmica das tensões entre o saber e o fazer da equipe do transplante hepático do HC/UFPR. Apresenta-se a instituição hospitalar no centro de um campo de disputas de grupos profissionais altamente qualificados e com grande autonomia no trabalho. Não há um único saber médico, mas vários saberes médicos e, por esse motivo, ressaltam-se as tensões entre o saber e o fazer, não só na equipe do transplante, mas entre as equipes médica e de enfermagem, marcadas pela forte hierarquia no serviço, pelos conflitos e pelas contradições.

No quarto e último capítulo, *Saber e Sentir*, procura-se explicar as tensões entre o saber e o sentir (emoções, frustrações, desejos, angústias, medos). A crença absoluta na objetividade presente na tecnologia médica e na biomedicina tende a criar expectativas absolutas do paciente no processo de cura e do médico na sua capacidade de curar. Com as experiências vividas no interior do hospital, a equipe vai construindo o seu *habitus* profissional. Todavia, o trabalho da equipe do transplante é carregado de responsabilidades, dilemas, angústias, medos e até certo sentimento de incapacidade frente às adversidades. Tensões presentes nos relatos e nas expressões da equipe.

---

<sup>6</sup> O processo do transplante hepático compreende o pré-transplante, o transplante e o pós-transplante.

# 1 O DESAFIO DE UM NOVO OLHAR: A PESQUISA EM CONSTRUÇÃO

## 1.1 A METODOLOGIA DA PESQUISA

A construção de um objeto científico pressupõe o rompimento com os modos de pensamento e conceitos do senso comum. Romper com o senso comum significa produzir um “novo olhar” sobre a realidade do objeto de pesquisa (BOURDIEU, 2006, p. 49). Pensar o novo, no entanto, não significa romper por completo com pensamentos ou com teorias anteriores, mas buscar novas interpretações sobre o objeto de estudo, apropriar-se de muitas de suas estratégias, idéias e conceitos, inserindo-os e fazendo-os operar em novas perspectivas, pois “numa trama histórica, alguns fios podem ser inteiramente novos, enquanto outros são tirados de texturas antigas” (CANGUILHEM, 1977, p.23).

Diante das idéias de Bourdieu e Canguilhem emerge o desafio da presente tese, contribuir com outro olhar sobre as tensões e seus efeitos na subjetividade dos profissionais de saúde inseridos no contexto hospitalar com emprego de alta tecnologia médica, inseridos num ambiente altamente tecnificado.

Na história do desenvolvimento das práticas médicas, há indícios de que alguns níveis de complexidade na relação médico-paciente tenham surgido na base do próprio desenvolvimento dessas práticas. Na ânsia de conhecer, entender e decifrar as doenças que acometiam o ser humano, os médicos do século XVIII abstraíam do doente para poder captar as características da doença (FOUCAULT, 2004). Dessa forma, deixavam-se de lado as possíveis interferências psicológicas dos pacientes, bem como, as características da idade e temperamento.

Com a revolução científica nos séculos XIX e XX, foi possível registrar grandes avanços no campo das ciências médicas. Tanto o conhecimento médico como a prática profissional

adquiriram feições científicas, imprimindo a racionalidade objetiva como fundamento de um novo paradigma médico. O pensamento e o ato médicos fundiram-se numa complexa combinação de empirismo, experiência cotidiana e raciocínio clínico. A consulta, a anamnese e análise clínica passaram a ser a conduta-padrão de um bom médico,

dando-lhe poder, prestígio e crédito junto ao paciente (MACHADO, 1997, p. 25).

No trecho recortado, o conhecimento e a prática da medicina tornaram-se tão complexos que a divisão do trabalho na saúde se impôs, surgindo novas especialidades e subespecialidades, como médicos e enfermeiros especializados em unidades intensivas, em radiologia (raio x, ultra-sonografia, ressonância magnética, mamografia, entre outros). Uma das conseqüências desse processo, foi a crescente fragmentação dos saberes e práticas médicas (MACHADO, 1997).

Entretanto, Moreira Filho (2005, p. 35) alerta para o fato de que “os recursos que a técnica hoje coloca à disposição da Medicina imprimem também sua marca na relação médico-paciente”. Tais dispositivos fazem com que a relação médico-paciente seja tão impessoal quanto possível, no sentido de que um eletrocardiograma, por exemplo, possa substituir um diálogo entre médico e paciente. Esses meios disponibilizados pela tecnologia moderna aumentam a autoridade dos profissionais aos olhos dos pacientes e os fazem parecer donos de uma verdade ainda mais absoluta, autoridade essa estabelecida por meio do poder simbólico que o médico detém.

A utilização da tecnologia na saúde realça os aspectos objetivos das enfermidades (MACHADO, 1997; MOREIRA FILHO, 2005) e, muitas vezes, uma anamnese detalhada é substituída por uma série de exames instrumentais. A inclusão dos recursos técnicos pode facilitar o trabalho, no entanto “o que é ganho em simplificação é perdido na compreensão ao paciente. A introdução da técnica como recurso de defesa (...) pode falsear a avaliação global do paciente e comprometer o tratamento” (MOREIRA FILHO, 2005, p. 38).

A medicina deixou de ser a “Medicina da audição e do tato para ser a Medicina da visão<sup>7</sup>” (MOREIRA FILHO, 2005, p. 49), pois antigamente os médicos estavam mais atentos à fala dos pacientes, auscultando-lhes os ruídos e, hoje, os especialistas prestam mais atenção aos papéis e filmes, podendo fazer um diagnóstico até mesmo sem olhar para o paciente.

A imagem do corpo se impõe cada vez mais sofisticada, e mostra-se fascinante tanto para o paciente quanto para o médico. E, para Sicard, D. (1989), essa é uma tendência, consciente ou inconsciente, que leva o médico a se ocupar

---

<sup>7</sup> Visão entendida no sentido da análise visual de exames, obtidos em laboratórios ou meios eletrônicos, como as imagens produzidas pela radiologia contemporânea. Não confundir, portanto, a medicina da visão, de Moreira Filho, com a clínica do olhar.

mais de uma metáfora figurada do corpo do que do corpo físico. Embora o médico continue a apalpar o fígado, auscultar o coração, é possível perceber que a técnica do exame clínico torna-se cada vez mais desvalorizada por ambos, médico e paciente. E os motivos são vários, dentre eles, o lado “mágico” da imagem que possibilita mostrar o que não se pode ver a olho nu; a facilidade do médico em analisar a imagem, instalado em seu consultório, por meio de um equipamento que apresenta imagens radiológicas, sem necessariamente ter contato com o corpo do paciente. Pois, “o paciente, com efeito, quando está presente pelo seu corpo, impõe limites ao discurso do médico sobre o seu corpo”; e, do lado do paciente, a falta de confiança no olhar clínico do médico, que tende a parecer uma técnica arcaica, diante dos surpreendentes exames em três dimensões, por exemplo (SICARD, D., 1989, p. 38).

E é nesse contexto de aproximação e distanciamento presente entre médico e paciente, entre técnica e corpo que emerge a problemática dessa tese, apresentada da seguinte forma:

*Diante das modernas tecnologias de diagnóstico, intervenção e cuidados, que tensões emergem e quais seus efeitos sobre a subjetividade a partir das práticas da equipe do transplante hepático no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná?*

No sentido de ajudar a responder a esta questão norteadora da tese foi necessário delimitar e alcançar alguns objetivos específicos, tais como:

1. Entender como a equipe do transplante hepático se relaciona com a constante tensão entre a certeza e a incerteza nas práticas médicas associadas à utilização das imagens no processo do transplante.
2. Compreender o trabalho e a dinâmica das tensões entre o saber e o fazer da equipe do transplante hepático do HC/UFPR.
3. Explicar as tensões entre o saber e o sentir (emoções, frustrações, desejos, angústias, medos) na equipe do transplante hepático.

Para tanto, partiu-se da hipótese de que com as modernas tecnologias de diagnóstico, intervenção e cuidados, a subjetividade da equipe do transplante hepático é marcada pelas tensões entre o saber, o ver, o fazer e o sentir. Saber aqui entendido como o conhecimento das modernas tecnologias envolvidas no

procedimento do transplante; o ver que representa o olhar da prática médica que busca conhecer, enunciar e explorar o espaço tangível do corpo; o fazer está diretamente relacionado à habilidade, ao tato fino que o cirurgião precisa ter para desenvolver seu trabalho, trabalho de um verdadeiro artesão; e o sentir expresso no controle das emoções presente na relação com o outro.

Se por um lado, o emprego destas tecnologias oferece melhores condições de cura ao paciente, por outro, apresenta um alto custo subjetivo para as equipes que as utilizam, pois esses procedimentos exigem muito conhecimento, habilidade técnica e envolvimento do sujeito com seu trabalho e com os cuidados dedicados ao paciente.

Diante da definição da metodologia de pesquisa, dos objetivos e hipóteses norteadoras do estudo, faz-se necessário apresentar o caminho percorrido para alcançar os objetivos e testar a hipótese face aos dados coletados.

## 1.2 A PESQUISA DE CAMPO

A presente tese orienta-se pela abordagem qualitativa que trabalha “com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais” (DESLANDES e ASSIS, 2002, p. 197). Apresenta o ambiente como fonte direta de dados, preocupação com a compreensão do fenômeno a partir da perspectiva dos participantes, supondo o contato direto e prolongado do pesquisador com a situação investigada.

A abordagem qualitativa refere-se à intensidade dos fenômenos,

ela é própria para aprofundar a compreensão de grupos, de segmentos, e de microrrealidades, visando ao desvendamento de sua lógica interna e específica, de sua cosmologia, de sua visão de determinados problemas, que se expressam em opiniões, crenças, valores, relações, atitudes e práticas (MINAYO e MINAYO-GÓMEZ, 2003, p.137).

O método qualitativo, “além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos [...], propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação” (MINAYO, 2006, p. 57).

Não se buscam regularidades, mas a compreensão dos agentes, daquilo que os levou a praticar determinada ação. E isso só é possível se os sujeitos forem ouvidos a partir da sua lógica e exposição de razões. Nesse cenário, podem-se identificar crenças mais ou menos compartilhadas por grupos sociais, não de forma estática, mas em permanente transformação (GODOI e BALSINI, 2006).

Para Deslandes e Assis (2002, p. 206), a perspectiva qualitativa “não se destina à interpretação de fatos, mas à interpretação das interpretações dos atores sobre os fatos, as práticas e as concepções”. Tem-se consciência de que essa prática nunca abrangerá tudo o que é expresso ou oculto nas falas das pessoas, o que se produz são interpretações da realidade, vistas não como “a verdade”, mas como uma “versão científica” da realidade.

As autoras afirmam que a interpretação, na pesquisa qualitativa, é vista como a base da própria ação de pesquisa. “Estará presente durante todo o seu processo (no trabalho de campo para construir hipóteses, na interação do pesquisador com os sujeitos pesquisados) e constitui o exercício essencial para a análise” (DESLANDES e ASSIS, 2002, p. 207).

Nesse sentido, a presente pesquisa, utiliza a etnografia como um dos procedimentos técnicos, reconstruindo a prática médica e o conjunto das relações em seu interior, com descrição minuciosa dos aspectos que servem de base para uma análise sociológica. A partir da relação entre pesquisador e pesquisado, “a etnografia estabelece relações que possibilitam compreender melhor a complexidade de determinados fenômenos sociais” (ANDION e SERVA, 2006, p. 153), relações de cumplicidade e de alteridade, ao mesmo tempo, na qual as semelhanças e as diferenças entre os dois extremos estão sempre em evidência.

Na mesma perspectiva, Da Matta (1978, p. 35), entende que “um trabalho etnográfico confronta subjetividades e delas trata”, enfatizando a importância do bom relacionamento entre pesquisador e pesquisado e argumentando que somente isso possibilitará diferenciar um “pisar mecânico fisiológico de uma piscadela sutil e comunicativa”.

Para Wacquant (2002, p. 11), a experimentação científica deve demonstrar o fato de que o agente social é um ser de carne, de nervos e de sentidos, é um ser sofredor que participa do universo com todas as fibras do seu corpo e de seu coração. Para o autor, uma pesquisa sociológica deve se esforçar para capturar e restituir essa dimensão carnal da existência, por meio de um trabalho metódico e

minucioso de detecção e de registro, de decodificação e de escritura capaz de capturar e transmitir o sabor e a dor da ação.

Nesse sentido, a etnografia se apresenta como uma imersão do pesquisador no contexto de pesquisa,

uma técnica de observação e de análise que, com a condição expressa de que ela seja teoricamente instrumentada, deve permitir ao sociólogo apropriar-se na e pela prática dos esquemas cognitivos, éticos, estéticos e conativos que põem em operação cotidiana aqueles que o habitam (WACQUANT, 2002, p. 11-12).

A etnografia impõe ao pesquisador que se submeta a ação, que coloque, na medida do possível, seu próprio corpo, sua sensibilidade e sua inteligência no centro das forças materiais e simbólicas que ele busca dissecar. Para Wacquant (2002), a pesquisa etnográfica revela-se não só como uma sociologia do corpo, no sentido do objeto, mas também a partir do próprio corpo como instrumento de investigação e vetor do conhecimento.

A etnografia pressupõe um trabalho de observação visando uma percepção em profundidade das significações, das variações e dos sentidos atribuídos pelos profissionais. Esse olhar deve ser "inquisitivo", permitindo ao pesquisador certo estranhamento, a possibilidade se surpreender durante a pesquisa (ANDION e SERVA, 2006).

Outro procedimento técnico utilizado é o estudo de caso, uma forma de inquisição que não depende exclusivamente dos dados etnográficos. O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo no seu contexto da vida real, contribuindo para o conhecimento que temos dos fenômenos. Os dados são coletados de pessoas e instituições em situações cotidianas, e não dentro de limites de um laboratório, nesse sentido, não há controle do ambiente de coleta de dados (YIN, 2005).

Ao contrário do que acontece com outras técnicas de pesquisa, realizar estudos de caso demanda um preparo maior do pesquisador para agir como observador, pois

ao fazer observações das atividades da vida real [o pesquisador] está entrando no mundo do indivíduo que está sendo estudado [...] o seu comportamento – e não o do sujeito ou do respondente – é o único provavelmente a ser restringido (YIN, 2005, p. 97).



Isso significa que ao entrevistar as pessoas-chave o pesquisador deve trabalhar em conformidade com o horário e a disponibilidade do entrevistado.

O estudo de caso não precisa ficar limitado a uma única fonte de evidências, podendo utilizar documentos, arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos (YIN, 2005).

Neste particular, a unidade de análise deste estudo de caso é o Serviço de Transplante Hepático (STH) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR), escolhido por ser um local privilegiado do desenvolvimento da prática médica. É o local do “fazer médico” e da transmissão do saber.

Na perspectiva de Enriquez (1997), o hospital como todas as demais organizações sociais é ao mesmo tempo um sistema cultural, simbólico e imaginário. Como sistema cultural ele oferece uma estrutura de valores e normas, uma maneira de pensar, um modo de apreensão do mundo que orienta a conduta de seus membros. Estabelece, para tanto, uma estrutura que se traduz nas atribuições de postos, nas expectativas de papéis a cumprir, em condutas previstas e em hábitos de pensamento e de ação com vistas a atingir o objetivo proposto. Dessa forma, a socialização dos diversos atores se dá em função das metas do hospital. Como sistema simbólico o hospital não pode deixar de evidenciar alguns mitos, instituir ritos de iniciação, de passagem e de execução, e de eleger heróis. Estes têm por função unir os membros, assim como lhes fornecer um sistema de legitimação ou de significação para as atividades desenvolvidas no seu interior. O sistema imaginário, por sua vez, é produzido para dar suporte aos sistemas cultural e simbólico e pode ser caracterizado como motor, quando permite às pessoas se deixarem levar pela imaginação criativa sem se sentirem reprimidas pelas regras.

Entender o hospital como organização social nos remete a pensá-lo

não somente enquanto espaço destinado à prática de cura e ao fazer científico, mas principalmente enquanto espaço onde se desenvolvem relações de saber (saber médico) e de poder (poder médico), ambos dotados de uma dimensão simbólica (RASIA, 1996, p. 23).

Enquanto gerador de saber o hospital utiliza-se da intervenção médico-hospitalar para produzir a cura. Como operador do poder médico revela o caráter científico e investigativo do hospital moderno. Nas palavras de Rasia,

enquanto espaço diferenciado pela possibilidade de que sua ação produza a cura, o hospital é a organização por excelência do exercício do poder médico, fundado na investigação científica sobre o corpo e seus desequilíbrios e é também lugar do exercício do saber e da formação médicas (RASIA, 1996, p. 24).

O hospital, por sua vez, proporciona serviços específicos a sociedade e oferece oportunidades de carreira aos seus membros, como estágios e residências para alunos de medicina e para os médicos que nele clinicam. O que se transmite enquanto formação são o saber e o poder médicos enquanto componentes do universo simbólico.

Sendo assim, a preocupação central dessa tese não é propriamente o discurso ou o conhecimento dos inúmeros sistemas explicativos da doença e das mais variadas propostas de cura do ponto de vista tecnológico, mas os impactos desse discurso e dessas práticas sobre os profissionais que veiculam o discurso e desenvolvem tais práticas.

A pesquisa no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR), teve seu início após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC/UFPR, em 17 de abril de 2007, sob o n.º CEP-1388.053/2007-03. A população que interessa a este estudo de caso é constituída pelo conjunto dos trabalhadores que atuam no Serviço de Transplante Hepático (STH – HC/UFPR) há pelo menos 6 meses e aceite participar da pesquisa<sup>8</sup>.

O primeiro contato com o Serviço de Transplante Hepático deu-se em 26 de abril de 2007 e, a partir daí, iniciou-se a observação etnográfica, para posteriormente, dar seguimento às entrevistas não diretivas.

O trabalho de observação incluiu a minha permanência nos corredores do Serviço de Transplante Hepático, na sala dos residentes, na sala da enfermagem e nas reuniões semanais realizadas pela equipe. Todo o trabalho de observação foi registrado sistematicamente em um diário de campo.

Na segunda quinzena de maio de 2007 iniciaram-se as entrevistas não diretivas com os membros da equipe responsáveis pelo STH-HC (médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogos, assistente social e

---

<sup>8</sup> Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para participação dos profissionais na pesquisa. Critério de inclusão: profissional que trabalhe no STH por pelo menos seis meses. Critério de exclusão: profissional que não aceite participar da pesquisa ou que não atenda o critério de inclusão.

nutricionista), buscando compreender as tensões vividas pela equipe do transplante face à complexidade das tecnologias de diagnóstico, intervenção e cuidados.

A entrevista não diretiva é entendida por Thiollent (1982, p. 84) “como instrumental para o estudo das culturas e subculturas (conjunto de valores, normas, representações, símbolos etc.)”, pois nesse instrumento de coleta o objetivo é explorar informações culturais e afetivas que se manifestam na vivência dos indivíduos ou grupos considerados.

Para Minayo (2006, p. 264), a entrevista não diretiva, pode ser definida como uma “conversa com finalidade”, em que há um roteiro invisível que serve de orientação para o pesquisador e “não de cerceamento da fala dos entrevistados”. Nessa conversa, o pesquisador busca encontrar informações relevantes para o aprofundamento do assunto. É possível introduzir perguntas ou fazer intervenções visando abrir o campo de explanação do entrevistado ou aprofundar o nível de informações, quando for necessário.

Sendo assim, a partir de uma introdução feita por mim (tendo como ponto de referência as hipóteses da pesquisa), o entrevistado teve a oportunidade de definir o campo a ser explorado, sem uma estruturação pré-determinada. A ordem dos assuntos tratados não obedeceu uma seqüência rígida, mas foi determinada pelas preocupações, relevâncias e ênfases que cada um deu ao assunto abordado.

Após a definição do delineamento da pesquisa, passo a relatar a minha inserção no campo escolhido para a pesquisa.

### 1.2.1 A Inserção no Campo

O primeiro contato com o Serviço de Transplante Hepático do HC aconteceu por intermédio do meu orientador, que me apresentou à Marina, enfermeira chefe do STH. Nesse dia, Marina e eu conversamos sobre o que me levou a realizar a pesquisa, apresentei os objetivos e expliquei o trabalho que desenvolveria com a equipe do transplante. Marina, muito comunicativa, me explicou rapidamente o funcionamento do Serviço e se dispôs a apresentar a equipe. Combinamos que iria começar o trabalho de observação no período da manhã e aos poucos seria apresentada à equipe do turno da tarde e assim por diante.

Ao chegar ao primeiro dia de observação obtive a informação de que Marina estava em reunião com a equipe médica, então fiquei aguardando do lado de fora da porta de entrada do Serviço de Transplante Hepático. Nesse dia, eu já estava vestindo o jaleco branco, por solicitação do meu orientador, mas confesso que não me senti nem um pouco à vontade. Percebi que o fato de usar o jaleco introduziu um novo elemento na observação, minha responsabilidade parece ter aumentado, mas ainda não conseguia entender os motivos.

Fiquei observando o local próximo à entrada do Serviço, fazendo anotações e atenta a todos os movimentos da equipe do transplante. Logo na entrada há um banco de madeira, onde os pacientes aguardam para serem atendidos. Enquanto tomava nota das primeiras impressões, os pacientes me observavam com certa curiosidade.

No dia seguinte, solicitei à Marina para ficar no interior do Serviço, e ela imediatamente arrumou uma cadeira e um espaço na mesa que fica no corredor, próximo a sala da enfermagem. Aos poucos fui conhecendo a equipe de enfermagem e a rotina do Serviço. Marina me falou sobre as reuniões semanais da equipe do transplante e que na primeira oportunidade me apresentaria à equipe médica, perguntando se eu poderia participar das reuniões também. No entanto, isso não aconteceu, eu mesma fui me apresentando à equipe aos poucos.

A equipe do STH conta com uma estrutura física de apoio: *sala de reuniões* (geralmente ocupada pelos residentes e médicos); *sala de curativos* (também utilizada para atendimento psicológico dos pacientes, para conversas reservadas entre médico/residentes, pacientes e/ou familiares ou para conversas entre os profissionais da equipe); *sala de expurgo* (local onde as higienistas separam as roupas que serão enviadas à lavanderia, lavam os instrumentos usados pelos médicos no atendimento aos pacientes, comadres e outros objetos); *copa* de uso comum a toda a equipe (abrigando uma cozinha completa e dando acesso ao banheiro e armários); *posto de enfermagem* (local onde a equipe de enfermagem prepara a medicação, armazenam os medicamentos e materiais de uso diário, fazem relatórios e registram o que ocorre no plantão em livro específico, assim como, se comunicam com os outros setores do hospital); e, por fim, os *quartos* destinados aos pacientes do STH.

Contudo, não poderia deixar de registrar que minha presença no corredor gerou curiosidade por parte de toda equipe. Eu me sentia como se estivesse

incomodando, interferindo no ambiente de trabalho, na rotina de todos eles, mesmo sem ter pronunciado uma só palavra.

Aos poucos fui fazendo contato com as estagiárias de nutrição e de psicologia, com quem eu dividia o espaço na mesa. Eu aproveitei para explicar minha presença ali, assim como, perguntar sobre o trabalho que elas desenvolvem no Serviço. Alguns membros da equipe de enfermagem, mais desinibidos, se aproximaram para conversar e matar a curiosidade sobre minha presença.

No terceiro dia de observação, José Mário, residente no Serviço, passou no corredor e me perguntou sorrindo: *“E sua pesquisa, como está?”* E eu respondi: *“Só observando por enquanto”*. E ele exclamou: *“Na observação? Ai, ai, ai!”*, foi a primeira vez que ele me dirigiu a palavra.

Nesse mesmo dia, José Mário, após passar a dieta de um dos pacientes à estagiária de nutrição, nos convidou para participar de sua festa de despedida, oferecida por um laboratório – que, por engano, ofereceu a festa um mês antes da sua saída.

Por volta das onze horas, fui chamada por Marina para participar da confraternização e avisada de que deveria tirar o jaleco antes de entrar na sala de reuniões, por uma questão ética e higiênica.

No dia seguinte, pude perceber o motivo de não me sentir à vontade com o jaleco. Cheguei ao hospital com muita chuva e enquanto fechava a sombrinha e colocava o jaleco, escutei o choro fraco, mas constante, de um bebê bem ao meu lado. Quando acabei de me arrumar, me dirigi à mãe do bebê e falei: *“Nossa como ela chora! O choro já está até fraquinho!”* A mãe, uma mocinha, levantou rapidamente e começou a falar: *“Eu não sei o que ela tem, doutora! Tem só um mês e chora muito, já está até rouca! Não sei o que fazer! Não sei se é cólica. É meu segundo filho, mas é diferente”*. Nesse momento, percebi que ela havia me confundido com uma médica. Pedi desculpas a ela, por não poder fazer nada. Senti-me impotente diante da situação daquela mãe, desejei boa sorte a elas e segui rumo ao ambulatório do Transplante Hepático, ainda meio atordoada.

O desconforto que experimentei pode ter relação direta com minha posição em campo, de completo estranhamento. Lilian Chazan – médica, psiquiatra e psicanalista – desenvolveu pesquisa etnográfica observando ultra-sonografias obstétricas em clínicas privadas e ao relatar sua experiência de observação, explica o seu desconforto da seguinte forma: *“Estando de jaleco, estava ‘disfarçada’ de*

médica, e a observação etnográfica ficava impregnada por uma inverdade” (CHAZAN, 2005, p. 25). Afinal, sua presença na sala de exames não representava sua condição de médica e sim de uma etnógrafa. A solução para esta pesquisadora foi apresentar-se às gestantes na sala de espera, explicando brevemente a pesquisa e pedindo permissão para observar sua ultra-sonografia.

E qual seria minha solução? Levei ainda um tempo até entender e aceitar o “disfarce”. Disfarce que facilitou minha inserção no campo, sem chamar tanta atenção dos profissionais do STH e do HC.

No décimo dia de observação cheguei à conclusão de que o meu local de observação não me permitia acompanhar o trabalho dos médicos, somente da equipe de enfermagem. Então, após consultar Marina, passei a ficar observando a equipe de dentro da sala dos residentes.

Um ou outro me dirigia a palavra, perguntando sobre minhas atividades no STH, outros mal me cumprimentavam. Isso me incomodou somente no começo do trabalho por me sentir uma intrusa. Mas depois que entrevistei dois residentes fiquei mais confiante, pois percebi que a equipe do transplante também estava pouco à vontade com minha presença, afinal eu os estava observando.

Alguns comentários deixavam isso muito claro: “*Ah, meu Deus! E eu falei tudo àquilo no corredor!*” – exclama um técnico de enfermagem que havia feito um desabafo à psicóloga sobre suas angústias, ali mesmo no corredor e só depois resolveu perguntar sobre meu trabalho no STH. Ou então, “*Você é enfermeira?*” – pergunta Arlete, médica chefe-clínica do STH. Eu expliquei a ela minha condição de pesquisadora e então ela disse: “*Ah, então é por isso que tenho visto você nas reuniões!*”. E, por fim, durante um momento de descontração, o residente R3 de plantão e dois alunos do 6º ano de medicina (doutorandos) comentavam sobre as “manhas” e “reclamações” de alguns pacientes, em tom de brincadeira e deboche: “*Você viu aquele paciente? Chorou antes mesmo de eu colocar a agulha! Que fresco!*” – comentavam sobre o procedimento de paracentese<sup>9</sup> que realizaram no paciente com ascite<sup>10</sup>. E, de repente, percebendo minha presença no canto da sala, o residente exclamou: “*Ih! Eu falando palavrões e a Sandra anotando tudo!*” – os três

<sup>9</sup> Retirada de líquido do abdômen por meio de punção.

<sup>10</sup> Ascite, também conhecida como “barriga-d’água” é o nome dado ao acúmulo de líquido no interior do abdômen

se entreolharam e riram sem graça. Nesses momentos, eu preferia ficar calada, sem manifestar qualquer opinião, sorrindo, apenas.

As anotações no diário de campo eram simultâneas aos fatos ocorridos, embora, em algumas ocasiões, eu deixasse para escrever os diálogos e minhas impressões alguns instantes depois. Ocasões, por exemplo, em que a equipe médica atendia pacientes na sala dos residentes. Eu observava tudo, calada, sem qualquer manifestação, prestando atenção nas reações da equipe e dos pacientes, no diálogo, nas expressões e na forma de passar as informações e orientações aos pacientes.

Participar das reuniões científicas da equipe do transplante – chamadas pela equipe de “visita oficial” – foi uma experiência gratificante e muito importante para a coleta de dados, pois nessas reuniões a equipe assume outro papel, diferente do apresentado aos pacientes. Vou tentar explicar.

Quando cheguei pela primeira vez na sala de reuniões, um mês após ter começado o trabalho de observação, hesitei um pouco, mas José Mario, residente que já havia entrevistado dias antes, me viu e fez um sinal para que eu entrasse. Nessas reuniões, o residente R3 responsável pelo STH, apresenta os pacientes para a equipe médica do STH, psicóloga, assistente social, nutricionista e doutorandos (alunos do 6º ano de medicina) para discussão sobre o diagnóstico e o tratamento indicado (a “visita oficial” será melhor explorada no capítulo 2).

Essas reuniões são momentos de avaliação, de debate, de decisões e exposição do médico residente. Momento em que tem que demonstrar segurança conceitual, conhecimento do caso de cada paciente, capacidade de avaliar cada dado apresentado e registrado nos exames, assim como clareza na argumentação. Os residentes, de um lado, são testados e avaliados em seu desempenho profissional e pessoal pelos médicos, mais experientes e qualificados, por outro lado, a equipe discute abertamente suas dúvidas, resultados de novas pesquisas, discutem os erros cometidos e os riscos enfrentados em cada intervenção cirúrgica ou em procedimentos investigatórios mais invasivos. Ao final de cada reunião, um médico ou residente ou doutorando, fica responsável por apresentar um estudo científico, um resultado de pesquisa ou qualquer outro assunto que interesse à equipe.

Outro fator relevante desse espaço de discussões para minha pesquisa é a manifestação e a demonstração da importância das tecnologias de imagem

utilizadas no transplante hepático. Tecnologias que fornecem o suporte para o diagnóstico, tratamento e para os cuidados necessários aos pacientes do transplante.

Nesse sentido, foi extremamente importante observar a equipe sob este ponto de vista, ajudou muito a compreender o campo e o *habitus* médico, afinal, nesses encontros, eu era apenas mais uma observadora atenta, talvez a mais atenta.

No início de um desses encontros, os residentes conversavam animadamente sobre banalidades, contavam piadas e riam muito. Eu estava no canto oposto da sala observando atentamente e, de repente, Guilherme – R3, chama a atenção do colega que está ao seu lado sem o jaleco. “*Coloque o jaleco, a equipe está vindo!*” Rapidamente, todos se reposicionaram, assumiram uma expressão mais séria e contida, cumprimentando a equipe médica que estava chegando. Eu precisei me conter para não rir da situação. A partir desse dia, meu desconforto em relação à observação se dissipou, vê-los sem a “roupagem” de médicos sérios, centrados em seu papel principal, me fez entender que não somos diferentes, somos todos profissionais desempenhando funções específicas. Eu não mais me sentia deslocada, já me sentia à vontade e um pouco mais segura. Até mesmo as anotações no diário de campo passaram a ser mais detalhadas, mais amplas. Já tinha condições de transcrever os diálogos entre a equipe, com detalhes.

Aos poucos, o fato de não estar familiarizada com a cultura médica e com os jargões utilizados pela equipe, deixaram de ser um problema. Quando tinha dúvidas não hesitava em perguntar, em pedir mais explicações. Todos, sem exceção, se colocaram a disposição para me ajudar, inclusive fornecendo textos, artigos e imagens de exames para que eu pudesse entender melhor esse universo.

### 1.2.2 Os Sujeitos do STH

As entrevistas no STH foram realizadas a partir do final de maio de 2007 e finalizadas em março de 2009. Foram realizadas ao todo 23 entrevistas não-diretivas com os membros da equipe. Devido à característica do trabalho no Hospital, e especificamente no Transplante Hepático, as entrevistas não puderam ser agendadas com antecedência, pois dependendo do estado geral dos pacientes internados no STH e do número de pessoas da equipe no plantão, não havia



possibilidade de retirá-los do Serviço para a entrevista. Assim, as entrevistas foram realizadas sempre de acordo com a disponibilidade de cada um e de acordo com o movimento no Serviço.

A cada contato, foi preciso explicar os objetivos da pesquisa e a forma como seria realizada a entrevista. Foi possível perceber muita expectativa quanto às questões que seriam feitas e certa desconfiança em relação a minha presença no Serviço.

As entrevistas ocorreram nos períodos da manhã, tarde e noite e, ainda, nos finais de semana e feriados. Com a concordância dos sujeitos entrevistados, as entrevistas foram gravadas e após, todas foram transcritas integralmente pela pesquisadora e realizadas, preferencialmente, na sala de curativos, com a porta fechada. No entanto, uma delas precisou ser realizada na sala da enfermagem, pois o atendente de enfermagem estava sozinho no plantão noturno.

O tempo das entrevistas variou bastante, de trinta minutos a uma hora, aproximadamente. Algumas foram interrompidas pela necessidade do serviço – demanda de pacientes, médicos, colegas de trabalho, telefone, interfone etc. – e retomadas em seguida.

**TABELA 1 – A EQUIPE DO SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HC\***

<b>PROFISSÃO</b>	<b>IDADE</b>	<b>SEXO</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>
Auxiliar de Enfermagem	30	Feminino	Ensino médio
Auxiliar de Enfermagem	28	Feminino	Ensino médio
Auxiliar de Enfermagem	55	Feminino	Ensino médio
Auxiliar de Enfermagem	40	Feminino	Ensino médio
Auxiliar de Enfermagem	41	Feminino	Ensino médio
Auxiliar de Enfermagem	48	Feminino	Ensino médio
Auxiliar de Enfermagem	49	Feminino	Ensino médio
Auxiliar de Enfermagem	26	Masculino	Ensino médio
Auxiliar de Enfermagem	25	Feminino	Graduação
Auxiliar de Enfermagem	50	Feminino	Especialização
Técnico de Enfermagem	38	Masculino	Ensino médio
Técnico de Enfermagem	34	Masculino	Ensino médio
Enfermeira	37	Feminino	Especialização
Enfermeira	47	Feminino	Graduação
Médica	43	Feminino	Doutorado
Médico	48	Masculino	Doutorado
Médico (R4)	31	Masculino	Especialização
Médico (R3)	28	Masculino	Graduação
Médico (R3)	27	Masculino	Graduação
Médico (R4)	28	Masculino	Graduação
Assistente Social	43	Feminino	Graduação
Nutricionista	42	Masculino	Especialização
Psicóloga	45	Feminino	Doutorado

**FONTE:** Dados primários

\* Membros da equipe que atenderam aos critérios de inclusão na pesquisa.

Conforme a Tabela 1, dos 23 entrevistados, 04 (quatro) são médicos residentes, 01 (um) médico clínico, 01 (um) médico cirurgião, 02 (dois) enfermeiros, 02 (dois) técnicos de enfermagem, 10 (dez) auxiliares de enfermagem, 01 (uma) assistente social, 01 (um) nutricionista e 01 (uma) psicóloga.

Por ser multidisciplinar, a equipe do transplante tem características peculiares que se manifestam na forma como se relacionam, nas interações e na própria rotina de trabalho. Diante disso, é interessante conhecer um pouco cada um dos participantes da pesquisa, sua formação, sua experiência e algumas particularidades pessoais que ajudarão na interpretação e análise dos dados. Para não gerar constrangimentos, escolheu-se apresentá-los pelo nome fictício e em ordem alfabética.

Incluo também nesta apresentação o **Michel**, um participante da pesquisa que não realizou entrevista formal. Ocupa função de destaque na equipe, principalmente nas tomadas de decisão. Por estar sempre muito ocupado, nas tentativas para agendar uma entrevista, indicava um colega da equipe que, em sua opinião, era “mais adequado para responder as demandas da pesquisa”.

Outro profissional que não foi entrevistado mas que aparece nos diálogos e relatos feitos com base no diário de campo, é **André**. Radiologista vinculado a um outro hospital de Curitiba, André participa das reuniões do STH, auxilia nas análises de exames de imagem e oferece um exame de imagem sem custos para pacientes do STH.

Começo a apresentação com **Anna**, auxiliar de enfermagem que trabalha no Hospital de Clínicas há vinte e um anos, sendo oito anos no STH. Embora goste de trabalhar no STH, acredita que já está na hora de mudar de setor novamente, pois ficar muito tempo num mesmo lugar a torna acomodada, gosta de ver coisas novas: “se eu pudesse... eu gostaria de sair daqui, já está na hora” (04/07/2007).

**Antonia** atua como psicóloga há vinte e dois anos, dos quais doze anos dedicados ao STH, com doutorado em Sociologia, realiza todas as avaliações psicológicas pré-transplante e acompanhamento pós-transplante dos receptores e doadores de fígado, assim como, desenvolve pesquisas no pré e pós-transplante. Afirma: “não sei se eu sou bem aceita ou se eu sou suportada!”. No começo Antonia relata não ter sido fácil, suas avaliações causavam muito impacto na equipe médica, talvez por entenderem de forma diferente o que ela pretendia. Hoje, “o resultado da avaliação subjetiva é traduzido para um protocolo objetivo”, que ela mesma

desenvolveu, possibilitando passar informações direcionadas para o interesse médico. É claro que depende de quem lê a informação. No entendimento de Antonia, para a equipe cirúrgica o que interessa é se pode ou não pode fazer a cirurgia, se a psicologia indica ou não, para a equipe clínica interessa saber um pouco mais sobre o funcionamento psicodinâmico do paciente. Admite que sua maior dificuldade no STH é que seu trabalho é muito subjetivo para objetivar. Apesar dos protocolos ainda é difícil convencer os médicos sobre os efeitos e o alcance da psicologia na prática do transplante (12/11/2008).

**Arlete** é médica hepatologista e chefe-clínica do STH, com mestrado e doutorado em Medicina Interna, residência em Medicina Interna e Gastroenterologia. Trabalha no STH desde 1997: “na época, [...] meu plano era ficar na parte geral de doenças do fígado. E o transplante era algo bem novo [...] Mas, eu entrei aqui e simplesmente me apaixonei pelo Serviço, encontrei um campo, que é como [...] se fosse uma pedra em estado bruto”. Após um ano fora do Brasil estudando, voltou ao STH e instituiu o trabalho multidisciplinar da equipe do transplante. O trabalho assim desenvolvido, em conjunto com a psicologia, a nutrição, a enfermagem e a assistente social, possibilita conhecer melhor os pacientes e promover a integração entre a equipe e o paciente. Para Arlete, “o transplante foi um presente [...]. O que me pareceu, num primeiro momento, um grande desafio, ao qual eu não me sentia capaz no primeiro momento em que fui convocada, acabou sendo um local onde eu pude crescer profissionalmente e como pessoa” (10/09/2007).

**Carlos** é médico especialista em cirurgia do aparelho digestivo, mestre em Clínica Cirúrgica e doutor em Cirurgia Digestiva. Atua como professor adjunto do Departamento de Cirurgia, médico cirurgião e chefe de uma das duas equipes de transplante hepático no HC/UFPR. Para Carlos “o cirurgião deve muito à imagiologia”. A imagiologia revolucionou e possibilitou todo o processo do transplante hepático, principalmente o inter-vivos (12/3/2009).

**Cynthia** é técnica de enfermagem mas atua como auxiliar de enfermagem no STH há 13 anos. Já tentou mudar de profissão, trabalhou em escritório, cuidou de crianças em escola, deu aulas de datilografia, mas sentia falta do serviço de enfermagem, afirma inclusive que nesse período sonhava com os comprimidos, com as injeções e com os pacientes. Atualmente trabalha à noite, período em que se desdobra entre a rotina da função de auxiliar de enfermagem e o papel informal de amiga que consola, conselheira etc. Cynthia conta que, embora não faça parte de

sua atividade, “à noite não tem outro jeito, à noite eu fico sentada [...] conversando para distrair, para eles [pacientes] dormirem [...] às vezes até massagem no pé eu faço para que eles possam dormir”. Tem paciente que chora toda noite, com medo do escuro, medo da morte, medo do transplante. Afirma estar cansada mas realizada com seu trabalho (24/06/2007).

**Diogo** é técnico de enfermagem no STH há três anos e meio, mas já tem uns doze anos de experiência na área da saúde. “Pra mim era tudo novo porque eu trabalhava antes em setores totalmente diferentes: urologia, cirurgia geral, unidade cardíaca. [...] não tinha noção do que era trabalhar, por exemplo, num setor de referência, como é o Transplante”. Considera-se um profissional “meio ponto satisfeito e meio ponto não satisfeito”. Isso se deve às suas inquietações em relação ao “espaço público” do hospital. “Por ser um espaço público eu acho que todas as coisas têm que ser de acesso a todos, e muitas vezes eu não vejo isso. Então, isso me incomoda, é isso que está me incomodando”. Diogo é muito crítico em relação a si próprio, à estrutura e ao relacionamento entre as equipes no STH, pensa sobre seu trabalho o tempo todo, e isso o faz diferente dos outros (23/06/2007).

**Edna** é técnica de enfermagem mas atua como auxiliar de enfermagem no STH há 10 anos, aproximadamente. Afirma que no começo ficou um pouco assustada, com medo de trabalhar no STH, “medo do transplante, uma coisa diferente, um setor diferente”. Embora afirme que gosta muito de trabalhar no Serviço, Edna manifesta um desejo de atenção, na sua opinião é preciso “alguém se preocupar com a enfermagem, com a equipe, não somente com os pacientes”. Durante a entrevista, Edna repetiu várias vezes que a equipe precisa de apoio psicológico para estar sempre pronta para atender aos pacientes (02/07/2007).

**Eduarda** trabalha no HC desde 1996 como auxiliar de enfermagem. É graduada em Nutrição e Especialista em Nutrição Clínica pela UFPR. Um tempo atrás, pediu licença sem vencimento e morou cinco anos nos Estados Unidos. Quando retornou, há dois anos e meio, foi alocada no STH. Gosta de trabalhar no Serviço, mas acha muito estressante e relata: “às vezes você sai daqui [...] mesmo que tivesse o melhor teatro pra você assistir, você diz ‘não, eu quero ir pra minha casa’. Eu quero, eu preciso desligar, você não tem mais energia, nem condição de lazer [...] eu tenho um filho e [preciso] reservar um pouco de energia para ele” (27/6/2007).

**Eliana** é técnica de enfermagem mas atua como auxiliar de enfermagem no STH há 10 anos, aproximadamente. Afirma que no começo estava muito entusiasmada com o transplante, mas à medida que o tempo foi passando, a decepção começou a aparecer. Resume o ir e vir dos pacientes do transplante como “dar murro em ponta de faca [...] você luta, luta, corre, corre, faz tudo direitinho [...] e é como se tivesse dando água para o paciente... quando a rejeição chega a esse ponto, isso frustra bastante” (09/07/2007).

**Gilberto** é técnico de enfermagem no STH há quatorze anos, no período noturno. Mostra-se preocupado com o trabalho rotineiro e aproveita a pesquisa para manifestar seu interesse e sua necessidade em aprender mais. Sugere que o Serviço ofereça cursos à equipe, com a oportunidade de assistir um transplante, por exemplo, uma necessidade de entender melhor todas as implicações de um transplante de fígado. E reforça: “é bom ter uma boa aula, para gente crescer um pouco mais, porque senão fica aquela rotina, fica rotineiro o serviço” (20/07/2007).

**Guilherme** possui graduação em medicina pela UFPR e é residente em Cirurgia do Aparelho Digestivo (CAD) no HC/UFPR. Como residente, já está no HC há, aproximadamente, três anos (sendo dois anos como residente de Cirurgia Geral – R1 e R2). Como R3 na CAD tem como função coordenar o andamento do serviço do Transplante. Responsável pelos doentes na enfermaria e ambulatório, tanto pré como pós-transplante e a realização do transplante em si; faz toda a organização do processo do transplante hepático e participa na cirurgia exclusivamente no implante do enxerto. Relata que “durante um período que ultrapassa 6 meses aqui como R3, fico 24 horas por dia, todos os dias, no Hospital ou de sobreaviso; eu sou o elo entre a Central de Transplante e o Hospital” (20/07/2007)..

**Janete** é graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade de Passo Fundo, com especialização em Educação Profissional na Área de Saúde e Enfermagem (FIOCRUZ) e Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (Instituto São Camilo). É professora do curso de Enfermagem desde 2003 em uma faculdade particular e atua como enfermeira no STH há pouco mais de um ano. Sua experiência anterior de quinze anos na área cardiológica fez com que sentisse necessidade de “correr atrás” de informações sobre o trabalho no transplante hepático. Relata: “primeiro fui assistir um transplante, [para entender] o que é o transplante, como é o transplante; [...] depois fui vendo as rotinas de hemodinâmica, os exames, [...] e assim, conhecendo as rotinas do serviço”. Hoje, ela afirma já ter

um domínio melhor do conhecimento, tanto teórico quanto prático para poder começar atuar, já se sente em condições de pensar o que pode fazer para melhorar a atuação do setor, suas rotinas, onde interferir e como interferir (25/06/2007)..

**Jeferson** possui graduação em medicina pela UFMA, residência em Cirurgia Geral na UFMA e é residente em Cirurgia do Aparelho Digestivo (CAD) no HC/UFPR. Como residente R4, já está no HC há dois anos, nesse período aproveitou para fazer uma especialização e um mestrado na área do Transplante. Relata que seu interesse em vir para Curitiba fazer a residência na CAD e, mais especificamente, no transplante hepático, é por estar se preparando para montar um serviço de transplante no Maranhão, local com carência muito grande de profissional, “não é pelo financeiro” – afirma ele. Sente que “é um compromisso moral” com a faculdade que o formou, com a cidade. “A gente não pode só passar pelas coisas e tirar o que tem delas, a gente tem que deixar alguma coisa, então, é o que eu tenho dentro de mim, que levando o transplante pra lá, vamos poder fazer algo”. Jeferson se intitula um apaixonado pelo transplante – diferente dos demais residentes – e explica porque é preciso melhorar a assistência hospitalar da sua região e qual a sua motivação:

nós somos hospital de referência lá na região, a partir de um momento que a gente monta um serviço que vai melhorar todas as localidades do hospital, nós estamos melhorando a assistência hospitalar do Estado. É por isso que eu fiz transplante, que é também pra sair do lugar comum, porque se a gente continuar fazendo tudo que os nossos médicos já faziam, não melhora nada. Nós temos a obrigação como aprendiz, de fazer melhor que os nossos mestres. Foi por isso que eu vim fazer Transplante (JEFERSON, residente, 18/10/2007).

**João** possui graduação em medicina pela UFPR, residência em Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo pela UFPR. Há um ano no STH (R4), relata certo estranhamento na chegada ao Serviço, “são doentes diferentes, são pacientes mais graves, uma realidade diferente [...] você encontra pacientes de todas as classes sociais aqui, coisa que no resto do nosso estágio não tinha tido contato”. E completa: “ganha-se bastante conhecimento como médico e como pessoa também” (24/05/2007).

**José Mário** possui graduação em medicina pela UFPR, residência em Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo pela UFPR; trabalha no STH como R3. Descreve sua experiência no STH como, no mínimo, “complicada”, pois seu

interesse maior é em “operar” e, no STH, as cirurgias não são tão freqüentes, o que gera insatisfação: “estou aqui pra aprender a operar mas acabo fazendo somente a clínica” (24/05/2007).

**Luiz** possui graduação em Nutrição e especialização em Nutrição Clínica. Atua como nutricionista no Hospital de Clínicas há doze anos. Como a nutricionista do STH precisou sair do Serviço, e não havia quem a substituísse, concordou em trabalhar também nesse setor. Sua função é fazer o protocolo da nutrição e avaliação do estado nutricional dos pacientes que internam para fazer o transplante. Orienta também os pacientes pré e pós-transplante na dieta especial, até liberá-lo para uma dieta normal, assim como, acompanha e confere se a alimentação está sendo seguida e se o paciente está conseguindo ingerir a comida do hospital (04/07/2007).

**Marina** é enfermeira do Hospital de Clínicas há dezesseis anos, e há quatro, enfermeira chefe no STH, com experiência anterior de onze anos na supervisão noturna na emergência do hospital. Relata que foi encaminhada ao setor para abrir o Serviço de Cirurgia Plástica (acoplado ao STH) e nunca havia pensado em trabalhar no STH por causa da complexidade do transplante. Mas como estava no mesmo setor, acabou se interessando em conhecer os pacientes, a complexidade, as rotinas e, por esse motivo, acompanhava o trabalho da enfermeira responsável pelo transplante. Com um mês de trabalho, a colega tirou férias e Marina precisou assumir o lugar dela por quinze dias. Após esse período, e com a saída da colega, foi convidada a assumir a responsabilidade pela enfermagem no STH. Uma enfermeira muito religiosa que se posiciona diante da vida e do trabalho da seguinte forma: “eu aprendi o caminho das pedras” e por esse motivo, “sempre tento colocar para família [do paciente], que é uma barra, é uma guerra que a gente enfrenta com a doença, você não sabe das intercorrências, o que vai acontecer no depois. Só vai saber correndo o risco”. Então, é importante que “não desanimem, porque eles nunca estão sozinhos nessa guerra, eu estou sempre junto com eles e eu não entro em nenhuma batalha pra perder, eu entro sempre pra ser vitoriosa nas minhas lutas”, no entanto, “nem todas [as lutas] a gente ganha, mas o objetivo é esse” (16/05/2007). Durante a pesquisa, alguns meses após a entrevista, Marina foi transferida para outra unidade do HC.

**Michel** possui graduação em medicina, especialização em Residência Médica e Cirurgia Geral, mestrado, doutorado e pós-doutorado em medicina. Atua como

professor adjunto do Departamento de Cirurgia da UFPR, é preceptor<sup>11</sup> da Residência de Cirurgia do Aparelho Digestivo no HC/UFPR, chefe do STH e de uma das duas equipes responsáveis pelo transplante hepático no HC. Michel não foi entrevistado, pois todas as vezes que foi consultado para uma possível entrevista, indicou outro colega como sendo o cirurgião mais indicado. Entretanto, Michel é referência para toda a equipe no STH, presente em praticamente todas as reuniões (“visitas oficiais”) e responsável pela palavra final nos diagnósticos, tratamentos e indicação para transplante. Suas impressões foram coletadas e anotadas em diário de campo e transcritas no texto.

**Sérgio** é auxiliar de enfermagem e trabalha no STH há três anos. Sua experiência anterior de, aproximadamente, sete anos, se desenvolveu no Pronto Socorro do Hospital do Trabalhador e UTI. Relata que não tinha experiência em atividade assistencial com o tipo de vínculo criado no STH, esse vínculo se revela no acompanhamento desde o pré-transplante até o pós-transplante, gerando cumplicidade, amizade e referência, “quando o paciente morre é como se todo esforço tivesse sido em vão” (18/06/2007).

**Solange** é auxiliar de enfermagem e trabalha no STH há três anos. Tinha experiência anterior de quatro anos em outro hospital, na unidade de transplante de rim e fígado e comenta que no STH há mais transplantes do que na outra unidade. Em sua opinião, os transplantes têm apresentado mais problemas do que antes, os pacientes vêm e vão com muita frequência, há mais rejeição e mortes, não entende os motivos (02/07/2007).

**Valéria** é auxiliar de enfermagem com graduação em enfermagem e especialização em Pacientes Críticos. Trabalha no STH como auxiliar de enfermagem há 3 anos e como enfermeira chefe de uma Unidade de Terapia Intensiva em outro hospital. Confessa que quando começou a trabalhar no Serviço ficou “apavorada”, pois tinha uma idéia pré-concebida de que no Serviço morria muita gente e não queria trabalhar em um lugar assim. Com o passar do tempo, descobriu que as coisas não aconteciam dessa maneira. Afirma que gosta muito do que faz no STH e, por isso, não pensa em deixar sua função de auxiliar de enfermagem, pois ser enfermeira demanda muita responsabilidade, além de ter que

---

<sup>11</sup> Preceptor é a pessoa responsável por conduzir e supervisionar, por meio de orientação e acompanhamento, o desenvolvimento dos médicos residentes nas especialidades de um hospital.



realizar serviço burocrático, assim “deixa eu ficar no transplante como auxiliar mesmo”, relaxa (25/6/2007).

**Vanessa** é auxiliar de enfermagem e trabalha no STH há dez anos no período noturno. Relata que às vezes tem vontade de sair, de mudar de setor, mas continua. Sua convivência com os pacientes é muito próxima, preocupa-se muito com a dor que eles possam estar sentindo, procura não se envolver, mas quando vê já está muito envolvida. E, por esse motivo, se o paciente tem dor, e tem prescrição no prontuário de medicação para dor, ela aplica (04/07/2007).

**Vânia** é auxiliar de enfermagem e trabalha no STH há três anos. Sua experiência anterior se resumia em centro cirúrgico e em unidades de saúde, não havia contato prolongado com pacientes. Quando começou a trabalhar no STH a primeira coisa com que precisou aprender a lidar foi com o sofrimento pela perda de um paciente. A permanência do paciente no Serviço propicia a criação de laços com o paciente, “você acaba sofrendo junto com ele”. Outra coisa, os pacientes acostumam com a presença do mesmo auxiliar de enfermagem, e acabam pedindo coisas mínimas, coisas que eles mesmos poderiam fazer, como ligar e desligar a televisão, por exemplo. Com o passar do tempo, Vânia afirma que já se permite colocar limites nessa relação, sendo bem clara e enfática: “tudo que você [paciente] puder fazer, você mesmo faça, é melhor pra você, faz parte do tratamento. Como por exemplo, andar até o banheiro para fazer xixi em vez de pedir o papagaio, se você consegue ir, vai sozinho, se não consegue, tudo bem” (16/06/2007).

**Vera** é assistente social no STH há quinze anos, está no hospital desde o início dos transplantes. Atua na avaliação sócio-econômica dos candidatos ao transplante, buscando informações tais como: se reside em residência fixa, se vive e tem apoio da família, condições de higiene, educacionais (se sabe ler); se bebe ou bebeu por quanto tempo; se usa ou usou drogas por quanto tempo. O seu trabalho é fazer essa investigação minuciosa sobre todos esses aspectos, e, às vezes, é preciso entrar em contato com a prefeitura dos municípios de origem do paciente, para informações, acompanhamentos, pedidos de ambulância, etc. (27/08/2007).

Após conhecer o perfil dos entrevistados, apresento detalhadamente a estratégia metodológica usada para análise e interpretação dos dados coletados.

### 1.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os fatos observados na pesquisa etnográfica e registrados no diário de campo passaram por um processo de interpretações sucessivas, organização, associação e corte, bem como, narração e elaboração do texto etnográfico. Buscou-se não somente narração, mas a "descrição do real tal qual é percebido pelo pesquisador, como também a representação desse real, ressaltando a subjetividade" (ANDION e SERVA, 2006, p.164).

Para Martins (2008, p. 13), os entrevistados relatam fatos, interpretando-os. E o trabalho dos pesquisadores é de interpretar e analisar a interpretação desse entrevistado, buscando desvendar as "conexões entre o visível e o invisível, entre o que chega à consciência e o que se oculta na alienação própria da vida social".

Nesse sentido, para enriquecer o texto, foram inseridos trechos das falas dos observados e/ou entrevistados colhidas durante o trabalho de campo, assim como, reprodução de situações vivenciadas, falas dos entrevistados em seus termos originais e de casos passados contados por eles.

As entrevistas foram analisadas e categorizadas de acordo com os requisitos da análise de conteúdo, definida por Bardin (1977, p. 38) como "um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens". E tem como intenção a "inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)".

Para Minayo (2006, p. 304) a análise de conteúdo, como técnica de tratamento de dados, "possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de carácter qualitativo".

Para a autora, todo esforço teórico visa ultrapassar o nível do senso comum na interpretação, buscando um olhar crítico face à comunicação de documentos, textos, biografias, entrevistas ou resultados de observação.

Dentre as várias modalidades de Análise de Conteúdo apresentadas por Bardin, a análise temática foi escolhida para conduzir o tratamento dos dados desta tese.

Para Bardin (1977, p. 153), entre as possibilidades de categorização, a análise temática é a mais “rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos directos (significações manifestas) e simples”. Na mesma perspectiva que Bardin, Minayo (2006) afirma que esta modalidade de análise é a mais simples e apropriada para as investigações qualitativas em saúde.

A análise temática apresenta-se em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Para Bardin (1977), a pré-análise é a fase da organização dos dados, passando pela escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação de hipóteses e objetivos e a elaboração dos indicadores que irão fundamentar a interpretação. Constitui-se em quatro momentos distintos que passo a explicar detalhadamente no contexto dessa tese.

O primeiro momento é o da *leitura flutuante*. Momento em que se estabelece o contato direto com as entrevistas, deixando-se invadir pelas impressões e pelo conteúdo presente no material.

Após a transcrição das entrevistas, foi feita a primeira leitura “flutuante”<sup>12</sup>, uma leitura que visa a aproximação, o conhecimento do texto. As leituras subseqüentes já foram feitas tendo como base as hipóteses iniciais, algumas teorias relacionadas ao tema, tornando a leitura mais sugestiva e deixando de lado a “sensação do caos inicial” (MINAYO, 2006, p. 316).

O segundo momento é o da *escolha dos documentos e a constituição de um corpus*. Na presente tese, os documentos escolhidos para análise de conteúdo são as entrevistas. Esse universo estudado responde as regras de *exaustividade* (todo o material coletado foi contemplado na análise), *representatividade* (o material representa a população de interesse da pesquisa), *homogeneidade* (as entrevistas foram realizadas seguindo critérios pré-definidos) e *pertinência* (os documentos são adequados como fonte de informação e permitem responder aos objetivos de pesquisa).

O terceiro momento é o da *formulação das hipóteses e dos objetivos*. Pouco a pouco as “falas” dos sujeitos foram proporcionando reflexões sobre as hipóteses e os objetivos iniciais. Os dados apurados não necessariamente apontavam para

---

<sup>12</sup> O termo flutuante é usado na perspectiva de não privilegiar *a priori* qualquer elemento do discurso do entrevistado, o que implica deixar funcionar “o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente e suspender as motivações que dirigem habitualmente a atenção” (THIOLLENT, 1982, p. 92)

todas as direções presentes no projeto inicial de pesquisa, demandando uma reformulação das hipóteses e dos objetivos diante das novas indagações.

O quarto momento é o da *referenciação dos índices e a elaboração de indicadores*. Após a leitura exaustiva, foi possível elencar alguns índices em função das hipóteses de pesquisa. Índices que representam os temas que apareceram nas “falas” dos entrevistados.

Ao final desse trabalho de codificação, foram elencados os seguintes temas:

- 1) Substituição do diálogo e da interação com os pacientes pelo diagnóstico centrado na análise visual dos exames (primado dos exames sobre o paciente);
- 2) Autoridade do médico diante do paciente (reconhecimento e valorização do saber médico);
- 3) Realce dos aspectos objetivos das enfermidades (os sintomas e a evolução, o percurso da doença);
- 4) Distanciamento/aproximação na relação médico/paciente;
- 5) Negação/afirmação das diferenças, uniformizando o atendimento (banalização da doença);
- 6) Transplante promovendo novas angústias para os profissionais;
- 7) Dificuldades/facilidades no relacionamento da equipe;
- 8) Sofrimento/onipotência do profissional;
- 9) Vínculo de dependências ou interdependências (laços entre pacientes e profissionais e entre profissionais e profissionais);
- 10) A relação entre os profissionais (hierarquia no serviço);
- 11) Limitações impostas pela tecnologia disponível no transplante;
- 12) Abundância de dados levando à objetividade e isentando eticamente o profissional;
- 13) Reconhecimento social e recompensa emocional;
- 14) Interação dos profissionais com a tecnologia (como utilizam, que valores atribuem).

A partir desses temas, passou-se a explorar o material analisado.

Na etapa de exploração do material, foi necessário fazer a categorização, escolhendo expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo das falas seria organizado. Dos quatorze temas elencados inicialmente, somente

seis foram escolhidos como categorias, englobando outros que apresentavam significados próximos ou poderiam ser abordados no mesmo contexto. As categorias são:

- 1) Interação dos profissionais com a tecnologia médica.
- 2) Autoridade do médico diante do paciente (reconhecimento e valorização do saber médico).
- 3) A relação entre os profissionais e a hierarquia no serviço;
- 4) Vínculo de dependências/interdependências entre profissional/paciente e profissional/profissional;
- 5) Distanciamento/aproximação na relação profissional/paciente e profissional/profissional;
- 6) Promoção de novas angústias.

Os itens 1 e 2 ajudam a compor o capítulo 2 – *Saber e Ver*; os itens 3 e 4 estão dispostos no capítulo 3 – *Saber e Fazer*; e por fim, os itens 5 e 6 compõem o capítulo 4 – *Saber e Sentir*.

O tratamento dos dados na análise temática é bastante formal e mantém sua crença na significação da regularidade. Entretanto, há variantes desse tipo de abordagem que trabalham com significados em lugar de investir em inferências estatísticas (MINAYO, 2006). Bardin (1977) argumenta que a análise de conteúdo entendida como um instrumento de diagnóstico não é obrigatoriamente uma análise quantitativa.

A abordagem quantitativa funda-se na *freqüência* de aparição de certos elementos da mensagem. A abordagem não quantitativa, recorre a indicadores não freqüências susceptíveis de permitir inferências; por exemplo, a *presença* (ou a *ausência*), pode constituir um índice tanto (ou mais) frutífero que a freqüência de aparição (BARDIN, 1977, p. 114).

Nesse sentido, as seis categorias foram escolhidas por estarem muito presentes nas “falas” dos entrevistados. Foram distribuídas em três capítulos e discutidas à luz das teorias sociológicas, procurando responder aos objetivos de pesquisa.

## 2 SABER E VER

*Não basta ver, é necessário ver tudo: não é qualquer olhar que pode atender essa exigência. Precisamos de um olhar educado, capaz de ver todas as coisas, tanto as que se oferecem imediatamente à percepção como as que escapam à percepção imediata [...] é preciso olhar corretamente o que se quer ver (ROUANET, 1988, p. 128).*

*Nada se vê se não se mantiver a distância; mas nada se vê se não nos aproximarmos. O talento resulta de uma habilidade nestes incessantes jogos da disposição. Ver necessita simultaneamente, do saber e da inocência (SICARD, M., 2006, p.249)*

Ao longo da história, diversos olhares foram se constituindo: olhar que observa e se abstém de intervir, olhar que faz articulação com um vocabulário constante e fixo, autorizando a comparação e a generalização; olhar científico que busca ser capaz de abarcar a totalidade dos conhecimentos, de enunciar a verdade e, por fim, um olhar desmistificador que vai além do que vê, explorando o espaço tangível do corpo. É importante destacar esses diversos olhares para poder entender o lugar dos sujeitos do saber na prática médica: uma relação que passa de médico/doente para médico/doença.

Por meio da história da imagiologia ou imagética, podemos entender como os médicos do período renascentista vivenciaram os primeiros registros do corpo feitos por meio de gravuras em madeira; como são surpreendidos na modernidade pela máquina radiográfica, revolucionando os métodos de diagnóstico; e, mais recentemente, como os médicos contemporâneos lidam com os registros feitos pelas máquinas de imagem digital - máquinas que mostram aquilo que não está visível ao olhar.

Todavia, a informação gerada por intermédio de uma máquina não diminui a importância do médico no processo de diagnóstico, pois a imagem necessita de interpretação, de um olhar treinado que possa traduzir os objetos que se oferecem imediatamente à percepção, assim como, os que escapam à percepção imediata.

Nesse sentido, o presente capítulo visa entender como a equipe do transplante hepático se relaciona com a constante tensão entre a certeza e a

incerteza nas práticas médicas associadas à utilização das imagens no processo do transplante.

## 2.1 O DESENVOLVIMENTO DO OLHAR MÉDICO

Na passagem do século XVIII, a clínica aparece transformada em termos de um novo saber médico. Um saber com um novo perfil do perceptível e do enunciável. É a fase marcada pelo pensamento classificatório das doenças. Num primeiro momento, a configuração das doenças se dá em uma experiência histórica em oposição ao saber filosófico. O aspecto histórico da doença descreve os fenômenos que emergem com a doença e o aspecto filosófico, por sua vez, questiona a origem, o princípio e as causas dessa doença. Em outras palavras, “o histórico reúne tudo o que, de fato ou de direito, cedo ou tarde, direta ou indiretamente pode se dar ao olhar” (FOUCAULT, 2004, p. 4). As doenças são descritas e classificadas, portanto, pelo grau de semelhança, tomando como referência a observação dos fenômenos característicos das mesmas.

O olhar médico torna-se qualitativo, atento a todas as características específicas da doença. Nesse sentido, Foucault (2004, p. 7) assinala que para “conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente”, separar os sintomas próprios da doença daqueles que dependem do temperamento ou da idade do doente.

A medicina das espécies, como é chamada por Foucault (2004, p. 18), implica numa “especialização livre para a doença, sem região privilegiada, sem opressão hospitalar”. A idéia central é a de que o lugar natural da doença é a família: local dos cuidados espontâneos, do afeto e do desejo comum da cura. Local do nascimento e do desenvolvimento da doença, assim como do seu fim natural: a morte quando inevitável ou a cura, freqüentemente possível, se nada vem perturbar sua natureza.

Ainda no século XVIII, a medicina das espécies esbarra em grandes epidemias. Doenças epidêmicas são todas aquelas que atacam ao mesmo tempo e com características imutáveis, grande número de pessoas. Contagiosa ou não, a epidemia tem uma espécie de individualidade histórica. Surge, então, a necessidade de usar métodos complexos de observação, pois por ser um fenômeno coletivo, exige um olhar múltiplo.

Neste momento, há a mobilização dos médicos para a pesquisa e observação mais ampla e efetiva na sociedade. Os médicos passam a incorporar o papel de fiscalizadores de áreas que possam comprometer e contribuir com a proliferação de doenças. Na França criam-se comissões encarregadas das epidemias, procurando estabelecer um duplo controle: das instâncias políticas sobre o exercício da medicina e de um corpo médico privilegiado sobre o conjunto dos práticos.

O olhar médico passa a ter uma percepção coletiva de um fenômeno global. E mais,

o que constitui agora a unidade do olhar médico não é o círculo do saber em que ele se completa, mas esta totalização aberta, infinita, móvel, sem cessar, deslocada e enriquecida pelo tempo, que ele percorre sem nunca poder detê-lo: uma espécie de registro clínico da série infinita e variável dos acontecimentos (FOUCAULT, 2004, p. 31).

Nesse sentido, até o final do século XVIII a medicina estava muito mais voltada à saúde do que à normalidade, não se preocupava em entender os motivos do não funcionamento normal do organismo, mas muito mais em recuperar as qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença possa ter prejudicado.

Mesmo com a espacialização institucional da doença, a família ainda era vista como o local natural para tratamento dos doentes. No entanto, as grandes epidemias acabaram por envolver o Estado com o intuito de assumir a responsabilidade e o controle dos fatores que estavam contribuindo à proliferação das doenças, pois as epidemias provocavam baixas nos exércitos, nas fábricas e nas frentes de trabalho.

Assim, com a intervenção do Estado, o hospital deixa de comportar ladrões e prostitutas para abrigar somente os doentes pobres e sem famílias, muitas vezes com doenças contagiosas. Com essa medida, os hospitais tornam-se locais de depósito de doentes pobres muitas vezes à espera da morte.

Com a preocupação de regulamentar a prática médica e a formação dos médicos, surgiram vários projetos de reorganização das Escolas de Medicina. No entanto, a dificuldade estava em conciliar o ensino das teorias médicas com a necessidade da prática cotidiana das doenças, um tipo de ensino que deveria ser dado no hospital, mais do que na faculdade. Foi nos hospitais militares que se organizou primeiramente o ensino clínico, cada ano de estudo correspondia um



curso de prática e de clínica das principais doenças existentes entre as tropas militares.

As faculdades de medicina acabam por incentivar a abertura de clínicas – locais destinados à transmissão do “saber” e do “fazer” médico. Não que a clínica já não existisse desde a antiguidade, mas a partir do final do século XVIII surge com nova forma. A clínica, por sua vez, não se liberta do hospital – local que permite o desenvolvimento da clínica – vai sempre em busca do novo, do raro, do grave. O saber médico, portanto, se desenvolve no interior da clínica. Nesse momento, a clínica espacializa a doença e a transforma em uma linguagem sistematizada do saber.

Se no século XVIII as reflexões médicas ocupavam-se em buscar soluções para atender as grandes epidemias, no século XIX surge a clínica como um novo campo do saber, o local do “fazer médico” e da transmissão desse saber. É a passagem da medicina dos sintomas para a medicina do corpo e dos órgãos. Por meio do olhar científico do médico reformula-se o próprio saber. O olhar médico organiza-se de modo novo, não é mais o olhar de qualquer observador, mas de um médico institucionalizado, um profissional com poder de decisão e intervenção. É um olhar que não se contenta em constatar o óbvio, o visível, mas que deve permitir delinear as possibilidades e os riscos.

O conhecimento utiliza-se de análises, de comparações, de composições e decomposições, com o objetivo de revelar uma ordenação, de revelar a origem das coisas. Surge um saber probabilístico, no qual cada fato constatado, isolado e em seguida confrontado com um conjunto pôde ser incorporado a uma série de acontecimentos mensuráveis.

Nesse momento, o campo clínico adquire nova estrutura, “o indivíduo posto em questão é menos a pessoa doente do que o fato patológico indefinidamente reproduzível em todos os doentes igualmente afetados” (FOUCAULT, 2004, p. 106). “A certeza médica se constitui não a partir da individualidade completamente observada, mas de uma multiplicidade inteiramente percorrida de fatos individuais” (FOUCAULT, 2004, p. 111). Uma perspectiva dedutivista da medicina, que trabalha em série, seguindo probabilidades.

A clínica se constitui quando se cria um “discurso” e esse discurso se constrói por meio da observação. No domínio hospitalar, ao contrário do familiar, o conhecimento médico se define em termos de frequência, um domínio neutro,

homogêneo, em todas as suas partes, possibilitando comparações, e receptivo a qualquer acontecimento patológico.

E é nessa clínica hospitalar que professor e alunos constituem um grupo “em que o ato de reconhecer e o esforço de conhecer se realizam em um único movimento” (FOUCAULT, 2004, p. 121). Os atores estão solidariamente organizados e comprometidos em entender e aprender a linguagem da doença.

O esforço conjunto passa pela observação e registro do estado atual em suas manifestações, para em seguida interrogar o paciente sobre suas dores. O registro do desenvolvimento dos sintomas e incidências sucessivas é o próximo passo, fazendo relação com a história do paciente: profissão, hábitos. Na seqüência, observam-se quatro situações: evolução dos sintomas, aparecimento eventual de novos fenômenos, estado das secreções e o efeito dos medicamentos empregados. Por fim, se faz a prescrição do regime para a convalescença. Em caso de óbito, a maioria dos clínicos se voltava a anatomia do corpo. Foucault afirma que a verdade, portanto, só pode ser restituída por dois sentidos: o que olha e o que escuta.

A anatomia patológica viveu em penumbra, nos limites do proibido, durante muito tempo. O obstáculo maior, diziam alguns estudiosos, era o estabelecido pela religião, a moral e os preconceitos sobre a abertura de cadáveres. Foucault fala que a proibição religiosa se prestou como justificção retrospectiva: “se as velhas crenças tiveram durante tanto tempo tal poder de proibição, foi porque os médicos deviam sentir, no fundo de seu apetite científico, a necessidade recalcada de abrir cadáveres” (FOUCAULT, 2004, p. 138). Uma forma de justificar que a abertura de cadáveres, ao menos a título de exigência científica, precedia a observação. E é no início do século XIX que a cirurgia passa a ser um ramo da clínica reativando o pensamento classificatório (LUZ, 2004).

A ciência médica, por sua vez, beneficia-se dos avanços da cirurgia, na medida em que “a cirurgia é também uma forma de *objetivação*, isto é, de conhecimento objetivo do corpo humano, obtido, organizado e acumulado a partir das intervenções nesse corpo” (LUZ, 2004, p. 127).

A anatomia patológica visa o conhecimento das alterações visíveis que a doença provoca nos órgãos do corpo humano. Entretanto, o conhecimento por meio da abertura de cadáveres deve estar atrelado a outros dados obtidos com a observação dos sintomas ou de alterações de funções e/ou órgãos. Nas palavras de Luz (2004, p. 128), “... a *observação*, a *descrição* e *classificação* mais a *busca* de

*‘causas eficientes’ (explicação em termos de antecedente-conseqüente) das doenças no corpo humano constituem o objeto fundamental de conhecimento da medicina moderna” – grifos da autora.*

O olhar médico novamente se modifica. Ele agora atinge três dimensões, a dos sintomas, dos tecidos e dos órgãos. Por meio do conhecimento anatomopatológico o médico avalia com os três sentidos o que conhece do funcionamento do corpo no seu interior: surge a ausculta.

Até esse momento, a medicina tratava das doenças como uma conseqüência da vida. Mas estudos sobre as febres mostraram que os órgãos sofrem, cada um a sua maneira, a diversos fatores externos. O olhar médico volta-se ao tratamento da causa deste sofrimento dos órgãos. Finda o tempo da medicina das doenças e começa um tempo da medicina das reações patológicas. A medicina, portanto, especializa-se na doença dos órgãos. O que era fundamentalmente invisível ao olhar torna-se claro e evidente.

Para Luz, a medicina é duplamente pioneira da racionalidade científica, através de suas teorias e conceitos e através de seus profissionais, os médicos, que mais que práticos da arte de curar, serão teóricos da ciência moderna das doenças. Por meio de categorias como:

doenças, entidade mórbida, corpo doente, organismo, fato patológico, lesão, sintoma etc., elaboradas no período clássico, a medicina instaurar-se-á como um discurso sobre objetividades, discurso que institui a doença e o corpo como temas de enunciados positivos, científicos (LUZ, 2004, p. 130)

E, atualmente, o hospital é o local privilegiado do desenvolvimento do trabalho dos profissionais da saúde e da produção de serviços médicos, tanto na esfera pública como privada. É no espaço hospitalar que estes desenvolvem atividades técnico-cirúrgicas, acompanhamento e tratamento dos pacientes enfermos que necessitam de hospitalização, realização de exames, de diagnósticos. É também nesse ambiente que se especializam em diversas áreas atuando como médico-residente, aperfeiçoando seus conhecimentos, trocando experiências clínicas com outros médicos, com enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais etc. (MACHADO, 1997).

Como local privilegiado, o hospital também possibilita o desenvolvimento da tecnologia de imagem, chamada por Pérot (1989, p. 28, tradução nossa) de

“máquina infernal ou de maravilha”<sup>13</sup>, pois de um lado, a tecnologia é acusada de desumanizar o hospital e de outro, é julgada como absolutamente indispensável, um verdadeiro dilema para o hospital. Mas não se pode negar que a introdução da tecnologia perturbou igualmente a organização e o funcionamento dos hospitais, alterando toda a sua estrutura física e organizacional, assim como, modificando o ritmo do trabalho, cada vez mais técnicos.

### 2.1.1 A Clínica do Olhar e suas Transformações na Contemporaneidade

Foucault (2004) considera que o nascimento da clínica do olhar, no início do século XIX, é resultado de um processo de reorganização em profundidade, não somente dos conhecimentos médicos, mas do próprio discurso sobre a doença. O autor procura demonstrar que a ruptura que se processou no saber médico não é resultado apenas de um refinamento conceitual, nem da utilização de instrumentos técnicos mais modernos, mas de uma mudança em seus objetos, conceitos e métodos.

Ao longo dos séculos, o olhar médico foi se transformando. De um olhar classificatório no século XVIII, que descreve e classifica as doenças pelo grau de semelhança, tomando como referência a observação dos fenômenos característicos das doenças, para o olhar coletivo de um fenômeno global, ainda no século XVIII, preocupado com as grandes epidemias, movido pela necessidade de usar métodos complexos de observação, pois por ser um fenômeno coletivo, exige um olhar múltiplo. No século XIX, o olhar modifica-se novamente, não se contenta em constatar o óbvio, mas precisa delinear as possibilidades e os riscos. Utiliza-se de análises, comparações, composições e decomposições, com objetivo de fazer surgir a ordem das coisas. Um saber probabilístico, no qual cada fato constatado, isolado e em seguida confrontado com um conjunto pôde ser incorporado a uma série de acontecimentos mensuráveis. Surge, então, a clínica, reorganizando o campo hospitalar, lugar de dois domínios simultâneos, o hospitalar e o pedagógico, do fazer e do saber médico.

"A clínica permite a integração, na experiência, da modificação hospitalar, sob forma constante" (FOUCAULT, 2004, p.120), isso se percebe na forma como se dá a

---

<sup>13</sup> “*Machine infernale ou merveille*”.

experiência médica, a prática médica. Não mais se divide a prática médica entre o que sabe e o que ignora, mas "é feita solidariamente por aquele que descobre e aqueles diante dos quais se descobre" (FOUCAULT, 2004, p. 121).

A clínica, neste momento, reflete o lugar do encontro entre médico e paciente. E, segundo Foucault (2004), isso se dá de três maneiras. A primeira, pela alternância entre a observação e a fala. Simultaneamente, o médico observa, registra e colhe informações do paciente sobre o que ele sente – manifestação do olhar e da escuta. A segunda, procura estabelecer uma correlação entre o olhar e a linguagem. Nesse momento, associam-se elementos sintomáticos que a doença oferece à percepção e os valores que esses sintomas incorporam. A cada elemento visível atribui-se um valor significativo. E a terceira, estabelece uma correlação entre o visível e um elemento do enunciável, fazendo a articulação com um vocabulário constante e fixo, autorizando a comparação e a generalização.

A partir da descrição sistemática, dá-se mais força a linguagem, possibilitando "a transformação do sintoma em signo, a passagem do doente à doença, o acesso do individual ao conceitual" (FOUCAULT, 2004, p. 125-126). Nesse sentido,

Descrever é seguir a orientação das manifestações, mas é seguir também a seqüência inteligível de sua gênese; é ver e saber ao mesmo tempo, porque dizendo o que se vê o integramos espontaneamente ao saber; é também ensinar a ver, na medida em que é dar a chave de uma linguagem que domina o visível" (FOUCAULT, 2004, p. 126).

Percebe-se no trecho acima, que todo esforço do pensamento clínico se inscreveu na árdua tarefa de definir métodos e normas científicas. Consolidar um "olhar puro" ou ainda um "olhar que fala", capaz de abarcar a totalidade dos conhecimentos, enunciar e ensinar a "verdade" dos acontecimentos. "Esse olhar que fala seria o servidor das coisas e mestre da verdade" (FOUCAULT, 2004, p. 126).

No entanto, esse olhar se depara com o obscuro, atinge um limite espacial, o limite do corpo. Por isso, pouco a pouco esse olhar clínico vai sendo substituído por uma desordem aparente<sup>14</sup>, chamado por Foucault (2004) de golpe de vista. Olhar que vai além do que vê, olhar desmistificador.

---

<sup>14</sup> Essa desordem aparente nos remete a um momento chamado por Latour (2000, p. 16) de *flashback* das caixas-pretas – um conhecimento complexo, controvertido historicamente, que detém a verdade e está voltado para si mesmo, um encontro com "a incerteza, trabalho, decisões, concorrência e controvérsias" (...) "A impossível tarefa de abrir a caixa-preta se torna exequível (se não fácil) quando nos movimentamos no tempo e no espaço até encontrarmos o nó da questão, o tópico no qual cientistas (...) trabalham arduamente", buscando dar conta de novos desafios.

O olho clínico descobre um parentesco com um novo sentido que lhe prescreve sua norma e sua estrutura epistemológica; não é mais o ouvido atento para uma linguagem; é o índice que apalpa as profundezas. Daí a metáfora do *tato*, pela qual continuamente os médicos vão definir o que é seu golpe de vista (FOUCAULT, 2004, p. 134-135).

Nesse sentido, percebe-se que a experiência clínica se prepara para explorar o espaço tangível do corpo. A medicina dos sintomas gradativamente dá lugar a medicina dos órgãos, do foco e das causas, diante do imperativo da anatomia patológica. Esse novo olhar atingirá três dimensões: dos sintomas, dos tecidos e dos órgãos. E assim, a medicina volta-se ao tratamento da causa do sofrimento dos órgãos (FOUCAULT, 2004).

No final do século XIX, esse olhar tridimensional vai contar com a descoberta da máquina radiográfica, revolucionando os métodos clássicos de diagnóstico que deixa de ser feito apenas pela observação do paciente e passa a assimilar a observação de imagens.

## 2.2 A HISTÓRIA DA IMAGIOLOGIA

Sicard, M. (2006) relata que, por volta do século XIV, as primeiras autópsias convidavam ao diálogo de olhares. Nessa época só eram autorizadas autópsias em criminosos e a gravura em madeira apresentava-se como um meio de produzir grande número de imagens, desviando-se dos textos das autoridades médicas para percorrer o corpo. A autora descreve um quadro da época que registra a "cerimônia" de uma dissecação:

O médico – o *lector* – vestido com um traje longo e chapéu vermelho, oficia do alto de uma cadeira de madeira esculpida. O corpo de um homem está estendido de barriga para cima numa prancha apoiada por cavaletes. Um assistente – o *sector* –, munido de uma faca comprida com lâmina curva, de mangas arregaçadas, procede à dissecação; é rodeado por seis médicos e estudantes com trajes vermelhos ou negros. Um deles – o *ostensor* –, com a ajuda de um ponteiro, mostra as partes do corpo a observar. Debaixo da mesa de dissecação, no chão ladrilhado, um cesto está pronto para receber os restos. O corpo de um homem está prestes a ser cortado, o olhar dos protagonistas está suspenso; a cena é grave, emocionante. O doutor na cadeira já não lê e agora observa; liberta-se parcialmente dos textos dos Antigos e dá azo a um conhecimento nascido de uma observação directa. O olhar directo do médico que percorre o corpo

do morto não se desviou completamente, porém, da leitura dos textos. O *lector* mantém-se ainda simbolicamente acima dos estudantes, acima do objecto a se observar e a compreender, e, sobretudo, longe do *sector* – aquele que toca – e do *ostensor* – aquele que vê, que mostra [...] O corpo médico mostra-se antes de mostrar o corpo do paciente: não são os órgãos que figuram nestas primeiras gravuras, mas sim os desempenhos dos médicos e dos cirurgiões, tornando eternas as suas proezas (SICARD, M., 2006, p. 45-48).

Nessa cerimônia o médico apenas observa e orienta a dissecação, delegando o ato a um assistente. “Os estudantes, os colegas e o público instalam-se nos degraus das bancadas: a dissecação é um verdadeiro espetáculo” (SICARD, M., 2006, p. 50). Com o passar do tempo, o médico não só observa, mas apalpa, pesa, avalia uma febre, um cheiro, uma palidez ou um rubor.

No ano de 1537, André Vesálio, doutor em Medicina pela Universidade de Pádua, é nomeado responsável pela cadeira de Anatomia e Cirurgia e, a partir de sua primeira lição de anatomia – dissecação do corpo de um rapaz de dezoito anos – publica *Tabulae anatomicae sex*, ilustradas com seis pranchas gravadas: três são dedicadas às veias e artérias e as outras três ao esqueleto. Essa obra constituiu uma inovação técnica naquela época, pois integra textos e figuras. Essas pranchas gravadas darão origem a *Fábrica*, primeiro grande livro de anatomia da medicina ocidental elaborado por Vesálio, com mais de 200 gravuras, um verdadeiro tratado de dissecação difundido em vários países. As gravuras, os desenhos e a qualidade das publicações desempenharão papel importante na valorização de uma ciência até então considerada inferior – a anatomia.

Com a descoberta da luneta por Galileu Galilei em 1610 foi possível transpor o sistema simples formado por observador, objeto e imagem, passando para um sistema mais complexo proporcionado pelos instrumentos de observação e as suas lentes óticas. Esses novos dispositivos técnicos do olhar propõem uma nova visão do mundo e, por esse motivo, a luneta de Galileu precisou de um tempo para ser aceita pela comunidade científica. Aceitação que proporcionou imensos progressos no aperfeiçoamento de instrumentos de qualidade estável, como os microscópios de lentes acromáticas comercializados por volta de 1950.

Naquele contexto, as primeiras observações surpreendem, a novidade do olhar técnico exige a realização de desenhos e gravuras. Mais tarde, a microscopia surgirá como o verdadeiro instigador do desenho de história natural.

Os microscópios de qualidade são produzidos em série e comercializados na segunda metade do século XIX. Nesse sentido, Sicard, M. argumenta que a partir desse momento ocorre uma

homogeneização dos olhares, a emergência de um novo diálogo (...) pouco a pouco, normas cifradas substituem a subjectividade das percepções: os microscópios, agora definidos pela sua ampliação, pelo seu poder de resolução, pelas características do seu campo, são fabricados em série. As observações, tornadas comparáveis, adquirem caráter universal. Nasce um olhar normalizado (SICARD, M., 2006, p. 89).

Um olhar normalizado que vem se desenvolvendo a partir das observações previamente categorizadas conferindo significado legítimo às observações, esquemas de percepção internalizados ao longo do tempo e inculcados nos estudantes de medicina (PINTO, 2000).

O surgimento da fotografia no meio científico a partir de 1839 gera desconfiança, a imagem não é dotada de qualquer rigor e apesar dos discursos objetivantes, a imagem só funciona numa recepção sensível.

No início, o suporte fotográfico, chamado de daguerreótipo<sup>15</sup>, funciona por emulsão de sais de prata sobre chapa de cobre. Apesar de não ser reproduzível, sua perfeição, precisão, custo elevado e as dificuldades de sua realização, conferem-lhe o estatuto de científico. Na década de 1840, os profissionais observavam ao microscópio e fabricavam daguerreótipos – a microscopia encontra enfim a fotografia.

Na percepção de Sicard, M.

a imagem fotográfica, "automática", "objectiva", ao interpor-se entre o olho do observador e o mundo, favorece a afirmação de um realismo científico. Ao proporcionar uma inegável impressão da realidade, funcionando como uma mecânica autônoma, um duplo perfeito do seu objecto, a fotografia parece fornecer a prova da existência de um mundo neutro, único, objectivo e universal, que não precisaria dos seus observadores para existir. [...] Há um elemento fotográfico na ciência. Há um elemento científico na fotografia" (SICARD, M., 2006, p.128).

A máquina fotográfica se instala, em meados do século XIX, entre o olhar do médico e o corpo do paciente alterando as relações entre ambos, a atenção passa das profundezas para a superfície. "A gravura convidava às dissecações, ao

---

<sup>15</sup> O inventor do daguerreótipo foi Louis-Jacques-Mandr  Daguerre, o primeiro a conseguir uma imagem fixa pela a o direta da luz, 1835.



mergulho do olhar no interior dos corpos; a fotografia troca as anatomias pelas aparências" (SICARD, M., 2006, p. 146).

Esse deslocamento na atenção do médico pode ser justificado, nesse momento, pelo processo artesanal da fotografia. Como descreve Sicard, M.,

A realização das imagens não é simples: os defasamentos entre a realidade dos corpos e a sua representação fotográfica irritam os médicos. As dificuldades técnicas geradas pela utilização do preto e branco para registrar as cores da pele parecem intransponíveis [...] Para se transmitir os matizes de coloração, é preciso passar para papel salgado a prova que servirá de suporte à realização de uma aquarela. A coloração faz-se depois, na presença dos doentes, por comparação directa com as alterações das suas peles. As fotografias aquareladas efectuam-se assim em três fases: a captação da imagem propriamente dita, a passagem para papel em câmara escura, o regresso junto dos pacientes e a coloração (SICARD, M., 2006, p. 147).

Na ânsia de uma aprendizagem e de um aperfeiçoamento o médico transferia sua atenção aos afazeres técnicos da fotografia e, de certa forma, destinava menos atenção ao paciente. Nesse estágio do desenvolvimento da fotografia, a imagem é objetiva e exata, embora não leve em conta as queixas ou as dores. A autora sugere nesse momento que a clínica fotográfica substitui a clínica dos corpos. A fotografia cria classificações, estabelece correspondências entre uma forma e um nome. O sinal substitui o sintoma, o nome substitui o diagnóstico.

Interessante observar que as primeiras fotografias da década de 1840 apresentavam o médico antes do paciente, evocando assim as antigas gravuras sobre madeira e as representações das primeiras dissecações. Com a chapa de prata do daguerreótipo, o cirurgião ocupava o centro do espaço médico e da fotografia. Com a máquina fotográfica, os médicos colocavam-se à cabeceira dos doentes e estes duplos retratos – paciente e médico – oscilavam entre o documento e a figura da promoção. No século XX, os cirurgiões posam ao lado de um computador ou de um novo equipamento de última geração, o paciente está fora da imagem.

No ano de 1895 os raios X são descobertos,

pela primeira vez, o olho acedia ao interior do corpo vivo. Pela primeira vez, a máquina de visão via melhor do que o olho humano: a chapa sensível fotográfica captava à distância raios invisíveis. A imagem da mão anelada, enquadrada como uma simples "vista", abria caminho para um diálogo entre o real e a máquina produtora de raios (SICARD, M., 2006, p. 209).

A máquina radiográfica surge no final do século XIX, após as descobertas da assepsia, da anti-sepsia e da anestesia, surpreendendo a comunidade médica, deslocando o olhar médico para outros objetos, reorganizando os saberes da época. A radiografia revolucionou os métodos clássicos de diagnóstico, sobretudo depois que métodos auxiliares foram a ela associados, como o uso de contraste em exames do aparelho digestivo, por exemplo. Um aspecto importante da radiografia é que, diferente do oftalmoscópio<sup>16</sup>, por exemplo, que só podia ser usado por um médico de cada vez, permitia que vários profissionais vissem a radiografia – imagem – ao mesmo tempo (SCLIAR, 1996). Estabelece-se aqui um outro olhar, o diagnóstico deixa de ser feito apenas pela observação do paciente e passa a assimilar a observação de imagens.

Para Monteiro (2001), esse outro olhar, evita cirurgias exploratórias e permite a visualização dos órgãos vitais em atividade, identificando bloqueios e sinais de possíveis desordens futuras. A especialidade da imagiologia emerge com esse outro olhar, um outro saber, uma outra lógica.

O leitor dessas imagens tem que aprender, decifrar, organizar esses novos conhecimentos. Sicard, M. (2006) compara o leitor de imagens ao arqueólogo, tal como ele, esse profissional pesquisa em busca de documentos e provas. Aprende, descobre, constrói por comparação e, embora procure a repetição de estruturas e de documentos, aprende com a surpresa, com o inesperado. "Nada se vê se não se mantiver a distância; mas nada se vê se não nos aproximarmos. O talento resulta de uma habilidade nestes incessantes jogos da disposição. Ver necessita simultaneamente, do saber e da inocência" (SICARD, M., 2006, p. 249).

No século XX a utilização do computador, que permite calcular cada ponto de uma imagem a partir de leis que regem cada fenômeno, modifica novamente o olhar médico.

Desde a invenção da radiografia que o olhar médico penetra no interior do corpo vivo, solicita o auxílio de máquinas que "vêem" melhor do que nós. E sabemos – agora – desde a primeira tele-operação mundial de coração aberto realizada no hospital Broussais em Maio de 1998 – que podemos ser "mexidos", operados à distância por um cirurgião que nos observa a partir de um lugar que desconhecemos de todo. Tudo muda. Não só o corpo, a imagem que temos de nós próprios, como também as hierarquias médicas, as

---

<sup>16</sup> O oftalmoscópio é um instrumento utilizado para a observação das estruturas oculares, mais especificamente na fundoscopia (observação do fundo do olho).

instituições e as responsabilidades. Não só a medicina, como também a doença (SICARD, M., 2006, p. 269).

Até final da década de 1960, a radiografia era a principal fonte de imagens médicas. A partir dessa descoberta foram desenvolvidas novas tecnologias como tomografias (radiografias em planos de corte), artrografias e artrotomografias (radiografias ou tomografias com injeção de meios de contraste), ecografia (imagens através de ondas sonoras de alta frequência), medicina nuclear (utilização de radioisótopos para fornecer imagem demarcada de alguns tecidos ou patologias), tomografia computadorizada (obtidas com emprego de raios X e imagens de sensores e do computador), ressonância magnética (imagem dos tecidos moles e duros do corpo por meio de um campo magnético e ondas de rádio-frequência) e radiografia digital (obtidas por sensores e registradas no monitor do computador). Atualmente, os médicos podem visualizar como o corpo funciona por meio de um tomógrafo de ressonância magnética. Com esse aparelho é possível explorar o interior do corpo em detalhes (MONTEIRO, 2001).

Por meio das máquinas de visão, os órgãos passaram a ser agrupados em função da sua capacidade de criar imagens.

Serão dirigidos para a radiografia: as mãos (interfaces entre o osso e os tecidos moles), os pulmões (interfaces entre o ar e os tecidos moles) e as cavidades nasais (interfaces entre o ar e o osso). Para a ecografia: os esqueletos e os pulmões (não compostos maioritariamente de ar e osso). Para a tomografia: os cérebros e novamente os pulmões (não legíveis por ecografia), os primeiros rodeados de osso e os segundos contendo ar. Para a imagiologia por ressonância magnética nuclear: os cérebros, sistemas nervosos, cotovelos, joelhos e ancas (órgãos compactos, opacos). Por último, a medicina nuclear facilita o acompanhamento de um produto ligeiramente radioactivo injectado no órgão examinado (SICARD, M., 2006, p. 271-272).

A imagiologia contemporânea utiliza máquinas pesadas, complexas que ao possibilitarem enxergar melhor do que a olho nu se instalam como prováveis substitutos da observação, muito embora, os olhares instrumentalizados dessa medicina da imagem tenham se estruturado em uma medicina que a precedeu: a da observação direta, da palavra, do toque.

Antigamente, Hipócrates insistia na importância da mera presença do médico no quarto do paciente: 'Ao entrar, lembrai-vos da maneira de se sentar, a reserva, o vestuário, a seriedade, a brevidade da linguagem, o sangue-frio imperturbável, [...] a resposta às objecções, o autocontrolo sem as perturbações que possam advir, a severidade

em reprimir o que incomoda, a boa vontade para aquilo que falta fazer [...] Nos anos 50, Henri Mondor lembrava aos médicos que o diagnóstico clínico é já em si mesmo um apaziguamento. A apalpação não é apenas uma leitura, mas também – já – um consolo. A visão de uma mão inexperiente, desajeitada e brusca é tão penosa e anuncia um exame sem proveito quanto belo é o espectáculo de duas mãos suaves, inteligentemente dirigidas, certas, progredindo na descoberta, sugerindo confiança ao doente, instruindo o círculo... [...] A reivindicação de uma proximidade do médico não significa que deva ser abolida toda a distância: o sucesso da medicina anátomo-clínica decorre também da transformação do corpo em objecto do olhar e do toque (SICARD, M., 2006, p. 272-273).

Percebe-se, no trecho citado, a presença forte e inegável da tensão entre objetividade e subjetividade, entre a certeza e a incerteza na relação médico-paciente. Nesse sentido, o desenvolvimento da tecnologia de imagens marca a presença de um processo contínuo que visa eliminar essa tensão nas práticas médicas. Um manifesto contra a subjetividade em busca da certeza, como se as imagens falassem por si mesmas.

### 2.3 A VISITA OFICIAL

A introdução de máquinas para a produção de imagens médicas do corpo, tende a transformá-lo em objeto. O olhar agora instrumentalizado e potencializado pela máquina produz uma nova distância na relação médico-paciente: o uso da imagem ao revelar com maior precisão a presença de uma doença grave, diminui para o médico e para o paciente as possibilidades de não-revelação de um diagnóstico. O médico, nesses casos, de posse de uma interpretação julgada correta da imagem pode muitas vezes enfrentar algum sofrimento, que na imprecisão de um diagnóstico seria evitado. O que dizer claramente ao paciente quando a imagem mostra um tumor?

Ao contrário, o que dizer quando não se tem a certeza do que se vê? O que dizer ao paciente quando a imagem não mostra tudo? Esta tensão caracteriza, em certa medida, a relação médico-paciente, quando esta é mediatizada por imagens. Para evitar tal tensão, diante de imagens de ressonância nuclear ou de uma

ecografia, os médicos apelam ao discurso técnico<sup>17</sup> que tende a abandonar todo o afeto, toda a afirmação do sujeito.

Isso só ocorre porque o corpo é tomado em uma dimensão de objeto, a imagem é tomada como revelação de algo do objeto, a verdade. Neste jogo a verdade do paciente passa a ser desconsiderada. Há um conflito entre o corpo vivido pelo paciente como experiência e o corpo tomado pela prática médica como objeto.

E além disso, a imagem não só reforça a idéia do corpo objeto da prática médica, mas possibilita que esta se desenvolva sobre um corpo virtual, produzido por um meio eletro-magnético e é aí que repousa a tentativa de anulação da subjetividade tanto do paciente quanto do médico. Agora, neste modelo, não se tem interação entre médico e paciente. O médico interage com uma imagem revelada de um corpo objeto que passa a ser corpo virtual, sem palavras, sem cheiro, sem sentimento.

Monteiro (2001) aponta que a informação gerada a partir de um diagnóstico produzido por intermédio de uma máquina, parece ter precedência sobre outros tipos de informação, como as disponibilizadas pela pessoa que está sendo examinada, uma vez que a informação gerada pela máquina é vista como uma medida mais objetiva da anormalidade, possuindo também a capacidade de padronização e facilidade de comunicação dos dados. Objetividade que foi questionada entre 1940 e 1950, quando diversos estudos indicaram que a variabilidade do observador era um importante obstáculo à interpretação objetiva, pois um radiologista examinando um filme podia ver uma lesão que um segundo radiologista poderia ignorar.

Nesse sentido, a análise das imagens demanda competências específicas, "uma má leitura acompanhada de um excesso de confiança podem levar a ignorar um aneurisma gravíssimo. Há um perigo de morte em não se duvidar da leitura de uma imagem" (SICARD, M., 2006, p. 275).

Em qualquer área do conhecimento, a compreensão depende da noção de limites, só percebemos formas ou ordenações que sejam delimitadas. Para Martins (2008, p. 153), "a imagem, como informação, depende de precisões e limites que a tornem analisáveis", pois "o que não conseguimos delimitar, nem conseguimos perceber" (OSTROWER, 1988, p. 174).

---

<sup>17</sup> Os médicos recorrem ou buscam amparo nos "sistemas peritos", tal como, descritos por Giddens (1991).

Assim, a interpretação das imagens passa necessariamente pelo que Rouanet (1988, p. 128) descreve como “uma pedagogia do olhar”. Não é qualquer olhar que pode ver tudo, é preciso se ter um olhar educado, que domine as minúcias da anatomia do corpo, tanto as que se oferecem imediatamente à percepção como as que escapam à percepção imediata. Para o autor, há duas normatividades: a da visão e a do olhar. “Uma ética, ou uma política da visão: é preciso ver tudo. Uma disciplina do olhar: adestrar o olho, armá-lo com as tecnologias necessárias, dirigi-lo de maneira correta para o seu objeto”, afinal é “preciso olhar corretamente o que se quer ver”.

Em outras palavras, o que Martins, Ostrower e Rouanet estão querendo mostrar é que para interpretar imagens, sejam elas pinturas, fotografias ou exames de raio X, é preciso conhecer com detalhes o contexto, as técnicas de captura da imagem e as formas pelas quais o objeto que se está observando pode se manifestar.

Além disso, Martins (2008, p. 63) afirma que por trás da fotografia, “há uma perspectiva do fotógrafo, um *modo de ver* que está referido a situações e significados que não são diretamente próprios daquilo que é fotografado e daqueles que são fotografados”, pois embora cada imagem contenha um modo de ver, nossa percepção depende também do nosso próprio modo de ver.

Pensando em termos de imagens médicas, a percepção do médico que examina e interpreta imagens, embora passe pela mediação de um instrumento técnico e pelo conhecimento detalhado da anatomia do corpo, expressa também, o seu “modo de ver” o objeto analisado. Muitas vezes o que se vê são fragmentos do que ocorre no corpo, e a interpretação dessa imagem pressupõe informações que não estão visíveis, mas que são capturadas pela experiência e pelo conhecimento adquiridos pelo médico ao longo do tempo. Nas palavras de Merleau-Ponty (2004, p. 30), “não há visão sem pensamento. Mas não basta pensar para ver: a visão é um pensamento condicionado, nasce ‘por ocasião’ do que acontece no corpo”.

Percebe-se, assim, que mesmo com o desenvolvimento das tecnologias de imagem no campo médico, ainda há tensão entre a objetividade e a subjetividade, entre a certeza e a incerteza. Isto porque as imagens não falam por si mesmas, elas demandam a perspicácia de um médico que fará a leitura da imagem.

Nesse sentido, para reduzir as incertezas no processo de transplante, a equipe do Serviço de Transplante Hepático se reúne às quartas-feiras pela manhã,

em uma sala de reuniões no 7º andar do HC, que mais parece um pequeno auditório. Há um telão na parede e umas quatro fileiras – bem estreitas – de cadeiras almofadadas de cor azul, um projetor fixo no alto da parede oposta ao telão, uma pequena bancada no canto direito da sala, estrategicamente colocada para acompanhamento da apresentação em computador e na parede da esquerda, duas janelas escondidas atrás de persianas que escurecem o ambiente.

Essa reunião é chamada de "visita oficial" pela equipe do transplante. Momento em que se reúnem os cirurgiões da equipe, hepatologistas clínicos, hepatologistas pediátricos, contando também com a colaboração voluntária de um médico de outro hospital, especialista em análise de imagens, que além de comparecer às reuniões e auxiliar nas interpretações das imagens realiza, uma vez por semana, um exame gratuito para os pacientes mais carentes do STH/HC, no hospital particular em que trabalha. São convidados, também, a psicóloga do serviço, a assistente social, o nutricionista, a enfermeira chefe do serviço, assim como os alunos do 6º ano de medicina, os doutorandos.

Geralmente, na primeira fila sentam-se os cirurgiões, os médicos titulares da equipe do transplante e os convidados; os residentes R3<sup>18</sup> e R4 ficam junto à bancada do computador, os outros residentes ficam mais ao fundo perto da porta; nas fileiras restantes ficam os outros membros da equipe.

Na primeira parte desse encontro, enquanto o residente R4 opera o computador, o residente R3 apresenta o caso de cada paciente tanto do pré como do pós-transplante internados no STH e alguns casos em tratamento no ambulatório. A seqüência presente em todas as apresentações é a seguinte: histórico do paciente (idade, sexo, etiologia da doença e tratamentos anteriores à chegada ao STH), exames realizados, sintomatologia, diagnóstico, tratamento, intercorrências e plano para tratamento na seqüência. Ao final da apresentação de cada paciente, o residente R3 pergunta ao cirurgião responsável pelo STH qual a avaliação do caso.

Durante a apresentação de um dos casos, o residente aponta a dificuldade em avaliar a Ressonância Magnética e a Tomografia devido ao fato de o paciente não ter conseguido segurar a respiração e isto prejudicou a realização do exame. Os

---

<sup>18</sup> A residência médica em Cirurgia do Aparelho Digestivo no Hospital de Clínicas da UFPR dura 2 (dois) anos e tem como pré-requisito 2 (dois) anos de residência médica em Cirurgia Geral. A denominação R1, R2 (Cirurgia Geral) e R3, R4 (Cirurgia do Aparelho Digestivo) correspondem aos estágios que compõem os cursos.

nódulos não ficaram visíveis na ressonância, exame que deveria ser mais nítido. Embora o exame de imagem seja detalhado, não permite um diagnóstico com 100% de certeza, ficam dúvidas em relação ao tamanho do hepatocarcinoma<sup>19</sup> e se é ou não tumor.

Guilherme (R3) aponta na imagem apresentada o hepatocarcinoma e, no mesmo instante, André – radiologista de outro Hospital e que presta auxílio à equipe do transplante na análise das imagens – corrige-o, pois não se trata de hepatocarcinoma, mas da veia porta<sup>20</sup>. Ouvem-se muitas risadinhas na sala da reunião. Guilherme pede desculpas e fala:

– Dr. André, chegou bem na hora de me corrigir, desculpe! (Diário de campo, 22/8/2007)

Isso mostra a dificuldade em visualizar detalhes nas imagens e na importância do apoio do radiologista experiente para dar suporte à equipe. A interpretação depende do saber e da experiência do médico. Esse é o momento de maior estremecimento da noção de certeza construída apenas a partir de imagens. A intervenção de André revela que os níveis de certeza não estão nas imagens, mas na capacidade de interpretação do observador. Essa experiência revela que não há como eliminar a incerteza, nem as tensões constituintes e constitutivas da subjetividade.

Como ilustração, em outra circunstância, Guilherme (R3) aborda o caso de um paciente com diagnóstico impreciso. O exame anterior não indicava a presença de hepatocarcinoma. Em nova avaliação a equipe identificou um hepatocarcinoma, sem a necessidade de solicitar novo exame invasivo. Michel, chefe da equipe do transplante, exclama:

– Os profissionais se acham o máximo, mas não fizeram um bom trabalho! Como não viram o hepatocarcinoma? Como é que podemos confiar desse jeito? (Diário de campo - 08/08/2007).

Esse é outro exemplo que mostra a importância do observador na capacidade de interpretar e revela que os níveis de certeza não estão somente nas imagens, mas devem contemplar a interpretação. E mais, exemplifica que a observação da

---

<sup>19</sup> O hepatocarcinoma é o câncer primário do fígado.

<sup>20</sup> A veia porta é uma veia de grande calibre que transporta o sangue do intestino ao fígado. A veia porta recebe o sangue oriundo de todo o intestino, do baço, do pâncreas e da vesícula biliar.



imagem, nem sempre tem correspondência tão objetiva e redutível aos esquemas de percepção internalizados ao longo da formação médica.

Não foi a imagem que melhorou o prognóstico, afirma Taieb (1989), mas o tratamento que ela permitiu instaurar e a maneira de realizá-lo. O aparelho dá-nos informações anatômicas mais precisas, autorizando diversos procedimentos sem que seja necessário abrir o corpo do paciente.

É o que mostra o resultado de duas pesquisas etnográficas, realizadas por Pinto (2000), no período de 1993-1994 e 1996-1997, na Faculdade de Medicina da UFRJ, com alunos da graduação, mestrado e doutorado. Verificou-se que o uso de recursos visuais é praticamente obrigatório nas aulas expositivas. São utilizadas imagens de radiografias, ecografias e ressonâncias com o objetivo de treinar os estudantes no reconhecimento dessas imagens e auxiliar na apreensão do conteúdo das disciplinas médicas. No entanto, a projeção de imagens é utilizada como a exposição de um objeto concreto, objetivo, empírico, mas não contempla a questão de sua inevitável simplificação em relação ao objeto representado ou dos critérios que permitem reconhecê-la como correta ou não. Os estudantes relatam dificuldades em encontrar na observação da realidade correspondência tão objetiva, redutível aos esquemas de percepção internalizados durante a faculdade. Assim, o mecanismo básico de apreensão da realidade que lhe foi transmitido fica comprometido pela multiplicidade do real e pela subjetividade humana. O que se percebe é que somente por meio da imitação e da correção prática – experiência - é que os estudantes, têm a possibilidade de refinar os mecanismos intelectuais envolvidos no processo de reconhecimento dos tipos do saber médico.

No processo do conhecimento os médicos adquirem o *habitus* profissional. Na perspectiva de Bourdieu (1996, p. 21), o *habitus* mantém com o campo uma relação de solicitação mútua, são diferenciados; mas são também diferenciadores; “são princípios geradores de práticas distintas e distintivas” – retrata um conjunto unívoco de escolhas de pessoas, de bens e de práticas. A noção de *habitus* tem como função escapar tanto ao objetivismo da ação entendida como reação mecânica sem agente, quanto ao subjetivismo que retrata a ação como continuação deliberada de uma intenção consciente. O que se deseja, em princípio, é “explicar as formas mais modestas da prática – os rituais, as escolhas matrimoniais, a conduta econômica

mundana da vida cotidiana, etc.”<sup>21</sup> (BOURDIEU & WACQUANT, 2005, p. 180, tradução nossa). A noção de *habitus* também se propõe opor-se ao materialismo positivista e ao idealismo intelectualista, pois sua teoria postula que os objetos do conhecimento são construídos e não apenas registrados. Esta construção se encontra em um sistema socialmente constituído de disposições estruturadas e estruturantes adquirido na prática e constantemente dirigido a funções práticas.

A intenção de Bourdieu é “escapar da filosofia do sujeito sem deixar de levar em conta o agente, assim como da filosofia da estrutura porém sem esquecer os efeitos que esta exerce sobre e através do agente”<sup>22</sup> (BOURDIEU & WACQUANT, 2005, p. 181, tradução nossa). Bourdieu tende a se afastar dos extremos. Procura compreender o sujeito, por um lado, sem dar tanta ênfase apenas aos aspectos psicológicos e, por outro, não concentrar a análise somente na estrutura, mas nos efeitos que esta provoca no sujeito. Para ele há insuficiências nas duas formulações, nem só sujeito psicológico, nem só sujeito objetivado, derivado da sociedade estruturada. Enfim, a subjetividade para Bourdieu não deriva só de um subjetivismo nem de um objetivismo estanques, mas de ambos.

Nas palavras de Bourdieu (1996, p. 23), existir em um campo, significa “diferir, ser diferente”, no entanto, só se torna uma diferença perceptível, significativa, “socialmente pertinente”, se é percebida por alguém capaz de estabelecer essa diferença.

A idéia de diferença, de separação, está no fundamento da própria noção de campo. O campo é constituído de tal modo que os agentes ou grupos são aí distribuídos em função de dois princípios de diferenciação: o capital econômico e o capital cultural. “Segue-se que os agentes têm tanto mais em comum quanto mais próximos estejam nessas duas dimensões, e tanto menos quanto mais distantes estejam nelas. As distâncias espaciais no papel equivalem a distâncias sociais” (BOURDIEU, 1996, p. 19).

Esse campo de posições sociais se apresenta em um espaço de disposições ou, de *habitus*. A cada classe de posições corresponde uma classe de *habitus* produzidos pelos condicionamentos sociais associados à condição correspondente.

---

<sup>21</sup> “Explicar las formas más modestas de la práctica – los rituales, las elecciones matrimoniales, la conducta económica mundana de la vida cotidiana, etc.”

<sup>22</sup> “Escapar de la filosofía del sujeto sin dejar de tomar en cuenta al agente, así como de la filosofía de la estructura pero sin olvidar los efectos que ésta ejerce sobre y a través del agente”.

O campo e suas diferenças espontâneas tendem a funcionar simbolicamente como “espaço dos estilos de vida” diferentes. Essa diferença inscrita na própria estrutura do campo, também chamada de distinção ou capital simbólico, não é outra coisa senão o capital (cultural ou econômico) conhecido e reconhecido como algo óbvio (BOURDIEU, 2006).

Mas o essencial é que, ao serem percebidas por meio dessas categorias sociais de percepção, desses princípios de visão e de divisão, as diferenças nas práticas, nos bens possuídos, nas opiniões expressas tornam-se diferenças simbólicas e constituem uma verdadeira *linguagem*. As diferenças associadas a posições diferentes, isto é, os bens, as práticas e sobretudo as *maneiras*, funcionam, em cada sociedade, como as diferenças constitutivas de sistemas simbólicos, como o conjunto de fonemas de uma língua ou o conjunto de traços distintos e separações diferenciais constitutivas de um sistema mítico, isto é, como *signos distintivos* (BOURDIEU, 1996, p. 22).

Esse *habitus* privilegia uma prática médica cada vez mais dependente de métodos de diagnóstico por imagem, em detrimento de outras formas de investigação clínica, como a anamnese ou o exame físico.

Assim, o corpo representado numa imagem é um objeto empobrecido em contraste com a riqueza do corpo da experiência. O corpo da experiência que traz a queixa, a história vivida pelo paciente está fora do campo recortado pela imagem objeto da interpretação. Rasia (1996), trabalhando com doentes de câncer em uma etnografia deparou-se com a conversa entre o paciente e o médico. O médico ao palpar o paciente identificou massa tumoral em um dos lados do abdômen. O paciente insistia com o médico que havia massa também no outro lado. O médico volta a palpar, mas não encontra massa no lado indicado pelo paciente. Em comum acordo, a decisão que tomam é de realizar uma ecografia de abdômen total. A imagem revelou a presença de massa tumoral tanto no lado direito quanto esquerdo do abdômen do paciente.

O que se depreende desse dado é que o saber do paciente sobre seu próprio corpo aponta um caminho para o médico, diferente daquele que este tomaria se tivesse levado em conta somente sua palpação, e tomado o corpo do paciente desconsiderando a experiência vivida por este.

Em outra ocasião, André – radiologista – presenteia os profissionais explicando como se identifica um hepatocarcinoma em imagens do fígado. Mostrando várias imagens em seqüência, explica detalhadamente, e com um brilho

nos olhos, representando toda sua paixão pelo trabalho que realiza, como o contraste vai penetrando a região do hepatocarcinoma aos poucos e como vai realçando as bordas do tumor e aumentando até completá-lo. Ao final André afirma:

- Esta é a imagem clássica de um hepatocarcinoma” (Diário de campo, 12/09/2007).

Na afirmação de André está a informação gerada por uma imagem vista como objetiva, padronizada e possível de ser comprovada, mas que, no entanto, gera dúvidas aos observadores que não conhecem.

Nesse sentido, acredita-se que as tecnologias de imagem tentam conferir à medicina um caráter de ciência exata, no entanto, não há como considerar ou se limitar a descrições objetivas, quantificações ou diagnósticos à distância, "... a dor de um não é a dor do outro e o sinal 'que se vê' nem sempre se liga ao sintoma 'que se conta' [...] No entanto, por vezes, o relato do paciente conduz mais depressa do que a imagiologia ao diagnóstico" (SICARD, M., 2006, p. 275). Nesse sentido, quando a medicina do visível substitui a do diálogo, a escuta enfraquece.

Ao contrário, no exemplo do diagnóstico que não identificava o hepatocarcinoma, a equipe deteve-se na análise da imagem com mais atenção, à medida que o paciente apresentava sintomas que geravam a dúvida em relação ao laudo do exame.

As tensões entre o saber e o ver na análise aparece também em outro caso discutido em reunião. A equipe do transplante apresenta imagens de um paciente com quatro anos de idade. A equipe confronta o que o saber médico sinaliza e o que a imagem apresenta, juntamente com os sintomas relatados pelo paciente, mas não chega à conclusão alguma. Sugere-se, então, pedir análise de mais dois especialistas em imagem. Há muitas suspeitas, mas a confirmação pelo exame não é objetiva, não fornece certeza. Então, André conclui parcialmente:

- O aspecto da imagem sugere um adenoma seroso<sup>23</sup> (Diário de campo, de 22/08/2007)

Da mesma forma, em outro caso, André apresenta imagem de um paciente da pediatria com dez anos. As imagens foram feitas para tentar localizar o problema, uma vez que o transplante foi feito já há algum tempo e os exames de função

---

<sup>23</sup> Adenoma seroso é um tumor epitelial benigno do fígado que contém soro ou líquido em seu interior.

hepática revelam que está sob controle. O paciente, no entanto, apresenta alguns sintomas preocupantes. Suspeita-se de trombo<sup>24</sup>, mas André afirma que não há trombo, o que há, aparentemente, é uma fístula<sup>25</sup>. Aparentemente porque não há certeza nas imagens. O radiologista se apóia nas características das imagens, sugerindo fístula em local não visível (Diário de campo, 12/09/2007).

Para apontar o que não é visível na imagem, André usa de sua experiência de radiologista e é por isto que pode ler na imagem sinais que indicam a ausência de trombo, embora suspeite de alguma irregularidade circulatória. A interpretação desta imagem, por diferenciação em relação às imagens que revelam a presença de trombo, permitem que André levante a hipótese da fístula. Ou seja, que veja aquilo que não é visível.

O princípio da diferença é muito utilizado como recurso diagnóstico, quando o grau de certeza não é absoluto, recorrendo-se a comparação com casos semelhantes.

Os termos “sugere”, “parece” e “aparentemente” são usados com muita frequência por André na análise das imagens. Tanto que perguntei diretamente a Arlete – médica, chefe clínica – se esses termos fazem parte de um protocolo da equipe. Arlete respondeu da seguinte forma:

- Não, não. Às vezes André vai dizer que a imagem é clássica e às vezes ela não tem todos os aspectos pra você dizer “não, isso é com certeza um câncer de fígado”. Tem algumas características... tem o caso de um paciente, acho que é o último que eu levei que é um trombo na veia porta, eu acho que trouxe na semana passada, e se aquele trombo fosse tumor dentro dessa veia o paciente já estaria automaticamente cortado [fora da lista de transplante], só que André disse que tinha alguns aspectos que não se comportavam como ... que sugere mais não é clássico. O clássico seria aquele com todas as características de tumor. Se naquele dia ele tivesse dito, “Arlete, isso é clássico pra invasão dessa veia pelo tumor maligno”, então é isso, tudo bem... aqui fecha o diagnóstico e vai pra quimioterapia. Como ele disse “não é apenas sugestivo”, então vamos encaminhar pra uma biopsia pra ter certeza (ARLETE, médica, 10/09/2007).

A imagem denominada “clássica” tem peso sobre os diagnósticos e possíveis tratamentos. É o que aparece quando Guilherme (R3) pede a André que analise imagens de um paciente de setenta anos com hepatocarcinoma no fígado. André

<sup>24</sup> Trombo é uma formação sólida no interior do vaso sanguíneo.

<sup>25</sup> Emprega-se o termo fístula para designar uma comunicação entre dois órgãos ou vasos que normalmente não se comunicam.

afirma ser imagem “clássica” de hepatocarcinoma, tomando quase totalmente o lobo<sup>26</sup> esquerdo do fígado. Pela idade e pelo fato da paciente não apresentar sintomas, não se faz nada (Diário de campo, 12/09/2007).

Os exames de imagem assim como outros exames de laboratório são usados como suporte para os tratamentos, mas nem sempre dão a certeza esperada pela equipe do transplante – trata-se de um *habitus* marcado pela tensão entre o saber e o ver. É o que mostra o diálogo entre Michel, chefe da equipe do transplante e José Mário (R3):

Michel faz várias perguntas a José Mário (R3) sobre um dos resultados dos exames de um paciente:

- Como o paciente apresenta tanta alteração de um exame a outro? Qual sua atitude em relação a isso? Como isso ocorreu?
- Não sabemos – respondeu José Mário (R3)
- Com esse resultado não sei como o paciente está vivo ainda! – exclama Michel (Diário de campo, 30/05/07).

As certezas marcadas pela técnica, pelos critérios elaborados em pesquisas científicas, tendem a proporcionar uma distância entre a equipe do transplante e o paciente, à medida que o olhar médico se dirige apenas ao hepatocarcinoma, por exemplo.

Em outra reunião, a equipe do transplante discute o caso de um paciente com hepatocarcinoma que já fez quatro alcoolizações<sup>27</sup>, diminuindo o tumor para 1,5 cm. A discussão gira em torno dos pontos que esse paciente pode conseguir caso tenha um hepatocarcinoma de 2 cm ou mais.

- Se você deixar um nódulo de 1,5cm por um ano não tem problema, mas um de 2,0 cm já pode evoluir rapidamente. Então a regra é baseada em exame de imagem, só ganha pontos para listar, após o tumor alcançar 2 cm – afirma Michel, médico, chefe da equipe do transplante.
- Precisamos esperar exame que mostre o hepatocarcinoma com 2cm para listar. Não adianta listar<sup>28</sup> antes – afirma Arlete, médica da equipe (Diário de campo, 26/9/2007).

---

<sup>26</sup> A anatomia morfológica do fígado divide o órgão em quatro lobos, dois maiores e dois menores. O lobo maior é o direito.

<sup>27</sup> Alcoolização dos nódulos consiste na injeção de álcool no tumor provocando a morte das células cancerígenas.

<sup>28</sup> Colocar no topo da lista de transplantes por gravidade.

No dia seguinte, esse paciente esteve no STH para conversar com a equipe. Chegou na porta, que dá acesso ao Serviço e perguntou à equipe sobre o resultado dos exames. Em pé ouviu o que Guilherme (R3) tinha a lhe dizer.

- Nós discutimos o seu caso. O senhor tem um nódulo de 1,5 cm que não atende os critérios para transplante emergencial. Então o que recomendamos é que não se faça alcoolização para esperar que o tumor cresça até 2 cm. Para então, fazer transplante, que é o tratamento indicado para seu caso – explica Guilherme (R3).
- Mas por que então, quando o tumor tinha 2 cm vocês fizeram alcoolização? – questiona o paciente.
- Quando você nos procurou, você já tinha feito alcoolização. Nós já orientamos a sua médica para não fazer mais alcoolização. Mas não se preocupe que a sua lesão é pequena e não lhe causará problemas. E para colocá-lo no topo da lista<sup>29</sup> é preciso esperar a lesão crescer até 2 cm – explica Arlete, médica da equipe que entra na conversa.
- Mas foram vocês que pediram a segunda alcoolização! – afirma o paciente.
- Entenda que a epidemiologia é um órgão independente do STH. Então não fomos nós que fizemos o pedido. Assim que pudermos nós listaremos você. Não tenha pressa, você está bem, não descompensou<sup>30</sup>! – pondera Arlete.
- Mas eu não tenho pressa! – exclama o paciente. – O transplante é mais uma alternativa (Diário de campo, 27/09/2007)

Após o diálogo, Arlete parece deixar o paciente falando sozinho – atitude surpreendente, pois até então sempre pareceu muito atenciosa e preocupada com os pacientes – ao mesmo tempo em que responde a todas as perguntas com atenção. Rapidamente muda de postura, vira as costas e segue pelo corredor. O paciente, sem graça, continua argumentando sobre seu caso, Guilherme (R3) e João (R4), que estavam sentados à mesa de reuniões da sala, de costas para a porta, não olham diretamente para ele, respondem os comentários sem parar de preencher documentos. Fico constrangida, pois nesse momento o paciente fala olhando para mim, procurando um interlocutor, pois parecia estar falando com as paredes ou

<sup>29</sup> A lista única foi regulamentada em 1997 pelo Governo Federal. O Serviço Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde, através das Centrais Estaduais, coordena a captação e distribuição dos órgãos doados, com o acompanhamento do Ministério Público. O sistema de lista única é constituído de critérios específicos para a distribuição de cada tipo de órgão ou tecido para os receptores. A regra para a distribuição de fígado mudou em 2006, deixou de ser de cronológica para levar em conta a gravidade do estado de cada paciente, determinada por uma combinação de exames chamada MELD (Model for End-Stage Liver Disease) – aceita-se como hepatopatia grave o valor do MELD igual ou maior que 15).

<sup>30</sup> Paciente “descompensado” é aquele em que o fígado apresenta lesões e não funciona normalmente; o paciente pode apresentar inchaços e icterícia (cor amarelada da pele).

consigo mesmo. Para a equipe o assunto parece que havia sido encerrado com a fala de Arlete.

Pode-se inferir que o que encerrou a conversa foi a certeza de que a imagem, que revela um tumor de apenas 1,5 cm, não é suficiente para que o paciente seja alocado no topo da lista de espera por um transplante. Isso revela a crença da equipe do transplante nos critérios objetivos estipulados pelo Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde<sup>31</sup>, que coordena a lista dos pacientes à espera de um fígado. Critérios que traduzem um raciocínio concreto, instrumental, objetivado, baseado em resolução eficaz dos problemas.

No “encontro” entre médico e paciente, emerge o discurso absoluto da medicina, promovido pela clínica. Discurso que nos remete a reflexão de Latour (2000) sobre a ciência e as duas faces de Jano<sup>32</sup>. O lado esquerdo da face de Jano aceita os fatos sem discutir, representa as partes resolvidas da ciência – a ciência acabada. O lado direito da face descarta os fatos inúteis, procura pontos fracos, representa as partes não resolvidas da ciência – a ciência em construção. A correlação entre o olhar e a linguagem, entre o visível e o enunciável, nos coloca diante do chamado “discurso simultâneo da ciência” – da mesma forma que há diferença, há complementaridade – relativizando o discurso. Discurso que gera controvérsias entre a certeza da ciência e os questionamentos sobre a ciência. E parece que é dessa forma que se constitui o discurso médico, até que num determinado momento da história, a face esquerda prevalece e toma a palavra, o discurso torna-se absoluto, consolida-se a “caixa-preta” da medicina: um conhecimento simplificador, controvertido historicamente, que detém a verdade e está voltado para si mesmo. No exemplo acima, deixa de existir o diálogo entre a equipe do transplante e o paciente e a versão final dos fatos é a da ciência médica e ponto final.

O último exemplo, nos remete também à interpretação que Cicourel (2002) faz da comunicação entre médico e paciente. Para esse autor, médico e paciente

---

<sup>31</sup> O Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde está representado nos estados pelas Centrais Estaduais de Transplantes, que coordenam a captação e distribuição dos órgãos doados, com o acompanhamento do Ministério Público.

<sup>32</sup> Jano, na mitologia romana, é considerado um dos maiores deuses do Panteão romano, exibindo até uma certa preeminência sobre Júpiter, o deus supremo. Jano teria acolhido Saturno, expulso pelos deuses e, em agradecimento, Saturno teria dado a Jano o dom da “dupla ciência”, a do passado e a do futuro, mito que os Romanos manifestaram representando Jano com duas faces voltadas em sentido contrário.



estão em campos semânticos distintos. Se, de um lado, o médico limita-se a enxergar o paciente como um corpo debilitado e doente, de outro, o paciente sente e vive, de forma intensa, a doença. O médico procura codificar as informações, até certo ponto, ambíguas do paciente e as traduz em categorias abstratas que tendem a facilitar a resolução eficaz do problema. Para isso ele utiliza de conhecimentos científicos adquiridos, assim como, de sua experiência terapêutica. Cada vez que o médico relaciona hipóteses referentes aos problemas passados ou atuais do paciente, vários sintomas são ignorados, outros mal compreendidos e outros reinterpretados de forma a enquadrar esses dados na base de seus conhecimentos e esquemas intelectuais anteriores e emergentes. O médico, assim, tenta neutralizar a tensão entre o saber e o ver a partir da crença de que ele não pode levar em conta os mistérios, as magias, as emoções, os sentimentos que fazem parte da subjetividade do paciente, pois assim ele pode perder a capacidade de objetivar e produzir certezas sobre a doença.

O paciente, por sua vez, recorre a um campo semântico específico para traduzir as crenças das quais faz uso em suas doenças. Esse sistema de crenças pode ser entendido como um conjunto de esquemas ou um modelo mental utilizado para compreender as suas experiências diárias e as informações complexas às quais o paciente é submetido quando interage com modos de comunicação altamente formalizado e objetivado – uma entrevista médica, por exemplo.

Para o paciente que tem um hepatocarcinoma, a alternativa do transplante é a solução de seu problema, tirar o fígado que não funciona e trocá-lo por outro sadio. E na conversa com a equipe do transplante, o que procura são informações para compreender o que se passa em seu corpo. Afinal, um câncer no fígado, independente do tamanho do tumor, é um dado significativo para o paciente, este precisa interpretar, reinterpretar o que sente, pois é ele que vive, sente a doença como experiência singular.

O médico, por sua vez, constitui o seu *habitus* a partir de uma formação centrada na crença de que os mistérios, as magias, as emoções, os sentimentos, que fazem parte da vida do paciente, só podem ser parcialmente levados em conta, pois do contrário comprometem a capacidade da medicina objetivar e produzir certezas sobre a doença. Assim, a despeito de todos esses mistérios que constituem a existência concreta do paciente, é imperativo para o médico identificar e objetivar a doença no corpo.

No discurso da equipe do transplante está presente a preocupação com a relação médico-paciente, no sentido de ouvir o que eles têm a dizer:

Aqui eu acho que a gente luta pra preservar isso [a relação médico-paciente]. Mas de uma maneira geral eu vejo que hoje em dia os pacientes sentem falta de um médico que escute, e que fale, e que deixe os pacientes falarem, então... eu acho que ao mesmo tempo que a gente faz a medicina de ponta, aqui no transplante, a gente procura manter um pouco da atenção, do carinho para os pacientes... às vezes a visita no leito é rápida mas a gente fala três ou quatro frases com carinho, com atenção... eu acho importante (ARLETE, chefe clínica, 10/9/2007).

O fato da equipe do transplante admitir que leva em conta o que o paciente sente, pensa, não garante que o paciente está efetivamente sendo levado em conta no que se refere às suas angústias. Apesar do médico ter destacado como importante essa relação, o depoimento revela que a preocupação maior é de falar, de acalantar o paciente, não de ouvir. No contato médico-paciente, o objetivo não é necessariamente ouvir o paciente mas conseguir com essa aproximação aumentar a confiança dele no tratamento. As palavras carinhosas e afetuosas podem ser interpretadas como estratégias de obter a adesão ao tratamento, estabelecendo, assim, a relação de poder, conforme as formulações de Cicourel (2002). Pode-se levantar aqui a hipótese de que a adesão ao tratamento se dá por uma das seguintes condições: subjetivação da doença ou obediência à ordem médica. A não adesão entendida como rebeldia do paciente, não revela senão a desobediência às prescrições e à imposição da medicina sobre a vontade do paciente.

No caso citado anteriormente, o paciente que questiona a alcoolização, indaga sobre o parecer da equipe e demanda por atenção e escuta. É nesse momento, que o médico interrompe o diálogo, vira as costas e encerra o assunto, eximindo-se da responsabilidade pela conduta adotada, transferindo-o para uma instância abstrata demais para o paciente, a epidemiologia.

Pode-se levantar também a questão de que a conversa com o paciente não passa de um monólogo mascarado em forma de diálogo, no sentido de que todo o discurso médico é mediatizado pelas informações objetivas sobre o paciente registradas no prontuário e pelos critérios objetivos de listagem para transplante. Dessa forma, para Clavreul (1983), o diálogo é apenas um encontro do médico com seu próprio discurso, vez que, para o médico o doente não sabe o que diz, "pois o que diz de seus sintomas só toma sentido no discurso médico, e deste ponto de

vista o que diz seu corpo é mais seguro do que o que diz sua voz” (CLAVREUL, 1983, p. 158). Os sinais físicos revelados pelos exames de imagem são mais objetivos, mais concretos, apesar da margem de incerteza que carregam, do que a sintomatologia relatada pelo paciente que é subjetiva e, portanto, suspeita.

Para Clavreul (1983), na instituição médica, tanto médico como paciente são destituídos de sua subjetividade; ao médico cabe representar a instituição. A doença é o objeto constituído pelo próprio discurso médico, sendo o ser humano unicamente o terreno no qual esta se instala. Portanto, o único sujeito do discurso médico é aquele que o enuncia, o médico. É nesse ponto que se funda a relação médico-paciente, na exclusão das posições subjetivas de um e de outro. Ambos se submetem à razão médica (CLAVREUL, 1983).

Da mesma forma, no exemplo anterior, quando o paciente questiona indiretamente a conduta da equipe do transplante, o que ocorre é uma ruptura com esse acordo mútuo de exclusão das posições subjetivas. Coloca-se em xeque a razão médica. O *habitus* médico é tensionado, posto à prova pela atitude e pela palavra do paciente. E qual a reação da equipe? Para evitar prejuízos à objetividade necessária na relação médico-paciente, a equipe dá por encerrado o assunto.

## 2.4 IMAGEM E SUBJETIVIDADE

Assim como os pacientes, a equipe vê o mundo sob o filtro de suas representações, de seu imaginário. Concepções criadas e alimentadas no processo de formação e socialização médicas. Nesse processo consolida-se o *habitus* médico, modos de agir que se transmitem geração após geração de médicos. Esse *habitus* pode ser identificado na postura do médico diante do paciente nas consultas, nos pedidos de exame, nas reclamações, por obediência a prescrições ou nos elogios quando estas são seguidas à risca e também, principalmente, quando o discurso médico sai em defesa de um transplante de fígado, por exemplo, como a única saída para o paciente. Discurso que muitas vezes supervaloriza os resultados objetivos do transplante, excluindo os aspectos subjetivos do processo, o paciente.

Discurso presente quando Arlete procura convencer o paciente a internar para fazer os exames pré-transplante. O paciente, acompanhado da esposa, foi encaminhado por um médico de outro hospital para conversar com Arlete. A

conversa se dá na sala dos residentes. Quando Arlete insiste na necessidade do paciente ser internado para realizar investigação completa, a esposa começa a chorar. Arlete intensifica a atenção ao paciente – que passa a mão trêmula na cabeça –, olhando-o fixamente, enquanto segura a mão da esposa. Consegue acalmá-los, explicando os benefícios que o transplante trará para a vida pessoal e profissional do paciente e, aparentemente, convence-os da necessidade do internamento. Solicita que após os exames – que serão realizados em outro hospital pelo convênio particular, já que o STH está lotado – o paciente agende nova consulta para, então, listá-lo para transplante.

Arlete faz uma pausa na conversa e, para convencer o casal do sucesso do transplante, solicita ao residente que vá chamar o Pedro, paciente transplantado que está no STH fazendo exames de rotina. Explica que Pedro já retornou ao trabalho e aos poucos está retomando a sua vida.

Pedro entra na sala sorrindo e ao ser questionado sobre a sua experiência, exclama emocionado:

- É Deus no céu e Dra. Arlete aqui! (Diário de campo, 23/08/2007)

A conversa entre Pedro e o casal é rápida, falando apenas dos seus progressos pós-transplante. Após a saída de Pedro, Arlete explica ao casal que o transplante é eficiente e possibilita mudar a vida do paciente com hepatopatia crônica.

Fala como se não existissem intercorrências nesse processo, tais como: rejeições, perda de enxerto ou até óbitos. Esse é o momento do convencimento. Mais tarde, o paciente fará uma entrevista com a psicóloga e outra com a enfermagem para receber todas as informações sobre o processo do transplante, inclusive dos riscos desse procedimento. No entanto, percebe-se, em outros relatos da equipe, que muitos pacientes reclamam que não sabiam, por exemplo, que tomariam remédios para o resto da vida ou que poderiam ter outros tipos de complicações, ficam com a primeira informação.

Nesse sentido, não há como discutir as tensões entre o saber e o ver presentes na equipe do transplante sem considerar as tensões dos pacientes, pois os indivíduos se desenvolvem nas e pelas relações com outros seres humanos.

Assim, para Elias, o indivíduo existe somente na relação com os outros e para entendê-lo é preciso estudar as figurações ou configurações específicas, entender

as redes de inter-relações e as relações de poder no interior da sociedade – ou do hospital, neste caso. Os indivíduos estão ligados uns aos outros por um modo específico de dependências recíprocas – o médico não existe sem o paciente e vice-versa – e cuja reprodução supõe um equilíbrio móvel de tensões (ELIAS, 2001). Cada indivíduo é um elo nas cadeias que ligam outras pessoas, assim como todas as demais, direta ou indiretamente, são elos nas cadeias que as prendem. Essas cadeias não são visíveis e tangíveis, entretanto, são elásticas, variáveis, mutáveis (ELIAS, 1994a).

O ser humano necessita estabelecer relações com outras pessoas e coisas. E a característica dessa relação é uma auto-regulação psicológica, representada por flexibilidade, capacidade de se adaptar a tipos mutáveis de relacionamento, maleabilidade e mobilidade especiais. Por esse motivo, Elias não acredita ser possível tomar indivíduos isolados como ponto de partida para entender a estrutura de seus relacionamentos mútuos e a estrutura da sociedade. Defende a idéia de que a partir da estrutura das relações entre os indivíduos poderá ser compreendida a “psique” da pessoa singular (ELIAS, 1994a).

A sociedade, nessa perspectiva, se constitui das redes de funções que as pessoas desempenham umas em relação às outras. Essa relação tem uma estrutura particular que é específica de cada sociedade, marcada por uma dinâmica própria, por uma rede de relacionamentos e peculiaridades na maneira como as pessoas se vêem obrigadas a conviver. O indivíduo assim, adquire sua marca individual a partir da história dessas relações, da história de toda a rede humana em que cresce e vive (ELIAS, 1994a).

Tal como Simmel, Elias ressalta que a vida social dos seres humanos não é de todo harmoniosa, pelo contrário, ela é repleta de contradições e tensões. Cada pessoa tem seu lugar e está inserida num "complexo funcional de estrutura bem definida; deve conformar-se a ele, moldar-se de acordo com ele e, talvez, desenvolver-se mais, com base nele" (ELIAS, 1994a, p.21).

Buscando inspiração em Elias, podemos associar a disputa de poder na Sociedade de Corte com a disputa do poder no hospital. Um poder que toma corpo ao longo da história da clínica médica e que transfere à elite médica o *status* de conhecer, de dominar o saber sobre o corpo e a doença. Essa elite se diferencia dos demais, por exemplo, na vestimenta branca, no comportamento reservado, na linguagem e na distância observada na relação médico-paciente.

Na abordagem de Clavreul (1983), a relação médico-paciente se constitui pela exclusão das posições subjetivas, tanto de um quanto de outro. No entanto, o autor admite que não se elimina toda a subjetividade no processo, ela está sempre emergente porque está nas fronteiras, à margem do processo de objetivação, ameaçando a zona de conforto da equipe.

No lado do paciente, a subjetividade que está nas fronteiras pode fazer surgir sentimentos da ordem do pudor, do medo, da angústia, que o conduzem a recusar exames, tratamentos e medicamentos. No lado do médico, esses sentimentos podem prejudicar a objetividade necessária no diagnóstico e na tomada de decisões em relação aos imperativos terapêuticos.

E, nesse sentido, a subjetividade se constitui e é constituída nessas condições objetivas e emerge, portanto, nesse contexto de relações de tensão e harmonia.

No exemplo da seção anterior, quando o paciente questiona indiretamente a conduta da equipe, na verdade ele estremece a certeza da própria equipe, questiona o *habitus*, invade a zona de conforto.

Em outra situação, Michel – chefe da equipe do transplante – relata uma outra forma de utilização dos exames de imagem nos processos de transplante, uma intervenção direta no problema do paciente, que por sua vez, nos remete a um provável estremecimento na certeza do médico, uma verdadeira ameaça ao *habitus*.

Michel pondera:

- Na literatura a correção das complicações são resolvidas em procedimentos radiológicos e endoscópicos. No HC isso não é possível por limitações técnicas do serviço de radiologia e endoscopia, limitações financeiras mesmo. Isso prejudica e limita a atuação nas complicações biliares, o que aumenta o custo das internações e o risco para os pacientes – afirma Michel (Diário de campo, 03/10/2007).

Continuando...

- O Serviço de Transplante Hepático do HC apresenta quase 60% de complicações biliares e isso se deve ao fato de os radiologistas não serem da equipe do transplante. Essa é a diferença da nossa equipe e a dos Estados Unidos. A capacidade técnica dos profissionais da equipe de apoio do HC é o que provoca o aumento das complicações biliares nos pacientes de Transplante Inter-vivos – afirma Michel – pois é possível corrigir fístulas e

estenoses<sup>33</sup>, por exemplo, por procedimentos radiológicos ou ecográficos mas não há cooperação da equipe técnica de apoio – conclui Michel (Diário de campo, 03/10/2007)

Na seqüência, faz referência a um procedimento radiológico e endoscópico realizado em criança de nove anos para corrigir uma fístula, sem êxito, pois o radiologista suspendeu o procedimento por causa do risco.

Michel completa:

- Hospital público é um problema, aí fora você não vê radiologista suspender procedimento por risco. Eles têm medo, porque terão que responder. Precisamos corrigir a fístula, pegar um profissional que não tenha medo e corrigir a fístula. Vai mudar a vida do paciente (Diário de campo, 3/10/2007).

Nos trechos citados acima, questiona-se porque o radiologista interrompe o procedimento, se isso faria a diferença na vida do paciente? Será que é tão simples assim? Seria medo ou insegurança diante de uma objetividade não visualizada no momento da intervenção? Ou, ainda, seria medo de ter que responder juridicamente por um erro médico? Será que o paciente de nove anos suportaria clinicamente essa intervenção até o final?

Novamente, a incerteza presente nos procedimentos, nos limites da intervenção médica, demonstra que as tensões entre o saber e o ver não foram totalmente substituídas pela objetividade nos procedimentos. O medo, a angústia, sentimentos que estão nas franjas desse processo, ressurgem, ameaçando todo tipo de certeza.

Nos depoimentos abaixo, pode-se verificar a importância que a equipe do transplante atribui à tecnologia de imagem:

Você percebe que usamos os exames de imagem para reforçar e apoiar as decisões. A imagem é importante hoje não só no pré-transplante, mas durante e após o transplante. Durante porque em alguns centros de transplante faz-se uma ecografia com contraste para verificar onde seccionar exatamente o fígado, onde cortar. Hoje retira-se grande parte do fígado do doador e isso só foi possível com o estudo anatômico do órgão por meio das imagens [...] O avanço do transplante hepático principalmente o inter-vivos deve-se aos avanços dos exames de imagem. O cirurgião deve muito à imagiologia (CARLOS, cirurgião, 12/03/2009).

A tecnologia é fundamental. A gente lança mão de uma série... tanto de procedimentos, de exames, de mecanismos pra fazer

<sup>33</sup> Estenose é um estreitamento anormal de um vaso sanguíneo, outro órgão ou estrutura tubular

diagnósticos de certos problemas aí que realmente depende muito dessa tecnologia. São exames de imagem avançados, ressonância, colangiografiatransparetohepática, vários procedimentos que são de ponta, inclusive muitos que nem tem disponível aqui no hospital, tem que fazer fora (...) o uso de medicação de ponta é... imunossupressor de ponta... a gente usa esse tipo de coisa... (GUILHERME, médico R3, 20/07/2007).

Elas [as imagens] são muito importantes, porque primeiro, eu acho que elas materializam... porque você tem a hipótese de que aconteceu uma trombose na artéria, (...) mas aí você consolida aquilo [hipótese] com a documentação, então é bonito porque ilustra... (ARLETE, médica, chefe clínica, 10/09/2007)

São exames complementares, o principal, o que vai direcionar o teu diagnóstico, é a tua conversa com o doente, a anamnese do físico dele, a partir daí você vai direcionar para um exame pra confirmar uma suspeita que você tem. Esses exames, claro que são válidos, estão cada vez melhores, cada vez mais preciso de se fazer o diagnóstico, só que [pausa] eles também não são 100% confiáveis, a especificidade e a sensibilidade deles não são 100%. Então, ainda, a tua primeira impressão, quando você conversou, quando você examinou o doente é o que deve valer, é o que tem que te guiar. Mas cada vez mais, estão surgindo novos exames, o custo disso aí está aumentando muito também, então você tem que ser muito criterioso na hora de usar a tecnologia (JOÃO, médico R4, 24/05/2007).

Os entrevistados admitem que os exames de imagem são complementares, importantes no diagnóstico, no entanto, não dão 100% de certeza. É necessário ter a capacidade de avaliar e ponderar os resultados, não deixando de lado a escuta, “por mais objetivos que sejam os dados de exames, sua utilização estará sempre sujeita à subjetividade do médico, que, por sua vez, é moldada pela teoria das doenças” (CAMARGO JÚNIOR, 2003, p. 81).

O emprego dessas tecnologias oferece melhores condições objetivas de diagnóstico e tratamento, contudo, apresenta um alto custo subjetivo para as equipes que as utilizam, pois esses procedimentos exigem muito conhecimento para a interpretação, habilidade no manejo destas técnicas e envolvimento do médico com seu ato e com os cuidados dedicados ao paciente. Para Camargo Júnior (2003), apesar de o médico colocar-se no pólo objetivo desse confronto, não está imune às tensões entre o saber e o ver, pois seu raciocínio está sujeito ao julgamento de sua experiência. E, da mesma forma que seus pacientes, o médico vê o mundo por meio de um filtro de representações; um imaginário protegido pelo escudo da racionalidade científica. Algumas dessas concepções são criadas e alimentadas no processo de ensino-aprendizagem. Algumas se consolidam e



passam de gerações em gerações de profissionais; crenças também se solidificam mesmo sem base empírica. “Por exemplo, exames complementares que gerem uma imagem ou um valor numérico são mais prontamente aceitos pelos médicos como expressão da 'verdade', mesmo que não haja nenhuma razão científica para isso” (CAMARGO JÚNIOR, 2003, p. 90).

As tensões que emergem no uso das tecnologias médicas, principalmente quando se trata das imagens, são marcadas pela promessa da certeza que a imagem pode oferecer e a capacidade de sustentar uma interpretação 100% confiável. Essas tensões repercutem na subjetividade do médico e dos demais membros da equipe do STH-HC.

### 3 SABER E FAZER

*O trabalho é a atividade coordenada desenvolvida por homens e mulheres para enfrentar aquilo que, em uma tarefa utilitária, não pode ser obtido pela execução estrita da organização prescrita. Essa definição contém as três noções [...] para caracterizar o trabalho, mas considera de modo mais preciso o real: aquilo que em uma tarefa não pode ser obtido pela execução rigorosa do prescrito. E também incide sobre a dimensão humana do trabalho: é aquilo que deve ser ajustado, rearranjado, imaginado, inventado, acrescentado pelos homens e pelas mulheres para levar em conta o real do trabalho. [...] O real não decorre do conhecimento, mas daquilo que está além do domínio da validade do conhecimento e do savoir-faire atuais. O real se apreende inicialmente sob a forma de experiência, no sentido de experiência vivida. (DEJOURS, 1999, p. 43).*

O hospital moderno constitui-se num campo fundamental da produção do saber e do fazer médico. Essa instituição tem crescido em tamanho e complexidade, tendo em vista o aumento do pessoal, a multiplicação dos serviços e das especialidades médicas e o desenvolvimento tecnológico da medicina, apresentando modificações importantes na estrutura hierárquica, na estrutura de poder e nos sistemas internos de comunicação, associando-se a este conjunto de modificações a expansão do sistema burocrático da administração profissional (CARAPINHEIRO, 2005).

Sendo assim, verifica-se que a lógica da organização capitalista do trabalho também se introduz na organização da assistência à saúde, pois esta resulta do trabalho coletivo, parcelado em diversas atividades e exercido por profissionais de saúde e outros profissionais treinados para atividades específicas.

Um processo de trabalho que tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto o indivíduo ou grupos de pessoas; como instrumento de trabalho os instrumentos e o saber de saúde; e, como produto final, a própria assistência à saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida (PIRES, 1998).

Diante desse cenário, pretende-se compreender o trabalho e a dinâmica das tensões entre o saber e o fazer da equipe do transplante hepático<sup>34</sup> do HC/UFPR.

---

<sup>34</sup> Para efeitos de exposição e análise subdivido a equipe do transplante em sub-equipes (médica e de enfermagem). Neste capítulo, quando me refiro à “equipe médica” estou considerando não só os médicos cirurgiões, clínicos e residentes, mas também, a psicóloga e o nutricionista, pois sua participação no processo de transplante é fundamental, pelos motivos expostos mais adiante.

### 3.1 A DIVISÃO DO TRABALHO NO SETOR DE SAÚDE

Analisando o processo de tecnificação da medicina no Brasil, Maia (1984) afirma que os serviços de atenção à saúde também cumprem determinadas funções dentro do processo produtivo de economias capitalistas. Estes serviços, entendidos como unidades produtivas, consomem produtos de outras indústrias, como a farmacêutica e de equipamentos e instrumentos médicos, atendendo em certa medida às necessidades de desenvolvimento e de lucro das referidas indústrias.

Na avaliação de Kawamura (1987), o avanço tecnológico em áreas sociais como saúde, educação, artes etc., vem caracterizando a inserção destas áreas, antes consideradas fora do processo produtivo, na dinâmica das relações capitalistas, organizadas sob o parâmetro do lucro. Segundo a autora, a defesa da modernização sistemática da área de saúde, em especial, favorece o chamado complexo médico-industrial: empresas médicas, laboratórios, indústrias farmacêuticas e de equipamentos, hospitais e afins. No entanto, no Brasil, a incorporação de novas tecnologias tende a ser alienada dos reais problemas de saúde do país, acentuando as contradições que emanam das próprias formas de organização da assistência médica.

A autora alerta para o caráter oneroso e elitista em que se organiza a assistência médica, pois o modelo médico ao se basear na sofisticação tecnológica, torna-se caro inclusive para os recursos públicos. Estes são inadequadamente distribuídos, à medida que se destinam poucos recursos para a medicina preventiva e enormes quantias para a medicina assistencial paliativa.

Atualmente, o trabalho em saúde é um trabalho coletivo, institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho (RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004). É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização.

Nesse sentido, os resultados da aplicação dos princípios da gerência científica acabam por influenciar, não só o trabalho industrial, mas o trabalho no setor de serviços também. Com o aumento do fluxo de trabalho e aplicação de novas formas de gerência, o processo de trabalho é dividido, parcelado, especializado. O trabalho das equipes de saúde também recebe influência da tradição taylorista, traduzida pela acumulação de normas administrativas e

padronizações técnicas, guiadas por crenças na possibilidade de controlar e regulamentar o conjunto total de trabalho (RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004).

As autoras apontam dificuldades entre a proposta de cuidado/assistência generalista e a baseada na especialização. No primeiro caso, haveria o risco da transformação das profissões e dos especialistas em técnicos polivalentes, com atribuições semelhantes, perdendo na prática, a especificidade. De outro lado, a especialidade encarregada de uma parte da intervenção não poderia ser responsabilizada pelo resultado global do tratamento (RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004, p. 441).

Nesse sentido, tem-se indicado a retomada de generalistas e da constituição de equipes multiprofissionais, na tentativa de compensar a desresponsabilização e a fragmentação que a especialização excessiva provoca.

Sendo assim, no espaço institucionalizado, o trabalho envolve profissionais especializados, de acordo com o tipo e a complexidade do serviço prestado. Nos espaços ambulatoriais e hospitalares circulam médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, porém, dependendo da complexidade dos serviços, observa-se a presença de nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e outros.

A gestão e organização do trabalho nesse espaço institucionalizado têm forte influência do modelo taylorista/fordista, da administração clássica e do modelo burocrático (MATOS e PIRES, 2006). A instituição hospitalar coloca-se no centro de um campo de disputas de grupos profissionais altamente qualificados e com grande autonomia no trabalho.

Para Carapinheiro (2005, p. 53), "a racionalidade que orienta a acção dos profissionais, muitas vezes aproxima-se ou tende a incorporar alguns aspectos da racionalidade burocrática que forneçam eficácia institucional aos seus projectos de autoridade". A esse processo de racionalização do ato médico articulam-se os processos de especialização médica e de hierarquização dos serviços, demarcando o poder que emerge nestas duas situações.

Nesse sentido, Carapinheiro (2005) afirma que de todas as categorias profissionais envolvidas na complexa divisão do trabalho no domínio da saúde, a única que é autônoma é a profissão médica. Sua autonomia se sustenta pelo domínio do seu saber e de sua competência na organização da divisão do trabalho e, dessa forma, dirige e avalia o trabalho das outras categorias. Como categoria dominante nessa estrutura reflete a existência de uma hierarquia de competência

institucionalizada. As demais categorias profissionais que cooperam com os médicos na divisão do trabalho – como é o caso dos profissionais de enfermagem – são colocadas numa situação de subordinação. A autora conclui que a natureza do poder médico se caracteriza como um poder-saber, não existindo um único saber médico, mas vários saberes médicos, não existindo um único poder médico, mas vários poderes médicos.

Na mesma perspectiva de Carapineiro (2005), Cecílio (1999) e Matos e Pires (2006) afirmam que numa equipe multidisciplinar os agentes possuem autoridades desiguais. Os médicos possuem grande autonomia, rejeitam qualquer projeto gerencial, organizando-se por uma lógica de acordos e entendimentos baseados em uma perspectiva corporativa. A enfermagem constitui-se como um corpo profissional muito fechado, com elevado grau de autonomia em relação à direção. Gerencia as unidades assistenciais e possui grande poder sobre os técnicos e auxiliares de enfermagem, porém, em relação aos médicos, disputam o projeto assistencial e vivenciam uma série de conflitos. A área administrativa tem lógica própria, é bem estruturada, regida por normas e rotinas, com linhas de mando verticalizadas, formalizadas e consideradas legítimas. Psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e outros profissionais, estão dispersos na estrutura hospitalar e influenciam pouco na organização do trabalho, mas são fundamentais para o processo como um todo e seus resultados. Neste contexto multidisciplinar, a tensão surge do embate entre a complementaridade e interdependência e busca da ampliação de autonomia técnica dos profissionais (SCHRAIBER *et. al*, 1999).

Assim, no hospital o poder está baseado num conjunto de conhecimentos científicos que, por um lado, podem ser codificados e desenvolvidos por meio de um sistema informatizado, tornando o trabalho vulnerável à racionalização do saber e, por outro, os processos de especialização médica e técnica podem retalhar o saber médico em diversas especialidades, desqualificando as áreas tradicionais desse saber; podendo ocorrer rotinização do trabalho médico no caso de extrema especialização das práticas médicas, quando estão baseados fundamentalmente no manuseio de tecnologias sofisticadas (CARAPINHEIRO, 2005).

### 3.2 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS

A partir da nova Lei dos Transplantes n.º 9.434 de 04 de fevereiro de 1997, regulamentada pelo Decreto Federal n.º 2.268 de 30 de junho de 1997 e a Portaria do Ministério da Saúde n.º 3.407 de 05 de agosto de 1998, promoveram-se alterações substanciais no funcionamento das centrais de transplantes no país e, portanto, da Central Estadual de Transplantes do Paraná (CET-PR). A captação de órgãos e tecidos, desde a abordagem da família do potencial doador, até o acompanhamento da entrega do cadáver reconstituído, antes de responsabilidade da Central, foi delegada aos hospitais, com a criação das Coordenações Intra-hospitalares de Transplantes, conforme Portaria MS 905/00, permanecendo as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) com a responsabilidade da distribuição de órgãos e tecidos, além do acompanhamento e do fomento dessas atividades (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ, 2004).

A Lei Estadual n.º 11.236/95 e a Lei Federal n.º 9.434/97 tornou obrigatória a notificação de pacientes potenciais doadores de órgãos e tecidos em estado de Morte Encefálica<sup>35</sup> por todos os hospitais, credenciados ou não ao Sistema Único de Saúde. As notificações devem ser endereçadas à CET-PR, que funciona 24 horas por dia, por meio de telefone ou fax. Essa notificação é feita após o preenchimento da primeira etapa de avaliação do potencial doador (primeiro exame clínico) e do Termo de Declaração de Morte Encefálica do CFM/CRM-PR, em três vias. Toda notificação recebida é registrada em formulário apropriado, onde constam as informações pertinentes.

Os centros de transplantes cadastram todos os pacientes que aguardam órgão ou tecido para transplante, independentemente de serem receptores de doador vivo ou cadáver, através do encaminhamento à CET-PR de formulários específicos com as informações necessárias, conforme itens descritos a seguir. Esses centros de transplantes recebem instruções para encaminhar, o material biológico (sangue e/ou soro) dos receptores cadastrados para os exames

---

<sup>35</sup> A morte encefálica é estabelecida pela perda definitiva e irreversível das funções do encéfalo por uma causa conhecida, comprovada e capaz de provocar o quadro clínico (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ, 2004).

imunológicos pertinentes, aos laboratórios de referência credenciados junto ao Ministério da Saúde.

Após o recebimento dos formulários preenchidos por completo, a CET-PR cadastra os pacientes no Sistema Nacional de Transplantes e organiza lista de espera para transplante de cada órgão ou tecido, ordenada segundo critérios estabelecidos para cada tipo de transplante, conforme regulamentação federal.

No caso do transplante de fígado, a lista única segue os seguintes critérios para distribuição de órgãos:

- a) Identidade sangüínea em relação ao tipagem ABO<sup>36</sup>, entre doador e receptor;
- b) Gravidade Clínica (Meld/Peld<sup>37</sup>);
- c) Precedência quando o doador e o receptor tiverem o peso corporal abaixo de quarenta quilogramas;
- d) Receptores com peso superior a quarenta quilogramas: compatibilidade definida pela relação de peso doador/receptor entre 0,5 e 1,5(50%); e
- e) Tempo decorrido de inscrição na lista única.

Para que esses critérios sejam aplicados, os centros de transplantes se responsabilizam em encaminhar por escrito, periodicamente, informações atualizadas dos seus pacientes inscritos na CET-PR, contendo modificações do quadro clínico ou outros motivos que impeçam o transplante.

No caso de receptores de fígado de doador cadáver, são considerados casos de urgência, aqueles enquadrados nos critérios descritos na Portaria MS 3.407/98: hepatite fulminante e retransplante indicado no período de quarenta e oito horas após o transplante anterior. Nesses casos, é necessário o preenchimento de formulário específico e além da busca ativa estadual, há busca ativa em outros Estados que disponham de serviços de captação de órgãos e tecidos para transplante, através do Sistema Nacional de Transplantes. A urgência deve ser

---

<sup>36</sup> Teste que classifica o sangue de acordo com a presença dos antígenos principais A e B na superfície das hemácias e de acordo com os anticorpos séricos anti-A e anti-B.

<sup>37</sup> Os critérios de gravidade MELD -*Model for End-stage Liver Disease* (utilizado para adultos e adolescentes maiores de 12 anos) / PELD *Pediatric End-Stage Liver Disease* (utilizado para crianças menores de 12 anos), baseiam-se em exames clínicos. Para o cálculo do MELD utilizam-se dosagens séricas de creatinina, bilirrubina total e determinação do RNI (Relação Normatizada Internacional da atividade da protrombina); para o cálculo do PELD utiliza-se o valor de bilirrubina, RNI e albumina. Prioriza-se o MELD/PELD de maior pontuação e o tempo de lista. Maiores detalhes sobre o cálculo MELD/PELD e os critérios de sua utilização ver BRASIL, 2006 e LAZZARETTI, 2008a.

renovada a cada 72 horas, assim como, qualquer alteração no estado do paciente que justifique a desativação da urgência e/ou procura interestadual de órgãos deverá ser imediatamente informada à CET-PR.

### 3.2.1 A Equipe Médica

O Serviço de Transplante Hepático do HC, credenciado pelo Ministério da Saúde e cadastrado na Secretaria Estadual da Saúde como centro de transplantes de órgãos, possui uma equipe multidisciplinar, composta por médicos hepatologistas, cirurgiões do aparelho digestivo, médicos residentes, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem; contando também com estagiários de nutrição, psicologia e estudantes de medicina.

Os residentes que fazem plantão no STH/HC estão vinculados ao Programa de Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC. A equipe conta com 03 (três) médicos titulares, responsáveis pelo Implante do Enxerto e 04 (quatro) médicos responsáveis pela retirada do órgão do doador; há 01 (um) médico clínico responsável pelos pacientes pré e pós-transplante, 02 (dois) residentes de plantão no STH/HC, sendo um médico R3 e outro R4. Os residentes se revezam no Serviço da seguinte forma: os residentes R3 ficam 4 meses no Serviço e folgam 4 meses; os residentes R4 ficam 2 meses no Serviço e revezam com outro R4 outros 2 meses.

Os residentes R3 são responsáveis pelos pacientes internados no Serviço, tanto pacientes que estão realizando os exames para o transplante, protocolo do pré-transplante como dos pacientes já transplantados. Além disso, participam do implante do enxerto. Quando a Central de Transplante comunica a existência de um órgão disponível, o R3 responsabiliza-se por seguir o *Check-List* para procedimentos de transplante (Anexo 1), uma lista de procedimentos normatizados que visa atender as exigências da nova lei, assim como, orientar os profissionais nesse processo, haja vista que a seqüência de atividades previstas no *Check-list* deve ser feita no tempo preciso.

O primeiro passo é a notificação de órgão disponível.

Conforme o manual da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Paraná (2004), todo fígado disponível é oferecido primeiramente para os receptores do Estado do Paraná em situação de emergência, e, em segundo lugar, para os demais



receptores inscritos na lista de espera estadual. Não havendo receptor compatível, o fígado é disponibilizado para as situações de emergência ou pacientes em lista de espera dos estados vizinhos.

Assim, a Central notifica o Serviço de Transplante Hepático credenciado, a existência de órgão de doador cadavérico compatível com o receptor cadastrado por esse serviço. No STH/HC, o residente R3 recebe a notificação e inicia os procedimentos necessários.

No entanto, talvez pela necessidade de agilizar esse processo, a notificação é feita quando os exames do órgão doado ainda estão em andamento, gerando ansiedade para o residente, como relata José Mário:

O correto seria informar o STH com todos os exames desse órgão propício ao transplante. Mas nem sempre isso acontece. Às vezes, a central liga avisando que tem um órgão, mas ainda não fizeram exames ou ainda não foi consultada à família do possível doador. Isso gera muita ansiedade, muita ansiedade [o residente faz uma expressão de sufoco, de angústia]. Ansiedade porque ao conseguir um órgão, todas as ações devem ser imediatas. Liga-se para a equipe, reserva-se centro cirúrgico, verifica-se a situação do receptor. Temos que estudar o prontuário, pois o dr. Michel certamente irá perguntar detalhes que você [residente] nem sempre lembra. Pra se fazer tudo isso tem que se ter certeza (JOSÉ MÁRIO, residente, 24/5/2007)

Pois, apesar de toda correria para preparar o transplante, os resultados do exame podem revelar que o fígado não é compatível com o receptor e, assim, todo trabalho torna-se sem sentido.

Após preencher o protocolo de órgão para Transplante Hepático, o residente deve comunicar ao chefe do STH/HC, dr. Michel ou dr. Carlos, sobre a notificação, verificando quem irá fazer a retirada e quem ajudará no implante do órgão.

Após definida a equipe de retirada, o R3 entra em contato com os cirurgiões responsáveis e os residentes (R4 e R2) que participarão da cirurgia.

O doador deve estar em morte cerebral e mantido por aparelhos na UTI. O médico intensivista que está com o paciente é avisado de que a equipe de retirada está a caminho. Toda ação é monitorada pela coordenação dessa equipe que fica no HC.

No momento da chegada da equipe de retirada, o enfermeiro do centro cirúrgico local, faz a parte logística, providenciando os materiais para cirurgia como: fio, pinça, gelo etc. O papel do anestesista vai até o momento em que a equipe

clampeia<sup>38</sup> o vaso da aorta, pois nesse momento o paciente efetivamente morre. A equipe retira fígado, coração, rins, pâncreas, desde que tenha autorização com a especificação de quais órgãos podem ser retirados. Os órgãos captados são distribuídos para equipes de transplante de outros hospitais. Algumas vezes vai um médico cirurgião – membro efetivo – de cada equipe especializada, um para retirar o fígado, outro para retirar o pâncreas, outro para o rim e assim por diante.

Com a equipe definida, o residente começa a preparar a estrutura física para o transplante. Reserva o Centro Cirúrgico, avisa a Farmácia para que prepare os medicamentos e materiais necessários, comunica ao Banco de Sangue a necessidade de sangue específico para esse receptor e reserva uma vaga na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O próximo passo é ligar para o receptor, mesmo com a notificação em andamento, e aguardar a confirmação da Central de Transplantes.

Finalizado o protocolo, o residente providencia o internamento do receptor, solicitando exames laboratoriais, prescrevendo medicações preparatórias e preenchendo o Termo de Consentimento necessário a esta cirurgia.

Após autorização do R4, o R3 encaminha o receptor ao Centro Cirúrgico.

Finalizando o *Check-List*, o residente preenche as solicitações de exames para o receptor no pós-operatório.

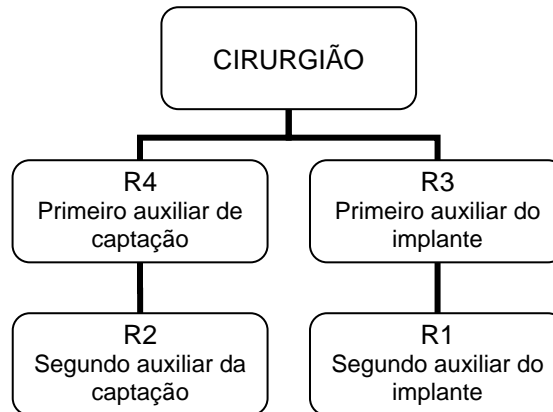
O *Check-List* apresentado revela e acentua as relações hierárquicas vigentes na equipe médica.

Durante a cirurgia de transplante, hierarquicamente, o primeiro cirurgião está entre os três titulares, somente após esses se retirarem é que entra o residente R4 e, na seqüência, R3, R2 e R1. Todos os residentes participam na cirurgia do transplante. O R4 é o primeiro auxiliar de captação, o R3 é o primeiro auxiliar do implante, o R2 é o segundo auxiliar da captação, o R1 é o segundo auxiliar do implante. Na cirurgia há dois residentes R2 e dois residentes R1. Cada R+<sup>39</sup> tem como função orientar o R- e, nesse sentido, é responsável pelo R-. Assim como, o R- deve satisfação ao R+ e este ao médico, chefe da equipe (ver Organograma 1).

---

<sup>38</sup> Clampear significa fechar o vaso da aorta.

<sup>39</sup> Utiliza-se “R+” e “R-” para caracterizar a hierarquia entre os estágios de residência, por exemplo, o R4 orienta o R3 ou R2, o R3 orienta o R2 ou R1 e assim sucessivamente.



**ORGANOGRAMA 1.** Hierarquia entre a equipe médica durante uma cirurgia de transplante hepático

Para se ter uma idéia, o transplante inter-vivos conta com duas equipes de cirurgiões. São quatro cirurgiões com o doador e quatro cirurgiões com o receptor. As duas cirurgias começam ao mesmo tempo e os procedimentos são duplicados. Conforme depoimento de Jeferson, atenção maior é dada ao doador. Jeferson explica:

isso não significa que o receptor não tenha atenção, tanto é que quando é inter-vivos, o dr. Michel entra nas duas cirurgias, ele entra tanto na captação como no implante. Porque, vamos supor, é eticamente aceitável ter uma complicação no receptor, mas não é eticamente aceitável ter uma complicação no doador, porque ele já está tendo uma atitude que merece todo respeito de nossa parte, tanto é que no termo de consentimento que ele assina, tem lá dizendo que ele pode desistir a qualquer momento até antes da incursão anestésica (JEFERSON, residente, 18/10/2007).

E complementa,

No transplante inter-vivos a equipe é dupla. Sempre no inter-vivos é o dr. Michel responsável pela cirurgia, porque é o médico mais experiente, é ele quem participa. O dr. Michel faz captação, tira do inter-vivos, faz a hepatectomia<sup>40</sup> direita e faz o implante do enxerto até, mais ou menos, quando vai fazer as anastomoses vasculares venosas<sup>41</sup>. E quando vai ser feita já a parte da anastomose arterial e da via biliar, aí entra outra equipe, até pra não ficar muito cansativo, porque o cirurgião vai perdendo... apesar dele estar ali fazendo, ele

<sup>40</sup> Excisão de uma parte do fígado.

<sup>41</sup> Chama-se anastomose à comunicação, natural ou resultante de processo cirúrgico, entre tubos, vasos sanguíneos ou nervos da mesma natureza. Também é o nome que se dá a uma operação cirúrgica que promove a união de dois vasos sanguíneos, duas partes do tubo digestivo etc. Anastomose biliar é a união por meio cirúrgico do ducto hepático direito ou esquerdo do fígado.

vai perdendo tato fino, é diferente quando você entra pra fazer um procedimento, mas ele entra pra fazer dois procedimentos então, ele faz até a vascular venosa, aí depois troca a equipe. O que estava como segundo auxiliar, passa a ser o primeiro cirurgião e, quem estava de segundo auxiliar, passa a ser o primeiro auxiliar. E são os médicos mais jovens, mas não dos menos experientes, porque também... aquela coisa da hierarquia tem que ter uma pessoa responsável pelo procedimento, que é o dr. Michel, então qualquer problema que tiver da ordem, da esfera jurídica ele responde. Hierarquicamente, depois do dr. Michel vem o dr. Carlos (...) Depois é que vem o R4. Aí vem o R4 e o R3, R2 e o R1 (JEFERSON, residente, 18/10/2007).

Após a cirurgia do transplante, que dura em média oito horas, o anestesista vai embora, no entanto, os cirurgiões ficam no hospital até que o paciente acorde na UTI. O responsável direto pelo paciente na UTI é o R3, que se comunica diretamente com o R4 quando há dúvidas. Quando o R4 não consegue resolver uma questão mais complexa, o R3 se reporta diretamente para o médico chefe do STH e para a médica chefe Clínica.

A partir do momento que o paciente vai para o STH, até ele receber alta no perioperatório (primeiros 30 dias após o transplante), ele está sob a responsabilidade conjunta do cirurgião e da médica chefe clínica, porque é o período de maior possibilidade de complicações relacionadas à cirurgia, como o fígado ter algum sangramento, anastomose biliar que não dá certo, acompanhamento da situação do dreno. Depois desse período o cirurgião passa o paciente para os cuidados da médica chefe clínica e residentes de plantão no Serviço. No Serviço ele terá o acompanhamento da equipe médica composta pelo R3, pela psicóloga e pelo nutricionista, assim como, pela equipe de enfermagem.

O trabalho da psicóloga é fundamental no processo de transplante, pois participa não só da decisão de indicar ou não indicar determinado paciente ao transplante, mas também, da aprovação ou não de um candidato a doador de órgão.

A psicóloga e uma estagiária de psicologia estão presentes no serviço diariamente, pela manhã. Sob a orientação da psicóloga do serviço, a estagiária realiza avaliação dos pacientes pré-transplantes – avaliação que é solicitada pelos residentes em prontuário. Verifica os prontuários diariamente e realiza as avaliações necessárias. A avaliação tem como objetivo saber como está esse paciente psicologicamente, se ele já fez tratamento psicológico e/ou psiquiátrico anteriormente, se está em tratamento no momento, qual a expectativa em relação ao

transplante, como percebe o transplante, como se vê nesse processo de doença e qual a ajuda que terá dos seus familiares no pós-transplante. Os resultados são transcritos nos prontuários dos respectivos pacientes, fornecendo dados objetivos e subjetivos. Muitas vezes são transcritos nos prontuários alguns trechos das falas dos pacientes.

A psicóloga e a estagiária participam das reuniões semanais juntamente com os residentes e demais membros da equipe do serviço (a visita oficial).

O nutricionista do STH, desenvolve avaliação do estado nutricional dos pacientes no pré e no pós-transplante, prescreve dieta individual, atualiza a dieta no prontuário e confere se a alimentação prescrita está sendo seguida, se o paciente está conseguindo comer a refeição do hospital. O paciente pré-transplante precisa fazer uma dieta hipossódica<sup>42</sup> para controle da ascite<sup>43</sup>. No pós-transplante a dieta volta ao normal, porém é necessário que o nutricionista oriente o paciente para uma reeducação alimentar, pois hábitos ruins como dieta rica em gordura ou ingestão de bebida alcoólica pode prejudicar os resultados do transplante. Nesse sentido, o acompanhamento e a intervenção do nutricionista é fundamental no processo de transplante.

É todo um trabalho de equipe, quem não souber trabalhar em equipe terá dificuldades, pois o paciente piora muito rápido. E neste sentido é fundamental a presteza de cada membro da equipe, a troca de informações e a cooperação entre eles.

Para Simmel (2002; 2006), essa interação que se manifesta pela cooperação existente entre a equipe do transplante, pode ser chamada de sociação, forma pela qual os indivíduos constituem uma unidade e pela qual realizam seus interesses.

Essa interação e reciprocidade de ação entre os indivíduos também aparece entre a equipe de enfermagem.

---

<sup>42</sup> É uma dieta com pequena quantidade de sódio, que é um mineral presente naturalmente nos alimentos, porém é encontrado em maior quantidade no sal de cozinha (cloreto de sódio) e em alimentos industrializados. Esta dieta tem por objetivo diminuir a pressão do sangue.

<sup>43</sup> Ascite, também conhecida como “barriga-d’água” é o nome dado ao acúmulo de líquido no interior do abdômen.

### 3.2.2 A Equipe de Enfermagem

Num setor de alta complexidade como o Transplante Hepático é imprescindível que as equipes se comuniquem e procurem falar a mesma língua quando o assunto é transplante e cuidados. Os membros da equipe de enfermagem estão cientes de suas funções, tem conhecimentos básicos sobre o funcionamento do transplante e de suas fases evolutivas e o que o paciente pode vir a apresentar, quais as intercorrências mais comuns e como agir em cada situação.

A equipe de enfermagem é composta por auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros que trabalham por escala. No turno da manhã, trabalham em revezamento três auxiliares de enfermagem e uma enfermeira; no turno da tarde, trabalham duas auxiliares, um técnico de enfermagem e uma enfermeira; no período da noite ficam dois auxiliares e/ou técnicos e quando tem pacientes no isolamento por infecções, a enfermeira chefe escala um membro da equipe para ficar exclusivamente com esse paciente. No turno da manhã e da tarde a equipe trabalha 6 horas, mas no turno da noite a equipe faz 12 horas e folga 72, o que justifica o maior número de pessoas na escala.

Há duas enfermeiras no quadro do Serviço, uma trabalha no turno da manhã e outra à tarde. A enfermeira da manhã é a chefe da equipe de enfermagem. A enfermeira da tarde coordena os trabalhos do período da tarde. À noite não há enfermeira de plantão, caso necessário o auxiliar de enfermagem recorre à supervisão da enfermagem do HC. A chefe da enfermagem elabora a escala e coordena os trabalhos.

A relação das enfermeiras com os pacientes é relativamente estreita no sentido de que a enfermeira precisa conhecer o paciente, suas condições de moradia e o grau de entendimento do paciente em relação às orientações de autocuidado recebidas. A enfermeira entra em todos os quartos<sup>44</sup>, conversa, fica mais próximo do paciente e acaba sendo referência para o paciente quando este procura informações.

---

<sup>44</sup> O STH possui 10 quartos, sendo 2 usados pelos pacientes da Cirurgia Plástica. Dos oito quartos usados pelos pacientes de transplante, seis são individuais, geralmente destinados a pacientes pós-transplante ou em isolamento por infecção; dois são duplos (com dois leitos cada e um chuveiro de uso comum aos dois quartos). Ao todo o STH comporta 10 pacientes.

No início de cada plantão a equipe de enfermagem se divide nas tarefas. Um membro da equipe (auxiliar ou técnico de enfermagem) passa em todos os quartos para verificar o estado geral dos pacientes, os sinais vitais, quais os problemas que surgiram no período anterior, identificar – no período da manhã - quem vai precisar de ajuda para tomar banho e preparar os pacientes que farão exames, assim como, fazer e/ou trocar curativos e drenos; trocar os leitos que porventura estejam úmidos, com secreções ou com sangue; verificar a necessidade de amenizar a dor do paciente, a febre ou a hipertensão com medicação – em alguns casos a equipe avalia a necessidade de entrar em contato com o médico para pedir orientação.

Os profissionais relatam que à noite a prioridade é deixar o paciente confortável e tranqüilo, para que ele possa dormir. Em alguns casos, os membros da equipe, além das rotinas citadas, providenciam água, papagaio ou comadre, coberta adicional, liga ou desliga televisão<sup>45</sup> etc. Enquanto isso, outro membro da equipe prepara a medicação.

Ao final de cada turno, os membros da equipe que estão saindo passam o plantão para a outra equipe, esse é um momento muito importante e que requer muita atenção por parte de todos da equipe, pois o paciente que está no serviço se preparando para um transplante ou que está no perioperatório é um paciente complexo e seu estado é grave, por isso requer atenção redobrada. A passagem de plantão segue sempre o mesmo roteiro: a equipe que sai, passa a que entra todas as informações sobre cada paciente, relatando o que possa ter ocorrido o seu turno.

No pós-transplante o paciente precisa de ajuda para banho, precisa trocar curativo, fazer apoio de braços, pernas, dreno etc. O curativo da cicatriz da cirurgia de transplante é complexo e demorado, leva mais ou menos uma hora para ser feito. O corte fica no abdômen e tem a forma de Y; as costuras são internas e na parte externa é colocado um esparadrapo bem fininho em X, simulando uma costura, isso evita a formação de grande cicatriz. Para essa atividade exige-se da enfermeira, além, do conhecimento das técnicas de curativo, muita habilidade e paciência durante o procedimento.

Às vezes o dreno vaza e a equipe de enfermagem tem que trocar o curativo várias vezes ao dia. O paciente pode apresentar diarréia ou vômito e requer da

---

<sup>45</sup> Em todos os quartos há televisão, uma poltrona estofada, um armário pequeno ao lado do leito, pia e torneira com gancho (não há necessidade de usar as mãos para abrir ou fechar a torneira), toalhas de papel; prateleira, banheiro e chuveiro individual.

equipe a troca das roupas de cama e de uso pessoal mais de uma vez, num mesmo plantão. Isso tudo requer, também, higienização extra do quarto.

A medicação do paciente de transplante tem horário até certo ponto rígido – de duas em duas horas, e requer cuidados por parte da equipe.

Na parte da manhã a equipe de enfermagem conta com o auxílio dos outros profissionais da equipe: hepatologista, residentes, psicóloga, nutricionista e assistente social. Qualquer demanda do paciente poderá ser atendida nesse turno. No turno da tarde e, principalmente, no turno da noite a equipe de enfermagem precisa dar conta de várias situações que nem sempre podem esperar pelo dia seguinte. Os membros da equipe relatam que muitas vezes acabam fazendo o papel de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional etc., ouvindo, auxiliando e orientando, dentro de determinado limite, estabelecido pelas atribuições de sua função e o respeito à hierarquia.

Uma situação característica do Serviço é a troca de residentes. Cada troca requer que a equipe de enfermagem informe as rotinas do serviço ao novo residente que chega e o auxilie na adaptação com os demais membros da equipe que são fixos como: o fisioterapeuta, a psicóloga, a assistente social e com a própria equipe de enfermagem. Essa adaptação leva um tempo, cada residente tem um ritmo. Essa mudança sistemática é apontada como uma situação problema, uma fonte de conflitos permanente.

Na perspectiva de Simmel (2002; 2006), não somente a harmonia mas o conflito produz ou modifica grupos de interesse, uniões e organizações. Partindo do princípio de que toda interação entre os seres humanos é uma sociação, o conflito deve certamente ser considerado uma sociação. Pois os fatores de dissociação – ódio, inveja, necessidade, desejo, insatisfação – presentes na interação entre a equipe, são as causas do conflito.

Assim, para Simmel, a interação se dá por meio da unidade, do consenso, da concordância, mas também, por meio das discordâncias, das separações e desarmonias. Situação que constitui e é constituinte das tensões entre o saber e o fazer da equipe do transplante.

Além da equipe médica e da equipe de enfermagem, o STH conta com o apoio e acompanhamento de uma assistente social, que também é responsável pelo Serviço de Transplante Cardíaco e Cirurgia do Aparelho Digestivo. Atua na avaliação sócio-econômica dos candidatos ao transplante, verificando se possui residência



fixa, se tem apoio da família, quais as condições de higiene, qual o nível educacional (se sabe ler), se bebe ou bebeu álcool por quanto tempo, se usa ou usou drogas por quanto tempo (nos casos de bebida alcoólica e drogas os pacientes são encaminhados a um ambulatório específico para acompanhamento). Essa avaliação é necessária para que a equipe médica conheça as condições do paciente candidato ao transplante. Um dos critérios para a realização do transplante é a abstinência por 6 meses, por parte dos pacientes, do uso de drogas e álcool. Este período permite a equipe ter uma idéia de como o candidato irá se comportar após o transplante. Alertam ao paciente que após o transplante não deve voltar a beber e a consumir drogas, pois perderá o enxerto e poderá ir a óbito. Um fator que impossibilita ou retarda a condição de receptor apto é o paciente que foi abandonado pela família ou que abandonou a família, pois é necessário que alguém se responsabilize pelos cuidados pré e pós-transplante. Condições mínimas de higiene e até mesmo pacientes analfabetos demandam que a assistente social mobilize a Prefeitura da Cidade de origem do paciente e familiares para, talvez, garantir condições mínimas que possibilitem a realização do transplante.

Pela manhã a assistente social passa pelo STH verificando pendências do dia anterior. Algumas vezes atende nos ambulatórios dos respectivos serviços para acompanhar pacientes, investigar alguma situação necessária de última hora. Pacientes em alta às vezes necessitam de ambulância para se locomover até sua residência. Há também horários em que atende pacientes e familiares e/ou providencia a localização de pacientes; entra em contato com a prefeitura do município de origem do paciente e solicita à assistente social local que visite a residência do mesmo, ainda quando este está na fila de espera e envie relatório das condições familiares, sociais e habitacionais do paciente. Verifica, também, a possibilidade do paciente se manter em Curitiba por três meses, no mínimo, e se sustentar neste período, com o acompanhamento de familiar ou responsável.

No trabalho da equipe multidisciplinar do STH predomina o princípio da divisão do trabalho com base na oposição entre direção e execução, entre o trabalho intelectual de diagnóstico e terapêutica e a execução das prescrições médicas. As enfermeiras possuem responsabilidades de supervisão e organização de tarefas e estão diretamente subordinadas aos médicos. A equipe de enfermagem desenvolve suas atividades dividindo a jornada de trabalho com os colegas da mesma equipe,

dividem e alternam tarefas em esquema de cooperação, com o objetivo de sustentar a rotina.

Os pacientes no pré-transplante e no pós-transplante são atendidos no Serviço de Atendimento Médico 1 – SAM1, ambulatório que fica no andar térreo do HC e seguem uma rotina de consultas, cuja periodicidade varia em função de seu estado de saúde<sup>46</sup>.

O atendimento ambulatorial funciona uma vez por semana, as terças-feiras pela manhã. São atendidos em média 24 pacientes entre pré e pós-transplante. Nesse dia, a médica, Chefe Clínica do STH, coordena os atendimentos, juntamente com os residentes R3 e R4 e alguns doutorandos<sup>47</sup>; participam dos atendimentos, de acordo com a necessidade, psicóloga e assistente social.

### 3.3 O OFÍCIO DE CIRURGIÃO EM UM AMBIENTE DE ALTA TECNOLOGIA

O trabalho, como um dos fatores de produção, é toda atividade humana voltada para a transformação da natureza, com o objetivo de satisfazer necessidades. É também o próprio exercício efetivo da capacidade produtiva humana de alterar o valor de uso das mercadorias e acrescentar-lhes valor. Condição específica do homem, desde suas formas mais elementares, o trabalho está associado a certo nível de desenvolvimento dos instrumentos de trabalho e da divisão da atividade produtiva entre os diversos membros de um agrupamento social (MARX, 1988).

O processo de trabalho, em sua forma mais simples, é aquele em que o trabalho é materializado ou objetivado em valores de uso. Representa o fluxo, a execução de conteúdos e significados do trabalho, podendo ser caracterizado como uma interação da pessoa que trabalha com o mundo natural, de tal forma que os elementos deste último são conscientemente modificados e com propósitos bem delimitados (MARX, 1988). Neste particular, o processo de trabalho é uma condição da existência humana, comum a todas as formas de sociedade: de um lado, o homem com seu trabalho, o elemento ativo; do outro, o elemento natural, o mundo inanimado, passivo.

---

<sup>46</sup> Essa discussão apresenta-se com mais detalhes em RASIA (2009).

<sup>47</sup> Estudantes de medicina que se encontram no último ano do curso de graduação.

Braverman (1987) analisa o trabalho nas formas que ele assume sob as relações capitalistas de produção, ou seja, o trabalho que tem não só a capacidade de produzir excedente, mas que possui infinita adaptabilidade e que produz as condições sociais e culturais para ampliar sua própria produtividade, de modo que seu produto excedente pode ser continuamente ampliado.

A divisão do trabalho entendida como a definição de tarefas que cada membro da equipe realiza para cumprir as atribuições de seu cargo, tem como consequência a especialização deste trabalho e visa ao exercício das tarefas da maneira mais eficiente e eficaz possível. Nesse sentido, a divisão do trabalho se preocupa com o que fazer enquanto que a especialização determina como fazer.

Assim, Braverman (1987) argumenta que a divisão técnica do trabalho destrói a autonomia do trabalhador e retira dele o controle sobre o processo de trabalho. A análise do processo do trabalho consiste na separação de procedimentos que se somam na fabricação de um produto integral, mas todos eles executados por um mesmo trabalhador; mas a divisão do trabalho, que é específica do capitalismo, fragmenta as tarefas em operações mais simples e repetitivas atribuídas a diferentes operários. Os diferenciais individuais de habilidade e perícia se reduzem ou mesmo desaparecem, e esta homogeneização do trabalho destrói o capital do trabalhador especializado, o conhecimento que o artesão detém. Ao mesmo tempo em que a lógica capitalista destrói a perícia e a habilidade do trabalhador, também retira do seu controle o processo de trabalho.

Contudo, o processo de inovação que acompanhou o desenvolvimento do trabalho sob o capitalismo não poderia se dar sem uma modificação no conceito de qualificação.

Na década de 1930, a noção de qualificação estava vinculada ao domínio do ofício, “à combinação de conhecimento de materiais e processos com as habilidades manuais exigidas para o desempenho de determinada função”. Com o parcelamento das funções e a reconstrução da produção como processo coletivo ou social, a qualificação passou a ser interpretada como habilidade específica, operação limitada e repetitiva, “a velocidade como qualificação” (BRAVERMAN, 1987, p. 375).

Nesse sentido, podem-se citar três vantagens da divisão do trabalho, na perspectiva de Adam Smith (1986): o aumento da destreza de cada trabalhador individual; a economia de tempo que geralmente se perde passando de um tipo de trabalho a outro; e a invenção de máquinas e instrumentos que abreviam o trabalho

e que permitam que uma pessoa/indivíduo faça o trabalho de muitos.

Para Braverman (1987), o resultado desse processo resultou na criação do trabalho parcelado, na cristalização do trabalhador numa função ou tarefa. A qualificação passa então a ser entendida como destreza e agilidade na execução de uma mesma tarefa durante a jornada de trabalho. Na estrutura do processo de trabalho identificam-se os dois extremos, aquele cujo tempo é infinitamente valioso e aquele cujo tempo quase nada vale.

No entanto, para Marglin (1989) – numa perspectiva que tende a se distanciar de Braverman –, a organização hierárquica do trabalho não teve como função social a eficácia técnica, mas a acumulação do capital. Sendo assim, a divisão do trabalho foi adotada não pela sua superioridade tecnológica, mas pela garantia dada ao empresário de um papel essencial no processo de produção: o de coordenador, controlador da produção.

O autor inclusive argumenta que os capitalistas não inventaram a hierarquia, nem a organização hierárquica da produção, pois nas sociedades pré-capitalistas, a produção já se organizava por uma hierarquia estrita (mestre-companheiro-aprendiz). Na hierarquia pré-capitalista, entretanto, tanto no topo como na base, encontrava-se o produtor. O mestre artesão trabalhava junto com o aprendiz e não apenas indicava o que fazer. A hierarquia era linear e não piramidal, pois um dia o aprendiz seria companheiro e, certamente um dia, mestre. E, por fim, o artesão não estava separado do mercado por um intermediário. Vendia igualmente um produto e não o seu trabalho; e, por conseguinte, controlava, ao mesmo tempo, o produto e processo de trabalho.

Nem a hierarquia nem a divisão do trabalho nasceram com o capitalismo. A divisão *social* do trabalho, a especialização das tarefas são características de *todas* as sociedades complexas e não um traço particular das sociedades industrializadas.

Todavia, a divisão técnica do trabalho corporativo sucumbiu à divisão do trabalho do tipo capitalista, e o motivo apontado por Marglin (1989, p. 49) é a aplicação do princípio no qual as potências imperiais sempre basearam seu domínio: “dividir para reinar”. Não é porque o capitalista era o único capaz de combinar os trabalhos dos operários para gerar riqueza, mas porque ele mesmo os tinha levado à incapacidade de exercer essa função. O autor reconhece que não é fácil provar que a origem da divisão capitalista do trabalho foi a preocupação em “dividir para reinar” e não a procura da eficácia na produção. Mas, a especialização do processo de

trabalho foi utilizada como método de dominação capitalista.

Outro argumento de Marglin (1989) é que a superioridade tecnológica não é suficiente para explicar o impulso e o sucesso da produção capitalista. Defende a tese de que o sucesso da fábrica se deve à transferência do controle do processo de produção dos operários aos capitalistas. Pois “disciplina e fiscalização” podiam reduzir os custos, na falta de uma tecnologia superior.

Da mesma forma, o aumento da habilidade individual de cada trabalhador aparece como a única justificação para a especialização das tarefas e, à medida que as qualificações exigidas são difíceis de aprender, pode-se admitir que existam vantagens em dividir o trabalho em especialidades.

Considerando que o ofício comporta um conjunto de habilidades e conhecimentos controlados pelo trabalhador, sua apropriação pelo capitalista tende a negar o caráter socializador do trabalho, negando-se assim a socialização do próprio trabalhador pelo processo de trabalho.

Entretanto, Rasia (1987) afirma que se os argumentos apresentados estão corretos para o processo de produção na indústria e se consolida com o taylorismo e a linha de montagem no século XX, não acontece com a mesma intensidade e com a mesma extensão na produção rural. “Mesmo nos setores em que se consolida a industrialização da agricultura, através de sua integração ao complexo agro-industrial, existem especificidades no processo de produção rural que fogem ao controle absoluto do homem”. Como exemplo o autor cita as alterações climáticas – épocas de secas ou épocas de chuvas. Muitos são os obstáculos para que a atividade agrícola apresente os mesmos resultados que a indústria e para que “se eliminem completamente as bases subjetivas do processo de trabalho na agricultura” (RASIA, 1987, p. 58-59).

O autor sustenta a idéia de que “a introdução da tecnologia moderna – e com ela a nova forma de subordinação do trabalho ao capital – não desintegra o ofício do agricultor, mas em certa medida serve-se dele para a realização da produção” (RASIA, 1987, p. 59). A atividade agrícola continua a demandar um conjunto de habilidades e conhecimentos próprios do agricultor – de um artesão.

Embora o presente capítulo trate sobre o ofício de cirurgião, interessa muito entender a argumentação de Rasia (1987) quando este afirma que o ofício do agricultor não se desintegra com a introdução das novas tecnologias, pelo contrário, se aprimora e dá sustentação à realização da produção. Argumentação que poderá

servir de base para a discussão sobre o ofício de cirurgião no transplante hepático.

A pesquisa desenvolvida por Rasia (1987) procura mostrar como foi aprendido o ofício de agricultor para as diferentes gerações de trabalhadores da Colônia Santo Antônio, localizada no Rio Grande do Sul. Os dados abrangem três gerações de agricultores e se referem a três momentos da história do trabalho e da socialização em Colônia Santo Antônio: o primeiro momento, considera depoimentos dos agricultores que já trabalhavam antes da década de 50, nos moldes tradicionais (e que em 1970 tinham no mínimo 50 anos); o segundo, considera os depoimentos da geração que aprendeu a trabalhar antes da transição para a modernização e precisou reaprender o serviço com a transição (em 1970 com pelo menos 14 anos); o terceiro momento, toma depoimentos dos agricultores que estão aprendendo o trabalho com o processo de modernização constituído (geração que em 1985 tinha entre 15 e 17 anos).

A primeira e segunda geração de produtores familiares, começou cedo na lavoura, pois na agricultura familiar tradicional havia necessidade do maior contingente possível de força de trabalho na lavoura, fazendo com que as crianças participassem desde muito cedo. Aprendiam o manejo dos instrumentos de trabalho (enxada, arado com tração animal, foicinha, machado e serrote). O objetivo era a criação de habilidades do trabalhador, que, acabava sendo adquirida de forma natural.

Para a primeira geração, “a aprendizagem do ofício teve como base o trabalho e as atividades manuais, associadas ao uso de instrumentos de tração animal” (RASIA, 1987, p. 62). Os elementos componentes do ofício, tanto para a primeira geração quanto para a segunda, foram os mesmos:

a disciplina do corpo através do adestramento para o trabalho difícil, o conhecimento das diferentes culturas e seu ciclo da produção, o reconhecimento das propriedades do solo e de sua adequação para as diferentes culturas, a habilidade no manejo dos instrumentos manuais e de tração animal, bem como o cuidado com os animais (RASIA, 1987, p. 63-64).

A partir de 1970, com a mecanização do processo de trabalho os adultos e as crianças passaram a conviver e a ter que dominar um novo conjunto de instrumentos – tratores, colheitadeiras, implementos mecânicos e insumos. Nesse período, os recursos tecnológicos incorporados à unidade familiar de produção, beneficiaram as culturas de auto-consumo. Recursos que privilegiavam os cuidados com o solo, por

meio de práticas conservacionistas para torná-lo mais fértil, uso intensivo de adubos químicos e eliminação de ervas daninhas pelo uso de herbicidas. Por sua vez, a mecanização de certas atividades reduz a necessidade do emprego de mão-de-obra infantil e feminina no trabalho da lavoura.

O autor enfatiza que, como persistiram as culturas para o auto-consumo, conservou-se o ofício do agricultor para a geração que estava trabalhando – a geração adulta – no momento da adoção da nova tecnologia. Nesse sentido “foram conservados o ‘saber tradicional’ do agricultor e suas habilidades no manejo de instrumentos manuais e de tração animal, simultaneamente ao acréscimo de um ‘novo saber’, de novas habilidades requeridas para o uso e manejo das máquinas” (RASIA, 1987, p. 68).

A partir desse momento, o ofício torna-se uma nova síntese do “tradicional” e do “moderno”. Os produtores familiares diante da tecnologia recriaram seu ofício. Por um lado, o saber que dominavam até então precisou confrontar-se com um “novo saber”, por outro lado, a unidade familiar de produção precisou redefinir suas estratégias de reprodução, tendo em vista a nova relação de subordinação ao capital.

Nesse sentido, Rasia (1987) argumenta que a qualificação contida no ofício foi redimensionada e ampliada no sentido contrário do que aconteceu com a qualificação entre os trabalhadores industriais.

A qualificação para o trabalho agrícola que implicava em conhecer a relação homem-natureza, mediatizada por um determinado tipo de instrumental, em geral manual, é agora redefinida em função da incorporação dos instrumentos mecânicos – tratores, máquinas de colher, implementos – como mediadores desta relação (RASIA, 1987, p. 69).

Além de exigir um reaprendizado do ofício, a incorporação do instrumental mecânico de trabalho no processo produtivo, exige o domínio de um saber específico em relação ao uso desse instrumental, por sua vez, redefine o ritmo do trabalho pelo fato das atividades serem realizadas em menos tempo, redefinindo também, a duração da jornada de trabalho.

Entretanto, Rasia (1987) mostra que apesar da tecnologia alterar o ritmo do trabalho, ela não conseguiu vencer uma barreira fundamental no processo de produção na agricultura, o ciclo natural de cada cultura, o tempo que vai do nascimento à maturação. Coloca-se então o agricultor frente a dois dilemas: o ritmo

do trabalho e o ritmo da natureza, o que pode resultar em tempo ocioso em algumas unidades produtivas.

Para a terceira geração de agricultores, que começaram a trabalhar a partir do processo de mecanização, a noção de ofício é outra. É uma noção que engloba o saber sobre as culturas para o auto-consumo e que exigem maior volume de trabalho manual e também o saber sobre as culturas que são feitas com o uso do instrumental tecnológico. Não há nesta geração, adaptação ao novo saber, aprende-se o saber como uma noção única, pois não precisam reaprender o trabalho. Para esta geração o trabalho supõe habilidades e conhecimentos diferenciados, “ser agricultor agora é dominar o saber social de que dispõem as unidades familiares para a realização da produção” (RASIA, 1987, p. 75).

O autor conclui a discussão afirmando que, se por um lado, a mecanização redefiniu o ritmo e a duração do trabalho, por outro, não destruiu a qualificação dos trabalhadores, o conhecimento do ofício. O uso da tecnologia não dispensou o conhecimento sobre as condições do terreno, sobre as épocas de plantio e os ciclos de cada cultura, bem como o conhecimento sobre o clima. Os trabalhadores familiares incorporaram ao seu acervo de conhecimento os novos conceitos sobre o uso e o manejo de máquinas e implementos, embora isso não signifique que este processo não tenha sido tenso e doloroso para alguns. Assim, a mediação do trabalho produtivo familiar pela tecnologia moderna promove um alargamento da sociabilidade do agricultor e na apropriação de um conjunto de conhecimentos cada vez mais complexos, englobando desde regras de funcionamento da mecânica até conhecimento sobre sistemas de crédito e financiamento da produção até o emprego de fertilizantes e outros insumos (RASIA, 1987).

Aproximando essa discussão do campo da saúde e, mais especificamente, do transplante de órgãos, procurar-se-á sustentar a idéia de que a transformação da tecnologia no ambiente médico e, mais especificamente, no transplante hepático não destrói o ofício de cirurgião, mas promove uma reelaboração desse ofício, fazendo o movimento inverso do desenvolvimento da noção de qualificação desenvolvida em Braverman.

O ofício de cirurgião, no Brasil Colônia, era separado do ofício médico e do farmacêutico (boticário). Cada qual tinha sua função específica, aos médicos caberia medicar, aos cirurgiões intervir no corpo doente e aos farmacêuticos, manipular os medicamentos. Essa divisão tinha como objetivo preservar a população da época da



ação dos chamados “aventureiros” e facilitar a fiscalização. O tempo de formação de cada profissional exibia a hierarquia presente na época. O curso de médico durava seis anos, o de farmacêutico e o de cirurgião, três anos (FIGUEIREDO, 1999). Os cirurgiões ocupavam na época uma posição subalterna, embora, com poucas exceções, parte considerável dos manuais de medicina escritos na época colonial tenha sido escrito por cirurgiões e não por médicos, o que atesta a grande respeitabilidade e prestígio por eles alcançado (RIBEIRO, 2005).

Considerando a inexistência da anestesia naquela época, as qualidades de um bom cirurgião incluíam a frieza e principalmente a destreza com que realizava seu trabalho. “Quanto mais rápido o ato, menor o tempo para se ouvirem os gritos de dor e as manifestações daquele que sofria além do suportável. Todos aqueles que se dirigiam para o ato cirúrgico sabiam do suplício que os aguardava” (FIGUEIREDO, 1999, s/p.).

O autor relata que a anestesia por meio de inalação de éter e, posteriormente, clorofórmio, foi utilizada pela primeira vez no Brasil em 1847 e 1848, respectivamente, possibilitando assim, o desenvolvimento no campo das cirurgias e o aprimoramento nas habilidades do cirurgião. No entanto, apesar de superado o obstáculo da anestesia, outra dificuldade para o cirurgião era a falta de assepsia, por total desconhecimento da ação dos microrganismos, o que registrava altos índices de mortalidade em decorrência de supuração das feridas operatórias.

A título de ilustração, os primeiros cirurgiões operavam “com um avental que lembrava matadouro, duro do sangue e da sujeira de anos. Quanto mais sujo era, maior a reputação do operador<sup>48</sup>” (SCLIAR, 1996, p. 153). Assim, sem a anestesia e a assepsia<sup>49</sup>, o desenvolvimento das cirurgias estava limitado, direcionando o ofício de cirurgião aos casos extremos, com possibilidades mínimas de sucesso.

---

<sup>48</sup> Descrição do cirurgião do London Hospital antes da era pasteuriana, feita pelo cirurgião e escritor Frederick Treves (SCLIAR, 1996, p. 153).

<sup>49</sup> Conforme Scliar (1996, p. 154), o escocês Joseph Lister (1827-1912), preocupado com a infecção cirúrgica, repetiu em laboratório caseiro as experiências de Pasteur, chegando à mesma conclusão: “a causa da supuração operatória eram os germes do ar”. Em sua pesquisa, identificou o ácido carbólico – utilizado para tirar mau cheiro de esgotos – supondo que sua ação baseava-se no seu poder bactericida. Lister utilizou compressas embebidas em ácido carbólico em uma fratura exposta da tíbia, em 1865, e não houve infecção. A partir daí e vencida a resistência de alguns médicos, a anti-sepsia com spray de ácido carbólico foi sendo introduzida na prática médica. Mais tarde a anti-sepsia seria substituída pela assepsia, ou seja, a prévia esterilização de tudo quanto tocará o campo operatório.

Todas as transformações e avanços alcançados na medicina<sup>50</sup> atualmente pressupõem avanços também nas técnicas cirúrgicas, demandando cirurgiões com habilidades específicas e possibilitando o florescimento de inúmeras subespecialidades cirúrgicas de grande habilidade e prestígio (MACHADO, 1997). Entretanto, Jesus (2008) alerta para uma crise na formação e no quantitativo de mão de obra médica, atingindo principalmente os cirurgiões.

A autora cita que no Brasil 5,5% dos médicos são cirurgiões gerais, dos quais 73% com três empregos ou mais. 50% dos médicos brasileiros exercem algum plantão, geralmente presencial e 38% destes são profissionais que tem mais de 40 anos de idade. Segundo a autora, na Universidade Federal do Paraná, por exemplo, a relação candidato-vaga para residência médica (R1) em cirurgia geral no ano de 2007 foi 15,83 contra 2 para R3 em cirurgia geral avançada<sup>51</sup> (JESUS, 2008). Já em 2009, a relação candidato-vaga para R1 em cirurgia geral foi de 16,67 contra 2,5 para R3 em cirurgia geral avançada (UFPR, 2009).

Dentre os motivos levantados pela autora, estão o excesso de escolas médicas, muitas das quais incapazes de formar profissionais adequadamente qualificados, direcionam um enorme contingente de jovens médicos para as áreas básicas, sendo privados da oportunidade complementar adequada por meio de residência médica. Outra questão apontada é a busca por uma melhor qualidade de vida, tendo em vista que o “estereótipo clássico de cirurgião [...] mostrava um comportamento ‘sacerdotal’ em que a dedicação profissional irrestrita [...] implicava uma vida social restrita e convívio familiar limitado. Jovens modernos não desejam isso para si” (JESUS, 2008, p. 137).

Na perspectiva da autora, é preciso recriar o perfil profissional do cirurgião, a fim de atraí-los para a especialidade.

O cirurgião clássico resolutivo, corajoso, líder por excelência, heróico (prático, pouco intelectualizado, agressivo, despótico, irresponsável e arrogante, dependendo das circunstâncias, do padrão de julgamento ou do juiz) foi substituído por um profissional de convívio multidisciplinar controlado por resultados e altamente especializado (com pouca autonomia e autoridade, subordinado a gestores, limitado em suas atividades cirúrgicas e permanentemente avaliado, considerando as desvantagens). Aquele ‘que invade sob controle’

---

<sup>50</sup> Historicamente o ofício de cirurgião foi incorporado ao saber médico, constituindo-se na especialidade do médico-cirurgião.

<sup>51</sup> O termo avançada caracteriza a persistência dos residentes na especialidade de cirurgia geral, ao invés de optar por outra especialidade cirúrgica.

substituiu aquele 'que cura apesar de todos os riscos' (JESUS, 2008, p. 137).

Não é fácil para os cirurgiões conviver com este novo paradigma de comportamento e atuação. Possuem muita responsabilidade, mas sua autoridade tem sido bastante limitada por regras, regulamentos, auditorias, atitudes de outros profissionais, formulários e outros.

Outro fator que pode estar influenciando a baixa procura pela especialidade cirúrgica é o controle crescente da qualidade do trabalho médico a partir de instituições governamentais e pela mídia. Os maiores contingentes de processos de erro médico são contra cirurgiões, fato que a mídia não perdoa.

Espera-se que os médicos sejam seguros, corajosos e socialmente inquestionáveis, tornando imensa a expectativa por parte da população e por parte da própria categoria médica. Embora os médicos estejam cientes de suas próprias limitações, as constantes pressões e as longas jornadas de trabalho podem afetar a sua saúde também, gerando um desgaste suficiente para explicar os altos índices de etilismo, droga-aditos, síndrome de *Burnout*<sup>52</sup> e depressão entre os médicos cirurgiões (JESUS, 2008).

No caso dos cirurgiões, o maior desgaste pode ser explicado também pela indisponibilidade de tempo, o trabalho manual por longos períodos em posição desconfortável e a grande dependência em relação a instrumentos e técnicas em cada hospital onde atuam.

Bellodi (2004) apresenta alguns motivos para que estudantes de medicina escolham a especialidade cirúrgica. A autora desenvolveu pesquisa com sessenta residentes (R1 e R2) dos programas de residência em cirurgia e na medicina geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e descobriu alguns motivos para a escolha da cirurgia geral, entre eles: a) oportunidade em desenvolver procedimentos práticos, objetivos; b) por apreciar os cuidados de emergência; c) por apresentar resultados eficazes, visíveis; d) pela aplicação prática do conhecimento científico; e) oportunidade de pesquisa; f)

---

<sup>52</sup> A chamada Síndrome de *Burnout* é definida por alguns autores como uma das conseqüências mais marcantes do estresse profissional, e se caracteriza por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade com relação a quase tudo e todos (até como defesa emocional).

prestígio deste campo na profissão médica; g) oportunidade de liderança; h) desejo de exercitar a autoridade; i) maior interesse no diagnóstico e no tratamento em detrimento dos aspectos interpessoais do cuidado com o paciente; j) expectativa de maior remuneração; e k) grau mais baixo de incerteza no diagnóstico.

Ao contrário dos estudantes que escolheram a medicina geral por sentirem-se estimulados pela pesquisa e por estabelecerem contato direto com o paciente, os que escolheram a cirurgia geral destacam as habilidades técnicas inerentes à atividade cirúrgica e o pouco contato com o paciente, que geralmente são programados, como elementos que motivam a escolha.

Nos motivos elencados pelos estudantes de medicina para escolha da especialidade cirúrgica, a autonomia está presente como a capacidade de tomar decisões por conta própria, constituindo um valor em si mesmo para a profissão médica. Essa capacidade de auto-regular o próprio trabalho é fruto da medicina moderna, do século XX, e para tanto, a profissão médica buscou validar seus serviços como bens sociais, alicerçados no conhecimento e na prática profissional balizados pela racionalidade científica e ainda, procurou basear a autoridade técnica do médico na especialidade técnica, no conhecimento especializado (MACHADO, 1997).

Nesse sentido, para Machado (1997), o que predomina no processo de trabalho das especialidades cirúrgicas é o conhecimento técnico, as habilidades técnicas inerentes ao trabalho médico em si, de forma pontual e precisa. As intervenções cirúrgicas exigem apoio de diagnósticos – clínicos, radiológicos ou laboratoriais, são mediadas por equipes de apoio e de equipamentos sofisticados, que auxiliam na conduta e nos procedimentos.

Assim como o agricultor familiar serve-se da tecnologia para realizar a produção, o médico cirurgião, em um ambiente hospitalar, também se serve da tecnologia para realizar o trabalho cirúrgico. Entretanto, a atividade de cirurgião continua a exigir dos médicos um conjunto de habilidades, conhecimentos e disciplina de trabalho, sem as quais seria impossível realizar técnicas complexas como o transplante de órgãos. Por sua vez, as habilidades, os conhecimentos e a disciplina são redefinidos, reelaborados ao mesmo tempo em que são reforçados, na medida em que os resultados do trabalho médico se expandem e se especializam cada vez mais, potencializados pela tecnologia.

No caso específico do transplante hepático, a tecnologia utilizada contempla

não só máquinas, equipamentos e materiais sofisticados, mas técnicas cirúrgicas avançadas que dependem da habilidade que singulariza cada médico.

José Mário – residente – dá um exemplo da singularidade do seu ofício,

Só usamos técnicas comprovadas cientificamente e mesmo assim, se comprovadamente traz benefícios ao trabalho e ao paciente. Outro dia mesmo, chegou um aparelho de bisturi moderno, no entanto, não traz benefícios diferentes do outro aparelho habitual. Não tem porque investir tanto dinheiro em um aparelho assim. Então, procuramos sempre estar atualizados, estamos sempre usando medicação nova, com comprovação científica, que traga benefícios com menos efeitos colaterais [e com] mais qualidade para o paciente (JOSÉ MÁRIO, residente, 24/05/2007).

Neste trecho fica evidente que um método ou instrumento de trabalho é tecnologicamente eficaz, se não existir nenhum outro tecnologicamente superior. Nesse sentido, pode haver, e há, em geral, mais de um método ou instrumento tecnologicamente eficaz (MARGLIN, 1989). O depoimento acima também reforça a importância da habilidade do médico, quer seja com o instrumento moderno ou não. Nesse sentido, para Jeferson, “não adianta querer ser cirurgião, é preciso que se tenha perfil e habilidade para exercer essa profissão”. Ao ser indagado sobre qual seria o perfil adequado ao ofício de cirurgião, Jeferson respondeu, mesmo que de forma metafórica, mas próxima a formulação de Braverman (1987) acerca do ofício, da seguinte forma:

Tem um ditado antigo que diz que um cirurgião tem três características: *coração de leão*, essa coisa de você ter que ter astúcia, coragem, responsabilidade; *olhos de águia*, então você na hora da cirurgia você tem que estar totalmente focado. Olhos de águia, não é só a capacidade de visão, mas você tem que dominar tudo o que está acontecendo naquele momento, porque as pancadas surgem se não der certo; e tem que ter *mãos de fada*, [...] porque a medicina é ciência e arte... mas a cirurgia em si ela é muito manual, não adianta pegarmos uma pessoa e transformá-la em cirurgião, existe um médico que tem certa facilidade manual que vai ser um cirurgião, não é qualquer médico que pode ser cirurgião. Porque a gente depende de nossas mãos, nós temos que ter essa habilidade manual, uma coisa que é quase um artesanato. A forma de dar um ponto, a forma de como se dá um nó, a força, onde pega, o conhecimento. Então, esse é o perfil (JEFERSON, residente, 18/10/2007).

Se por um lado, essa fala se aproxima das formulações de Braverman, do ponto de vista da qualificação técnica do ofício, por outro, revela algo mais que essa abordagem não consegue alcançar. A fala de Jeferson revela que o ofício do

cirurgião vai além do que é descrito por Braverman com relação à formação técnica. Ao afirmar que “não é qualquer médico que pode ser cirurgião” ele está admitindo que o cirurgião tem um “dom”, uma habilidade especial, quase artesanal que o singulariza como cirurgião, caracterizado por ele como um ser que tem um *coração de leão, olhos de águia e mãos de fada*. Pode-se inferir que o depoimento de Jeferson revela um indicador de tensão, mas também de harmonia entre o saber e o fazer, tal como Simmel (2006) ao apresentar o conceito de *sociação*.

Na mesma perspectiva, Carlos afirma que a principal característica de um cirurgião de transplante hepático é a competência. E explica que entende por competência

o conhecimento amplo sobre o transplante, mas não só sobre o transplante, sobre o pré-transplante e pós-transplante também. Hoje o cirurgião não faz o transplante sozinho, a equipe é multiprofissional. Não se concebe e não é possível dizer que se faz transplante sozinho. Se pensar assim, o cirurgião está propenso ao fracasso (CARLOS, médico cirurgião, 12/03/2009).

Assim,

não adianta fazer estágio lá fora, e voltar achando-se o maior. É preciso mostrar competência técnica, global. Sem competência o cirurgião não se estabelece (CARLOS, médico cirurgião, 12/03/2009).

E complementa,

Não significa que o cirurgião vá invadir o espaço do hepatologista, por exemplo, ou do intensivista, mas ele precisa dominar esses conhecimentos, ele precisa saber onde está pisando, precisa saber orientar o paciente e a equipe (CARLOS, médico cirurgião, 12/03/2009).

Nesse sentido, o *habitus* de cirurgião é diferenciado, mas também diferenciador, retrata um conjunto de habilidades específicas – tais como: o domínio da técnica, a habilidade, delicadeza e precisão nos procedimentos, a paciência, a percepção e o tato aguçado, assim como, a rapidez nas decisões. Características que para Bourdieu expressam diferenças simbólicas e constituem uma verdadeira linguagem.

Para Antonia,

os médicos do transplante são pessoas diferenciadas, que trabalham no limite da vida, e que bom que eles têm essa possibilidade de oferecer pras pessoas essa alternativa (ANTONIA, psicóloga, 12/11/2008).

A alta tecnologia introduzida na medicina, por sua vez, não substitui esse conjunto de habilidades, pois o cirurgião continua sendo um artesão na realização do seu trabalho. Um artesão moderno capacitado para o trabalho em equipe.

No caso do transplante hepático, a sincronia da equipe cirúrgica durante o procedimento do transplante, assim como, a paciência e controle diante das situações limites ou inesperadas é crucial para o bom resultado do trabalho. Os cirurgiões (titulares e residentes) se revezam nas atividades durante um transplante, cada um com responsabilidades a cumprir, que podem ser de intervenção direta ou de auxílio nos procedimentos. Cada intervenção – quer seja retirada do órgão ou implante – é monitorada por uma equipe médica auxiliar que, durante o procedimento cirúrgico, pode assumir a intervenção em substituição a equipe anterior. Estas trocas de equipe são realizadas para que não fique muito cansativo para os cirurgiões, pois algumas técnicas exigem muito da habilidade, do tato fino do cirurgião.

Jeferson explica que

o cirurgião é responsável pela cirurgia do transplante e pela intercorrência cirúrgica que possa ter esse paciente. O enfermeiro, é responsável por toda avaliação clínica aqui do andar, e a parte de monitorização de quando ele está aqui no andar, diurese<sup>53</sup>, temperatura. Os técnicos de enfermagem, fazem a administração da medicação. Nós cirurgiões, quando o doente ainda se encontra na UTI ele é responsabilidade nossa, a partir do momento que ele vem pro andar, até ele receber alta no perioperatório, nos 30 dias, nós ficamos aqui junto com a chefe clínica, porque é o período de maior possibilidade de complicações relacionadas à cirurgia, que é o fígado ter algum sangramento, anastomose biliar não dar certo, alguma coisa do tipo, precisa ainda operar, ver como está o dreno, é a parte que cabe ao cirurgião. Depois fica mais atendimento clínico, porque ele se torna um doente transplantado, as complicações mecânicas que são aquelas basicamente que a gente trata, [...] já vão estar resolvidas (JEFERSON, residente, 18/10/2007).

Nesse sentido, o período da residência no Serviço de Transplante Hepático exige dos residentes grande capacidade de lidar com o estresse, com as tensões e com a hierarquia presente nesta atividade. Jeferson explica,

No último transplante inter-vivos que nós fizemos, morreu o receptor, um transplante entre o casal [marido doou para esposa]. Depois que acontece isso, a equipe se reúne – principalmente os cirurgiões –

---

<sup>53</sup> Diurese é a produção de urina pelo rim.

porque um caso desses, mortalidade que a gente chama de perioperatória, até 30 dias – então os cirurgiões se reúnem e cada um ali trocando experiência, mas isso não é feito uma reunião formal, botar no papel e aquelas coisas, não é nada burocrático. O chefe da equipe, dr. Michel, chama, reúne, pede pra saber o que aconteceu, se teve alguma dificuldade, o que foi que... nessa, como eu to dizendo, por um mau resultado. Mas, se por exemplo, percebe-se que teve algum erro assim, que já teve antes mas... aqui como hospital escola, nós vamos em cima de quem fez aquilo ali. Primeiro, nós temos que ver se ele fez porque ele quis, isso é inadmissível, porque uma coisa é você ter que fazer aqui – aqui dentro da cirurgia – aquilo que é pedido pra você e você não souber fazer, não precisa fazer, pergunte! Não sei fazer, me ensine! Que é pra isso que tem a residência. Não sei fazer! E o R+, ele é obrigatoriamente o mais qualificado e obrigado a ensinar o R –. Então se ele não sabe você tem que ensinar. Não é chegar lá e bater, você não ensinou como é que pode cobrar. A gente vai lá [R+], orienta primeiro e, tanto é que antes dele [R-] fazer qualquer procedimento a gente ensina, até quebrar gelo, eu quebro primeiro, mostro pra eles [R-] como é que é, pra não contaminar, pra depois eu cobrar. Se ele não fizer aquilo é porque não quis. Isso é um princípio aqui dentro, se ele quiser ser médico, principalmente cirurgião, é inadmissível esse comportamento. Ele tem que saber cumprir uma hierarquia de comando, de procedimento, porque você só vai saber liderar a partir do momento que você obedecer. Nós só vamos conseguir um dia chegar a ser igual o dr. Michel, igual o dr. Carlos, a partir do momento que nós fizermos bem feito cada etapa do processo. Ninguém chega pra ser piloto do *airbus* da TAM, mas começam lá pilotando os aviões de carga, mais simples... isso em toda área. Aqui é do mesmo jeito, você vai ganhando experiência, vai sabendo tudo que acontece pra dar certo, pra na hora de você chegar lá, você quer fazer transplante no doente, você sabe até como é a forma que o paciente vai receber o órgão no gelo e saber que aquele gelo está quebrado de forma errada. Porque você já fez aquilo. O que adianta você saber fazer o transplante, mas na hora de conservar o órgão você não quebrou o gelo na forma que eu ensinei. Perdeu o seu tempo. É esse que é o pensamento (JEFERSON, residente, 18/10/2007).

Na fala de Jeferson revela-se, mais uma vez, a tensão entre o saber e o fazer. Tensão expressa na complexidade do transplante que demanda do cirurgião muito mais do que conhecimento e habilidade técnica, demanda habilidade em lidar com o risco do erro médico, assim como, com o risco de morte, em lidar com a autoridade instituída e em cumprir tarefas determinadas.

Nós tivemos um residente esse ano que desistiu. Não tinha perfil [...] é aquela coisa, se você acha que está fazendo o que você não gosta, tudo que vai acontecer na sua frente é muito trabalhoso, é muito chato... o pessoal é muito chato, ficam te cobrando muito... ele não entende que aquilo dali é essencial pra formação da profissão dele, ele acha que aquilo ali é um martírio, e não é. Tanto é que você



depois que sai daqui, você vai pra um serviço que é mais tranqüilo, você leva esse comportamento com você, e você fica mais exigente, e aquelas coisas que são aceitáveis, não são aceitáveis. Não é pra ser assim, mau resultado... poderia ter sido melhor, que eu acho que é isso que o dr. Michel consegue inculcar muito na gente.

E ele [residente] foi embora. Eu até conversei com ele, perguntei o que estava acontecendo, e ele falou...

- “ah, porque meu sonho era fazer transplante!”

Aí eu disse:

- Ué, se você quisesse mesmo você tinha ficado. Não era pra você ir embora.

Você tem que fazer as suas coisas com ou sem o professor... é você... então você não é cirurgião, porque como é que você faz com o doente quando você tiver operando, se já chegar um caso complexo, uma coisa ... não vai ter ninguém, você é a pessoa que vai decidir, essa é a questão da nossa especialidade. Enquanto todos os outros trabalham tranqüilos, [...] o cirurgião é assim, porque sempre trabalha num serviço de hierarquia, que tem um cirurgião chefe e um auxiliar, é assim. E que o auxiliar te ajuda, ele está ali... está te ajudando, mas quem decide é você (JEFERSON, residente, 18/10/2007).

Ao contrário dos demais residentes, Jeferson é um cirurgião com mais experiência, que veio para o HC fazer residência em Cirurgia do Aparelho Digestivo, interessado especialmente nas cirurgias de Transplante Hepático, pelo fato de estar se preparando para abrir e gerenciar uma unidade de Transplante Hepático em outro estado brasileiro. Isso talvez explique seu olhar exigente e apaixonado pelo estágio no transplante. Acredita e consente com o poder hierárquico: “tem sempre alguém que manda e tem alguém que obedece. Hoje eu estou do lado que eu obedeço, eu sou aquela parte que diz ‘operativa’, eu vou, faço a cirurgia e tudo e devo satisfação ao chefe do serviço”. Amanhã será Jeferson quem estará no topo hierárquico.

Nesse contexto de alta tecnologia, pode-se inferir que o conceito de ofício é reelaborado, não há como falar em apenas conhecimento e habilidade técnica, há algo mais. Na mesma perspectiva de Rasia (1987), não há expropriação da subjetividade do cirurgião, pelo contrário, há valorização da sua habilidade como artesão.

### 3.4 LÓGICA CIRÚRGICA E LÓGICA DOS CUIDADOS NO TRANSPLANTE

Carapinheiro (2005), analisando um hospital português, conclui que médicos e administradores são os dois grupos que detêm as tarefas mais difíceis e críticas do hospital. Na concretização dos objetivos oficiais do hospital, definem objetivos operatórios de poder, no caso dos médicos, desenvolvendo projetos de especialização médica e técnica, enquanto que no caso dos administradores, desenvolvendo projetos de racionalização que demonstrem capacidade de controle e coordenação da gestão do hospital. Os profissionais de enfermagem, por sua vez, são colocados numa situação de subordinação em relação aos médicos, sendo que a natureza desta categoria profissional é definida a partir da natureza do trabalho médico e da posição funcional das suas tarefas determinadas a partir da centralidade das tarefas médicas.

Nesse sentido, o exercício do poder não é uma simples relação entre parceiros individuais ou coletivos, mas um modo de ação de alguns sobre outros. Para Foucault, na dimensão do poder organizacional

as relações de poder se enraízam no conjunto da rede social. Isto não significa, contudo, que haja um princípio de poder, primeiro e fundamental, que domina até o menor elemento da sociedade; mas que há, a partir desta possibilidade de ação sobre a ação dos outros (que é co-extensiva a toda relação social), múltiplas formas de disparidade individual, de objetivos, de determinada aplicação do poder sobre nós mesmos e sobre os outros, de institucionalização mais ou menos setorial ou global, organização mais ou menos refletida, que definem formas diferentes de poder (FOUCAULT, 1995, p. 247).

Assim, pode-se pensar a natureza do poder médico como um poder-saber. "Não há um saber médico, mas vários saberes médicos, assim como não há um poder médico, mas vários poderes médicos. Há assim vários poderes-saberes médicos" (CARAPINHEIRO, 2005, p.75).

Moreira (2002) desenvolve a tese de que é possível identificar, nas organizações hospitalares, três dimensões de poder, distintas porém imanentes entre si: uma dimensão de autoridade/ordem, uma dimensão de disciplinamento/controle e uma dimensão de cooperação/consenso. A autora articula os conceitos de poder de Max Weber, Michel Foucault, Talcot Parsons e Hannah Arendt, por entender que estes contribuem com uma reflexão aprofundada sobre as

três dimensões imanentes às organizações enquanto sistemas políticos.

A dimensão mais visível das relações de poder em uma organização é a que se expressa nos arranjos hierarquizados de autoridade, do tipo legal-formal. Essa dimensão do poder, a da autoridade e da ordem, se materializa nos organogramas formais, nos regulamentos, nos rituais de cargo, onde a relação de dominação é reconhecida como legítima pelos dominados. No entanto, essa relação do poder/dominação não é suficiente para pensar o conjunto das relações de poder que existem no hospital. Reconhece-se assim, a segunda dimensão de poder, a de disciplinamento e controle. Esse poder na organização não se expressa de forma explícita, mas percorre a organização como um todo, em todas as direções. São relações de poder que se enraízam no conjunto da rede social, com múltiplas possibilidades de ação sobre a ação dos outros, poder que circula e funciona em cadeia. Não se trata de analisar as formas regulamentares e legítimas de poder, mas de captar o poder nas suas formas e instituições mais regionais e locais. Disciplinamento e controle presente na dinâmica protocolar de registro de pacientes, atos médicos, materiais utilizados e equipes de trabalho, por exemplo. A terceira dimensão do poder no hospital denominada de cooperação e consenso, trabalha o poder no sentido de pertencimento a um grupo e nunca como propriedade de um indivíduo. Um poder legitimado pela ação do grupo, onde as obrigações são realizadas levando em consideração as metas coletivas (MOREIRA, 2002; CECÍLIO e MENDES, 2004).

Para Moreira (2002), das três dimensões de poder, a que mais se torna visível, nos estudos da área da saúde, é a de cooperação/consenso, especialmente pela necessidade de coordenação perante a forte autonomia dos trabalhadores em saúde e pelos múltiplos saberes envolvidos neste contexto.

Carapinheiro (2005) afirma que a organização racionalizada do hospital transferiu funções do ato médico global para a organização hospitalar, por meio de redimensionamento de funções. Assim, toda função que podia ser prevista, planejada, centralizada foi redirecionada a outros profissionais que, por sua vez, viram suas atividades demandarem novas qualificações profissionais. Atividades como de laboratórios de radiologia e análises clínicas, de limpeza, de conservação, de hotelaria, de administração, bem como, das atividades auxiliares ao trabalho de enfermagem. Essas transformações produzidas no interior da organização hospitalar alargaram a base da pirâmide hierárquica, pelo aumento da proporção de pessoal

não qualificado face ao pessoal qualificado.

Uma vez realizada a descentralização do ato médico global em atividades diversificadas, reservou-se para os médicos o ato decisório de elaboração de diagnóstico e escolha do tratamento como resultado de um trabalho intelectual, de um saber médico. No entanto, o exame clínico tem sido completado pelos exames complementares de diagnóstico e terapêutica, como os exames complexos de imagem, capacidade tecnológica, assim como, pela maior disponibilidade de conhecimentos sobre a configuração bioquímica e anatomo-patológica das doenças, resultante do uso de novos equipamentos microeletrônicos de observação.

Para Freidson (1978), a divisão do trabalho médico sempre existiu, de uma forma ou de outra, em torno das tarefas de diagnosticar e tratar as enfermidades, no entanto, a divisão do trabalho designada “paramédica” é relativamente recente. São ocupações que giram em torno do trabalho médico e são controladas pelos médicos. Esse controle pode se manifestar de várias maneiras. Primeiro, grande parte do conhecimento técnico aprendido por esta categoria de trabalhadores tende a ser descoberto ou ampliado, ou pelo menos aprovado, pelos médicos. Segundo, as tarefas realizadas tendem à assistência e não à tarefa central de diagnóstico e tratamento. Terceiro, esses trabalhadores são geralmente subordinados e supervisionados pelos médicos. E por fim, o prestígio atribuído a essa ocupação é menor do que o atribuído aos médicos. Nesses termos, as ocupações paramédicas são caracterizadas pela relativa falta de autonomia, responsabilidade, autoridade e prestígio. Para o autor,

As ocupações paramédicas<sup>54</sup> não são meramente parte de uma divisão do trabalho diferenciada tecnologicamente, senão, e isto é o mais importante, parte de uma divisão do trabalho organizada em torno de uma profissão dominante central e controlada por esta mesma<sup>55</sup> (FREIDSON, 1978, p.63, tradução nossa).

Na visão de Eliane, o auxiliar de enfermagem não tem autonomia para dar respostas aos pacientes,

---

<sup>54</sup> Freidson classifica como paramédicas as ocupações organizadas em torno do trabalho de cura (*work of healing*) e que são basicamente controladas por médicos (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas etc.).

<sup>55</sup> *Las ocupaciones paramédicas no son meramente parte de una división del trabajo diferenciada tecnológicamente, sino, y esto es lo más importante, parte de una división del trabajo organizada em torno a una profesión dominante central y controlada por ésta misma.*

a gente exerce a profissão, mas nunca se expõe assim, de dizer “não é aquilo...” porque nós também não temos autonomia pra isso, não podemos fazer esse tipo de coisa, nós respeitamos os nossos limites. Porque a nossa responsabilidade é proporcionar bem-estar, conforto, medicação, curativos, limpeza, higiene... verificação de sonda, marcação de sonda, alimentação por sonda... todas essas coisas a gente faz e as respostas... eu acho que não é nossa função. A gente não pode responder por uma coisa que ... se um colega fala de um jeito, o outro fala de outro e daí dá conflito... (ELIANE, auxiliar de enfermagem, 09/07/2007).

Algumas profissões têm limitações nas possibilidades de crescimento na carreira, se baseadas somente na experiência adquirida. Como no caso das auxiliares de enfermagem, que somente podem conseguir uma promoção interna com um diploma de curso superior em enfermagem, por exemplo, função hierárquica que está mais próxima.

A substituição da experiência profissional pela qualificação formal implica, no nível de hierarquias funcionais, zonas de conflitos provocados pelo caráter urgente de certas situações de trabalho na produção de cuidados aos pacientes. Por exemplo, uma enfermeira com experiência pode aconselhar um médico mais jovem sobre as iniciativas de atuação médica e não ser aceita pelo médico, ou ainda, uma auxiliar de enfermagem pode substituir a enfermeira na execução de uma tarefa urgente e ser duramente repreendida na seqüência.

Anna, auxiliar de enfermagem, exemplifica esse conflito, relatando sua experiência:

cada residente tem uma conduta aqui dentro. Tem residente que chega e prescreve tracolimus<sup>56</sup> pra todo mundo, tem outro residente que receita ciclosporina<sup>57</sup> pra todo mundo, então muda. Não segue o mesmo protocolo.

E eu me pergunto, será que foi feito estudo pra ver se o paciente se adapta melhor a ciclosporina ou ao tracolimus pra evitar rejeição?

Eu questiono sim. Se for o Guilherme, ele explica legal, até o José Mário que saiu, também. Tem alguns casos que a resposta convence, como teve um caso que a paciente usava heparina<sup>58</sup>, é paciente acamado com risco de fazer trombose, mas aí o paciente já deixou de estar acamado, estava andando. Aí o residente diz: “Vamos fazer a heparina?”, e eu pergunto: “não está na hora de suspender? O paciente não está mais acamado!” Daí eles

<sup>56</sup> Droga imunossupressora

<sup>57</sup> Droga imunossupressora

<sup>58</sup> A heparina é um fármaco do grupo dos anticoagulantes, que é usado no tratamento da trombose e outras doenças com coagulação sanguínea excessiva.

suspendem. Então, não tem um protocolo, nem dá pra ter. Porque cada paciente é um paciente, cada caso é um caso (ANNA, auxiliar de enfermagem, 04/07/2007).

Questionamentos feitos por uma auxiliar de enfermagem com experiência de 21 anos no trato com pacientes e que, nesse sentido, não dá para ignorar suas dúvidas e iniciativas.

É um exemplo de situação que pode gerar conflitos no sentido de que as tarefas são delimitadas pela competência técnica dos profissionais, adquiridas pela qualificação formal. A observação da auxiliar de enfermagem foi aceita pelo residente e provocou a mudança na prescrição médica, mas como ela mesma disse, “em alguns casos”.

Nesse sentido, e na mesma perspectiva de Moreira (2002), os limites impostos pelas diferentes competências técnicas dificultam a cooperação e consenso no trabalho hospitalar, gerando conflitos.

Quando eu cheguei aqui, a dificuldade minha de adaptação com alguns membros da equipe, gerou muito em torno disso [cooperação], porque eu comecei a fazer assistência aqui com os pacientes da cirurgia plástica, era eu que dava banho, era eu que dava medicação, pode deixar que eu cuido, não é minha função mas também, ao mesmo tempo, é do cuidado. Então com isso, começou a gerar assim... eu chegava e me diziam: “o paciente só quer tomar banho com você!”; o paciente diz: “não a gente espera, mas quer tomar banho com ela, ela tem mais paciência, mais calma, mais carinho, mais jeitinho”; coisas assim.

Aí o pessoal colocava que “antes de você estar aqui o paciente aceitava a gente numa boa, agora eles estão escolhendo”; “Porque a Marina cuida bem, a Marina tem paciência, ela faz o curativo diferente. Nós não temos elogios de ninguém, mas os elogios se voltavam todos pra você [Marina]”.

Então eu sempre colocava assim: “eu se fosse vocês ficava feliz porque eu sou alguém que veio pra somar, vocês deveriam ficar tristes se fosse o contrário, se nenhum paciente quisesse ser cuidado por mim, se nenhum paciente gostasse do meu atendimento. Daí vocês poderiam falar, poxa chegou uma maçã podre dentro da caixa. Mas se eu estou fazendo direitinho, se eles gostam de mim, vocês deveriam se sentir tranquilos, porque vocês estando ou não estando comigo, eu vou fazer o melhor pro paciente”

Se o paciente está satisfeito, é o que interessa. Eu sempre disse isso: eu não trabalho por elogio, eu trabalho por consciência e responsabilidade, porque a minha fase já passou dessa coisa: “Ah, porque você é melhor”... essa coisa pra mim já não repercute mais, talvez no início quando eu comecei precisava de um pouco dessa auto-afirmação, hoje eu não preciso. Sempre falo para as pessoas, a gente vai trabalhar junto, eu nunca discrimino, eu nunca falo “eles não sabem tão bem quanto eu”. Agora, o paciente... é um direito dele

de escolher quem ele quer que cuide dele. (MARINA, enfermeira, 16/5/2007).

Marina acaba por fazer o trabalho dos auxiliares e nesse sentido, causa ciúmes nos colegas. A cooperação fica prejudicada pela disputa de saberes, pela não aceitação do outro, gerando mal-estar entre a equipe de enfermagem.

Conflitos também observados por Gonnet (1989), em pesquisa realizada com 600 atores hospitalares. Sua pesquisa tinha como objetivo compreender como se articulavam as redes de interdependência entre os diferentes parceiros e suas tarefas. A autora argumenta que pelo fato do hospital ter se transformado em uma grande estrutura, demanda um grande número de profissionais especializados, desde o médico até o cozinheiro. E o grande desafio do hospital é fazer com que esses profissionais trabalhem em conjunto por um objetivo comum: o cuidado com o paciente. Devido à multiplicidade dos ofícios e as especializações diversas, aumenta a compartimentalização das tarefas e a dependência entre os atores no hospital. Os progressos médicos e as inovações tecnológicas propiciaram a diversificação e a criação de novas funções e novas especialidades. Pouco a pouco esses diferentes ofícios passaram a se estruturar independentemente dos outros.

O que está em jogo então, são racionalidades ou lógicas diferentes. Cada grupo de profissionais procurando fazer prevalecer a sua racionalidade. No entanto, “cada racionalidade ou lógica é relevante do ponto de vista do interessado mas fica rapidamente divergente ou contraditória ao entrar em interação com a dos outros na realidade diária. As relações tornam-se tensas ou se cristalizam em conflitos”<sup>59</sup> (GONNET, 1989, p. 131, tradução nossa).

O que Gonnet (1989) procura mostrar, por exemplo, é que a lógica de investigação e pesquisa dos médicos e a de cuidados da enfermagem tem ambas sua utilidade e justificativa, entretanto, ficam totalmente contraditórias no cotidiano. A autora cita o exemplo de um serviço de pediatria especializado em crianças com doenças incuráveis. Os médicos desse setor trabalham para a regressão destas doenças fazendo avançar a pesquisa. Trabalham geralmente fora da unidade. As enfermeiras que, por sua vez, estão sempre junto das crianças, desejam suavizar o fim dos seus dias antes que sofram com a aplicação desses programas de

---

<sup>59</sup> “... chaque rationalité ou logique est pertinente abordée du point de vue de l'intéressé mais devient vite divergente ou contradictoire lorsqu'elle entre en interaction avec celle des autres dans la réalité quotidienne. Les relations deviennent alors tendues ou se cristallisent em conflit”.

investigação com resultados remotos. Assim, rejeitam as novas tentativas de tratamento, por achar que os pacientes vão estar se submetendo a testes sem resultados imediatos. Instala-se o conflito.

Percebe-se esse conflito também no STH/HC. Os cirurgiões são responsáveis pelo transplante de fígado. A partir do momento em que o paciente transplantado sai da UTI ele passa a ser de responsabilidade da equipe clínica do transplante. Apesar de certa resistência dos residentes – cirurgiões do aparelho digestivo que fazem estágio obrigatório no STH – esses são responsáveis pelos pacientes pré e pós-transplante com a supervisão da hepatologista, chefe clínica.

Nas palavras de Vera, assistente social,

um dos problemas do setor é a onipotência dos cirurgiões. Para estes, o que interessa é o procedimento técnico em si. Os clínicos conseguem ter uma visão do todo do paciente, são mais sensíveis aos problemas e situação clínica dos pacientes, pois são responsáveis pelo acompanhamento do estado físico e psicológico dos pacientes no setor (VERA, assistente social, 27/8/2007).

Na percepção de Vera, a racionalidade da prática cirúrgica é denominada como “onipotência” dos cirurgiões e demonstra as dificuldades de cooperação entre as equipes. No entanto, Vera parece não compreender a complexidade do transplante, assim como, as exigências de um procedimento cirúrgico com um grau considerável de risco. O *habitus* do médico cirurgião se constitui e se reconstitui num processo contínuo de tensão e de riscos. Assim, precisa ter domínio do conhecimento teórico, mas também, domínio prático das técnicas cirúrgicas, assim como, domínio das emoções. Por isso que ele aprende a apresentar uma postura até certo ponto insensível, quando olhada de fora, mas que tem razão de ser nesse campo.

Esse domínio das emoções ou do autocontrole, na percepção de Elias (1993, p. 142), torna-se necessário com o aumento da interdependência que surge com a divisão do trabalho, momento em que as pessoas tornam-se dependentes umas das outras, relacionando-se não só com pessoas de “alta categoria social” mas, também, com os “socialmente inferiores e mais fracos”, expondo-se mais. Manter a máscara e controlar-se por mais tempo, acaba por constituir a segunda natureza (também chamado por Bourdieu de *habitus* de classe), como um “autocontrole automático, um hábito que, dentro de certos limites, funciona também quando a pessoa está sozinha”.



Esse controle das emoções também se expressa em ações racionais com relação a valores. Pois a competição obriga a um controle das emoções em favor de atitudes calculadas, com variações sutis no convívio com as pessoas. Os ganhos não são econômicos, são valores sociais: prestígio, *status*, honra e poder (ELIAS, 2001).

Nesse sentido a racionalidade, na perspectiva de Elias, “se constitui a partir das coerções da interdependência social das elites; ela serve para tornar calculável, em primeiro lugar, as pessoas e as chances de prestígio como instrumentos de poder” (ELIAS, 2001, p. 127).

Em uma das reuniões semanais que presenciei, o chefe da equipe critica severamente a conduta do residente em um dos casos apresentados e, nesse instante, Arlete – médica chefe clínica - pede licença e faz algumas observações, esboça explicações, justificando a conduta do residente. Argumenta que as condutas foram discutidas em equipe no STH, caso a caso, buscando na literatura casos parecidos que ajudassem a explicar determinada situação (Diário de campo, 30/05/2007). Mais uma vez ressalta-se a diferença de racionalidades presente no diálogo entre profissionais da mesma equipe. O que Arlete faz é defender a lógica da prática clínica ou dos cuidados, em contraposição à lógica cirúrgica.

Conflito que é percebido por Antonia “entre quem tem o melhor diagnóstico ou o melhor procedimento” (ANTONIA, psicóloga, 12/11/2008).

Contudo, essa dificuldade também está presente entre os clínicos e a enfermagem. Uma relação perpassada de cuidados e estremecimentos.

Marina, enfermeira relata que

de manhã a primeira coisa que a dra. Arlete faz é vir falar comigo, pra ver como estão os pacientes. Como ela diz, você vai ver o paciente, você conversa, vai rastrear tudo, investiga, então, muitas vezes o paciente fala pra mim, mas não fala pro médico; às vezes, na reunião, sou eu que levo pra equipe aquilo que eu consegui tirar do paciente; porque eles se abrem muito mais com você do que com os psicólogos, nosso vínculo é maior. Sou eu que estou trocando, sou eu que estou ali toda hora dando medicação, coisa assim, também eu gosto de sentar com eles com calma, não gosto de sentar quando está tumultuado, porque eu gosto de ouvir mesmo e até, por isso que eu falo, às vezes ele não vai falar pra você, mas pra mim ele [paciente] fala, como ele contraiu isso, aquela coisa da promiscuidade, uma coisa que às vezes eu não sei como você vai encarar, do preconceito. Ele diz, “ah! Eu saí com uma pessoa que tinha, foi ali que eu peguei, não usei camisinha”. Essas coisas o paciente fala. Às vezes com você, no primeiro contato, ele fica um

pouco constrangido, então se ele sente abertura ele vai falando. (MARINA, enfermeira, 16/5/2007).

Arlete, como chefe clínica do STH, demonstra estar ciente da proximidade existente entre a equipe de enfermagem e os pacientes. Uma relação muito mais próxima que fornece muitos dados que podem auxiliar nas decisões da equipe médica.

No entanto, essas duas experiências não são regra. O conflito está presente em diversas situações e por vários motivos.

Cynthia tem uma relação muito próxima com a equipe médica do STH e é criticada pelos colegas por isso. Ela explica,

À noite é a equipe médica e a gente. Assim, a dra. Arlete liga toda noite pra pedir alguma coisa, e comigo nunca teve problema, eu sempre me dei super bem. Comigo nunca teve conflito, mas percebi com os outros, tipo assim... tem gente que não suporta o tipo da dra. Arlete, tem gente que não suporta o tipo de outros... eu acho assim nós somos uma equipe, mas nós somos todos iguais, não interessa se é menina da limpeza ou médica, um depende do outro, não podemos viver no lixo e se o médico não prescrever eu não posso fazer nada e eu recorro ao médico sempre que eu preciso. [...] é um elo ligado ao outro. E tem gente que não entende [...] eu estou ali e faço um suquinho e gosto de levar pros médicos, seja na sala deles ou ponho ali e chamo... e tem gente que acha ruim...:“você fica dando trela, você não pode!”. Já cheguei a jogar fora uma jarra de suco porque não queria que eu levasse ali, tava a dra. Arlete, os residentes... eu me senti mal... porque durante o dia era normal, vinha, levava pra dra. Arlete, umas bolachinhas e aí a gente comia junto, conversava ... era normal. E com o dr. José Mário também, era normal. Então, pra mim, não tem diferença nenhuma. Tem gente que não gosta, dizem que não somos iguais, mas eu não vejo diferença, eu vejo como igual, um depende do outro. É nesse sentido que eu digo que é difícil lidar com a equipe, entende? Porque você está fazendo uma coisa de coração, e você está sendo julgada por aquilo que você está fazendo! Não é fácil! (CYNTHIA, auxiliar de enfermagem, 24/6/2007).

Nesse depoimento fica clara a distância imposta pela própria equipe de enfermagem em relação à equipe médica, “tem gente que não gosta, dizem que não somos iguais”. Essa diferença fica clara também nas palavras de Diogo:

Eu não acho muito tranqüila [a relação com a equipe do transplante], não é uma coisa agressiva, mas tem-se um distanciamento, tem-se um distanciamento...e eu também procuro deixar muito claro isso... pelo menos, na minha vida profissional eu sempre procurei distanciar muito da classe médica, distanciar no sentido assim fazer a grande separação de que eles têm um patamar, estão num grupo... nós da enfermagem estamos em outro grupo, nós fazemos parte dessa

equipe multidisciplinar, junto com os nutricionistas e tal, mas eu acho que eu tento fazer como se as coisas na minha cabeça funcionem na separação. Na separação do que: os meus procedimentos, o meu trabalho em si da enfermagem, só eu sei fazer, médico não sabe fazer, porque ele já é uma outra coisa, investigativa, com uma outra preocupação, não que nós não tenhamos o mesmo sentido de preocupação, mas ele já é uma prescrição, é um procedimento em si que ele tem que fazer, é a técnica e tal, e tal. Eu estou num outro lado, que é o tratamento desse paciente, o conforto, auxiliar o médico, que eu procuro fazer bem essa divisão, porque [pausa] eu acho que tem sempre a velha história de que dá a impressão de que o médico manda e o enfermeiro obedece. Então, eu acho... eu corto isso, eu procuro cortar isso da minha profissão. Nós estamos ali, sabe, somos os profissionais da área da saúde, eles não sabem fazer coisas que eu sei fazer, então um precisa ajudar o outro, um precisa colaborar com o outro, mas sempre com uma ressalva, sempre com uma distância. Porque... é cultural isso... lógico desde que a enfermagem cresceu ... então eu luto muito contra essa submissão da enfermagem... eu procuro, sempre quando eu falo alguma coisa eu procuro dizer que a gente não deve ser assim, não deve abaixar a cabeça... é lógico que a gente sabe que têm muitos profissionais que não tem a competência na realidade é o teu conhecimento profissional, então eu acho que você tem que demonstrar isso, não pode qualquer fulano chegar e dizer que... não, não é assim, tudo bem, ele tem o respaldo para prescrever, mas eu também sei que determinadas coisas tem que... em determinados momentos eu não vou fazer determinada coisa que ele prescreveu [...] você tem que lutar muito pra que você não seja também escravizado no teu próprio ambiente de trabalho, então é um embate sempre. Você veja o quanto que a enfermagem tem que... porque você se preocupa aí com médico... ah... eu não tenho muito essa visão de porque é “o doutor chegou!”, sabe... eu acho que respeito é uma coisa... “ah, porque a doutora fulana chegouuuu!!!! Ahhh todo mundo coorrre...[ironiza]... não! Eu acho que não é assim... (DIOGO, técnico de enfermagem, 23/06/2007).

O que Diogo procura mostrar é que a distância é necessária para evitar que haja subordinação excessiva da equipe de enfermagem em relação à equipe médica. Uma forma de deixar clara a importância do seu saber diante do saber do médico. “Ah, porque a doutora fulana chegou!!!! Ah, todo mundo corre!”, essa fala irônica revela o desprezo ou repúdio diante da postura, até certo ponto, autoritária dos médicos e submissa da equipe de enfermagem.

A enfermagem sofre, também, pelas constantes mudanças, afinal, não é fácil lidar com um grupo de residentes que permanece no serviço, mesmo que por um tempo curto, muitas vezes contra vontade. É o que procura explicar Janete, enfermeira do serviço:

para funcionar um setor de alta complexidade como é o transplante hepático é imprescindível que as equipes [...] falem a mesma língua, ou procurem acertar as arestas com relação ao transplante e ao cuidado. Então, aqui ela já é bem estruturada, formada, todos sabem bem as suas funções, como funciona o transplante, fases evolutivas, o que o paciente apresenta, o que não apresenta, e a comunicação da equipe médica é feita através dos residentes. Então, essa é uma das coisas que eu acho que poderia ser apontada como que não é direta e, talvez, interfira um pouco nessa questão de tecnologia e de cuidados, uma vez que os residentes ficam constantemente aqui, então a gente tem a presença deles aqui em tempo integral mas não temos a equipe médica que faz o transplante, o cirurgião, o que faz o transplante. A médica hepatologista clínica, ela passa visita todos os dias, mas uma visita mais rápida, também tem outras atividades, ambulatório etc. Então, a gente nunca está diretamente com a equipe, a gente sempre tem o contato direto do residente e como eles mudam, um tempo e passa, um tempo e passa, também tem a questão de adaptação da pessoa ao serviço, então isso... nessa rotina há uma quebra. Cada vez que há uma troca de residente, até informar novamente as rotinas, adaptar com os demais membros da equipe que são fixos como: o fisioterapeuta, a psicóloga, a assistente social, os enfermeiros, auxiliares, a equipe de enfermagem, vai um tempo até cada um aprender o jeito do outro e tal... e vendo a rotina... a hora que está afinadinho... ele sai e vem outro residente. Então, talvez, essa questão da equipe mesmo do transplante hepático, médica, não estar fixa é uma questão que poderia ser apontada. (JANETE, enfermeira, 25/6/2007).

Eduarda e Anna complementam,

Existe uma troca, muito, muito constante dos residentes que mudam, um é de um jeito, outro é de outro jeito, e nós temos sempre que estar nos adaptando, não é eles que se adaptam a nós... eles passam aqui e vão... nós sempre temos que estar lidando com personalidades, caráter diferentes a cada quatro meses. Então, eu acho assim, muito, muito, estressante (EDUARDA, auxiliar de enfermagem, 27/6/2007).

Não são todos os residentes que a gente se adapta, esse que está agora vem e dá pra conversar, questionar, falar as coisas, o que saiu antes também. Agora, o que estava antes, do antes, era insuportável, sabe ele era arrogante, ele não se dirigia à enfermagem, não respeitava a enfermagem. Ele dizia "ôoo... você...", por mais que ninguém quer que eles gravem o nome de todo mundo, mas tem que ter mais respeito com a enfermagem. (ANNA, auxiliar de enfermagem, 04/07/2007).

Nós tivemos um caso, em que a gente bipou o residente da Cirurgia do Aparelho Digestivo - CAD, o residente veio e o negócio transcorreu bem. O residente que veio é muito bom, acho que é o próximo que vem pro transplante, atencioso, aí já ligou pro Guilherme, o Guilherme já veio e não tivemos problemas. Nessa nós fomos bem. Teve outro caso, que a gente ficou chamando a CAD, e não vem, não vem, não vem, aí quando chega aqui começa com

aquela histeria, começa a gritar, “faça isso, faça aquilo, porque aquilo!” Espera aí! Nós chamamos vocês, vocês é que não vieram em tempo (ANNA, auxiliar de enfermagem, 04/07/2007).

Janete aponta como problema no STH a distância da equipe clínica e, mais ainda, dos cirurgiões. O contato mais direto é com os residentes, “um acadêmico de medicina representa a situação de fronteira. É um ‘futuro médico’ e, portanto, ocupante virtual do mais alto poder da hierarquia. Contudo, ele ainda detém muito pouco saber” (DESLANDES, 2002, p. 90). Pouco saber no sentido da prática médica no cotidiano do STH. Essa visão do “pouco saber” acaba por gerar conflitos entre as equipes, pois tanto as enfermeiras quanto os auxiliares e técnicos de enfermagem, poderão questionar as decisões dos residentes, suspeitando das suas condutas ou até mesmo dificultando iniciativas de atitude mais autoritária.

Nesse sentido, os residentes precisam estabelecer alianças com a equipe de enfermagem e demais profissionais, pois necessitam do apoio para solucionar problemas e até mesmo tirar dúvidas em relação a procedimentos. Aqueles residentes que não compreendem isso rapidamente, mostrando-se “arrogantes e autoritários” – muitas vezes “gritando histéricos em situações de risco” – perdem o apoio da equipe de enfermagem e geram sérios conflitos.

Deslandes (2002, p. 90), afirma que “nesse jogo de saber e poder, os profissionais de enfermagem, embora muitas vezes detenham o saber, ou seja, o conhecimento do que fazer, não tem poder para agir”. Nesse sentido, procuram não interferir, salvo quando o procedimento adotado põe em risco o bem-estar do paciente.

Nos depoimentos acima, ficam evidentes os conflitos gerados pelas diversas competências técnicas presentes no STH e pela disputa de poder-saber existente entre elas. Competência técnica questionada por Jeferson,

no Brasil nós temos um problema de formação, não do médico como um todo, mas principalmente da parte da enfermagem. Porque no Brasil existe uma profissão chamada técnico de enfermagem, que em outros países não existe, existe enfermeiro. E aqui no Brasil nós temos técnicos de enfermagem. É a mesma coisa se você pegar um técnico de conserto de carro fórmula 1, não existe isso. Existe mecânico que mexe no carro! Aquele que troca óleo, sabe onde está o problema, aqui não, a gente tem um técnico de enfermagem e qual é a formação dele nas escolas: aplicar injeção, medir temperatura, entendeu? Que não seria o ideal pra trabalhar num serviço de transplante, aqui nós temos que ter enfermeiros, enfermeiros pra fazer tudo. Mas, por uma questão orçamentária nós não temos como

fazer isso, e em nenhum canto do Brasil tem isso! (JEFERSON, residente, 18/10/2007).

Jeferson, na verdade, está reclamando do parcelamento do trabalho da enfermagem que destinou aos enfermeiros a gerência e a organização do trabalho em uma unidade hospitalar, afastando-o do contato direto com o paciente e delegando aos auxiliares e técnicos de enfermagem tarefas importantes que, em sua opinião, deveriam estar sob a responsabilidade do enfermeiro. E enfatiza, “temos que ter enfermeiros para fazer tudo”, embora a lógica atual não contemple esse pensamento.

A diferença na qualificação profissional pode gerar conflitos pessoais, como é o caso de uma enfermeira que trabalha no STH/HC como auxiliar de enfermagem mas que em outro hospital particular atua como enfermeira chefe da UTI:

aqui eu não sei se quero trabalhar como enfermeira ou se continuo como eu to, está bom assim como eu estou. Enfermeira tem muita responsabilidade do setor inteiro e de uma equipe inteira, tem que responder por tudo, então assim, eu acho que está bom do jeito que eu estou aqui como auxiliar, não tendo essa responsabilidade. Só venho fazer o trabalho, não sou obrigada a responder por nada disso, tem as enfermeiras e tudo, então assim tudo bem. Lá no outro, eu vivo na pele esse tipo de coisa, tem que responder por tudo, olhar por tudo, então, psicologicamente é cansativo, então por mais que eu não fique na lida lá, faço mais serviço burocrático, quando tem mais gente eu to junto, mas eu acho que eu queria um emprego como enfermeira e outro assim, porque às vezes eu venho descansar mesmo [sorrisos]... porque lá de manhã é enfermeiro pra tudo, todo mundo chama você, é médico, é fisioterapeuta, todo mundo te chama. Todo mundo quer, porque você que coordena ali, pra isso que precisa de enfermeiro. Então é bem cansativo... Quando eu venho pra cá, é o meu trabalho que já estou acostumada, é a minha casa. Então “Ah, não, deixa eu ficar lá no transplante como auxiliar mesmo, não ganho mal, ganho o que eu ganho” Então assim, ganho o que eu ganho aí fora como enfermeira, então às vezes, fico assim “até que ponto vale a pena eu passar no concurso aqui como enfermeira”... eu penso na minha própria saúde assim sabe, então deixa assim, tem bastante folga, logo, logo vou pra noite, uma sim, duas não (VALÉRIA, auxiliar de enfermagem, 25/6/2007).

Valéria apresenta o lado estressante do trabalho da enfermeira, ao que parece, coloca em xeque duas posições distintas: a de coordenação e a de execução. Por um lado, como enfermeira, precisa se responsabilizar pela equipe, cuidar do trabalho burocrático da função, por outro, como auxiliar, dedica-se ao cuidado do paciente, não precisa responder pelo trabalho dos outros.

Conforme Peduzzi e Hausmann (2004), a enfermagem moderna ou

profissional, institucionaliza-se em meados do século XIX, como prática social e não como ciência. O argumento utilizado é de que a enfermagem, assim como, a medicina, a nutrição e outras não podem ser consideradas ciências em si, pois se referem a objetos complexos e particulares, cujas características são tanto naturais quanto sociais. E o que determina essa prática social é a característica de intervenção efetiva sobre determinado objeto ou necessidade. A enfermagem, como prática social, fundamenta-se no conhecimento científico e suas intervenções estão pautadas em um saber operante, técnico ou tecnológico. Um aspecto característico do trabalho da enfermagem é a heterogeneidade da prática que tem origem em duas categorias distintas, as *nurses* e as *ladies-nurses*, as primeiras assumindo tarefas de cuidado direto e as segundas de ensino e supervisão. Essa separação do trabalho intelectual do manual se acentua no decorrer do século XX, e está presente na atualidade brasileira. Cabem aos enfermeiros as atividades gerenciais e de ensino e aos auxiliares e técnicos de enfermagem as ações de cuidado.

As autoras apresentam dados de pesquisas que evidenciam que auxiliares e técnicos de enfermagem realizam um amplo leque de atividades que contemplam desde as mais usuais para estas duas categorias, como ações de avaliação de pacientes e a execução de procedimentos complexos como gasometria arterial<sup>60</sup>, sondagem, fixação de cânula endotraqueal<sup>61</sup> etc. Duas categorias profissionais que acabam executando as mesmas tarefas. E, pelo fato do percentual de enfermeiros, em relação aos auxiliares e técnicos, ser bem menor, não há diferenciação entre as categorias profissionais. Essa não diferenciação entre as ações executadas pelos auxiliares e técnicos e os enfermeiros interfere no prestígio destes últimos, gerando conflitos e uma busca pelo reconhecimento desta categoria. Por sua vez, os enfermeiros vão assumindo a posição de gerentes de assistência de enfermagem, o que lhes permite uma atuação mais intelectualizada no trabalho, garantindo a organização e o controle sem, contudo, executá-lo.

Essa situação gera conflitos nas equipes de enfermagem, pois ora os auxiliares e técnicos de enfermagem estão subordinados, ora colocam-se como executores de um trabalho equivalente aos dos enfermeiros, embora inseridos em

---

<sup>60</sup> Exame invasivo que mede as concentrações de oxigênio e a ventilação.

<sup>61</sup> Procedimento médico, que por meio de um laringoscópio, visualiza a laringe e através dele introduz um tubo na traquéia (tubo ou cânula endotraqueal). Utilizado para auxiliar a ventilar o paciente, com ventilação mecânica, ou seja a ventilação através do uso de aparelhos.

processos de trabalho diversos com responsabilidades distintas. Há um estranhamento em relação às ações dessas duas categorias. Como afirma Freidson (1978, p. 67, tradução nossa), "em geral, quanto mais autônoma é a ocupação e quanto maior é a superposição de seu trabalho com o médico, maior é a probabilidade de conflito, legal ou de outro tipo"<sup>62</sup>.

Na visão do residente,

Um conflito ou outro sempre surge, mas eu acho que o clima aqui na Unidade de Transplante é muito bom, é uma equipe multidisciplinar, que cada um tem seu papel, todo mundo desempenha com vontade, dando o máximo de si, para o melhor do doente. Agora, discordar de uma coisa ou outra isso sempre existe. Mas nem por isso interfere na evolução do trabalho (JOÃO, residente R3, 24/5/2007).

Para Jeferson – R3, o importante é saber lidar com os conflitos,

...quando você está dentro de uma coisa e você faz aquilo que você gosta, as coisas que aparecem, os pequenos obstáculos, não é um problema, não é um sacrilégio, não é uma pessoa querendo ser melhor que a outra, faz parte do dia-a-dia da vida, a vida é assim. E em todo o serviço que tem uma complexidade como tem o transplante exige uma hierarquia. E o que é hierarquia? Tem sempre alguém que manda e tem alguém que obedece. Hoje eu estou do lado que eu obedeço, eu sou aquela parte que diz 'operativa', eu vou, faço a cirurgia e tudo e devo satisfação ao chefe do serviço, que é o dr. Michel, assim como devo satisfação à Dra. Arlete, entendeu? Mas a gente tem que trabalhar nessa forma de equipe lidando com cada pessoa que vem aqui, todo dia ele tem um objetivo. Um enfermeiro tem um objetivo, a fisioterapeuta tem outro objetivo, cada um tem um objetivo, você tem que saber lidar com isso aí (JEFERSON, residente 18/10/2007).

No depoimento fica claro que possuir objetivos diferentes no interior do STH gera conflitos entre os trabalhadores da equipe do transplante. Contudo, para quem está num posto mais alto da hierarquia – os médicos – os conflitos são mais facilmente contornáveis, ao passo que para a equipe de enfermagem é o contrário. As tensões são muito maiores, porque necessitam de mais esforços para constituir o *habitus* próprio e, ainda mais, o reconhecimento desse *habitus* pela equipe médica.

Isso se comprova no relato de Valéria, para quem

a enfermagem tem que saber lidar com eles [médicos], com a equipe, porque muito mudou o relacionamento, antigamente [...] os

<sup>62</sup> "En general, cuanto más autónoma es la ocupación y cuanto mayor es la superposición de su trabajo con el médico, mayor es la probabilidad de conflicto, legal o de otro tipo".



médicos viam a enfermagem como subordinados deles e tem que fazer assim, a gente manda, e não sei mais o quê, mas graças a Deus... realmente tem muita gente arrogante, já vi, já briguei com muitos assim, sabe, porque vai da pessoa aceitar, não é bem isso, não tem nada a ver, são profissões totalmente diferentes, que eles cuidem da deles que a gente cuida da nossa.

Então, não interessa, eu exijo respeito como profissional e eu vou respeitar você como profissional, a partir do momento que me desrespeitou você vai ouvir muita coisa também. Eu penso assim. Já passei por situações que eu briguei mesmo, que bati boca, fui bem mal educada, mas, assim, são coisas necessárias pra que a pessoa venha a te respeitar, porque às vezes eles olham assim você como auxiliar... “ah eu briguei com aquela de lá e ela não fez nada”, então vai ficar pisando em todos os auxiliares, não é bem assim. Eu aqui penso assim, lá [no hospital particular] como eu sou enfermeira e supervisora da equipe, não aprovo se eles fizerem isso com alguém da equipe, e eu vou falar também, porque não é justo e eu não concordo (VALÉRIA, auxiliar de enfermagem, 25/6/2007).

Quando Valéria fala “são profissões totalmente diferentes, que eles cuidem da deles que a gente cuida da nossa”, está lutando contra a idéia de subordinação, clamando pelo reconhecimento do seu saber.

Nessa mesma perspectiva, a enfermeira Janete relata, ao final da entrevista, que percebe o não reconhecimento da importância do trabalho do enfermeiro e dos auxiliares de enfermagem, “talvez pela nossa cultura”, diz ela. O próprio paciente reconhece o médico, sabe que qualquer procedimento é pago; mas com as enfermeiras e auxiliares é como se fosse banalidade: – “mede minha pressão?”; – “mas é só uma injeção!” Janete acredita que todas as profissões têm sua importância, “transplante tecnicamente perfeito não vinga sem cuidados assistenciais, nutricionais, fisioterapêuticos, psicológicos, então, todos são importantes” (Diário de campo, 25/06/07).

Janete na verdade, se ressentida do pouco prestígio que as enfermeiras possuem diante dos pacientes. “Para o olhar leigo, o médico é o ator principal do atendimento, cabendo-lhes o espaço de meros ‘figurantes’” (DESLANDES, 2002, p. 91).

Carapinheiro (2005) atribui a intermutabilidade de tarefas entre enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem ao número limitado de pessoal de enfermagem em função do número e da situação dos pacientes, dessa forma, a repartição das tarefas ocorre em termos dessa limitação e não em termos de qualificação.

Limitação exposta por Valéria e reforçada por Janete,

O que é prioridade? Atender os pacientes de alta complexidade, verificar os dados vitais dele, administrar medicações, trocar por aquilo que der tempo, é tudo assim... se der tempo... Então assim, rotinas de guardar material, rotinas como organizar ponto, coisas assim que pode ficar pra segundo plano, vai ficar pro pessoal da noite... E os turnos se bicam porque “ah, o pessoal não faz”; porque verificar temperatura de geladeira, porque se você tem uma equipe completa tu divides, você faz aquilo e você aquilo, beleza... agora, se não tem, então é aquilo, você vai fazer por prioridade, nós ficamos assim por longos três anos, nessa escassez. Então, dificuldade por causa do trabalho, não dá pra folgar naquele dia porque não vai ter ninguém, tem que pegar menos final de semana, porque daí não vai ter ninguém pra trabalhar, então dificulta muito para os próprios funcionários. É um problemão que tem aqui e em todo HC. Quando abre concurso abre uma ou duas vagas, isso é o cúmulo! ... (VALÉRIA, auxiliar de enfermagem, 25/6/2007).

A escala de trabalho é assim a primeira coisa gritante, porque não adianta também eu ter tecnologia, como eu falei que eu não tenho: monitor, oxímetro<sup>63</sup>, monitorização invasiva<sup>64</sup>, e tudo que existe de ponta no mercado, curativo pronto e outros ... Não adianta você ter todo esse mundo de tecnologia e coisa que eu pudesse estar utilizando se eu não tenho pessoas para gerir, pra trabalhar com isso, pra instalar essa tecnologia, pra principalmente monitorizar essa tecnologia, onde a gente tem uma escala que o pessoal aposentou e não foi repostado mediante concurso, então, diretamente, o que dificulta o meu trabalho aqui são os recursos humanos (JANETE, enfermeira, 25/6/2007).

Na falta de funcionários a equipe divide as tarefas para atender as prioridades, nessa situação a cooperação é fundamental para que o trabalho seja realizado e para que os pacientes sejam atendidos nas suas necessidades. O trabalho burocrático fica para depois, quando sobrar tempo.

Nesse sentido, Dejours (1999, p. 43) define o trabalho como “a atividade coordenada desenvolvida por homens e mulheres para enfrentar aquilo que, em uma tarefa utilitária, não pode ser obtido pela execução estrita da organização prescrita”. Assim, apesar da rotina prescrita para o trabalho da equipe de enfermagem, a realidade do trabalho é expressa por ajustes, rearranjos e criatividade. Não há como ser diferente. Se há falta de pessoal, trabalha-se com as prioridades, reduzem-se as folgas. Se não há material específico como monitor, oxímetro, monitorização invasiva, trabalha-se com alternativas criativas, emprestando de outras unidades ou adaptando materiais disponíveis que possam

<sup>63</sup> Dispositivo médico que mede indiretamente a quantidade de oxigênio no sangue de um paciente

<sup>64</sup> Sistema de monitorização hemodinâmica que permite a avaliação do estado circulatório do paciente; ela inclui medidas da frequência cardíaca, pressão intra-arterial, pressões de cunho capilar pulmonar e arterial pulmonar, pressão venosa central entre outros. O procedimento é realizado através da introdução de um cateter no sistema venoso central.

gerar a mesma informação ou resultado.

E, além disso, trabalhar em equipe representa sempre o enfrentamento de tensões que podem vir das diferentes percepções que cada um possui de suas funções e sua posição na equipe ou ainda, da forma como cada um percebe as queixas e os eventos que acometem o paciente sob seus cuidados.

## 4 SABER E SENTIR

*A comparação da medicina com o amor é muito pertinente. Porque a relação médico-paciente é inevitavelmente colorida pela emoção. Pela angústia, muitas vezes. O que eu tenho, doutor? (Uma questão que corresponde àquela outra, não formulada, do médico: Mas o que tem esse homem?) (SCLIAR, 1996, p.8).*

Na relação homem-trabalho não se pode considerar o indivíduo isolado, ele está sempre ativo nas relações: relação com outros membros da equipe que sofrem, para construir as estratégias defensivas em comum; relação com os pares, na tentativa de um reconhecimento de sua identidade ou de sua pertença a um grupo; relação com a hierarquia para fazer reconhecer a utilidade de sua habilidade ou de sua técnica; e, relação com os subordinados, na tentativa de buscar reconhecimento de sua autoridade e de suas competências (DEJOURS, 2007).

Para Elias (1994a), cada indivíduo é um elo nas cadeias que ligam outras pessoas, assim como todas as demais, direta ou indiretamente, são elos nas cadeias que as prendem. Essas cadeias não são visíveis e tangíveis, entretanto, são elásticas, variáveis, mutáveis. E essa rede de funções que as pessoas desempenham umas em relação às outras é chamada sociedade, regida por leis autônomas das relações entre pessoas individualmente consideradas.

Elias compara a rede de inter-relações como uma rede de tecido:

Nessa rede, muitos fios isolados ligam-se uns aos outros. No entanto, nem a totalidade da rede nem a forma assumida por cada um de seus fios podem ser compreendidas em termos de um único fio, ou mesmo de todos eles, isoladamente considerados; a rede só é compreensível em termos da maneira como eles se ligam, de sua relação recíproca. Essa ligação origina um sistema de tensões para o qual cada fio isolado concorre, cada um de maneira um pouco diferente, conforme seu lugar e função na totalidade da rede. A forma do fio individual se modifica quando se alteram a tensão e a estrutura da rede interna. No entanto essa rede nada é além de uma ligação de fios individuais; e, no interior do todo, cada fio continua a constituir uma unidade em si; tem uma posição e uma forma singulares dentro dele. [...]. [Uma] rede em constante movimento, como um tecer e destecer ininterrupto das ligações (ELIAS, 1994a, p. 35).

Por meio da análise da etiqueta da corte – “indicador altamente sensível e um instrumento de medida confiável do prestígio e valores dos indivíduos em sua

estrutura de relações” (ELIAS, 2001, p. 33) – e do estudo da elite da sociedade de corte, Elias mostra de que modo sua estrutura fornecia ou obstruía, para os homens singulares da época, suas possibilidades de realização.

A análise das figurações permite observar indivíduos como sistemas próprios, abertos, orientados para a reciprocidade, ligados por interdependências dos mais diversos tipos e que formam entre si figurações específicas, em virtude de suas interdependências. Seres humanos que se desenvolvem nas e pelas relações com outros.

Ao se descobrirem as interdependências, reproduzem-se a identidade última de todos os indivíduos. Quando se investiga de que maneira eles se ligam e se tornam dependentes uns dos outros, quando se procura elucidar a partir de que motivos o mecanismo das interdependências humanas assume determinada conformação específica em determinada fase, chega-se a uma compreensão melhor do desenvolvimento da figuração que leva a um entrelaçamento próprio de interdependências. E “quando percebemos o indivíduo como uma pessoa em figurações que ele constitui junto com outras pessoas, isso aprofunda e dá vigor a nossa compreensão da individualidade” (ELIAS, 2001, p. 217).

Na sociedade de corte, “o sentido da vida para um duque estava no fato de ser um duque. [...] Qualquer perda de privilégios significava um esvaziamento de sentido de suas existências [...] Todo o sistema era carregado de tensões” (ELIAS, 2001, p. 95). O alcance das metas que garantiam privilégios não significava nada se todo esforço não fosse reconhecido ou confirmado aos olhos dos outros. Vislumbram-se recompensas na forma de atenção, reconhecimento, amor, admiração etc. Sendo assim, as etiquetas e os cerimoniais na sociedade de corte tinham essa função simbólica de grande importância, mostrar aos outros sua posição diante do rei. Um simples olhar do rei, em um determinado cerimonial, poderia derrubar ou elevar o prestígio de determinado cortesão. Nesse sentido, para o rei a etiqueta e os cerimoniais na corte não eram apenas instrumentos de distanciamento, mas instrumentos de dominação.

Na mesma perspectiva, para Strauss (1999, p. 71), a interação não se dá entre duas pessoas apenas, pois “cada um dos atores, ao mesmo tempo em que representa um em relação ao outro, pode também estar representando em relação a um terceiro invisível”. Esse terceiro invisível representa lendas e mitos, experiências vividas anteriormente, grupos sociais e familiares etc., comportamentos que

expressam valores sociais adquiridos no processo civilizador. Processo que provocou mudanças, não planejadas racionalmente,

planos e ações, impulsos emocionais e racionais de pessoas isoladas [que] constantemente se entrelaçam de modo amistoso ou hostil [...] É essa ordem de impulsos e anelos humanos entrelaçados, essa ordem social, que determina o curso da mudança histórica, e que subjaz ao processo civilizador (ELIAS, 1993, p. 194).

O comportamento civilizado, no entanto, impôs um controle mais complexo e estável da conduta dos indivíduos, um controle com certo automatismo incutido nos indivíduos nos primeiros anos de sua vida. Esse autocontrole visa prevenir transgressões do comportamento socialmente aceitável “mediante uma muralha de medos profundamente arraigados” (ELIAS, 1993, p 196).

As idéias, convicções, afetos, necessidades e traços de caráter que se produzem no indivíduo mediante a interação com os outros, é que vão determinar a natureza e a forma do ser humano individual. Segundo Elias (1994a), até mesmo a sua solidão traz a marca da história de seus relacionamentos. Entretanto, ao impor o controle das emoções (ELIAS, 1993, 1994b), o processo civilizador reduz mas não elimina as possibilidades de subjetivação. As suas frustrações, seus desejos, suas angústias, seus medos e seus fantasmas emergem nas relações e na reciprocidade de ação com os outros (SIMMEL, 2002) mas são reelaborados e transformados.

Nessa perspectiva, o presente capítulo explica as tensões entre o saber e o sentir (emoções, frustrações, desejos, angústias, medos) entre os membros da equipe do transplante.

#### 4.1 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: APROXIMAÇÃO OU DISTANCIAMENTO

Para se pensar a emergência das tensões entre o saber e o sentir no campo da saúde é preciso levar em conta a relação médico-paciente. Na história do desenvolvimento das práticas médicas, há indícios de que alguns níveis de complexidade na relação médico-paciente tenham surgido na base do próprio desenvolvimento das práticas médicas. Dessa forma, deixavam-se de lado as possíveis interferências psicológicas dos pacientes, bem como, as características da idade e temperamento. Assim, pode-se dizer que o médico estava deixando de lado o sentir desse indivíduo.

Entretanto, Moreira Filho (2005, p. 35) alerta para o fato de que “os recursos que a técnica hoje coloca à disposição da Medicina imprimem também sua marca na relação médico-paciente”. Tais dispositivos fazem com que a relação médica seja menos pessoal no sentido de que um eletrocardiograma, por exemplo, possa substituir um diálogo entre médico e paciente (ver discussão no capítulo 3). Esses meios disponibilizados pela tecnologia moderna aumentam a autoridade dos médicos aos olhos dos pacientes e fazem-nos parecerem donos de uma verdade ainda mais absoluta (MOREIRA FILHO, 2005, p. 35). A utilização da tecnologia na medicina realça os aspectos objetivos das enfermidades e, muitas vezes, uma anamnese detalhada é substituída por uma série de exames instrumentais.

Conforme Moreira Filho (2005, p. 38),

Em meio a tal complexidade, a interposição dos recursos técnicos pode ser o modo mais fácil de atuar. Nesse caso, o que é ganho em simplificação é perdido na compreensão ao paciente. A introdução da técnica como recurso de defesa [...] pode falsear a avaliação global do paciente e comprometer o tratamento.

Se até a primeira metade do século XX, os clínicos contavam com o Raio X como único meio de revelar uma imagem do corpo, estavam porém mais atentos à história que o paciente contava, à ausculta e a palpação do corpo, na busca por um diagnóstico. Hoje os especialistas prestam mais atenção aos papéis e filmes, a imagem revelada por um “meio eletrônico”, podendo fazer um diagnóstico até mesmo sem olhar para o paciente, e no limite sem a presença deste.

A abundância de dados produzida pela moderna tecnologia médica fez com que o “pêndulo da Medicina” oscilasse rumo à objetividade. Nas palavras de Moreira Filho (2005, p. 46):

A técnica deslocou o pêndulo da Medicina para a vertente objetiva e interpôs entre o profissional e os pacientes vários aparelhos, muitos exames e alguns técnicos. Com isso, provavelmente permitiu aos médicos salvar mais vidas que antes, mas à custa de tornar mais impessoal a relação entre eles e de promover novas angústias.

Nesse sentido, Sawaia afirma que:

o assassino da cultura e da subjetividade não é a tecnologia, mas as interpretações desses resultados embutidos de totalitarismo e de intolerância teórica e o uso dos mesmos segundo a lógica mercadológica e não por valores humanos (SAWAIA, 2003, p. 89).

O pensamento de Sawaia está na mesma direção dos argumentos de Canguilhem (2005) quando este reconhece que no processo de cura há um elemento chave, nem sempre considerado, a subjetividade. A crença absoluta na objetividade presente na tecnologia médica e na biomedicina tende a criar expectativas absolutas do paciente no processo de cura e do médico na sua capacidade de curar. Para Canguilhem, a cura pressupõe a complementaridade entre médico e paciente, ou melhor, uma relação intersubjetiva entre ambos. Assim,

não há pior ilusão de subjetividade profissional, por parte dos médicos, do que sua confiança nos fundamentos estritamente objetivos de seus conselhos e gestos terapêuticos, desprezando ou esquecendo autojustificadamente a relação ativa, positiva ou negativa, que não pode deixar de se estabelecer entre médico e doente (CANGUILHEM, 2005, p. 61).

A importância da complementaridade entre médico e paciente foi abordada por Menezes (2006, p. 96) em pesquisa realizada com profissionais que atuam em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). A autora afirma que, assim como, na observação etnográfica é necessário um movimento de aproximação e recuo, de identificação e estranhamento, no cotidiano da UTI, o intensivista<sup>65</sup> não deve se posicionar nos extremos: muito distante ou muito próximo ao paciente, pois o que está em jogo são interações complexas, em que vários aspectos são relevantes. Por um lado, o médico não deve se aproximar demais, “evitando o envolvimento com o sofrimento vivido pelo doente”, e assim, comprometendo o “cuidado competente”, o processo “ideal” de tomada de decisões. Por outro lado, o intensivista não deve se afastar totalmente, pois corre o risco de tratar o paciente como objeto, esquecendo que ele é “uma pessoa com história e chama singulares”.

O que a autora defende é que os intensivistas, nesse caso, devem aprender a gerenciar suas emoções, criar “modos de administração de uma possível emergência de sentimentos”, encontrando um ponto de equilíbrio entre competência e cuidado.

A complementaridade entre médico e paciente, entre objetividade e subjetividade aparece também no estudo desenvolvido por Maciel-Lima, Hopfer e

---

<sup>65</sup> Intensivista é o nome dado ao profissional de saúde dedicado ao atendimento do paciente internado em unidades emergenciais tais como pronto-socorros e Unidades de Terapia Intensiva. São considerados profissionais intensivistas: médicos, fisioterapeutas e enfermeiros, além de nutricionistas, fonoaudiólogos, odontólogos e psicólogos que se dedicam ao paciente crítico.



Souza-Lima (2004), em uma instituição médico-hospitalar da região Metropolitana de Curitiba. Nesse trabalho os autores procuram demonstrar que da complementaridade entre as racionalidades instrumental e substantiva emerge uma identidade profissional médica, ainda, predominantemente instrumental, porém, com lampejos de substantividade. Após a pesquisa com médicos foi possível identificar que, sem desconsiderar a capacidade colonizadora da racionalidade instrumental na imposição de rotinas, hierarquias e fragmentação do conhecimento, são inegáveis os espaços conquistados pela racionalidade substantiva no processo de construção de identidades profissionais auto-realizadas. Isto conduz à percepção de que a construção da identidade profissional do médico está associada às influências perenes das duas racionalidades, uma vez que é preciso aprender a pensar não mais em termos dicotômicos e excludentes, mas em termos de complementaridade. Assim, instrumentalidade e substantividade podem ser interpretadas como dimensões de um mesmo projeto, o da auto-realização humana.

No mesmo sentido, em pesquisa etnográfica realizada em um hospital público da Província de Buenos Aires, Bonet (2004) afirma que a produção da identidade dos médicos se dá na constante tensão entre o “saber” (oficial, instrumental) e o “sentir” (romântico, subjetivo). É possível perceber que:

nos momentos em que o ‘saber’ não dá as respostas esperadas, o ‘sentir’ abre espaço e adquire maior força. É então que os dramas sociais explodem, os médicos (...) conseguem perceber o caráter ilusório da separação entre o profissional e o humano, ou entre o saber e o sentir (BONET, 2004, p. 119).

Bonet (2004, p. 15) buscou “observar como os residentes aprendem na prática o *habitus* do trabalho médico, com a perspectiva de compreender como por meio dessa incorporação vão modelando suas subjetividades”. Um dos argumentos utilizados pelo autor é de que os médicos quando passam a fazer parte da biomedicina, de um lado, estão seduzidos pelo que ela representa e, de outro, se rebelam contra a posição em que ela os coloca: “divididos entre o que precisam fazer para ‘saber’ e o que ‘sentem’ ao fazer. ‘Saber e sentir’, esta é uma manifestação da tensão estruturante que os mantêm, por meio do qual eles se constituem e, em muitas ocasiões, padecem” (BONET, 2004, p. 16).

Pode-se inferir que, no bojo dessa discussão, permeia a concepção de meados do século XX, de que o médico deve estar do lado da razão, pois as

paixões humanas turvam a visão impedindo que o médico assegure o valor científico, objetivo do seu trabalho (CLAVREUL, 1983).

Clavreul (1983) afirma que para sustentar essa posição objetiva, o médico deve ser um personagem, levando em consideração a conduta descrita por Hipócrates:

A regra do médico deve ser a de ter uma boa cor e estar bem nutrido, de acordo com o que sua natureza comporta, pois o vulgo imagina que aqueles cujo corpo não está assim em bom estado não poderiam cuidar convenientemente dos outros. Depois a pessoa do médico deverá ser de grande limpeza. Postura decente, perfume agradável cujo odor não tenha nada de suspeito. Pois, em geral, tudo isto apraz ao doente. Quanto à moral, o homem sábio não apenas será discreto, mas também observará uma grande regularidade em sua vida. Isto faz o maior bem à reputação. Seus costumes serão honráveis e irreprocháveis e, com isto, ele será para todos grave e humano, assim isto seria muito útil, pois vangloriar-se e prodigalizar excita o desprezo. Que ele se regre segundo a licença que lhe dá o doente, pois as mesmas coisas raramente apresentando-se para as mesmas pessoas são bem-vindas. Quanto ao exterior, ele terá a fisionomia refletida sem austeridade, de outro modo pareceria arrogante e duro. Por outro lado, aquele que se entrega ao riso e uma alegria excessiva é visto como estranho às conveniências; e ele precisa se preservar disto cuidadosamente. A justiça presidirá todas as suas relações, pois é preciso que a justiça intervenha freqüentemente. Não são pequenas as relações do médico com os doentes. Os doentes se submetem ao médico e este, a qualquer hora, está em contato com mulheres, com jovens, com objetos preciosos. É preciso, em relação a tudo isto, conservar as mãos puras. Assim deve ser o médico quanto ao corpo e à alma (HIPÓCRATES citado por CLAVREUL, 1983, p. 88).

Essas regras já não são mais ensinadas nos cursos de medicina, no entanto, repercutem até os dias de hoje, no imaginário médico.

O médico é um personagem heróico, cavaleiro da ciência e do dever. Ele se expõe a riscos consideráveis porque trata das mais graves doenças (...); o cirurgião é tanto mais prestigioso quanto as operações que pratica sejam mais perigosas; ele participa do risco mortal que sua intervenção faz seu cliente enfrentar (CLAVREUL, 1983, p. 89).

Nesse sentido, para que se mantenha o *status* de mestre, o médico deve identificar-se com os valores prescritos na ordem médica, não se afastando da objetividade necessária à prática médica, evitando assim, que o saber médico seja questionado. Mas para isso, torna-se necessário manter distância em relação ao

paciente, reafirmando o discurso médico, os valores da ordem médica, enfim, exaltando sua autoridade.

Na perspectiva de Bourdieu (1996, p. 48), tanto os indivíduos quanto os grupos, “existem e subsistem na e pela diferença, isto é, enquanto ocupam posições relativas em um espaço de relações”. Toda sociedade está representada por esse espaço de relações e só é possível entender sua estrutura se puder compreender a distribuição das formas de poder ou dos tipos de capital envolvidos nessa estrutura.

Pode-se pensar o hospital como um campo de forças e de luta, no interior do qual os agentes se enfrentam com meios e fins diferenciados conforme sua posição nesse campo. Nas palavras de Bourdieu,

As relações de força mais brutais são, ao mesmo tempo, relações simbólicas e os atos de submissão, de obediência, são atos cognitivos que, como tais, põem em prática as estruturas cognitivas, as formas e categorias de percepção, os princípios de visão e de divisão: os agentes sociais constroem o mundo social através de estruturas cognitivas [...], suscetíveis de serem aplicadas a todas as coisas do mundo e, em particular, às estruturas sociais (BOURDIEU, 1996, p. 115).

Essas relações de força são estabelecidas por meio de um poder simbólico. Um poder invisível e que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem. Os sistemas simbólicos, por sua vez, só podem exercer um poder estruturante porque são estruturados. Distinguem-se conforme são produzidos e, ao mesmo tempo, apropriados pelo conjunto de um grupo. Esse poder simbólico só se exerce se for reconhecido, ignorado como arbitrário e tiver a capacidade de obter o equivalente daquilo que só é conquistado pela força física ou econômica. Nesse sentido, o poder simbólico não reside nos sistemas simbólicos como uma força ilusória, mas se define numa relação determinada entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos, na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a crença (BOURDIEU, 2006).

As estratégias discursivas dos diferentes actores, e em especial os efeitos retóricos que têm em vista produzir uma fachada de objectividade, (...) dependerão dos interesses específicos e dos trunfos diferenciais que nesta situação particular de luta simbólica pelo veredicto “neutro”, lhes são garantidos pela sua posição nos sistemas de relações visíveis que se estabelecem entre os diferentes campos em que eles participam (...) O que resulta de todas estas relações objectivas, são relações de força simbólicas que se

manifestam na interação em forma de estratégias retóricas (BOURDIEU, 2006, p.56).

Os agentes ou grupos de agentes são definidos pelas suas posições relativas no espaço social, um espaço de interação pré-construído. À medida que as propriedades tidas em consideração para se construir este espaço são propriedades atuantes, o espaço pode ser descrito também como campo de forças, um conjunto de relações de forças objetivas impostas a todos os que estejam nesse campo e irreduzíveis às intenções dos agentes individuais ou mesmo às interações diretas entre os agentes (BOURDIEU, 2006). O campo social descreve-se também como “espaço multidimensional de posições tal que qualquer posição actual pode ser definida em função de um sistema multidimensional de coordenadas cujos valores correspondem aos valores das diferentes variáveis pertinentes...” (BOURDIEU, 2006, p. 135).

No espaço social do hospital, a autoridade depende da posição hierárquica do médico. O médico titular, pesquisador, cirurgião, pertence a uma classe hierárquica mais elevada que um médico clínico ou mesmo um residente. Aos médicos cirurgiões cabe dominar as técnicas de mais alta complexidade, ao médico clínico, por sua vez, cabe o contato mais próximo com os pacientes e um saber generalizado sobre as enfermidades.

Sendo assim, médico cirurgião que trabalha no transplante hepático precisa manter-se atualizado em relação às técnicas cirúrgicas condizentes com o objetivo do transplante e focar sua atenção no fígado do paciente. Esse é um dos meios de constituição do *habitus* médico.

Para Jeferson,

O dr. Michel tem pouco contato com o doente, mas isso acontece em todo serviço de transplante. Em todo serviço, o chefe tem outras milhões de coisas pra fazer e ele é chamado no momento onde é para decisão, que nós preparamos tudo e entregamos já para ele fazer aquilo que ele sabe fazer de melhor [implante do enxerto, hepatectomia<sup>66</sup> e as anastomoses vasculares venosas] (JEFERSON, residente, 18/10/2007).

Nesse depoimento, percebe-se a autoridade instituída. Na percepção de Jeferson, a posição hierárquica de Michel, cirurgião chefe da equipe do transplante, justifica sua postura distante do paciente. Sua intervenção é diretamente no objeto

---

<sup>66</sup> Conceito explicado à página 88, nota 40.

de sua prática, no fígado. As demais funções são delegadas aos residentes, ao clínico e à equipe de enfermagem.

Em dois depoimentos fica clara a aceitação da “distância” do cirurgião em relação não só aos pacientes mas, também, à equipe em geral. Para Jeferson,

O cirurgião tem que aprender a trabalhar em cima de um ambiente de estresse [...] Se o cirurgião não tiver isso na formação dele, não adquire nunca mais. Isso é do tempo da formação do cirurgião, trabalhar num ambiente com estresse, com tensão. Porque ele é o responsável pelo doente no centro cirúrgico, não interessa qual seja a função de cada um. Tanto é que por isso, todos nós que somos os subordinados, temos admiração pelo dr. Michel por conta disso. Porque ele sabe... está certo que ele já tem bastante tempo... às vezes até não tem tanta paciência com a gente mas... isso é o perfil do cirurgião. Não tem, não existe outro tipo de cirurgião. A pessoa pra assumir essa especialidade de cirurgião tem que ser assim. Pelo nível de cobrança em cima dele, não só pessoal, entendeu? (JEFERSON, residente, 18/10/2007).

O dr. Michel tem que ser assim mesmo! Não pode ser diferente! Ele não pode ficar se preocupando com o que a equipe vai pensar do seu jeito, ou em dar atenção a todo mundo, ele precisa se preocupar com o transplante! (ANTONIA, psicóloga, 12/11/2008).

Nos depoimentos, o fato de “não ter paciência” com os residentes ou “não poder ficar se preocupando com o que a equipe vai pensar do seu jeito”, revela o *habitus* constituído, aceito como funcional àquele campo.

Assim, no campo do saber médico, a postura do cirurgião em tratar a doença, o fígado, é funcional à prática médica. O *habitus* se constitui, se reconstitui e é reforçado pelo próprio campo e de forma recursiva ajuda a reforçar o próprio campo. E aí se perpetua.

Ao que parece, no serviço de transplante hepático o rebatimento da relação médico-paciente no processo de constituição do *habitus* do cirurgião é indireta, à medida que é delegada aos residentes, aos clínicos e à equipe de enfermagem.

#### 4.2 A VIVÊNCIA NO “CALABOUÇO”

Muitas vezes, para se atingir o grau de autonomia na especialização e na prática médica escolhida, é necessário passar por experiências diferentes mas não menos importantes. É o caso do estágio obrigatório que os residentes do Curso de Cirurgia do Aparelho Digestivo (CAD) precisam fazer no STH, um período não muito

aceito e que demanda certo esforço de Arlete – chefe clínica:

nem sempre a gente pode ter calma pra conversar, explicar tudo que gostaria e como eu trabalho com residentes que são de formação cirúrgica são ótimos residentes, mas eu sei que a maior alegria deles é estar no centro cirúrgico e não aqui [no STH]. No sentido assim, de que aqui significa estar longe do lugar que eles mais gostam, no centro cirúrgico, então muitas vezes eu me angustio porque eu espero que eles aproveitem o estágio, mas eu sinto que isso é difícil pra eles, estar aqui e longe do centro cirúrgico. Quando têm muitos transplantes eles até ficam mais calminhos, mas quando vem esse período de falta de cirurgias, eu sinto neles essa impaciência. Ficar na clínica é importante, mas eles se sentem muito realizados dentro do centro cirúrgico. Então eu me preocupo com isso. Não é simples pra mim eu acho, porque aqui eles já vêm com aquela idéia de que é o calabouço [risadas] e eu do meu lado procuro fazer com que não seja o calabouço, por isso que eu estou sempre junto pra orientar (...). Então, às vezes, eu escuto uns comentários, entre os próprios colegas de transplante, não dos outros médicos, “ah!!” eles falam brincando né “Ah, porque o residente já falou que a penalidade dele vai ser ir para o transplante, porque eles lá detestam e não sei mais o que”... isso às vezes me deixa muito triste! [risada que vem lá de dentro]. (ARLETE, chefe clínica, 10/9/2007).

Não é por acaso que os residentes chamam o período de estágio obrigatório no STH de “calabouço”, eles deixam claro que não gostam da clínica, estão motivados pela prática cirúrgica, objeto do curso que estão realizando, e mais, eles gostam mesmo é de estar no centro cirúrgico praticando. O interesse maior é pela cirurgia do aparelho digestivo e não, necessariamente, cirurgia de transplante de órgãos.

O que Arlete relata é que seu trabalho tem como objetivo inculcar nos residentes da CAD o *habitus* de trabalho, em conformidade com as exigências da residência e às características específicas do STH.

Para Bourdieu (1996), o *habitus* mantém com o campo uma relação de solicitação mútua, são diferenciados; mas são também diferenciadores – retrata um conjunto unívoco de escolhas de pessoas, de bens e de práticas. A noção de *habitus* tem como função escapar tanto ao objetivismo da ação entendida como reação mecânica sem agente, quanto ao subjetivismo que retrata a ação como continuação deliberada de uma intenção consciente.

Para Bonet,

esse *habitus* vai condicionar as decisões dos residentes para que suas ações se realizem conforme as estruturas objetivas, definidas pelas linhas de forças que reinam no campo, de modo a evitar condutas que poderiam ser catalogados como arriscadas, que seriam

negativamente sancionadas como incompatíveis com as condições objetivas (BONET, 2004, p. 95).

Assim, é importante que o residente em CAD tenha contato com a clínica e não somente com o ato cirúrgico do transplante. O estágio no STH representa para os residentes uma nova aprendizagem que tem um ritmo diferente do que estão acostumados e, nesse sentido, a mudança representa um choque. O estágio no STH é “vivenciado com uma forte carga de tensão que vai diminuindo à medida que se produz a incorporação do *habitus*, em conformidade com as estruturas objetivas predominantes no novo campo” (BONET, 2004, p. 95).

O ambiente de hospital-escola proporciona a reprodução do que Bourdieu (1996) chama de “estrutura de reprodução do capital cultural”. É nesse espaço social que se faz uma classificação, ou uma ordenação. Aos residentes impõem-se códigos de conduta, pertinentes ao grupo a que pertencem. Essa ordem social ao mesmo tempo em que garante benefícios aos seus membros, impõe certa tensão, pela necessidade de corresponder ao *habitus* de classe.

É o que se percebe no depoimento de José Mario. Do seu ponto de vista, a experiência do estágio na clínica do transplante

é complicada, pois, para um cirurgião do aparelho digestivo, ficar sem operar é complicado. É um período do curso de residência penoso. Eu estou aqui pra aprender a operar mas acabo fazendo somente a clínica. Pra se ter uma idéia, nesses 4 meses que fiquei aqui ocorreram somente seis cirurgias de transplante. Outra coisa, o horário é estressante e ficamos com o celular à disposição vinte e quatro horas, você não dorme direito, não faz outra coisa. Gera certa dependência. Quando entrei aqui, percebi que há uma relação muito próxima com os pacientes. Pelo que conheço do hospital, é um dos únicos setores que as consultas acontecem assim na porta. A qualquer hora... não tem como mudar!... chegamos aqui já era assim, já estava consolidado, procuramos nos adaptar. Mas isso é completamente diferente do que encontramos em outros setores do hospital. O paciente não tem a quem recorrer então se apóia em você [médico], até precisamos ter cuidado pra não nos envolvermos muito na situação do paciente. Até para a própria segurança dele. Aqui tenho autonomia para decidir. Eu decido ou encaminho. Em algumas situações, consulto o dr. Michel sobre o encaminhamento de determinado paciente, mas tenho autonomia, responsabilidade nos atendimentos (JOSÉ MÁRIO, residente, 24/5/2007).

Quando José Mário afirma que para um cirurgião do aparelho digestivo ficar sem operar é complicado e representa um estágio penoso de sua residência, pois “acaba fazendo somente a clínica”, ele está se referindo ao *habitus* diferenciado de

cirurgião. Reclama, pois nessa fase do estágio ele precisa entrar em contato com outro *habitus*, o de responsável clínico pelo paciente. Isso significa que sua prática médica ultrapassa o fazer cirúrgico, seu foco precisa ser ampliado, precisa prestar atenção não somente no fígado mas também ao paciente.

Em outra perspectiva, José Mário demonstra preocupação com sua formação técnica, em cirurgia. Parece supervalorizar a especialidade cirúrgica, a hiperespecialização no procedimento técnico da cirurgia do aparelho digestivo. Demonstra dificuldade em aceitar as características de Serviço, apontando a impossibilidade de estabelecer rotinas de atendimento do paciente como em outros serviços, isto por um lado, devido à complexidade do paciente e, por outro lado, pela prática instituída de atender o paciente sempre que ele procura o STH, mesmo sem consulta agendada.

Por sua vez, esse atendimento dos pacientes na porta a qualquer hora parece desnudar o médico diante do paciente. “Não tem como mudar! (...) Já estava consolidado”, exclama José Mário. Uma prática que gera certa apreensão e desconforto do residente diante da aproximação do paciente. Uma aproximação que já faz parte da dinâmica do STH mas que acaba por estremecer a crença nos aspectos objetivos da doença, no necessário distanciamento do paciente, “para a própria segurança dele [paciente]” – afirma José Mario.

Quando o médico afirma estar incomodado com a dependência dos pacientes ou melhor dizendo, com sua total disponibilidade ao paciente, demonstra certo desconforto. Sua formação não o preparou para estar tão próximo, a distância significa objetividade, segurança para ambos. Entretanto, esta dependência é produzida pelos próprios médicos, uma vez que, proíbem o paciente de tomar qualquer atitude sem procurá-los: “Qualquer coisa o senhor venha aqui!”, essa é a recomendação mais recorrente.

#### 4.3 LIDANDO COM AS EMOÇÕES

O estágio no STH também demanda dos residentes total dedicação e isso gera dificuldades, que João expressa em um suspiro:

O mais difícil é a carga horária [risada com um suspiro profundo]. Bastante carga, puxado, porque você fica aqui, você está sempre ... mesmo não estando no hospital, você está sempre de sobreaviso,



“você está sempre esperando uma notificação que pode aparecer a qualquer hora, um órgão que pode aparecer a qualquer hora, e daí você tem que largar tudo que estava fazendo e vir... Então isso é o mais difícil daqui... Mas é um período que você passa por isso... É uma experiência (JOÃO, residente, 24/5/2007).”

Nesse sentido, a experiência no STH é “carregada de extrema responsabilidade”, afirma Jéferson:

“Porque é um doente que às vezes te vê aqui e amanhã na rua e, toda vez que morre alguém, vem aquele sentimento de frustração. E qual é a nossa... coisa de ser humano? É procurar quem é o culpado (JEFERSON, residente 18/10/2007).”

Tiveram dois casos que me abalaram profundamente, no sentido de que se fez muito pelo paciente, a corrida foi grande da equipe, da família, os custos fenomenais e ao final o paciente morre. No caso do paciente N, não foi por isso que ele morreu, mas, com cirurgia marcada, órgão à disposição, foi cancelado o procedimento na última hora porque não havia equipe de enfermagem disponível. Isso é um absurdo diante dos avanços da medicina! Fico frustrado algumas vezes; não por sentir culpa mas por ter tentado de tudo sem solucionar o problema do paciente (JOSÉ MÁRIO, residente. 24/5/2007).

Nos dois depoimentos anteriores a frustração é o sentimento causado pelo não sucesso do tratamento ou da intervenção. “Não seriam somente a morte ou o sofrimento do indivíduo que explicariam o sofrimento do médico, mas esse sentimento de impotência, de perda de controle sobre seu trabalho, de impossibilidade de fazer algo positivo para o paciente” (MACHADO, 1997, p. 166).

Na percepção de Palácios (1993), não há apenas um fator responsável pelo sofrimento dos trabalhadores e, mais especificamente, dos médicos, mas uma rede de processos que se interpenetram, gerando situações de sofrimento. No hospital, o inesperado, o imprevisível, o incontrolável são características do atendimento.

A autora realizou estudo com trabalhadores da saúde em um hospital geral, buscando analisar as relações entre o modo como o trabalho se organiza num hospital geral e o sofrimento psíquico dos que lá atuam. Para entender a mediação entre trabalho e sofrimento psíquico nesse cenário a autora utilizou quatro categorias: carência de poder, falta de significação do trabalho, isolamento social e auto-estranhamento. A autora relaciona a carência de poder à perda de controle do trabalhador sobre os instrumentos de trabalho, sobre o ritmo, os movimentos e as habilidades. A falta de significação do trabalho é atribuída à divisão do trabalho, levando à ausência de responsabilidade concreta do trabalhador em relação a seu

trabalho, não requerendo a sua compreensão de todo o processo. O isolamento social refere-se ao sentimento de não pertencer à comunidade de trabalho. O auto-estranhamento está relacionado à ausência de envolvimento do sujeito com o trabalho (PALÁCIOS, 1993).

Essa análise, na visão de Machado (1997), ajuda a estabelecer uma relação entre a autonomia técnica e os efeitos danosos do ambiente na vida diária dos médicos, especialmente aos que trabalham em organizações hospitalares.

Quando, por exemplo, o médico atende um paciente em estado de saúde grave, sem muitas chances de que o desfecho seja positivo, este sentimento torna-se agudo e visível. Esta percepção é ainda mais forte para algumas áreas e setores de atuação médica. Por sua natureza, estrutura e funcionamento, um hospital apresenta um ambiente favorável ao estresse, uma vez que as ambigüidades, as incertezas humanas, são pouco toleradas, porque lá o que está em questão, com freqüência, é a vida de um paciente (MACHADO, 1997, p. 167).

Nesse sentido, pelo fato de no transplante hepático os médicos realizarem intervenções cirúrgicas e clínicas em pacientes frágeis pela insuficiência hepática grave, e que envolve riscos vitais, torna os médicos propensos a se sentirem desgastados física e psicologicamente ao longo da prática médica.

Para Dejours (1992), o sofrimento expresso pelo sentimento de inutilidade no trabalho remete à falta de qualificação e de finalidade no trabalho, presentes nas atividades desenvolvidas sob os princípios da administração taylorista/fordista. Entretanto, esse sentimento de inutilidade ou impotência, no caso dos cirurgiões do transplante hepático, não é justificado pela falta de qualificação, mas pela contradição entre a imagem de si que repercute no trabalho – tanto mais honroso se a tarefa é complexa, tanto mais admirada pelos outros se ela exige conhecimento específico, responsabilidade, riscos – e um resultado pouco satisfatório (rejeição ou óbito do paciente).

Desde a sua formação, os médicos são socializados para se sentirem responsáveis pela vida das pessoas que os procuram em busca de assistência médica. Treinados e acostumados a salvar vidas a qualquer custo, a estar disponíveis e aptos ao ofício a qualquer hora do dia e da noite, os médicos acabam se tornando, na prática, “guardiões da vida”. Premissas importantes para compreender o que se passa no cotidiano desses médicos, seus dilemas, suas angústias e certo “sentimento de incapacidade” frente às adversidades (MACHADO,

1997).

Bastos (2006, p. 73) argumenta que, da mesma forma que para se trabalhar num campo contaminado devem-se tomar medidas assépticas, para desempenhar as suas funções os médicos desenvolvem defesas contra a angústia diante do sofrimento e da morte. Uma defesa comum é a de se posicionar na luta contra a doença, em oposição a ela, e freqüentemente, em oposição ao doente. “Isso gera o sentimento de que o sucesso e o fracasso do tratamento recaem exclusivamente sobre o médico – uma vez que o paciente está excluído da cena”.

Na percepção da autora, o medo de errar e ocasionar a morte do paciente está presente já na fase de formação dos estudantes de medicina mas, ao longo do tempo, deixa de ser enunciado, embora os sentimentos os acompanhem ao longo de sua vida profissional. Medo, que segundo Dejours (1992, p. 63), “está presente em todos os tipos de ocupações profissionais, inclusive nas tarefas repetitivas e nos trabalhos de escritório, onde parece ocupar um papel modesto”.

As angústias despertadas pelos possíveis erros são faladas durante a formação, mas vão sendo caladas ao longo do processo de constituição da identidade médica num processo de desqualificação dos sentimentos de tal modo que, depois de anos, nem mesmo o médico consegue escutá-los. Os silêncios não significam que tais questões tenham sido resolvidas. Recalcadas, elas permanecem gerando atuações, muitas vezes, 'desumanas' (BASTOS, 2006, p. 74).

Para Arendt (2004), há que se fazer uma distinção entre responsabilidade e culpa; é possível sermos considerados responsáveis por coisas que não fizemos, mas não é possível “ser ou sentir-se culpado por coisas que aconteceram sem que se tenha participado ativamente delas. [...] A culpa, ao contrário da responsabilidade, sempre seleciona, é estritamente pessoal. Refere-se a um ato, não a intenções ou potencialidades” (ARENDR, 2004, p. 213-214).

Quando o residente relata que fica “frustrado algumas vezes; não por sentir culpa mas por ter tentado de tudo sem solucionar o problema do paciente”, ele procura desviar a explicação para o desenvolvimento da medicina, para a complexidade da doença, negando, pelo menos conscientemente, sua culpa. À medida que a crença no transplante se confronta com a morte do paciente, coloca o médico diante de questões delicadas, tais como, competência técnica, habilidade cirúrgica e até mesmo, a imagem social de médico construída desde sua formação acadêmica. E, para Rasia (1996), esse confronto pode levar à culpabilização, tendo

em vista, o médico ser responsável pelo doente, por compactuar com o imaginário e as representações sociais sobre seu poder e seu saber.

Embora os médicos desenvolvam mecanismos de defesa contra a perda, não significa que deixam de lado o trabalho de luto pela incapacidade de resolver o problema do seu paciente, curá-lo (RASIA, 1996).

O luto que vive é fruto da auto-imputação de culpa, gerada pela idéia de onipotência, cristalizada em seu imaginário e nas imagens que a sociedade faz do médico e seu trabalho, postos à prova na morte do outro, pela qual se julga responsável. Nesse sentido, a perda passa a ser assumida como uma questão de competência pessoal (RASIA, 1996, p. 173).

No caso do transplante mal sucedido que leva o paciente à morte, e na perspectiva de Arendt (2004), pode-se dizer que o médico é responsável e culpado simultaneamente. Essa culpabilização tem origem no imaginário religioso, na hierarquia dos valores morais que dizem respeito ao bem-estar da alma, nas regras de conduta humana, absolutas por causa de sua origem divina, e na noção de retribuições e punições futuras (ARENDR, 2004). O que deve e o que pode ser feito, o certo e o errado, o bem e o mal, elementos presentes na construção da subjetividade humana.

Nas palavras da autora,

O homem não é apenas um ser racional, ele também pertence ao mundo dos sentidos, que o tentará a se render às suas inclinações em vez de seguir a razão ou o coração. Por isso a conduta moral não é natural, mas o conhecimento moral, o conhecimento do certo e do errado, é (ARENDR, 2004, p. 126).

Da mesma forma, a enfermagem sofre quando o paciente morre.

Nós da enfermagem, damos um duro danado, deixamos nossa energia aqui, e o que recebemos em troca? Muitas vezes nos dividimos em dez para dar de tudo que o paciente precisa e, no final das contas, ele morre! O que ganhamos com isso? (MARINA, enfermeira, 26/04/2007).

Confesso que hoje, depois de três anos no STH, estou me sentindo meio desgastada emocionalmente. Desgastada pelo fato de se fazer muito pelo paciente e no final ele morre. Isso desgasta. (SOLANGE, auxiliar de enfermagem, 12/7/2007).

Esses depoimentos revelam que é difícil para a equipe de enfermagem aceitar a morte dos pacientes, sentem-se responsáveis. Para Rasia (1996), a perda nesses casos rompe com um espaço de socialidade criado no enfrentamento de

dificuldades no trabalho, exigindo um trabalho de luto, e certo grau de estresse.

A relação entre a equipe de enfermagem e pacientes é muito próxima, responsável por certa intimidade no trato com o paciente e, conseqüentemente, gerador de tensão e sofrimento diante da morte.

Numa conversa com Vanessa (auxiliar de enfermagem), perguntei sobre um dos pacientes que havia chegado da UTI em estado grave na semana anterior durante nossa entrevista, e ela desabafou:

– Ele faleceu. Nunca havia passado por uma situação dessas! Cuidar para a morte! Foi horrível!

Perguntei novamente, sem entender:

– Mas você nunca presenciou a morte de um paciente?"

– Já presenciei, mas nunca recebi um paciente para cuidados para a morte, e sim, para cuidados para a vida! Sempre cuidamos para a melhora. Foi muito estranho! – respondeu Vanessa.

Na verdade, esse paciente foi retirado da UTI para liberar um leito, já que seu estado era irreversível, voltou para o STH para esperar a morte, pois os médicos já haviam retirado toda a medicação, e a orientação dada às auxiliares era de não interferir nesse processo (Diário de campo, 08/07/2007).

Vanessa sentiu-se deslocada de seus propósitos profissionais, distante do imaginário e das representações que servem de base para a atuação da enfermagem, cuidar para a vida.

Pitta (1996) cita algumas estratégias burocráticas da organização hospitalar para reduzir o sofrimento no trabalho, tais como:

- a) fragmentação da relação técnico-paciente: evitar a intimidade;
- b) despersonalização e negação da importância do indivíduo: todos os doentes são iguais;
- c) distanciamento e negação de sentimentos: controlar sentimentos e evitar envolvimento;
- d) eliminação de decisões através das rotinas e padronização de condutas: o ritual cumpre a função de reduzir as ansiedades no planejamento das atividades.
- e) redução do peso da responsabilidade: realizar verificações e contraverificações por meio do parcelamento e fragmentação das tarefas.

Todas essas estratégias são criadas para tentar reduzir as tensões entre o saber e o sentir da equipe de enfermagem e da equipe médica no hospital, no entanto, a equipe do STH mostra que essas estratégias não funcionam muito na unidade.

Os pacientes do STH permanecem muito tempo internados no pré e pós-transplante. São pacientes que precisam de atendimento e tratamento médico enquanto aguardam o transplante, pacientes que fazem acompanhamento periódico pós-transplante, comparecendo a unidade para exames, para solicitar receitas de medicamentos e para tratar intercorrências.

Na opinião de Rasia,

esses princípios organizacionais não conseguem se impor de forma absoluta sobre as pessoas – não só enfermeiros, mas também médicos, fisioterapeutas e alunos de medicina – que mantêm contato com os doentes e que são responsáveis pelo seu conforto e bem estar, não só durante os períodos de internamento, mas durante todo o tratamento (RASIA, 1996, p. 178).

Solange explica essa situação:

Aqui no transplante a situação é diferente, os pacientes permanecem muito aqui, vêm e vão com frequência, então o vínculo é grande. Por mais que se cuide, sente-se bastante.

Houve o caso de uma moça muito querida [os olhos se enchem de lágrimas] que quando foi para a UTI, se despediu de mim e da equipe de forma bem carinhosa, agradeceu por tudo. Faleceu em seguida e, quando eu soube, não consegui segurar as lágrimas (sou muito chorona). Chorei bastante, pela moça e pela família (SOLANGE, auxiliar de enfermagem, 12/07/2007).

O depoimento de Solange, revela que para a equipe de enfermagem as tensões entre o saber e o sentir parecem ser muito mais agudas do que entre os médicos, pois estão sempre mais próximos dos pacientes. O sofrimento que surge na relação com o paciente do transplante se expressa no rosto, nas lágrimas. Sofrimento que, para Ricoeur (1994), não é dor.

Entretanto, o próprio autor manifesta a dificuldade em separar esses dois conceitos. Pode-se pensar em utilizar o termo “dor” aos sinais localizados em órgãos específicos do corpo e o termo “sofrimento” para os sinais localizados sobre a reflexividade, a linguagem, a relação consigo mesmo, a relação com o outro. Não há como identificar uma dor pura ou um sofrimento unicamente psíquico, pois a fronteira entre ambos é tênue. Não há como considerar isoladamente uma da outra,

pois uma dor física geralmente vem acompanhada de um sofrimento psíquico, assim como, um sofrimento psíquico pode apresentar somatização. Assim, o sofrimento expressa-se não só pelas lágrimas, mas também, pela queixa, um pedido de ajuda, de socorro que é dirigido ao “outro”.

Ricoeur (1994) diferencia sofrimento da dor, abordando o sofrimento a partir de dois eixos: a) sofrimento como expressão da relação entre o “eu” e o “outro”; b) o sofrimento como diminuição da potência de agir do sujeito.

No primeiro eixo, o sofrimento que surge na relação entre o eu e o outro enuncia uma crise de alteridade, que implica negação do outro, do mundo e de si mesmo, ao mesmo tempo em que há um recolhimento para si próprio.

Ricoeur (1994) estabelece deferentes graus e formas pelas quais essa separação se manifesta:

a) no mais baixo grau se coloca o fato de que aquele que sofre não pode ser substituído, o sofredor é único; b) no grau seguinte o sofrimento é solitário, no sentido de que o que se vive é incomunicável. O outro não pode nem compreender, nem ajudar. As barreiras entre o eu e o outro são intransponíveis; c) num grau já mais intenso o outro se apresenta como o inimigo do eu que sofre, é ele quem faz sofrer [...]; d) no último grau se desencadeia um sentimento fantasmático de se ter sido escolhido para sofrer. É neste momento que surge a interrogação: Por que eu?<sup>67</sup> (RICOEUR, 1994, p. 60-61, tradução nossa).

Nesse sentido, o sofrimento, decorrente de uma maior aproximação com o paciente, está sempre presente na prática da equipe do transplante. E nessa relação com o outro, sofrer pode significar também suportar, uma possibilidade de neutralização da ação, que tende a se refletir em um sentimento de vitimização ou de impotência diante da situação do paciente. Sofrimento que afeta “o poder do dizer, do fazer, do narrar e do narrar-se, assim como o poder de considerar a si mesmo como agente moral”<sup>68</sup>. A impotência do dizer se mostra como uma ruptura entre o querer e o poder, expressando-se, muitas vezes, por meio da queixa, um pedido de ajuda (RICOEUR, 1994, p. 62, tradução nossa).

Em outra perspectiva, esse sofrimento pode sim ser expressado como dor,

<sup>67</sup> a- *au plus bas degré s'impose l'expérience vive de l'insubstituable; autre que tout autre, le souffrant est unique*; b- *au degré suivant s'esquisse l'expérience vive de l'incommunicable: l'autre ne peut ni me comprendre, ni m'aider; entre lui et moi, la barrière est infranchissable: solitude du souffrir...* c- *à un degré de stridence plus intense, l'autre s'annonce comme mon ennemi, celui qui me fait souffrir [...]*; d- *enfin, au plus haut degré de virulence, se déchaîne le sentiment fantasmé d'être élu pour la souffrance. [...] c'est de là que surgit la question: pourquoi moi?...*

<sup>68</sup> *... le pouvoir dire, le pouvoir faire, le pouvoir (se) raconter, le pouvoir de s'estimer soi-même comme agent moral.*

mas como uma dor moral. Buscando inspiração em Arendt (2004), pode-se inferir que o ser humano carrega dentro de si o conhecimento do que é certo e do que é errado. E a conduta moral depende primordialmente do relacionamento do ser humano consigo mesmo. O critério de certo e de errado não depende dos hábitos ou de costumes mas do que cada um decide com respeito a si próprio. Nas palavras da autora “não posso fazer certas coisas porque, depois de fazê-las, já não serei capaz de viver comigo mesma”, nesse sentido, “é melhor sofrer o mal do que fazer o mal” (ARENDR, 2004, p. 165).

A consciência, para Arendt, é supostamente um modo de sentir além da razão e dos argumentos, e de conhecer pelo sentimento o que é certo e o que é errado. Muitas vezes as pessoas se sentem culpadas, motivadas por conflitos que surgem entre antigos hábitos e novas ordens como, por exemplo, as novas perspectivas de cura por meio de transplante de órgãos, o que supõe uma concepção de corpo na qual órgãos doentes podem ser substituídos por enxertos sadios, em decorrência do desenvolvimento da tecnologia médica. Fazer ou não fazer o transplante, não é uma questão de moralidade, mas de conformidade ou não-conformidade com as novas possibilidades de tratamento e cura que a medicina oferece.

Outro fator importante a ser considerado é o conflito entre o querer e o poder. Nem sempre o “eu-querer” e o “eu-posso” são a mesma coisa. Quando coincidem numa mesma ação dão origem a um sentimento de satisfação. No caso da equipe do transplante, pode-se afirmar que o desejo de salvar a vida do paciente se refere ao querer, que nem sempre é poder, pois “salvar” depende de outras variáveis. Quando querer é diferente de poder, tem-se a dor, a dor moral. Dor que surge na diferença entre querer e poder, mas também entre saber e sentir. Dor moral expressa pelo sentimento de impotência, de frustração, no isolamento, na depressão e que finalmente se corporifica nas lágrimas de Solange e de Valéria, por exemplo.

O depoimento de Edna reforça o entendimento da dor moral:

Têm uns [pacientes] que vai tudo bem, vai, vai. Têm outros que complica mais, aquele vai e vem, aquele monte de problema, faz aquele caminhão de exames, depois volta e interna. [...] você trabalha tanto e investe no paciente e ele.. não tem retorno, acontece que vai a óbito [...] é ruim nesse sentido, você luta, luta, luta... daí vai a óbito. Uma vez eu já fui conversar com a Marina sobre isso, [precisamos] de um apoio psicológico para enfermagem, porque é desgastante... (EDNA, auxiliar de enfermagem, 02/07/2007).



Situação presente também no relato de Valéria, auxiliar de enfermagem,

Eu já passei uma experiência aqui, eu estava com um ano de transplante, passei umas coisas que ninguém passou, acho. Que foi o momento de seis anos que eu tenho de enfermagem, que eu entrei em crise. Eu cuidei de uma menina que tinha a minha idade na época, estava com 21 anos. Eu cuidei dela durante o ano inteiro. Ela ficava muito tempo aqui, ficava três meses internada e ia embora. Criando aquele vínculo, aquela amizade, tinha a minha idade, conversa vai, conversa vem. Aí no final de semana, eu trazia o esmalte, trazia prancha, pintava a unha dela, fazia escova no cabelo e tudo, e assim foi durante um ano. Idas e vindas dela (VALÉRIA, auxiliar de enfermagem, 25/06/2007).

O que se percebe nesse trecho é uma relativa intimidade que se cria entre a equipe de enfermagem, a doença e o doente. Na percepção de Rasia (1996, p. 174), a intimidade é relativa porque “se produz a partir de um modelo internalizado ou introjetado de doente, resultante de representações desenvolvidas socialmente e de representações específicas produzidas pela cultura organizacional sobre o doente, a doença e o trabalho do enfermeiro”.

O trabalho da enfermagem é quase sempre entendido como um trabalho de “cunho missionário, de devotamento ao que sofre, de abnegação e renúncia, só comparável ao sacerdócio” (RASIA, 1996, p. 174-175). Sentimento muito forte ainda entre a equipe de enfermagem.

E Valéria continua o relato...

Quando chegou na época do natal, geralmente natal tem pouco paciente, fica quem tem que ficar mesmo, só acontece transplante de emergência e coisa assim, e na época tinha só ela de paciente. E ela estava em fase bem terminal, estava muito complicado o estado dela, e a mãe uma pessoa super presente e tal... e naquele dia do Natal caí na escala... Pensei: “tudo bem, uma pessoa só é tranquilo!”. Ela já estava agonizando, era SPP – um termo que se usa na saúde quando se vê que não tem mais o que fazer, já foi investido tudo e não tem mais o que fazer para aquela pessoa. Então, ela estava aqui mesmo pra morrer. [...] Dá três horas da tarde e a mãe dela entra no posto, desesperada [nesse momento a entrevistada engole seco], chorando, gritando, “– só você aqui e a minha filha está convulsionando, o que está acontecendo?” Quando eu abro a porta, a menina estava botando sangue pela boca... [a emoção da entrevistada fica evidente, segura o choro]. Aí você se depara com uma situação dessas, só você está no setor, mais ninguém, a família ali junto, você sabendo que a pessoa está morrendo... sem psicóloga, sem enfermeiro, tem todas as questões burocráticas também que tem que se virar, então... aquele dia eu pedi para a mãe esperar lá fora pra eu prestar o meu atendimento, não era nem pra chamar médico porque não tinha nem o que fazer...

[...] A menina ali... O que eu faço? Não tem ninguém pra chamar... Uma pessoa que eu cuidei, tem um vínculo morrendo ali, por mais que não é sua família, é uma pessoa que você conheceu, você conversou, muitas coisas para lembrar, e morrendo ali na tua mão e você não podendo fazer nada... Enfim, demorou uma hora e meia para ela morrer (VALÉRIA, auxiliar de enfermagem, 25/06/2007).

Nesse relato, Valéria demonstra que o sofrimento está presente em toda a sua ação, mas seus sentimentos e suas angústias foram reprimidos.

Valéria continua...

Eu fiquei umas duas semanas afastada depois disso para resolver tudo aquilo. Na hora eu consegui resolver tudo, porque eu tinha que resolver, fui obrigada a resolver... [pausa]

[...] Fui embora daqui e fiquei pensando naquilo. Você vai pra casa e aquilo não sai da tua cabeça, daí no dia seguinte foi piorando a situação e eu ficava em conflito, já não queria voltar pra cá, pra trabalhar nesse setor, por que aqui não tem... achei demais e tal... foi quando eu tive uns distúrbios, aí eu fiquei umas duas semanas sem vir.

Não sei por quê... eu cheguei até a falar com a psicologia, eu chorava porque eu não queria mais passar por aquilo, não foi uma depressão, eu acho que foi uma crise profissional, eu não sabia se eu ia querer ficar nisso, e eu estava fazendo faculdade pra ser enfermeira... Eu não gostei daquele momento... e eu tinha que acordar porque aquelas coisas podiam acontecer, foi aí que eu vi que eu não tenho estrutura emocional para lidar com criança. Criança, jovem assim e tal (VALÉRIA, auxiliar de enfermagem, 25/06/2007).

Pode-se afirmar que o mesmo fator, que na relação entre equipe de enfermagem e doentes, é responsável pela relativa intimidade, é também gerador de sofrimento diante da morte do paciente. Não é fácil aceitar o fato: “uma pessoa que eu cuidei [...] e morrendo ali...”.

O sofrimento pela perda da paciente provoca na auxiliar de enfermagem um sentimento de impotência diante da morte, provoca questionamentos em relação à sua profissão, levando-a a procurar ajuda. Quando Valéria afirma que passou por uma “crise profissional” e “tinha que acordar porque aquelas coisas podiam acontecer”, concluindo que “não [tinha] estrutura emocional para lidar com criança”, na perspectiva de Dejours & Molinier (1994, p. 140), significa que desenvolve “estratégias coletivas de defesa” contra o sofrimento.

Assim, a normalidade presente no trabalho da equipe da enfermagem é interpretada como o resultado de um compromisso entre o sofrimento e a luta

individual e coletiva contra o sofrimento no trabalho. A normalidade no trabalho da equipe não implica na ausência do sofrimento, pelo contrário, o que ocorre é uma “normalidade sofrida”<sup>69</sup>, que aparece não como efeito passivo de um condicionamento social, de conformismo ou banalização da situação, mas como resultado de uma conquista contra a desestabilização pelos constrangimentos do trabalho. Pode-se dizer que “o sofrimento não é um efeito é um *vivido*, é de fato um estado mental que implica um movimento reflexivo do sujeito sobre o seu ‘ser no mundo’, sobre a sua condição”<sup>70</sup> (DEJOURS & MOLINIER, 1994, p. 140, tradução nossa).

Lidar com a morte no dia-a-dia do trabalho leva a equipe a desenvolver estratégias para evitar ou negar o sofrimento,

a gente lida naturalmente [com a morte]... A gente quando faz opção pra enfermagem... porque eu comecei na enfermagem como um ideal de vida, então você não tem aquele apavoramento com uma pessoa de... entendeu? Não tem nojo, não tem... porque a gente mexe com coisas assim... [...] a gente não tem nojo, a gente faz aquilo com fé, como se tivesse lavando uma louça, tirando o pó de alguma coisa e emocionalmente também mexe com a gente, mas não ao ponto de descontrolar... é aquela dorzinha, aquela coisa assim, depois vai aliviando... porque a gente vê que era muito grave pra pessoa, não podia usufruir das coisas, da vida, então, a gente já vai se conformando. E eu sou o tipo de pessoa que quando vou pra casa eu esqueço do hospital, totalmente. Às vezes quando eu ligo pra cá, pra resolver alguma coisa, a gente faz comentários, como é que está o seu fulano? Mas não com aquele envolvimento sabe. Eu acho que é por isso que até agora eu agüentei e isso é bom pra gente, não misturar, é bom (ELIANE, auxiliar de enfermagem, 09/07/2007).

Para Dejours & Molinier (1994), as estratégias coletivas de defesa são fundadas sobre a cooperação entre sujeitos, entretanto, o sofrimento continua sendo individual e único. Percebe-se, assim, que apesar das defesas coletivas desenvolvidas entre médicos e equipe de enfermagem, o sofrimento do paciente é compartilhado por todos que participam do trabalho no STH.

Essas experiências emocionais singulares, sentidas e vividas pela equipe do transplante – enquanto atores sociais – são, para a Antropologia das Emoções, produtos relacionais entre os indivíduos e a cultura e sociedade. Emoções definidas

<sup>69</sup> “Normalité souffrance”.

<sup>70</sup> “La souffrance n’est pas un affect, c’est un vécu, c’est-à-dire un état mental impliquant un mouvement réflexif du sujet sur son ‘être au monde’, sur sa condition”.

como uma “teia de sentimentos dirigidos diretamente a *outros* e causado pela interação com *outros* em um contexto e situação social e cultural determinados” (KOURY, 2005, p. 315), em outras palavras, “as emoções podem ser vistas como elementos sociais” (REZENDE, 2002, p. 72).

Nesse sentido, Simmel (2006) enfatiza o aspecto situacional — no sentido da especificidade de cada forma de interação — da expressão dos sentimentos, o qual ganhará destaque em abordagens recentes das emoções. Impulsos ou motivações tais como: “instintos eróticos, interesses objetivos, impulsos religiosos, objetivos de defesa, ataque, jogo, conquista, ajuda, doutrinação e inúmeros outros” que não têm natureza social, mas por meio das interações fazem com que os indivíduos estabeleçam uma relação de convívio, de troca, de reciprocidade.

Nesse sentido, as tensões envolvidas no processo de interação – emoção, prazer, satisfação, frustração, medo e dor moral – são expressões da condição humana.

## CONCLUSÃO

Certa vez um médico cirurgião, que atualmente trabalha e dedica-se somente a quiropraxia, fez a seguinte afirmação: “Há alguns anos, paciente bom para mim era aquele anestesiado na mesa de cirurgia, hoje já consigo perceber que o paciente é muito mais, é profissional, é pai, é mãe, estuda, tem problemas, tem dores, acho que por isso, sou um médico um pouquinho melhor”.

Esse relato revela muitas coisas. Primeiro, a forte crença na objetividade presente na formação e na prática médicas. Segundo, a objetivação do paciente como forma de evitar as incertezas e o sofrimento. Terceiro, uma relativização da prática convencional biomédica em favor de outra prática, capaz de visualizar o ser humano não mais de forma fragmentada, em partes, mas em seu todo, traduzindo uma busca pelo sentir-se melhor.

Por sua vez, também revelam, em poucas palavras, as inquietações que antecederam a presente tese: Como e por que os profissionais da área da saúde tornam-se menos sensíveis às dores e ao sofrimento dos pacientes? Quais as experiências negativas ou positivas capazes de transformar estudantes apaixonados pela profissão em profissionais distantes e frios no trato com o paciente? Enfim, diante das modernas tecnologias de diagnóstico, intervenção e cuidados, que tensões marcam a equipe do transplante hepático e suas práticas?

A tese baseia-se nos princípios da pesquisa qualitativa, da pesquisa etnográfica e do estudo de caso desenvolvidos no Serviço de Transplante Hepático do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. As informações coletadas possibilitaram testar a hipótese de que com as modernas tecnologias médicas a subjetividade da equipe do transplante traz a marca das tensões vivenciadas em seu fazer cotidiano.

A minha imersão num campo consolidado como é o campo sociológico exigiu primeiro um processo de compreensão e aprendizagem do *habitus* do sociólogo, uma forma singular de comunicação e de diálogo com o mundo. Na seqüência, no papel de socióloga, foi preciso fazer uma aproximação com o campo e com o *habitus* médico, pois minha posição era de completo estranhamento.

O campo médico, como qualquer outro campo, tem suas especificidades e eu só percebi isso após alguns dias de observação. Confesso que minha percepção

inicial ainda era do senso comum, vislumbrando os sujeitos da pesquisa como verdadeiros “deuses”, detentores do saber e do poder médico. Essa percepção foi mudando aos poucos, a partir das experiências, dos comportamentos e das reações observadas, assim como, do diálogo com os entrevistados. O interessante é que até o momento da entrevista individual a relação pesquisador-observado era distante, formal e cheia de cuidados, após a entrevista, essa relação, na maioria dos casos, tornou-se mais amigável, permitindo desde brincadeiras até perguntas mais aprofundadas sobre a pesquisa, tanto de um lado como do outro. Talvez isso demonstre a incerteza diante dos reais objetivos da pesquisa proposta. Todavia, as portas do universo da equipe do transplante foram abertas, permitindo minha participação nas “visitas oficiais”, nas reuniões da equipe transplante e no dia-a-dia do STH. Ao final da pesquisa foi possível reavaliar minha percepção inicial e enxergar a equipe do transplante como pessoas iguais a todas as outras, com aspirações, necessidades, desejos, angústias, medo, insegurança, mas que apesar de tudo, estão trabalhando para superar os obstáculos e tornarem-se profissionais melhores e em condições de atender aos anseios de seu público-alvo. Foi possível perceber também, que a minha experiência tanto num campo como no outro, foi marcada também por tensões permanentes entre os saberes, o meu ver, o meu fazer e o meu sentir.

O transplante de órgãos vem se beneficiando dos progressos alcançados pela ciência e pela tecnologia médicas. Progressos evidentes nos procedimentos de diagnósticos, no aperfeiçoamento de medicamentos imunossupressores que buscam eliminar o risco de rejeição dos enxertos e nas técnicas de intervenção.

Em relação ao estabelecimento do diagnóstico, percebe-se a forte contribuição das tecnologias de imagem, também chamadas de imagiologia ou imagética, permitindo maior precisão ao saber médico e suas hipóteses sobre a doença. Um saber com um novo perfil do perceptível e do enunciável. O desenvolvimento das imagens marca um processo que visa eliminar a tensão existente na incerteza nas práticas médicas quando da ausência dos recursos imagéticos, que começaram a se desenvolver a partir do Século XIX com a descoberta do Raio X. O uso das imagens pode ser entendido como um manifesto contra a subjetividade e a busca da objetividade de um olhar que não duvida, como se as imagens falassem por si mesmas.

A equipe do transplante, principalmente os médicos, tem a sua disposição imagens que permitem visualizar detalhadamente a anatomia do fígado sem necessitar “abrir o paciente para ver”. O desenvolvimento das imagens possibilitou o avanço e o aperfeiçoamento de toda a medicina interna, e neste caso, do transplante de fígado. No entanto, a própria equipe relata que não há certeza absoluta, muitas das imagens apenas “sugerem” certos aspectos dos órgãos: fígado, pâncreas, baço etc. Nem sempre é possível apontar, por exemplo, uma imagem “clássica” de um hepatocarcinoma, isso vai depender de uma série de variáveis e das singularidades anatômicas de cada corpo, que impõe limites à leitura ou interpretação da imagem.

Toda imagem demanda a análise e interpretação, de preferência um especialista em imagem, capaz de identificar o que esta revela. E é nesse momento que se percebem as insuficiências das imagens e ao mesmo tempo do manifesto pela certeza; da ilusão de uma prática de interpretação sem a presença da subjetividade de quem interpreta.

Na análise de imagens médicas o que está em jogo também é o modo de ver o objeto analisado. Muitas vezes o que se vê são fragmentos do que ocorre no corpo, e a interpretação dessa imagem pressupõe informações que não estão visíveis, mas que são capturadas pela experiência e pelo conhecimento adquiridos pelo médico ao longo do tempo e também na sua relação com o paciente.

Percebe-se, assim, que mesmo com o desenvolvimento das tecnologias de imagem no campo médico, não se elimina a tensão entre a objetividade e a subjetividade, entre a certeza e a incerteza, entre o saber e o ver. A incerteza presente nos procedimentos, nos limites da intervenção médica, demonstra que a subjetividade não foi totalmente substituída pela objetividade. Não se pode portanto, falar de uma subjetividade domada. O medo, a angústia, sentimentos que estão nas fronteiras desse processo, ressurgem, ameaçando todo tipo de certeza e, portanto, de objetividade.

Em relação aos processos de intervenção e cuidados, pode-se inferir que são processos regidos pelo trabalho coletivo, institucional, cooperativo, multidisciplinar, mas que apresentam relativa tensão entre o saber e o fazer. Tensão que se expressa pela divisão do trabalho médico que sustenta a hierarquia que predomina no funcionamento da equipe.

Na equipe médica, o primeiro cirurgião – médico titular, é o chefe da equipe. É ele que organiza e distribui as tarefas no interior da equipe. Cada médico residente (R4, R3, R2 e R1) tem como função orientar o R- e, nesse sentido, é responsável por ele. Assim como, o R- deve satisfação ao R+ e este ao médico, chefe da equipe.

Na equipe de enfermagem, a divisão do trabalho está expressa nas atribuições e funções de cada membro da equipe. As funções se distribuem com base no conhecimento formal de cada um, o que não impede que pela necessidade do serviço, enfermeiras executem tarefas dos técnicos e/ou dos auxiliares de enfermagem, e vice-versa, respeitando-se alguns limites.

Os conflitos na equipe multidisciplinar (que compreende todos os profissionais envolvidos no transplante), especialmente entre médicos e enfermagem são freqüentes e muito característicos do STH. Há troca constante de residentes R4 e R3, o que é apontada como uma situação problema, uma fonte de conflitos permanente. Enquanto os residentes da CAD se revezam no STH o restante da equipe é fixo: médico titular, médica hepatologista clínica, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social e toda a enfermagem. A adaptação dos residentes à rotina do STH, assim como, da enfermagem às singularidades de cada residente exige tempo.

Assim, a interação entre os diferentes segmentos da equipe multidisciplinar se dá tanto pela unidade, pelo consenso, como também, pelas discordâncias, desarmonias e conflitos. Isto significa que a multidisciplinaridade se funda a partir do *habitus* próprio de cada segmento profissional e a construção de um *habitus* compartilhado por todos reduz em certa medida esses conflitos.

A tensão entre o saber e o fazer aparece também no ofício de cirurgião, como descrevemos aqui, pois com a transformação da tecnologia no ambiente médico e, mais especificamente, no transplante hepático, o que predomina é o conhecimento, as habilidades técnicas inerentes ao trabalho médico, de forma pontual e precisa. A tecnologia, portanto, não substitui esse conjunto de habilidades, pelo contrário, o cirurgião continua sendo um artesão no seu trabalho, resultante da combinação de alta especialização técnica e habilidade manual.

Nesse sentido, o ofício do cirurgião compreende a formação médica e uma habilidade especial, quase artesanal, que o singulariza, caracterizado por um dos residentes como um ser que tem um *coração de leão, olhos de águia e mãos de fada*.



Outrossim, no campo do saber médico, a postura do cirurgião em tratar a doença e, mais especificamente, o fígado, embora muito criticada, é funcional à prática médica e à resposta que o transplantado espera do transplante. As demais funções são delegadas aos residentes, ao hepatologista clínico e à enfermagem.

O entendimento é de que o médico titular, pesquisador, cirurgião, pertence a uma “classe” hierárquica mais elevada que um médico clínico ou um residente. Aos médicos cirurgiões está reservado o domínio das técnicas de mais alta complexidade, ao médico clínico, por sua vez, reserva-se o contato mais próximo com os pacientes e um saber generalizado sobre as doenças hepáticas e demais intercorrências que possam acometer o transplantado.

Percebe-se que a relação médico-paciente funda-se na tensão entre o saber e o sentir, exigindo um domínio permanente das emoções ou do autocontrole, pois na prática médica a possibilidade do inesperado, do imprevisível, do incontrolável, está sempre presente.

Nos depoimentos da equipe multidisciplinar está presente a frustração pelo fracasso do tratamento. Quando o transplante não dá certo, certo sentimento de incapacidade face às adversidades é vivenciado pela equipe. À medida que a crença no transplante se confronta com a morte do paciente, coloca a equipe diante de questões delicadas, tais como, competência técnica, habilidade cirúrgica, habilidade e agilidade nos cuidados e responsabilidade pelo resultado do transplante. A busca por explicações tende a passar por três momentos: primeiro atribui-se a culpa a si próprio, em seguida, a culpa é atribuída ao paciente e, por fim, chega-se a conclusão de que não é uma questão de culpa, mas dos limites oferecidos pela tecnologia médica e pelo próprio corpo do sujeito transplantado.

Em outro aspecto, a proximidade entre a equipe de enfermagem e os pacientes é também um fato gerador de tensão e sofrimento diante da morte. Sofrimento que causa dor moral, expressa pelo sentimento de impotência, de frustração e isolamento. No limite, a depressão e o afastamento do trabalho.

Sendo assim, é na e pela relação com o outro que a equipe do transplante hepático desenvolve a totalidade de suas capacidades e constitui seu *habitus* comum, compartilhado. As emoções envolvidas nesse processo – prazer, satisfação, frustração, medo e dor moral – são expressões do *habitus* compartilhado e da condição humana. O *habitus* não tem o poder de transformar a condição humana.

Não se trata, portanto, de fazer uma leitura linear das tensões no campo da medicina, como um processo em transformação que começa na medicina do olhar e caminha até a medicina dos sintomas, dos tecidos e dos órgãos. É preciso estar atento às tradições, valorizar os conhecimentos, os procedimentos, mas também, potencializar essas tradições com as tecnologias disponíveis e atualizá-las, levando em conta a complementaridade entre as diferentes dimensões da condição humana, entre o saber, o ver, o fazer e o sentir. A subjetividade presente na equipe multidisciplinar é marcada por tensões, conflitos e contradições no STH. Não é dada *a priori*, ela se constitui e é constituída numa determinada condição objetiva; tende a ser mais instituinte do que instituída.

Nesse sentido, os resultados desse trabalho apontam para a necessidade de novos estudos que aprofundem a idéia de que, por um lado, embora a subjetividade seja controlada ela é sempre perturbada, afetada pelos processos objetivos. E, por outro, atua também modificando estes processos. Apesar de todas as estratégias para tentar anular e controlar a presença do sujeito, ele se manifesta quando menos se espera. A despeito de tanta prescrição, alta tecnologia, hierarquia rígida, o sujeito está presente. Mesmo quando tudo conspira contra a subjetividade, ela emerge, quando menos se espera!

Do ponto de vista do desenvolvimento do saber médico, esse trabalho aponta também para novos estudos que busquem avaliar os impactos de uma “medicina digital”, resultado da convergência entre biologia e engenharia nos serviços de saúde. Descobertas que podem levar ao aperfeiçoamento das tecnologias de diagnóstico e tratamento por meio do emprego de sistemas de informação e dos instrumentos digitais (nanotecnologia e nanorobótica); desenvolvimento da farmacologia, que por meio da nanotecnologia poderá produzir medicamentos que facilitem o seu uso pelos pacientes, como por exemplo, remédios que atualmente precisam ser tomados diariamente, num futuro próximo, com a incorporação das novas tecnologias, poderão ser tomados em uma dosagem semanal, ou ainda, desenvolvimento de imunossuppressores mais eficientes e com menos efeitos colaterais que os que estão disponíveis atualmente, fundamentais para os transplantados; e por fim, avanços nas cirurgias realizadas à distância.

Entretanto, a grande questão que permanece se situa no âmbito da relação médico-paciente. Os avanços tecnológicos na medicina serão capazes de aproximar os médicos dos pacientes? Serão capazes de vencer as barreiras desses diferentes campos semânticos?

## REFERÊNCIAS

- ANDION, C.; SERVA, M. A etnografia e os estudos organizacionais. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELO, R.; SILVA, A. B. da. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**. Paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva, 2006. p.147-179.
- ARENDT, H. **Responsabilidade e julgamento**. São Paulo: Cia. das Letras, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BASTOS, L. A. de M. **Corpo e subjetividade na medicina**: impasses e paradoxos. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.
- BELLODI, P. L. *Surgery or General Medicine – a study of the reasons underlying the choice of medical specialty*. **São Paulo Medical Journal**. v.122, n. 3, p. 81-86. 2004.
- BONET, O. **Saber e sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004 (Coleção Antropologia e Saúde).
- BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. 6. ed. Campinas: Papirus, 1996.
- \_\_\_\_\_. **O poder simbólico**. 9.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. 322p.
- BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. **Una invitación a la sociología reflexiva**. Buenos Aires: Siglo XXI, 2005.
- BRASIL. Portaria n. 1.160, de 29 de maio de 2006. Regulamento técnico para distribuição de órgãos de doadores cadáveres para transplante. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 mai. 2006. Disponível em: [http://portal.saude.sp.gov.br/resources/cidadao/servicos/transplantes/p\\_1160\\_31052006.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/cidadao/servicos/transplantes/p_1160_31052006.pdf)>. Acesso em: 26/12/2008.
- \_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº. 2.848 DE 06 de Novembro de 2007**. 2007a. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. Disponível em <<http://www.sbpc.org.br/upload/conteudo/320090217112329.pdf>> Acesso em: 20/02/2009.
- \_\_\_\_\_. **Anexo VII - Grupo: 05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células – 2007**. 2007b. Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. Disponível em <<http://www.sbpc.org.br/upload/conteudo/320090217115233.pdf>> Acesso em: 20/02/2009.
- \_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS n.º 3.192, de 24 de dezembro de 2008**. Concede reajuste em procedimentos da Tabela do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em <

<http://www.sbpc.org.br/upload/conteudo/320090217112624.pdf>>. Acesso em: 20/02/2009.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. de. **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANGUILHEM, G. **Ideologia e racionalidade nas ciências da vida**. Lisboa: Edições 70, 1977. (Coleção O Saber da Filosofia).

\_\_\_\_\_. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**. Uma sociologia dos serviços hospitalares. 4. ed. Porto: Afrontamento, 2005.

CECÍLIO, L. C. de O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

CECÍLIO, L. C. de O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, v. 13, n.2, p. 39-55, mai-ago, 2004.

CHAZAN, L. K. Vestindo o jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico. **Cadernos de Campo**, ano 4, n. 13, 2005. p. 13-32.

CICOUREL, A.V. **Le raisonnement medical: une approche socio-cognitive**. France: Seuil, 2002. (Collection Líber)

CLAVREUL, J. **A ordem médica**: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006. Disponível em <[http://www.conass.org.br/pdfs/livro\\_sus\\_avancos\\_desafios.pdf](http://www.conass.org.br/pdfs/livro_sus_avancos_desafios.pdf)> Acesso em 19/02/2007.

DA MATTA, R. O ofício do etnólogo, ou como ter "Anthropological Blues". In: NUNES, E. de O. **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 23-25.

DEJOURS, C. **O fator humano**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

\_\_\_\_\_. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2007.

\_\_\_\_\_. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOURS, C.; MOLINIER, P. *De la peine au travail. Souffrances. Corps et âme, épreuves partagées.* Paris: Autrement, n. 142, février, p. 138-151, 1994. (Série Mutations n.º 142).

DESLANDES, S.F. **Frágeis deuses:** profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. (Coleção Antropologia e Saúde, v.8).

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. de. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. de; DESLANDES, S. F. (Orgs.) **Caminhos do pensamento:** epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-223.

ELIAS, N. **O processo civilizador.** Rio de Janeiro: Zahar, 1993. Volume 2

\_\_\_\_\_. **A sociedade dos indivíduos.** Rio de Janeiro: Zahar, 1994a.

\_\_\_\_\_. **O processo civilizador.** Rio de Janeiro: Zahar, 1994b. Volume 1

\_\_\_\_\_. **A sociedade de corte:** investigação sobre a sociologia da realza e da aristocracia de corte. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

ENRIQUEZ, E. **A organização em análise.** Petrópolis: Vozes, 1997.

FIGUEIREDO, B. G. Barbeiros e cirurgiões: atuação dos práticos ao longo do século XIX. **História, Ciências, Saúde.** Manguinhos, v. 6, n. 2, s/p, jul./out., 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701999000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701999000300003&script=sci_arttext)> Acesso em 20/02/2009.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L. e RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica.** Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Tradução de Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica.** 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FREIDSON, E. **La profesión médica: um estudio de sociologia del conocimiento aplicado.** Barcelona: Ediciones Península, 1978.

GIDDENS, A. **As conseqüências da modernidade.** São Paulo: UNESP, 1991.

GODOI, C. K.; BALSINI, C. P. V. A pesquisa qualitativa nos estudos organizacionais brasileiros: uma análise bibliométrica. In: Godoi, C. K.; BANDEIRA-DE-MELO, R.; SILVA, A. B. da. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais.** Paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 89-112.

GONNET, F. *Les relations de travail: entre La complexité et l'insécurité.* In: CRÉPU, M.; HOUDY, A. **L'Hôpital à Vif. L'État des lieux.** Paris: Autrement, 1989. (Série Mutations n.º 109, sept). p. 128-147.

HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M. T. **Memórias de morte e outras memórias** (lembranças de velhos). Tese (Doutorado em Sociologia), Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

JESUS, L. E. de. Ensinar cirurgia: como e para quem?. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912008000200012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912008000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 /02/2009.

KAWAMURA, L. K. Tecnologia e saúde nas diferentes perspectivas de entidades associativas de médicos. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro: v.27, n. 2, p. 48-55, abr./jun., 1987.

KOURY, M. G. P. A antropologia das emoções no Brasil. **Revista Brasileira de Sociologia das Emoções**. João Pessoa, v. 4, n. 12, p. 314-328, dez., 2005.

LATOURETTE, B. **Ciência em ação**. Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: UNESP, 2000. (Biblioteca Básica).

LAZZARETTI, C. T. **Doador Vivo no Transplante Hepático**: A dádiva na contemporaneidade. Tese (Doutorado em Sociologia). Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008a.

\_\_\_\_\_. O doador vivo no transplante hepático: uma dádiva? In: II JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE: A saúde como direito social, 2, 2008, Curitiba. **Anais...** Curitiba: UFPR, Grupo de Pesquisa em Sociologia da Saúde, 2008b. 1 CD-ROM.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. 2. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2004.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MACIEL-LIMA, S. M. de. Eqüidade *versus* alta complexidade: o SUS em debate. In: RASIA, J. M e LAZZARETTI, C.T.(Orgs.) **O Sistema Único de Saúde**: avanços e dificuldades na assistência à saúde. Rio de Janeiro, 2009 (submetido à publicação).

MACIEL-LIMA, S. M.; HOPFER, K. R.; SOUZA-LIMA, J. E. Complementaridade entre racionalidades na construção da identidade profissional. **RAE Eletrônica**, v. 3, n. 2, jul/dez, 2004. Disponível em <[www.rae.com.br/eletronica](http://www.rae.com.br/eletronica)>. Acesso em 01/12/2004.

MAIA, P. R. da S. Reflexões sobre o processo de tecnificação da medicina no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v 18, n. 4, p. 100-24, out/dez, 1984.

MARGLIN, S. A. Origem e funções do parcelamento das tarefas. Para que servem os padrões? In: GORZ, A. **Crítica da divisão do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989. p. 37-77

MARTINS, J. de S. **Sociologia da fotografia e da imagem**. São Paulo: Contexto, 2008.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. 12ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S. A., 1988. (Livro I, Volume I)

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul-set 2006.

MERLEAU-PONTY, M. **O olho e o espírito**: seguido de A linguagem indireta e as vozes do silêncio e A dúvida de Cézanne. São Paulo: Cosac & Naify, 2004. 166p.

MENEZES, R. A. **Decisões difíceis**: etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 107p.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. de S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M. H. de A. **O clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-142.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde: Transplantes. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/integram.htm#12>> Acesso em 9/05/08.

MONTEIRO, R. H. **Videografias do coração**. Um estudo etnográfico do cateterismo cardíaco. 2001. 149f. Tese (Doutorado em Política Científica e Tecnológica). Instituto de Geociências. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2001.

MOREIRA, M. E. **Autoridade/ordem, disciplina/controle e cooperação/consenso**: as dimensões imanentes das organizações. Um estudo teórico para pensar a gestão em saúde. 244f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

MOREIRA FILHO, A. A. **Relação médico-paciente**: teoria e prática. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

OSTROWER, F. A construção do olhar. In: NOVAES, A. (Org.) **O olhar**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. p. 167-215.

PALÁCIOS, M. Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital geral e público do município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

PEDUZZI, M.; HAUSMANN, M. A enfermagem como prática heterogênea que busca ressignificar as interfaces entre seus diferentes agentes e objetos de trabalho. 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem. **Anais...** Gramado, RS, 24 a 29 de outubro de 2004. Disponível em <<http://www.bstorm.com.br/enfermagem/palestrantes/Marina%20Peduzzi.php>> Acesso em 14/11/2008.

PÉROT, L. *Technologie à l'hôpital: monstre ou merveille? L'Hôpital à vif. L'état des lieux*. Paris: Autrement, n. 109, septembre, p. 28-32, 1989. (Série Mutations n.º 109).

PINTO, P. G. H. da R. Saber ver: recursos visuais e formação médica. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 39-64, 2000.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT, Annablume, 1998.

PITTA, A. M. F. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. *Saúde e Sociedade*. v. 5, n. 2, p. 35-60, 1996.

RASIA, J. M. Dívida e Gratidão: Uma Etnografia com Transplantados Hepáticos. In: **XXXI Encontro Anual da ANPOCS**, 2007. 31º Encontro Anual da ANPOCS. Caxambu : ANPOCS, 2007.

\_\_\_\_\_. **Criança e trabalho no campo**. Socialização, trabalho e educação: a criança na força de trabalho rural. 165 f. Tese (Doutorado em Educação). Departamento de Filosofia e História da Educação, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1987.

\_\_\_\_\_. **Hospital: socialidade e sofrimento**. 214 f. Tese (Professor Titular em Sociologia). Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 1996.

\_\_\_\_\_. Ambulatório de Transplante Hepático do HC-UFPR: configuração e interação social. In: RASIA, J. M e LAZZARETTI, C.T.(Orgs.) **O Sistema Único de Saúde: avanços e dificuldades na assistência à saúde**. Rio de Janeiro, 2009 (submetido à publicação).

REZENDE, C. B. Mágoas da amizade: um ensaio da antropologia das emoções. Rio de Janeiro, **Mana: Estudos de Antropologia Social**, v. 8, n. 2, p.v . 69-89, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/mana/v8n2/16137.pdf>> Acesso em 05/05/2009.

RIBEIRO, M. M. Nem nobre, nem mecânico. A trajetória social de um cirurgião na América Portuguesa no Século XVIII. **Almanack Braziliense**. n. 2, p. 65-75. nov. 2005. Disponível em <[http://www.almanack.usp.br/PDFS/2/02\\_artigos\\_2.pdf](http://www.almanack.usp.br/PDFS/2/02_artigos_2.pdf)> Acesso em 20/02/2009.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar-abr, 2004.

RICOEUR, P. *La souffrance n'est pas la douleur*. **Souffrances. Corps et âme, épreuves partagées**. Paris: Autrement, n. 142, février, p. 58-69, 1994. (Série Mutations n.º 142).

ROUANET, S. P. O olhar iluminista. In: NOVAES, A. (Org.) **O olhar**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. p. 125-148.



SAWAIA, B. B. O sentido ético-político da saúde na era do triunfo da tecnobiologia e do relativismo. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M. H. de A. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 83-94.

SCLIAR, M. **A paixão transformada**. História da Medicina na Literatura. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n.2, p. 221-242, 1999.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. Central Estadual de Transplantes do Estado do Paraná. **Manual de Transplantes**. 2. ed., 2004. [S.l.]

SICARD, D. Corps et images du corps. **L'Hôpital à vif**. L'état des lieux. Paris: Autrement, n. 109, septembre, p. 37-40. 1989. (Série Mutations n.º 109). Entrevista.

SICARD, M. **A fábrica do olhar**: imagens de ciência e aparelhos de visão (século XV-XX). Lisboa: Edições 70, 2006.

SIMMEL, G. **Sobre la aventura: ensaios filosóficos**. Barcelona: Península, 2002.

\_\_\_\_\_. **Questões fundamentais da sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

SMITH, A. **Riqueza das Nações**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1986 (Coleção Universidade de Bolso).

STACECHEN, L. F. A doação de órgãos de cadáver: efeitos subjetivos para as famílias de doadores. in: II JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE: A saúde como direito social, 2, 2008, Curitiba. **Anais...** Curitiba: UFPR, Grupo de Pesquisa em Sociologia da Saúde, 2008. 1 CD-ROM.

STRAUSS, A. L. **Espelhos e máscaras**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999. (Clássicos; 17).

TAIEB, A. *L'homme transparent*. **L'Hôpital à vif**. L'état des lieux. Paris: Autrement, n. 109, septembre, p. 33-36, 1989. (Série Mutations n.º 109). Entrevista.

THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 3. ed. São Paulo: Polis, 1982. (Coleção Teoria e História, 6).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR. **Relação candidato-vaga (concorrência)**. Residência médica 2008/2009. Disponível em <http://www.nc.ufpr.br/> Acesso em 20/02/2009.

\_\_\_\_\_. Pró-Reitoria de Planejamento, Orçamento e Finanças. **Relatório parcial de atividades de 2008**. Curitiba: UFPR/PROPLAN, 2008. 203p.

WACQUANT, L. J. D. **Corpo e alma**: notas etnográficas de um aprendiz de boxe. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## ANEXO I

### SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ CHECK LIST

#### Pré-Operatório

1. Notificações
2. Preencher 'protocolo de órgão para Transplante Hepático'
3. Ligar para dr. MICHEL ou dr. CARLOS
  - a) perguntar quem irá fazer e ajudar no implante.
4. Ligar para a equipe da Retirada
  - a) Dr. ACIR ou dr. WANDERLEY
  - b) R4 e R2
5. Ligar para R2 Implante
6. Avisar Centro Cirúrgico
7. Avisar Farmácia Centro Cirúrgico para preparar Hepatolog (não esquecer cânula de 4 vias)
8. Avisar banco de sangue – avisar tipo sanguíneo
9. Ligar para o receptor, mesmo com notificação em andamento.
10. Ligar para UTI
11. Aguardar fechar o protocolo
12. Internar o receptor
13. Tipagem + reserva\*
14. Solicitar exames laboratoriais para o receptor
15. Fazer prescrição para o receptor \*\*
16. Preencher Termo de Consentimento
17. Aguardar ligação do R4 para descer paciente para Centro Cirúrgico
18. Preencher aviso de Cirurgia em 2 vias
19. Solicitar exames laboratoriais para o receptor no Pós Operatório
20. Pegar Lupa na sala do dr. MICHEL

\* Reserva (em solicitações preparadas)

10U: Papa de hemácias

10U: Plaquetas

10U : Crioprecipitado

10U : Albumina

10U : Plasma fresco

\*\* Prescrição

- Plasil 1 ampola

- Omeprazol 1 ampola EV

- Banho, Fleet Enema e Tricotomia abdominal

#### Pós-Operatório

1. Paciente no Centro Cirúrgico, aguardar para induzir o receptor
2. Após anestesia: acesso venoso central e SVD
3. ATB: 2g Claforan, 1 g Ampicilina e 1 g Metilprednisolona
4. Ligar para dr MICHEL ou dr. CARLOS
5. Final da Cirurgia: colher exames Pós Operatório e fazer 1gmetilprednisolona
6. Levar paciente para UTI