

## Introdução

Nessa dissertação procuro discutir um projeto piloto de humanização das práticas terapêuticas, localizado num hospital filantrópico em Ceres, interior de Goiás. Iniciado em 2001, o projeto foi concomitante à criação do Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas (CHPT). O desafio de reflexão a que me propus na análise dos dados etnográficos foi dar sentido ao modo como o grupo de profissionais de saúde vinculados ao projeto piloto configuraram seu entendimento sobre humanização, assim como quais estratégias foram acionadas no decorrer do processo de implementação.

O Hospital São Pio X é a única instituição em Ceres que possui convênio com o SUS e teve uma história intimamente relacionada com os movimentos populares, nas décadas de 70 e 80, junto à Diocese de Goiás, que o tornou uma referência no atendimento à população pobre da região. Este compromisso de diálogo com a comunidade teve um impacto na forma como o atendimento era feito e, desde então, a discussão sobre humanização seguiu um percurso muito ligado ao da saúde pública. Os interesses em eliminar doenças típicas da localidade e a forte ênfase na saúde da mulher foram elementos da composição de um cenário que, anos mais tarde, veio a ser reconhecido através de uma memória que vinculava o hospital ao contexto de práticas humanizadas em saúde. O estabelecimento dessa trajetória teve, nos anos 90, um caráter oficial através do recebimento de títulos como: “Hospital amigo da criança”, em 1994, Prêmio “Galba de Araújo”, em 1999 e o mais recente, “Maternidade segura”, em 2000<sup>1</sup>.

Meu contato se iniciou através de um dos médicos que trabalha no hospital como cirurgião e que está diretamente vinculado à implementação do projeto piloto. Nesse momento, eu possuía apenas algumas informações de um livrete que o CHPT havia feito para divulgação, no qual se mencionava a importância do desenvolvimento do aprimoramento das práticas de saúde, tornando-as “integradas, humanizadas, simplificadas e eficazes”. Ao chegar em campo, tive maior facilidade de

---

<sup>1</sup> O três títulos foram conferidos pelo Ministério da Saúde. O primeiro pelo apoio e promoção do aleitamento materno, o segundo por ações humanizadas na assistência ao parto e nascimento e o terceiro foi oferecido em parceria com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

me relacionar com os profissionais diretamente envolvidos no projeto, sobretudo os fisioterapeutas. Essa aproximação marcou um posicionamento que, por um lado, limitou as possibilidades de diálogo com atores desvinculados do CHPT, principalmente quando os conflitos que surgiram entre os grupos favoráveis e contrários ao projeto se intensificaram. Mas, por outro, minha posição como pesquisadora me dava a oportunidade de ouvir idéias e opiniões de ambas as partes. Desse modo, ao expressar meu interesse no que as pessoas contavam, elas retribuíam buscando me mostrar a importância daquela instituição de saúde em suas vidas, assim como do trabalho que realizavam e de suas perspectivas a respeito da humanização.

Trabalho com a hipótese de que a humanização possui uma multiplicidade de valores e propostas que se agregam, por um lado, formando um bloco crítico com relação a aspectos do processo de tomada de decisão e práticas terapêuticas na biomedicina, e por outro, se dissipam em diferentes abordagens e concepções alternativas. É necessário compreender as nuances que aproximam e separam todo um conjunto de profissionais de saúde inseridos em diversos projetos existentes atualmente e que versam sobre formas de humanização do atendimento. A generalização do termo se deve, de fato, à atribuição de um sentido que é amplamente compartilhado, qual seja, de se comprometer com uma perspectiva crítica ao modelo da biomedicina. Mas tal modelo pode ser abordado sob variadas formas, implicando a construção de práticas muito distintas de humanizar. Para essa discussão, nos trará contribuições relevantes a compreensão de Turner (1988) sobre signos polissêmicos e a “função nodular” que alguns deles podem exercer.

O projeto ora mencionado possui especificidades na construção de um modelo de atendimento que, sem renegar essa compreensão mais geral a respeito do termo humanização em oposição à práticas vinculadas à biomedicina, se constrói a partir de uma releitura do lugar do corpo na relação entre terapeutas e pacientes, tomando a realidade plural da instituição hospitalar como seu ponto de partida. Isso significa que o conteúdo da humanização que o grupo buscava desenvolver não poderia ser resumido numa rejeição ao emprego das tecnologias existentes, mas na agregação de novos critérios que pudessem restabelecer formas de uso.

Contudo, o debate que gostaria de apresentar sobre o projeto não se encontra localizado apenas nesse desafio de reconsiderar as práticas médicas no

contexto hospitalar<sup>2</sup>. Chamo atenção para a forma como a noção de corpo se torna crucial para o desenvolvimento de uma comunicação “efetiva” entre terapeutas e pacientes. Nesse sentido, sugiro que o corpo é tomado como o símbolo mais importante de um *habitus* específico, como descreve Bourdieu (1995), ao mesmo tempo em que é o produtor de uma linguagem de intervenção terapêutica particular. O diálogo, em geral percebido como potencialmente rico para a construção de relações mais humanizadas, é desconsiderado no horizonte das alternativas elaboradas dentro do modelo. O Método Rességuier, no qual o projeto se baseia, constrói uma relação com o corpo como forma de transcender o sujeito social, apontando para uma comunicação entre “essências”.

A concepção de ser humano que decorre desse modelo, se relaciona com a construção de uma pessoa desenraizada de suas relações sociais. Para compreendermos tal deslocamento conceitual que configura a forma de humanização proposta pelo Método Rességuier, é preciso atentar para o fato muito destacado em diversas falas dos meus interlocutores, de que há uma grande preocupação envolvendo a construção de uma prática possível. Isto é, diante dos numerosos dilemas em que as práticas de saúde se encontram mergulhadas, caracterizando discussões complexas sobre condições de vida dos pacientes, assim como as próprias condições de trabalho dos profissionais de saúde, ultrapassando uma discussão vinculada estritamente à forma de atendimento designada aos pacientes, o modelo proposto procura uma solução que possa dar conta de operar essas problemáticas no momento do atendimento, em sentido estrito, possibilitando a que o profissional de saúde seja instrumentalizado para uma prática humanizada, independente de outros aspectos interrelacionados. Essa redução ao momento presente aponta para uma tensão entre a concepção de ser humano, idealizada no modelo, e a de pessoa relacional, vivenciada na experiência cotidiana. A ideologia do individualismo, segundo Dumont (1997), e a leitura de Duarte (1988) sobre a construção da pessoa moderna, oferecem contribuições significativas para a análise desse paradoxo.

Um outro aspecto dessa discussão é a do impacto desse modelo entre os pacientes e profissionais do hospital. Como buscarei refletir, todo o programa de atividades elaborado pelo CHPT é coordenado e orientado por dois fisioterapeutas. Eles fazem atendimentos, dão palestras e desenvolvem um papel central no projeto. A discussão sobre o fato mesmo de vermos um fisioterapeuta inserido na realidade do

---

<sup>2</sup> É importante esclarecer que o projeto não está vinculado com a proposta e diretrizes do SUS. Este ponto será desenvolvido posteriormente.

hospital, em setores cuja presença de um profissional dessa área nunca foi requisitada é também parte do processo de aceitação e socialização mais lento. Para além da figura do fisioterapeuta em si, que representa uma questão peculiar, as bases do atendimento do projeto, isto é, os conceitos argumentados e as técnicas corporais utilizadas, o conjunto das medidas consideradas como um aprimoramento das práticas de saúde, também estão inseridas numa realidade que não está dada, que depende de negociação e da disputa por legitimidade. Desse modo, no que tange o relacionamento com os pacientes, gostaria de atentar para o fato de que, segundo a fala dos profissionais do CHPT, a eficácia pretendida pelo projeto independe da compreensão do outro sobre seus atos. E no que se refere ao relacionamento com o corpo de enfermagem, gostaria de trazer um enfoque que explora as diferenças de saberes e suas possibilidades de legitimação levando em consideração questões pertinentes a uma pertença social diferenciada, de acordo com a proposta de Boltanski (1989).

Um outra reflexão que está presente na leitura dos dados etnográficos diz respeito a uma série de circunstâncias em que as práticas idealizadas pelo modelo são experienciadas mediante reajustes que explicitam as tensões existentes entre normas e práticas, nos conduzindo a uma realidade dinâmica na qual há constantes ressignificações sendo operadas pelos atores. Tais reflexões foram inspiradas através de aproximações de contexto etnográfico na literatura de antropologia da saúde, a partir de Good & Good (1993) e Kleinman (1980, 1995). Procuro destacar as estratégias acionadas pelos profissionais na tentativa de reajustar aspectos do modelo, de produzir formas convincentes, isto é, que de alguma forma se conectassem a questões relevantes também do ponto de vista dos outros profissionais.

É interessante perceber que esta forma de conceber as práticas humanizadas e seu aprimoramento tem como foco o profissional de saúde, isto é, que as mudanças que se almeja no atendimento começam com um enfoque na equipe, numa atuação que pode ser mensurada e avaliada de acordo com certos códigos de conduta no ato terapêutico. Nesse sentido, dois conceitos elaborados pelo projeto tinham uma importância crucial para o estabelecimento dessa idéia. As denominadas “postura terapêutica” ou “qualidade de presença” eram mais do que elementos terapêuticos, formavam critérios de diferenciação, a partir do qual a figura do fisioterapeuta se destacava. O seu inerente domínio das técnicas corporais, devido à formação teórica e ao papel que ocupavam como detentores dos saberes sobre o Método, tinham a

capacidade de acionar os códigos de conduta relacionados ao aprimoramento das práticas de saúde.

Desse modo, deve ser sempre lembrado que o projeto tem uma íntima relação com a prática dos fisioterapeutas, apesar de também possuir uma proposta genérica, que envolve todos os profissionais de saúde. Contudo, o papel desempenhado pelo fisioterapeuta é redimensionado não só no momento do seu atendimento específico, do exercício de sua especialidade, mas também no papel que ele pode vir a desempenhar no aspecto geral do atendimento ao paciente. Nesse sentido, trago observações etnográficas de quando os fisioterapeutas participavam de outros setores de atendimento como as cirurgias e os partos, e também quando se faziam presentes em algumas ocasiões em que os profissionais da enfermagem atendiam. Abre-se nesse momento um amplo leque de atuações. Como mostra meu material etnográfico, os fisioterapeutas do projeto se fazem presentes nesses diversos campos de atuação profissional, através da prática de “acompanhamento” aos pacientes. Em cada um desses setores eles avaliam o processo do atendimento preenchendo um formulário próprio, através de certos conceitos criados pelo projeto e que servem para inserir uma nova maneira de olhar o paciente, que seleciona critérios subjetivos de análise, paralelo ao diagnóstico realizado pelo médico e a terapêutica recomendada<sup>3</sup>. Veremos como o “acompanhamento” pode ser lido como uma prática referente a um *habitus* particular, que se apresenta no caso do projeto piloto, como um processo que deve ser ensinado pelos fisioterapeutas. A eficácia da transmissão desse *habitus*, percebido como algo evidente pelos membros do projeto, é comprometida pelo embate entre significante e significado que marca a relações dos outros profissionais, sobretudo enfermeiros, com a possibilidade de dar sentido às técnicas corporais dos fisioterapeutas como atos terapêuticos.

Ao falar sobre essa dificuldade em oferecer uma linguagem que fosse socialmente compartilhada entre todos os profissionais, um universo etnográfico que se torna importante na explicitação destes conflitos é a prática de ensino, em que são proferidas palestras programadas no interior do hospital aos funcionários do corpo de enfermagem. O motivo pelo qual a relação com os enfermeiros é pautada pelas palestras teve como justificativa central a necessidade de socialização com os conceitos do

---

<sup>3</sup> Este formulário é de preenchimento exclusivo dos fisioterapeutas. Dentro do papel que possuem como coordenadores do projeto, eles se destacam e se aproximam do papel do médico quanto à produção de diagnóstico, se bem que restrito àqueles conceitos por eles desenvolvidos no âmbito do projeto.

Método, de modo que a linguagem utilizada no projeto pudesse ser apreendida pelos outros, de modo a confirmar a existência e legitimar os sentidos atribuídos ao “acompanhamento” como ato terapêutico.

No capítulo I, descrevo alguns aspectos centrais do Método Rességuier, que formavam a base de atuação dos fisioterapeutas e médicos vinculados ao projeto. Este método, criado no anos 80 pelo fisioterapeuta Rességuier, tinha como um de seus princípios mais destacados a possibilidade de permitir que os profissionais atuassem segundo suas práticas habituais, mas que pudessem reelaborar algumas condutas. A “simplicidade” que é atribuída ao método se pauta nessa possibilidade de instrumentalizar os profissionais de saúde, “sem tirá-los de seu contexto”. Trata-se, portanto, de um projeto que buscava mais uma alteração de posturas e atitudes, do que propriamente um novo modelo para atender o paciente que fosse visto como uma substituição de outros. Desse modo, parte de sua retórica estava relacionada a uma humanização que se centrava no vínculo entre seres humanos, e não nos aspectos tecnológicos disponíveis. Num contexto de hospital filantrópico, conveniado ao SUS, essa possibilidade de humanizar, mesmo na adversidade gerada pela falta de recursos financeiros e tecnológicos, era um atrativo que os profissionais apresentavam, diante da diversidade de atividades que o termo humanização podia abarcar. Nesse sentido, a especificidade que o Método traz ao projeto, ou pelo menos uma delas, é a possibilidade de pensar a realidade hospitalar a partir de uma situação que enfatiza o vínculo entre terapeuta e paciente, ainda que a receptividade ou a compreensão sobre esse vínculo apresente desafios consideráveis a essa proposta. O Método se apresenta, portanto, como uma alternativa não só no que tange ao atendimento, estrito senso, mas à possibilidade de aprimorar as práticas de saúde buscando superar dificuldades que se apresentam na estrutura de atendimento, com isso, pressupondo um vínculo humano como independente de um contexto social mais amplo.

Contudo, veremos como os conceitos com os quais os fisioterapeutas trabalham procuram explicitar uma espécie de “cosmologia da terapêutica”, através da qual a postura terapêutica e a qualidade de presença, os símbolos centrais do projeto, são concebidos. É de suma importância compreender como esses conceito-valores são construídos, em parte se valendo de uma imagem da medicina tradicional chinesa, atribuindo significado à idéia de uma comunicação entre essências, e noutra parte, recorrendo a uma discussão com aspectos da filosofia fenomenológica, dentro da qual se destaca a construção do sujeito transcendental. Nesse sentido, a palavra, o elogio da

fala, que aparece como pouco importante no discurso, imprimindo uma ênfase na técnica corporal como forma de percepção e ação no mundo, torna-se de grande valor nas estratégias de implementação do projeto.

No capítulo II, apresento o contexto institucional no qual o projeto se encontra inserido. A trajetória dos profissionais vinculados ao CHPT, assim como suas práticas diárias. É quando podemos ter uma compreensão mais elaborada da forma de atuação do modelo, destacando os pontos que não aparecem no discurso, mas que se tornam imprescindíveis à realização das práticas. É o momento também em que discuto a minha inserção no campo, marcada primordialmente pelo contato com os médicos e fisioterapeutas. Na parte mais propriamente etnográfica, procuro descrever o modo de atuação dos fisioterapeutas no cotidiano hospitalar, compreendendo o atendimento aos pacientes internados, às parturientes e aos pacientes de cirurgia. A definição de acompanhamento será abordada, também, sob esse contexto dinâmico das observações cotidianas.

Gostaria de destacar a importância dada à questão da concomitância da atuação do fisioterapeuta com a atuação dos médicos. Há uma tentativa de inserir, em vez de substituir, outros conceitos àqueles próprios do modelo aprendido habitualmente nas academias de medicina. Contudo, o papel do médico também é repensado, e se espera que eles possam atuar de forma ambivalente, exercendo sua prática de diagnose e terapêutica e acrescentando novos valores. Sem dúvida, é mais fácil de perceber nos fisioterapeutas esse engajamento, uma vez que nesse projeto em específico, sua forma de atendimento foi completamente alterada. Nesse sentido, eles são figuras representativas do modelo, uma vez que se dedicam integralmente ao exercício do “acompanhamento”, de acordo com a “postura terapêutica” e a “qualidade de presença”. No caso dos médicos, o projeto procura apontar para que se possibilite uma perspectiva crítica ao desempenho das práticas tradicionais, tentando reverter o quadro do “irredutível fisicalismo”, como diria Duarte (2003), presente na biomedicina.

Talvez esse seja um dos principais motivos que posso apontar para a baixa participação dos médicos no projeto. É como se o modelo de atendimento delineado estivesse mais adaptado ou versasse de uma maneira mais prática ao tipo de papel exercido pelos fisioterapeutas. Trata-se, portanto, de uma tentativa de etnografar um projeto criado por um fisioterapeuta, a partir do exercício de sua especialidade, e que se encontra numa fase de expansão e adaptação de suas idéias ao cotidiano de atendimento dos outros profissionais de saúde que trabalham no hospital.

No capítulo III, abordo a questão da humanização como um signo polissêmico. Nesse sentido, optei por fazer um recorte em que se destacasse as diferentes relações: médico/fisioterapeuta, médico/enfermeiro e fisioterapeuta/enfermeiro, de modo a que se pudesse atentar para questões específicas que competem a cada uma dessas situações, revelando uma apreensão do termo humanização sob diferentes registros. Surgem, desse modo, temas diversos como, as prescrições terapêuticas, uso de medicamentos, uso de tecnologias, relação com o corpo do paciente, relação do terapeuta com seu próprio corpo. Todos esses itens compõem de alguma forma as diversas definições que pude observar e ouvir dos meus interlocutores. Os dois últimos fazem parte especificamente do conteúdo que está em pauta quando os atores do projeto piloto falam de humanização. É muito interessante pensar que a contribuição dos fisioterapeutas se relaciona a uma noção de corpo, um corpo que teria sua própria razão, que poderia ensinar, que poderia ser lido muito além dos sintomas da doença que carrega, que possui uma gramática, uma linguagem que, se compreendida fosse, poderia ser acionada como um mecanismo eficiente no processo de cura.

Além dessa discussão, um dos enfoques do capítulo é a relação entre o corpo de enfermagem e os fisioterapeutas responsáveis pelo projeto dentro da proposta de ensino (Programa de Formação Interna). Uma vez que os cursos teóricos oferecidos pelo CHPT eram parte integrante do projeto de humanização, não podia deixar de lado o fato significativo de que tais cursos eram frequentados somente pelos enfermeiros. No âmbito do projeto, é importante destacar como a hierarquia institucional opera de maneira contrastiva a um princípio de humanização das relações de trabalho que é pouco desenvolvida pelos profissionais vinculados ao projeto do CHPT. Nesse sentido, vale a pena reparar como a proposta de uma transformação do ambiente hospitalar centrada numa gramática do corpo tem seus limites e não pode ser considerada um meio único de humanização. Os conflitos advindos desses contrastes serão abordados como elementos que fortalecem as relações sociais em jogo, nos termos de Simmel. Ainda, inspirada no trabalho de Machado (2003), podemos ampliar as formas de compreensão sobre o conflito, sobretudo no que diz respeito à relação entre médicos e enfermeiros, através de um modelo que sugere um circuito de dádivas negativas e positivas.

A realidade cotidiana de um hospital permite uma variedade inesgotável de abordagens etnográficas. Como disse ao início, minha escolha de acompanhar a rotina de implementação desse projeto piloto de humanização, assim como as atividades relacionadas ao CHPT, ocorreram devido ao estabelecimento de relações mais próximas

com certos profissionais, sobretudo, os fisioterapeutas coordenadores do Serviço de Reabilitação Integrada e do Programa de Formação Interna do projeto. As implicações dessa posição certamente constituíram um lugar de fala que permitiram uma interlocução ampla com alguns pontos de vista em detrimento de outros que se faziam igualmente presentes e atuantes na rotina do hospital. Os conflitos inerentes ao processo de implementação nos dão algum suporte para a compreensão dessas limitações que o trabalho de campo nos impõe. Escolher observar de perto o projeto, contudo, me permitiu estar em contato com um grande número de enfermeiros e médicos de diversas especialidades e setores. O reflexo disso reside na forma como o material está apresentado. Abrindo mão de discutir, por vezes, as especificidades de cada tipo de atendimento, como é o caso da prática do clínico ou do ato cirúrgico e, ainda, dos partos, que nas discussões sobre humanização possui certamente um lugar de destaque, pude perceber como os profissionais do CHPT visualizavam o espaço do hospital e o tratavam como um todo operante, cuja compartimentalização devia ser vista apenas como uma questão de organização institucional. Nesse sentido, o foco na técnica corporal compõe um modelo de humanização que, por um lado, acredita num processo de comunicação dado a partir da criação de um vínculo entre terapeuta e paciente, ao mesmo tempo em que rejeita a ampliação do diálogo e do tempo disponibilizado entre terapeutas e pacientes como as chaves desse processo de aprimoramento das práticas de saúde.

## Capítulo 1

### **Método Rességuier: conceitos para uma humanização da intervenção terapêutica**

A humanização do atendimento nas práticas de saúde é um tema que tem sido abordado dentro de uma variedade considerável de realidades. Muitos autores no campo da saúde tem se empenhado em construir novas referências de atendimento para certas práticas médicas, como é o caso dos partos, o atendimento em unidades de terapia intensiva e o atendimento materno-infantil<sup>4</sup>. Na maioria dos textos, a lógica que emerge perpassa uma discussão de direitos do paciente sobre o tratamento a tomar e uma política de reconhecimento do paciente como o principal ator do sistema de saúde (Fortes, 2004). Além disso destacam-se trabalhos orientados para uma reflexão do processo comunicativo entre terapeuta e paciente, nesses casos, geralmente o profissional de enfermagem é o destaque na construção de projetos destinados a promover inovações na forma de atendimento (Matsuda et al., 2003; Casate et al., 2005), em detrimento da figura do médico. Trabalhos sobre o processo de aprendizado dos estudantes e residentes de medicina (Bonet, 2004) continuam sendo referências fundamentais para refletir sobre esses aspectos do atendimento clínico hospitalar a partir da experiência do médico.

O hospital em que realizei pesquisa possui um projeto de humanização das práticas terapêuticas, também designado como aprimoramento das práticas em saúde. Esse projeto piloto opera através do Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas (CHPT), construído em 2001 com recursos da Associação D'Oltre<sup>5</sup>. O

---

<sup>4</sup> Existe uma profusão de trabalhos entre os profissionais de saúde nessas três áreas mencionadas. Ver, por exemplo, os trabalhos de Morsch & Delamonica, 2005; Lamego et al., 2005; Hotimsky & Schraiber, 2005; Diniz, 2005.

<sup>5</sup> É importante esclarecer que o Método Rességuier é veiculado e ensinado através de projetos de humanização que são financiados pela Associação D'Oltre, organização não-governamental suíça, presidida pelo próprio fisioterapeuta Rességuier e sua esposa. Atualmente, eles possuem o projeto do CHPT, no Brasil, e o projeto "Damchu", no Butão. Além dessa associação, existe uma instituição que organiza os trabalhos de quem se formou no Método e o exerce profissionalmente. Trata-se do Instituto do Método Rességuier, que possui sedes na Europa e no Brasil. Essas são as instituições de base que dão as condições necessárias para a realização desse

presidente dessa associação é o fisioterapeuta francês Rességuier, criador do Método de humanização que é aplicado pelos profissionais vinculados ao CHPT. O “projeto piloto”, como era chamado por eles e que usarei daqui por diante, se articulava no meio hospitalar através da prática específica de atendimento realizada por fisioterapeutas. Alguns médicos também estavam comprometidos com o aprendizado dessas práticas e procuravam executá-las no seu dia a dia, mas de modo diferente ao dos fisioterapeutas. Havia a intenção de que mais médicos e o corpo de enfermagem pudesse aderir aos ensinamentos do Método e reconsiderar suas respectivas formas de atendimentos segundo o modelo criado por Rességuier.

Os fisioterapeutas, responsáveis diretos na implementação do projeto e coordenadores das atividades a ele relacionadas, concentravam suas atividades primeiramente através da prática de fisioterapia diferenciada que Rességuier criou, e que era destinada nos primeiros anos de existência a uma reformulação específica do atendimento em fisioterapia. Com os anos, o Método foi ganhando espaço entre outros profissionais e, atualmente, da forma como veio para o Brasil e da forma como foi elaborado no projeto piloto que analiso, constituiu-se numa proposta de humanização para o ambiente hospitalar como um todo. A prática diferenciada que os fisioterapeutas coordenam se localiza dentro de um programa chamado Serviço de Reabilitação Integrada. Em segundo lugar, os fisioterapeutas também são responsáveis pelo programa de formação interna, que tem justamente o objetivo de possibilitar a ampliação do Método Rességuier dentro das atividades dos outros profissionais de saúde. O primeiro meio escolhido para isso foram medidas educativas, através de cursos teóricos, voltados a todos os profissionais do hospital, mas como veremos no capítulo 3, isso não se mostrou plenamente possível e outras estratégias tiveram de ser acionadas. Já os médicos diretamente vinculados ao projeto, fizeram formação teórica através do Instituto do Método Rességuier<sup>6</sup>, e concentram suas atividades no cumprimento, isto é, no exercício dos conceitos desse projeto em sua própria especialidade médica,

---

empreendimento, uma vinculada ao financiamento e outra que organiza institucionalmente a participação de cada um dos profissionais em seus respectivos contextos nacionais.

<sup>6</sup> O IMR, como é mais conhecido, é a sigla para Instituto Brasileiro de Estudo e Pesquisa em Reabilitação segundo o Método Rességuier. É uma filial do “Institute Européen d’études e d’enseignement de la Réhabilitation selon la Méthode Rességuier”, criado originalmente na França. Como definidos nos anais do II Congresso Internacional do Método Rességuier, os institutos têm como objetivo “a difusão do Método Rességuier através de estudo, pesquisa, aplicação prática, cursos de formação e aprimoramento de profissionais da área da saúde e educação, bem como demais interessados neste método de reabilitação” (IMR, 2005).

efetuando essa extensão do desenvolvimento das idéias que surgiram a partir da prática fisioterápica.

Uma das idéias que esse capítulo pretende trazer para debate mais amplo sobre o Método é a de que não é possível falar em humanização no singular. Tampouco o modelo biomédico é um conteúdo igualmente apropriado por todos que o praticam. A influência de diversas técnicas e conceitos advindos de outros paradigmas médicos já fazem parte do modo como operamos conceitos biomédicos há algumas décadas. O mais importante é poder reconhecer que não se trata de compreender esses modelos como racionalidades irreduzíveis, uma vez que para muitos profissionais da área da saúde assim como inúmeros pacientes, o sincretismo entre os modelos já é uma realidade que não se mostra incompreensível ou irracional, eles operam, como veremos nos capítulo 2. Se entendermos essa proposta de humanização apenas como um modelo cognitivo de saúde/doença, procurando estabelecer os parâmetros em que ocorre esse sincretismo, comparando modelos, estaremos limitados a uma leitura formalista da realidade que envolve os profissionais do projeto piloto.

Além disso, parte da produção em Ciências Sociais a respeito de “medicinas alternativas” (Luz, 1997, 2004; Camargo Jr., 2005), ainda aparece muito mais vinculada ao desenvolvimento de uma perspectiva crítica ao modelo biomédico, acionado como um elemento retórico de oposição, do que à reflexão sobre a relação entre modelos e a vivência das práticas. Minha experiência etnográfica me trouxe a perspectiva de como os profissionais de saúde desenvolvem uma crítica a certos aspectos das práticas biomédicas, mas que são também críticas a uma forma de pensamento mais abrangente, que reflete uma visão de mundo. Como diz Good & Good (1993), o reducionismo biológico e a separação entre corpo e mente não é exclusividade do pensamento médico, mas se insere numa discussão mais ampla na qual a biomedicina é uma parte, que por sua vez, também se encontra fragmentada para ser pensada como uma “categoria conceitual”. Desse modo, gostaria de eleger como problemática central a questão da intervenção terapêutica, em vez de utilizar a oposição biomedicina versus medicina alternativa para propor uma compreensão dos dados etnográficos. Do contrário, como poderíamos arregimentar critérios apenas relacionados ao plano cognitivo para nos referirmos à prática dos profissionais de saúde? Nesse sentido, a única maneira de podermos produzir um conhecimento que não seja estanque aos modelos é através de unidades de análise que sejam uma categoria fundamental aos atores envolvidos no projeto do CHPT, para que possamos explicitar qual sentido eles

estão atribuindo à humanização do atendimento hospitalar. Desse modo, procuro delimitar um recorte para que o olhar sobre o outro não esteja vinculado a uma leitura limitada por valores preconcebidos, como é por exemplo a oposição entre biomedicina e medicina alternativa. Creio que a noção de corpo tenha essa propriedade fundamental e permita um aprofundamento sobre a visão de atendimento que o projeto constrói.

### 1. O projeto piloto de humanização e o Método Rességuier

A proposta de humanização do projeto piloto é baseada nos princípios do Método Rességuier, mas não se restringe ao campo da fisioterapia. Através do Instituto do Método Rességuier profissionais de saúde de diversas especialidades têm se habilitado para trabalhar com uma nova concepção de atendimento, onde o “terapeuta”<sup>7</sup>, qualquer que seja sua especialidade, é estimulado a se colocar em perspectiva, a estar atento não apenas ao procedimento técnico que lhe cabe, mas a uma multiplicidade de fatores que compõe um cenário específico de atendimento.

Buscando referenciais históricos que situem melhor a inserção e o lugar de fala deste Método, acho interessante o destaque que Kleinman dá ao movimento na medicina nos anos 80, no qual profissionais de saúde começavam a defender intervenções não ortodoxas como massagens, tratamentos alimentares e com ervas, acupuntura e outros, além do que ele chama de “mind-body techniques”, no caso de cuidados primários (1995:26). Dentro dessas abordagens, podemos ver como o Método está inserido num campo de profissionais que estavam interessados em discutir novos elementos no aspecto da intervenção terapêutica. Existe, porém, um diferencial importante com relação ao projeto aqui analisado, uma vez que o conjunto de técnicas escolhidas para desempenhar essa intervenção não faz uso de nenhum desses procedimentos acima citados. Com isso, gostaria de destacar que o Método tem como objetivos mais gerais, estabelecidos no projeto, a elaboração de uma “postura terapêutica”, cuja propriedade fundamental seria a de aliar um manuseio que o terapeuta deve ter de seu próprio corpo com uma técnica de intervenção sobre o corpo do outro. A

---

<sup>7</sup> O termo terapeuta é uma categoria nativa que se refere a todos os profissionais de saúde envolvidos num determinado atendimento. A intenção dos atores é a de igualar a importância do

ênfase na técnica corporal porém, tem como pano de fundo, uma ampla discussão sobre o ser humano e a noção de corpo na sua globalidade, que não deixa de estar relacionado a esse movimento de reunificação de corpo e mente.

Uma etapa dessa reconstrução do atendimento consiste, portanto, na transformação da consciência sobre o corpo que o terapeuta seria levado a ter, e que se encontra expresso nos conceitos centrais de “postura terapêutica” e “qualidade de presença”. É necessário promover uma mudança no olhar do terapeuta sobre o outro, ao mesmo tempo em que deve perceber sua própria presença para além da sua identidade de profissional. Nesse sentido, os termos da relação que se quer evocar não partem das categorias médico e paciente ou terapeuta e paciente, mas da categoria universal de seres humanos.

Para uma melhor compreensão da trajetória dessa proposta, é interessante ressaltar como o Método Rességuier se constituiu através do desenvolvimento de uma prática de fisioterapia diferenciada. Essa prática, criada nos anos 80 pelo fisioterapeuta francês Rességuier, tem como referência central duas vertentes para compor o núcleo de sua proposta de humanização: uma relacionada a trabalhos de fisioterapia anteriores na Europa, que tinham uma perspectiva crítica ao modelo de intervenções e de atendimento da chamada biomedicina, e outra relativa à medicina tradicional chinesa, cuja noção de corpo é reapropriada no discurso dos profissionais do CHPT como forma estratégica de legitimação da nova prática.

Na década de 80, outras linhas alternativas de tratamentos de fisioterapia já existiam na Europa, sendo a mais notável delas a da fisioterapeuta Françoise Mézières. Diferentemente da Europa, que reconhece essa linha pelo nome de sua autora (Método Mézières), no Brasil, ela ficou conhecida com o nome de RPG (Reeducação Postural Global). O trecho a seguir é de um dos fisioterapeutas do CHPT, que foi aluno de Mézières e nos fala desse tipo de pensamento na fisioterapia praticada na Europa já no final dos anos 40:

*Foi uma revolução mesmo na fisioterapia esse conceito de Françoise Mézières de ver a globalidade e de não deixar se atrapalhar pelo lugar que dói, também de observar, de fazer a leitura corporal, ver como funciona, colocar em postura de alongamento, para ver como o corpo*

---

trabalho de todos os especialistas, minimizando relações de autoridade sobre o processo de cura do paciente.

*vai se defender quando você vai esticar o corpo (...) E Rességuier fez o trabalho com ela, ele, no curso, fala bastante dela. No Método Mézières você recebe um paciente, cuida dele durante uma hora. (grifo meu)*

Enxergar a anatomia do corpo como um todo implica perceber cada movimento através da ressonância global que provoca nas outras partes. Nesse sentido, a “postura” é o termo que melhor sintetiza essa imagem da unidade corporal. Com efeito, a palavra postura tem um sentido mais amplo que o anatômico, e engloba não apenas a posição do corpo, mas uma atitude que se expressa através dela. Para promover a modificação dessa postura entre os profissionais de saúde, a interação entre o terapeuta e o paciente não pode ser limitada ao tratamento da dor naquele momento, por isso a idéia de cuidar é um outro elemento importante na apreensão da proposta de globalidade dos profissionais do CHPT. Um sentido semelhante a esse está na descrição que Good & Good (1993) fazem do significado do cuidar entre os estudantes de medicina em Harvard School, como um “interpersonal engagement”, um componente necessário ao atendimento e que deve estar aliado ao da “competência” (de diagnosticar, prescrever, medicar). Desse modo, a percepção de um corpo que deve ser “lido” em sua globalidade produz uma compreensão diferente sobre a doença e sobre o doente, uma vez que existem ligações pressupostas entre os acontecimentos, existe uma cadeia de relações entre a doença, os corpos, o terapeuta e o paciente.

Com base nesse modelo de que o corpo é uma totalidade, cujas partes não podem ser pensadas e nem tratadas separadamente, o Método Rességuier propõe um tipo de ação sobre o corpo que consiste numa intervenção muito sutil feita, basicamente, através de um toque na região abdominal<sup>8</sup>. Uma questão preponderante é a de produzir corpos que possam ter mais “autonomia”, transferindo para o paciente uma possibilidade de fazer, de atuar sobre seu próprio corpo. Para o Método Rességuier essa autonomia pode ser conquistada a partir de um tipo de intervenção terapêutica particularmente distinta de outras referências existentes nesse domínio.

Uma distinção importante de se fazer, até para que possamos partir de uma localização conceitual mais precisa do projeto em questão, é entendermos que grande parte das propostas de humanização se baseiam na expansão do diálogo e da esfera de comunicação entre terapeutas e pacientes. O ideal de cuidado também possui

---

<sup>8</sup> No capítulo 2 tratarei da experiência diária de atendimento do fisioterapeutas segundo o Método Rességuier, onde então ficará mais claro como esse trabalho do “toque” se realiza.

muitas vertentes que operam sob a forma de procedimentos como visitas de voluntários que procuram conversar e fazer companhia aos pacientes internados. No caso das crianças, projetos como os do doutores da alegria já são famosos em todo o país. Inspirados por Patch Adams<sup>9</sup>, para quem a medicina é mais uma relação de solidariedade do que um serviço, esses profissionais vinculam o cuidado a conceitos cristãos, amar ao próximo seria o critério mais importante desse tipo de proposta de humanização.

Nesse contexto de valorização do paciente, desenvolve-se também o redimensionamento da importância de cada um dos profissionais da instituição de saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) é central à compreensão de como a humanização pode estar vinculada a um conceito de gestão, buscando elementos que possam compor a idéia de gestão participativa no processo de produção de saúde. Desse modo, parte do documento oficial, disponível no sítio do Ministério da Saúde<sup>10</sup>, explora a necessidade de se “ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração”. Ou ainda, quando propõe um conceito de “clínica ampliada”, dentro da qual há um “estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários”, a PNH firma como aspecto central da humanização, uma renovação das relações de trabalho e oferece, para isso, um plano de organização institucional que descentralize o processo de tomadas de decisão, em todas as suas instâncias, desde o tratamento estipulado para o paciente até o incentivo de projetos de educação permanente para os profissionais da saúde, com vistas a reatualizar suas competências específicas. A necessidade de comunicação nesse viés de humanização aparece então relacionado a um aspecto mais amplo do que aquele centrado apenas na relação médico e paciente.

O projeto piloto que acompanhei reconhece como humanização uma proposta que se difere em vários aspectos dos exemplos dados acima. Considerando a ótica do voluntariado e da solidariedade social, a maior diferença é que o projeto procura estabelecer as bases da reabilitação como um serviço de saúde, localizado num instituição, sob a coordenação de profissionais da área. Além disso, a compreensão

---

<sup>9</sup> Assisti a uma palestra em julho de 2005, proferida em Brasília, para um auditório lotado, no qual Patch Adams fez uma exposição de seu trabalho e comparou a medicina à uma missão de levar felicidade e alegria às pessoas, através de uma “terapia do riso”. O trabalho voluntariado aparece como uma marca fundamental desse modo de fazer medicina.

<sup>10</sup> [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br), consultado dia 15 de fevereiro de 2006.

sobre o vínculo criado com o paciente não está no plano do afeto e do amor, do envolvimento emocional ou pessoal, não é uma questão de solidariedade. Trata-se, antes, de uma tentativa de redirecionar o olhar do profissional de saúde sobre elementos de sua prática cotidiana, segundo uma “postura terapêutica” capaz de facilitar o trabalho desse profissional, de potencializar as suas técnicas de praxe, gerando um aumento da qualidade do serviço prestado, donde podemos deduzir também a centralidade do termo “qualidade de presença” entre os profissionais do CHPT.

Quanto ao que é elaborado na PNH, alguns objetivos são compartilhados numa perspectiva mais ampla, como é o caso da idéia de descentralizar o processo de tomada de decisão, o que gera uma necessidade iminente de diálogo e discussão. Contudo, no plano do atendimento ao paciente, o meio através do qual a reabilitação ocorre não tem tanta ênfase na palavra, mas sim no corpo, numa releitura das técnicas corporais dos terapeutas. O corpo é percebido como um instrumento central para a realização das práticas médicas de modo mais eficiente, em vez de se pensar apenas num aumento de recursos tecnológicos como avanço nas formas de intervenção terapêuticas<sup>11</sup>, a postura corporal também é capaz de promover uma transformação na relação entre terapeutas e pacientes.

Em último lugar, mas não menos importante, a linguagem através da qual pretende-se legitimar o projeto é científica, trata-se de um discurso que pretende disputar o conhecimento que produz como real e verdadeiro dentro do universo das ciências biomédicas, objetivando sua incorporação. Nesse sentido, está focado na produção de um conhecimento sobre o corpo como um meio terapêutico em si mesmo. Para confirmar esse “método” entre muitos outros existentes, ele faz um percurso muito parecido ao que Latour (2000) descreve no processo de consolidação de uma afirmação científica. Isto é, ele busca se vincular com modelos de mensuração da realidade do atendimento que fazem parte das ciências biomédicas, como é o caso do preenchimento de fichas de avaliação do paciente, buscando enquadrá-lo num perfil, ou mesmo da condução de pesquisas de cunho estatístico que visam avaliar a influência do uso do Método nos pós-operatórios. Ainda, a angariação de recursos e apoios de pessoas está o tempo todo operando através da consolidação de convênios com diversas instituições de

---

<sup>11</sup> Quando me refiro ao avanço tecnológico em intervenção terapêutica, estou me referindo não apenas a uma tecnologia feita para ter mais eficácia no processo de cura, mas aquela pensada para ser menos invasiva. Os profissionais do CHPT reconhecem o uso da tecnologia também nesse segundo sentido, mas pretendem criar um paradigma de intervenção terapêutica cujo principal instrumento de atuação sejam seus próprios corpos.

saúde, como: hospitais, no Brasil, através do CHPT; na Itália, através de profissionais de saúde formados e aplicadores do Método em suas respectivas instituições; e no Butão com o projeto “damchu”, serviço de reabilitação coordenado por uma fisioterapeuta suíça com o apoio do Ministério da Saúde do Butão. Além disso, novas perspectivas de construção de relações vêm surgindo, uma delas através de um convênio que pode vir a ser implementado com a Universidade de Brasília, transformando o hospital de Ceres num hospital escola, o que facilitaria o desenvolvimento do trabalho dos fisioterapeutas, coordenando atividades de ensino que poderiam abarcar uma quantidade significativa de estudantes de medicina, por exemplo. Por fim, não devemos esquecer que a própria Política Nacional de Humanização oferece apoio a projetos que tenham um plano de trabalho definido sobre humanização<sup>12</sup>, nos fornecendo mais um indicador de como a rede de apoios e as negociações em torno de um projeto são também construtoras de sua eficácia.

Um dos fisioterapeutas elabora claramente a diferenciação entre diversas propostas de humanização e a que se refere ao Método, especificamente:

*A maior parte das abordagens (relacionadas a política de humanização do SUS) de humanização passam por teatros, música, trabalhos manuais, e a crítica maior, não indo contra isso, (...) isso é muito bom também, mas que isso não torna a assistência mais humanizada, isso faz parte, isso pode ajudar os pacientes, mas não é isso, é uma coisa que tem que estar na ação das pessoas, na ação de cada um, de fazer essa mudança de paradigma, de fazer essa mudança cultural (...).*

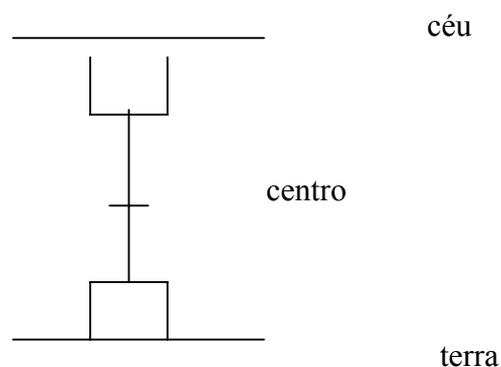
A partir dessa fala, vemos que a diferença que se quer construir em relação a outros projetos tem a ver com elementos “paradigmáticos”, ou seja, que realizem uma mudança sobre uma certa padronização na forma de ver a humanização. Nesse sentido, faz-se necessário um aprofundamento sobre os aspectos conceituais que dão forma ao modelo proposto pelo Método Rességuier. No entanto, sabemos que essa é apenas uma das faces da implementação de um projeto, cuja análise depende também da

---

<sup>12</sup> O item de que falo está inserido no tópico “o que precisamos fazer para implementar a PNH? Entre as sugestões destaco a seguinte: Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido.”

compreensão que temos sobre a dinâmica da inserção desses conceitos e no diálogo que ela é capaz de ter com a realidade polissêmica que circunda a aplicação de práticas humanizadas no interior de grupos multiprofissionais, principalmente em hospitais.

Feita essa ressalva, destaco em primeiro lugar, na construção desse novo “paradigma”, o modo como alguns aspectos da medicina tradicional chinesa aparecem no discurso do atendimento humanizado para os profissionais do CHPT. Nessa perspectiva, o corpo é evocado como um universo privilegiado de reflexão sobre a terapêutica. É interessante notar a forma como ele é representado, como um ideograma, que é atribuído a medicina chinesa:



Segundo a fala dos fisioterapeutas, esta figura é um corpo cujo centro está em analogia com o meio entre céu e terra, fazendo uma correlação entre corpo e cosmo. Através dessa imagem, se torna explícita a importância do toque nessa região, pois ela é capaz de despertar no outro sua “vitalidade”, isto é, sua existência no mundo, pois esta região simboliza o “vivo”, para usar um termo muito comum entre os fisioterapeutas. Trata-se de “despertar” no corpo essa cadeia de relações entre o próprio corpo, o paciente, o terapeuta e o ambiente, efetuando uma possibilidade ainda mais ampla de atuação do paciente sobre seu processo de cura. O holismo vinculado a essa imagem do corpo, num contexto que o engloba, constituirá a base da relação de conceitos elaborados pelo Método. Todos eles buscam produzir um novo olhar a partir do qual o terapeuta, da mesma forma como pensa o corpo, concebe a relação com o paciente através de uma perspectiva holista, produto de uma lógica que pretende fundir parte e todo. A idéia de holismo que aponto como importante na compreensão dos conceitos do Método possui dois níveis. O primeiro é o que se relaciona à junção entre corpo e mente; uma forma de ver o outro na sua totalidade, que se relaciona às críticas

mais gerais sobre a forma de compreensão do corpo no modelo biomédico que explicita apenas o problema, a parte afetada pela patologia. A segunda é a que diz respeito a um olhar sobre o *momento* do atendimento como um conjunto de situações entrecruzadas, que devem ser administradas pelo terapeuta, sem perder o foco no paciente nem no ambiente em volta. Explorarei melhor essa última idéia que compõe a perspectiva holista dos profissionais do CHPT adiante.

Podemos dizer que a relação com a medicina chinesa aparece entre os profissionais do CHPT mais como uma inspiração, do que uma fonte de conhecimento. Trata-se menos de uma especialização nas técnicas de diagnóstico e tratamento referentes à medicina chinesa, do que uma estratégia de legitimação de um conhecimento novo, buscando, para isso, explorar um certo imaginário a respeito do modelo de relação entre terapeutas e pacientes na medicina chinesa. Nesse sentido, a reelaboração da noção de corpo é o meio fundamental através do qual essa estratégia é acionada. Por um lado, o corpo aparece como noção central na reformulação da doença e, por outro lado, ele é uma forma de comunicação, uma instância decisiva de ação sobre o outro, quando se trata de repensar a prática dos terapeutas. O corpo, portanto, se encontra vinculado a todas as etapas do processo de cuidar que são propostos pelo Método.

Certamente, a própria singularidade do termo “medicina chinesa”, não faz jus à diversidade de práticas relacionadas a ela (Kleinman, 1980). Mas o sentido que ela tem para os profissionais do CHPT é o de produzir uma forma de pertencimento à conhecimentos anteriores que abordam o corpo como um totalidade no processo de tratamento de doentes. Através de um ponto de partida passado e “distante” o bastante, torna-se possível constituir uma forma de conhecimento específica e nova. Podemos dizer, portanto, que existe um conceito de holismo proveniente da forma como tal medicina compreende o corpo, mas suas técnicas de produção de diagnóstico e intervenção não são aplicadas pelos profissionais do CHPT, eles fazem, antes, uma referência a um imaginário comum que vincula o pensamento oriental ao universo da humanização que partilham.

Essa referência ao holismo, fusão entre parte e todo, é importante também porque conduz a uma visão da doença como um mal relativo, que pode ser expressa, na linguagem da medicina chinesa, como uma descontinuidade ou um desequilíbrio de um vasto sistema de oposições complementares, sendo o fundador deles a dicotomia cosmológica Yin e Yang. Esse aspecto é apropriado no discurso dos

profissionais do CHPT através da noção de corpo como movimento e fluidez. O trabalho de Farquhar sobre o encontro clínico da medicina chinesa pontua essa questão da seguinte forma:

*“Fixity and stasis occur only as a result of concerted action and therefore demand explanation, motion and change are given and seldom need be explained with reference to their causes”.* (Farquhar, 1994:25)

A explicitação desse recorte epistemológico, como faz a autora, é de enorme valia na compreensão de idéias relacionadas à energia vital circulante, denominadas em chinês como *ch'i* ou *Qi*.<sup>13</sup> A maneira como esse conteúdo se expressa no Método Rességuier pode ser percebida em expressões como “fluxo vital” e “tônus de vida”. É através dessas idéias que é possível formular uma noção de doença como efemeridade. Além disso, a idéia de fluidez é uma influência no modo como o corpo é compreendido na prática do “acompanhamento” que os fisioterapeutas executam, pois parte-se do pressuposto que a vitalidade é um fluxo que deve ser despertado a partir do toque na região abdominal e que se espalha, se movimenta pelo corpo do paciente. O toque nessa região também pode ser entendido como uma técnica que põe em circulação ou em atividade sentimentos ou sensações estanques, que precisam ser despertadas e conhecidas pelos próprios doentes.

Outra característica importante do Método que podemos associar ao modelo de medicina chinesa é a prática do silêncio. A idéia difundida por eles positivamente em torno do pouco uso das palavras propõe uma certa preeminência do sentir tátil, corporal, sobre o diálogo verbal entre terapeutas e pacientes. A compreensão que se quer obter sobre o outro se coloca na busca de um ponto de encontro que é alcançado através do contato ente essências, cujo principal articulador é o corpo. Desse modo, o silêncio é capaz de colocar em evidência a importância do termo “presença” como parte fundamental da intervenção terapêutica. A presença de um terapeuta tem sua qualidade incrementada ao conseguir, portanto, estar num estado de alerta permanente para que seu corpo possa sentir as sutilezas táteis através das quais o paciente será avaliado, ao mesmo tempo que tratado. A linguagem desenvolvida a partir desse olhar sobre o corpo, o do terapeuta e do paciente, possui todo um vocabulário particular, desenvolvido ao longo da experiência dos fisioterapeutas em atendimentos e que foram,

---

<sup>13</sup> A respeito dos aspectos epistemológicos da medicina tradicional chinesa e de formação do pensamento chinês ver Unschuld (1985), Farquhar (1994) e Mota (2004)

aos poucos, nomeando suas sensações. Essa riqueza de detalhes que nos ajudam a entender suas reflexões sobre a intervenção terapêutica é que será explorado a seguir.

## 2. Novos conceitos para uma gramática corporal terapêutica

Na elaboração teórica do modelo de intervenção terapêutica proposto, os fisioterapeutas sistematizaram sete conceitos que consideram úteis para a avaliação dos pacientes e do atendimento que oferecem através do “acompanhamento”. É importante salientar que todo esse modelo que propõe alternativas de procedimentos e condutas se realiza por meio de um processo, e como tal, se constrói não apenas com as idéias, mas também com estratégias de convencimento de sua eficácia. Muitos dos conceitos que descreverei fazem parte de uma tentativa de qualificar, de dar um conteúdo mais sistemático às duas idéias que são as bases fundadoras do Método. A “postura terapêutica” e a “qualidade de presença” se colocam como uma marca de exclusividade, através da qual seus formuladores procuram se diferenciar no campo das alternativas terapêuticas existentes na área da saúde. Nesse sentido, os sete conceitos que apresentarei devem ser pensados também a partir dessa perspectiva de uma estratégia de diferenciação dentro do campo da humanização em saúde.

Os conceitos de vitalidade, autonomia, integração, difusão, aderência, enraizamento e ambiência possuem quatro níveis de percepção diferentes. Há sempre um grau que se refere a uma plenitude que representa o amplo domínio do paciente sobre aquele requisito e os outros são níveis que gradualmente revelam um menor domínio. É importante esclarecer que não se trata de avaliar a doença, sendo a mesma pouco importante na prática do acompanhamento, uma vez que ela não é definidora dessas capacidades e nelas não interfere de modo prioritário. O fisioterapeuta é o responsável pelo preenchimento dessa ficha que decorre da avaliação, feita várias vezes durante o período todo de internação do paciente e tem como objetivo de, além de dar sentido a um universo pouco mediado pela fala, perceber a evolução do quadro do paciente, o que o ajuda a ver o tratamento como um processo. No decorrer das descrições de cada um dos tópicos, veremos como essa produção de um outro tipo de conhecimento sobre o paciente nos conduz a uma gramática própria do corpo e das percepções corporais.

A avaliação está disposta em duas fichas (anexo 1). Numa primeira ficha, vitalidade, autonomia e integração são idéias que propiciam uma avaliação do paciente e são considerados elementos prioritários para a percepção de sua condição clínica. Difusão, aderência, ambiência e enraizamento, formam um outro conjunto que fornece um quadro referencial do momento do atendimento. O entrelaçamento entre os dois blocos de idéias é constante na fala dos profissionais e torna complexa, às vezes, a tarefa de sublinhar a especificidade de cada uma delas. Contudo, ao tentar me aprofundar na descrição de cada um dos conceitos, podemos ver surgir um núcleo alternativo da concepção de intervenção terapêutica sendo construído.

Segundo a fala dos profissionais do CHPT, ao avaliar um paciente, é necessário perceber sua *vitalidade*, que está relacionada ao seu tônus de vida, descrito também como força vital. A manifestação desse elemento se dá através de uma “densidade” sentida no corpo do paciente, quando o fisioterapeuta está com a mão pousada sobre a região central do abdômen<sup>14</sup>. Nessa situação, também se usa o recurso da visão com frequência para reconhecer os mínimos movimentos corporais que o paciente realiza voluntária ou involuntariamente durante o “acompanhamento”. Essas manifestações corporais do outro, que o terapeuta reconhece como uma sensação de densidade, também podem se refletir no próprio corpo do fisioterapeuta, como algo que “sobe e desce”, por exemplo. É parecido à idéia de energia, devido a sensação de que está em movimento e possui fluidez, contudo, os profissionais nunca usam esse termo para descrever nenhuma das sensações corporais. Esse é o primeiro elemento e, poderíamos dizer, o mais básico, aquele que opera um valor central na conduta do terapeuta. Ele tem de estar em contato com essa “vitalidade” do outro para poder se comunicar com o paciente. Além disso, é básico porque é o centro de toda a intervenção. Pacientes com baixa vitalidade precisam de mais acompanhamento, pois estão em dificuldades de prestar atenção em si próprios.

Nesse sentido, correlato a esse conceito, temos a *autonomia*, que se refere a uma habilidade de perceber coisas e pessoas à sua volta. Se o paciente demonstra pouco interesse ou não percebe essa realidade circundante, é porque ele não se percebe no ambiente, não está em contato com sua presença, o que produz nele um estado de dependência maior da atuação de outras pessoas para executar tarefas para ele.

---

<sup>14</sup> Descreverei essa forma específica de atendimento, chamada de “acompanhamento”, em detalhes no próximo capítulo. Por enquanto basta termos em mente que a colocação das mãos na região abdominal constitui um elemento central da prática fisioterápica segundo o Método. Ela é a intervenção terapêutica por excelência.

Sofre de uma certa apatia com o mundo, e mesmo para travar uma conversa e manter uma forma de relação, são os outros que lhe tomam a iniciativa.

*Integração* é um conceito avaliado através de uma imagem dupla que se contrapõe mutuamente: o centro e a periferia. A falta de integração pode ser manifestada tanto quando o paciente está muito auto referente ou quando está muito disperso. De fato, é um conceito que atua para reforçar e reconhecer os dois primeiros conceitos. Tenhamos em conta que estar integrado é estar em “contato com o centro e a periferia ao mesmo tempo”, segundo uma das explicações que pude ouvir. Nesse caso, o centro significa si mesmo, aquele si mesmo tão importante para a avaliação da autonomia. Já a periferia é uma metáfora para o que eles chamam de mundo das representações ou das projeções, que é visto como algo que está fora do si. Da forma como compreendi, seriam sentimentos com os quais devemos lidar, mas que devemos ter consciência de estarem relacionados a este universo exterior. A integração representa um equilíbrio entre esses dois universos, um equilíbrio sobre o modo como a pessoa deve percebê-los, devendo demonstrar capacidade de mediar o contato dessas duas esferas, conjugar elementos que advenham das duas. A percepção de que há um desequilíbrio pode ser feita na avaliação quando é manifestada uma certa insistência, um vínculo contínuo a um único sentimento, uma única situação, numa história passada (nesse sentido a relação com o tempo também é fundamental, porque o tempo passado é sempre imbuído desse caráter de representações que estão fora do si), persistindo numa mesma referência para ver a realidade. Isto se reflete, no contexto da doença, quando o paciente se prende a um só sintoma todo o tempo ou quando, ao contrário, adota uma atitude pouco cuidadosa com seu corpo, andando sem parar, fazendo um esforço tal como se não estivesse limitado por nada em nenhum momento. No primeiro caso, a pessoa volta-se demais para si mesma, mas de uma maneira perversa, realçando elementos negativos, de modo que não se pode confundir tal situação com autonomia. No segundo caso, ela quer se ignorar, quer ignorar o estado de convalescência, ela não percebe sua vitalidade. Assim, sugiro que este terceiro conceito se constitui como uma forma de atestar equilíbrio entre vitalidade e autonomia, assim como simboliza a mediação entre centro e periferia. De certo modo, podemos dizer que o seu centro é onde reside sua vitalidade, por onde se pode percebê-la (novamente o toque na região abdominal aparece como correlação direta desses princípios), é sua relação consigo mesmo. Por outro lado, a autonomia é um elemento intimamente relacionado à periferia, porque ela simboliza sua maneira de se relacionar com o que está fora do si, como

colocar o si em relação com o outro. Finalmente, podemos deduzir que se um deles, vitalidade ou autonomia, estiver muito comprometido na avaliação do profissional, dificilmente este paciente será considerado bem integrado.

No campo da avaliação do acompanhamento como um todo, e não apenas das condições do paciente, o terapeuta é colocado em perspectiva, através de quatro conceitos que sublinham o universo do encontro e o que se produz a partir disso. Desse modo, o primeiro deles, a *difusão*, consiste em perceber como o tônus de vida está distribuído no corpo do paciente. Isso significa retornar, em parte, ao conceito de vitalidade, pois ele se desmembra nesse momento: uma coisa é um paciente com pouca vitalidade e outra é quando ela está comprometida por sua capacidade de difusão. Um paciente pode ter boa vitalidade, porém, esse tônus deve estar presente em todas as partes de seu corpo, pois quando se encontrar restrito a uma região significa que a difusão não está adequada. A propriedade, porém, mais importante da difusão reside no modo como ela é percebida. Trata-se, primeiramente, de um movimento sentido no corpo do outro, é um fluxo, num segundo estágio, se esse fluxo está amplamente difuso no corpo, ele se expande para fora e pode ser percebido também como uma “densidade”<sup>15</sup> presente no ar em volta. O corpo perde suas fronteiras físicas em grande parte porque o que está sendo avaliado, nunca é de fato o corpo anatômico-fisiológico, mas esse conteúdo, essa qualidade de relação que se manifesta através do corpo e que pode transcendê-lo em sua dimensão física. Esse conceito de difusão é muito útil para compreender como a noção de corpo está sendo construída conjuntamente à justificativa de uma intervenção terapêutica tão sutil do ponto de vista físico, posto que começa a se assemelhar a uma *mediação* oferecida pelo terapeuta no processo de cura, mais do que a uma ação direta e pontual sobre uma região afetada pela enfermidade.

A *aderência* representa o primeiro momento em que os fisioterapeutas falam diretamente de sua relação com o paciente, através de uma auto avaliação a respeito de sua “qualidade de presença”. É fundamental que o encontro clínico possa acontecer nos termos de um contato profundo, que as essências de cada um possam estar conectadas, permitindo uma comunicação. O corpo, de fato, é colocado aqui na capacidade de objetivar a relação de troca, de compreensão entre as partes. Isso se manifestaria corporalmente quando nem o terapeuta sente mais sua mão tocar no ventre

---

<sup>15</sup> Vale destacar que o sentido de “densidade” aqui é diferente do primeiro, à página 24. Trata-se de um mesmo vocábulo que possui duas funções: a primeira que qualifica sensações *no* corpo do terapeuta, ao sentir nas suas mãos algo denso no corpo do outro, e a segunda que qualifica sensações *através* do corpo do terapeuta, quando ele percebe o ambiente à sua volta.

do paciente, nem este sente o toque do outro. Mais uma vez, a referência a essa desterritorialização dos limites do corpo está presente. Nesse sentido, podemos dizer que é como se um corpo aderisse ao outro, e formassem uma unidade no tempo e no espaço, dando um sentido de totalidade ao momento presente. A sensação de unidade, de um todo indivisível é, sem exageros, o elemento mais importante dessa prática terapêutica, pois é a perspectiva holista que vai legitimar o movimento de oposição ao critério das divisões e subdivisões que marcam a especialidade biomédica, por um lado, e o estabelecimento de novas categorias de terapêutica, por outro. Esses dois lados conformam um único movimento, que pretende englobar essa ambivalência como uma nova forma de intervenção terapêutica.

O *enraizamento* é a capacidade que o terapeuta deve ter para manter a atenção sobre si mesmo, sobre o outro e sobre o ambiente em volta de maneira fixa e persistente. À essa capacidade também é dado o nome de suporte. Utilizo aqui a metáfora visual dos pés bem firmados no chão que orienta as técnicas corporais dos terapeutas, como aparece no ideograma da medicina chinesa, na qual os pés são um aspecto importante para a sustentação do corpo/cosmo. Dessa forma, o terapeuta deve atuar como sustentador desse universo, desse cosmo que é o atendimento, se colocando numa posição de mediador dos acontecimentos, um intermediário no processo de cura. O modo como tal conceito opera é interessante, porque leva em consideração o grau de “aderência”. Em sendo muito ruim, uma das alternativas de avaliação é o terapeuta localizar em si próprio a dificuldade de comunicação, ao que ele atribui, portanto, a um enraizamento insuficiente. Contudo, ele nunca se considera sozinho na atuação, de modo que o enraizamento ruim revela uma falta dessa capacidade de manter o suporte também por parte do paciente.

*Ambiência*, digamos, seria o passo final de todo o processo de percepção que está em pauta no ato do “acompanhamento” realizado pelos fisioterapeutas. Depois de cumprido esse itinerário complexo de sensações corporais que envolvem, sobretudo, essa capacidade de “sentir”, de compreender manifestações que possuem alguma relação com a visão, mas que se constrói, sobretudo, através de uma ampliação qualitativa da habilidade tátil (tato entendido não apenas como aquilo sentido na superfície da pele, mas também dentro do corpo). Compreender do que se trata a ambiência é chegar ao fim desse percurso sensorial e se voltar para o espaço, ou o ambiente (os dois funcionam como sinônimos), e percebê-lo como um todo, unindo todos os elementos dos conceitos anteriores, ou seja, ter uma percepção de “360 graus”,

como falam os fisioterapeutas, quase que substituindo a percepção visual do espaço, por uma conquistada por essa consciência amplificada e incorporada.

Há, em todo esse relato sobre o conteúdo dos conceitos novos que surgiram através do projeto do CHPT, uma tentativa de fundir, por meio dessa trajetória cosmológica, a parte ao todo. Nesse sentido, as técnicas relativas aos procedimentos biomédicos são encaradas como partes que só podem ter uma coerência mediante essa união, essa complementaridade trazida por esses conceitos que potencializam a cura que a técnica (seja ela a do médico, a do fisioterapeuta ou enfermeiro) pretende alcançar.

A maneira como esse conceitos são pensados por meio de uma incorporação é bem resumido por um dos fisioterapeutas:

*“(...) por isso que a gente fala que o método não é uma técnica, ele é muito mais uma postura do que técnica em si. Então, ele (terapeuta) tendo essa postura ele já está potencializando a técnica que ele está utilizando, né (...)”*

Essa fala nos remete também a duas expressões que já mencionei anteriormente, e que servem para sintetizar esses valores como um todo, muito mais usadas por todo o grupo de profissionais do CHPT cotidianamente, que são a “qualidade de presença” e a “postura terapêutica”. A idéia de estar atento para a postura, o modo como você se posiciona diante do outro, buscando o momento presente, a valorização das sensações, o exercício da constatação e do não julgamento estão aliadas a essa proposta de intervenção terapêutica. No método, segundo os fisioterapeutas, é possível agir dentro de uma passividade, isto é, a escolha de não intervir se coloca como uma forma de atuação. A relação entre postura terapêutica e qualidade de presença me parece estar colocada justamente em torno desse preceito da passividade. Uma vez que você exerce essa postura, sua presença pode produzir uma intervenção ou não, a depender do grau de autonomia, integração e vitalidade, que são os conceitos que operam uma noção de saúde na avaliação sobre o paciente. O seguinte depoimento enfoca essa parte:

*“(...) é um trabalho também que é muito mais em cima de uma permissão do que em cima de uma ação, você está ali muito mais numa contemplação, numa constatação que não é passiva, que é ativa e que de certa forma ela também faz, mas dentro dessa passividade (...) você vai*

*aprender a permitir a vida de agir, a permitir a fisiologia de se instalar(...) uma confiança na vida mesmo, de acreditar que a força da vida é muito grande, muito maior que o movimento que a sociedade hoje faz, que a gente mesmo faz de estar depreciando isso, colocando as representações, colocando a doença em primeiro lugar (...)"(grifo meu)*

Nesse sentido, a relação que se destaca de maneira imprecisa nos discursos, mas que, talvez, seja central para compreender esse agir diferenciado, é o de mediação. A valorização de uma atitude contemplativa tem como objetivo resguardar uma forma comunicativa peculiar de agir sobre o campo subjetivo. Falar sobre a doença, sobre si, sobre as sensações acaba sendo desnecessário para que o método opere seus objetivos, uma vez que seu entendimento sobre o outro tem uma forte conexão com a idéia de encontro entre essências, como destaca um dos fisioterapeutas:

*"(...) o que a gente fala de encontro é de uma comunicação entre essências. É nessa dimensão. Não é uma comunicação consciente, não é uma comunicação verbal, então é uma comunicação de essências (...) Antes de médico, antes de paciente, são duas pessoas que têm a mesma essência, que têm a mesma vitalidade, a mesma força vital. O encontro é nessa dimensão dessa subjetividade (...)"*

Vale ressaltar que, em nenhum momento, essa subjetividade se confunde com relação afetiva, envolvimento emocional no sentido pessoal estrito. Não quero dizer que não haja um compromisso, um engajamento pessoal com os conceitos e objetivos do projeto, nem que isto implique uma falta de respeito na relação com o paciente. Contudo, a idéia de humano que sobressai desse conjunto de dados é o de um universal místico. Nesse sentido, expressões como força vital e essência nos remetem a um universo oriental, mas cujas referências expressam apenas uma forma caricatural desse outro e que, na verdade, pensando nos termos de Said (2001), constitui um caminho ideal para se pensar a si próprio, como uma forma de orientalismo.

## 2.1 A noção de corpo

É central destacar, portanto, a concepção de corpo que nos aparece nessas proposições que pretendem conceituar formas de sentir. Creio que há uma distinção importante no tratamento que devemos dar a essa questão. Não parece adequado falar em uma linguagem corporal, se entendemos, com isso, o corpo como um mero mecanismo de expressões simbólicas, colocado apenas como um lugar das representações sociais. Ao contrário, esses conceitos parecem querer revelar, sim, uma linguagem do corpo, no sentido de que o corpo é um intérprete fundamental das sensações, ele é provedor de sentido. Ele é um instrumento que não apenas expressa convenções sociais, ele possui um grau elevado no poder de criar normas. Ele não é apenas um meio, mas um ponto de partida para refletirmos sobre suas técnicas. Ele é um corpo/sujeito (Bourdieu, 1995) que tem propriedades centrais no estabelecimento do processo de cura que será construído entre terapeuta/paciente.

A primeira referência na discussão teórica em antropologia que nos instrumentaliza a pensar nas técnicas do corpo como um objeto privilegiado para a compreensão das relações sociais teve como marco um ensaio em que Mauss (2003) apontava para o fato de que toda e qualquer técnica do corpo era proveniente de um aprendizado lento e que acabava sendo incorporado de tal maneira que comumente era tido como oriundo de uma “maneira natural”. Ele, portanto, qualifica a observação de certos ‘hábitos’ que não eram tomados como referência na discussões pertinentes à relação entre indivíduo e sociedade. Contudo, o autor ressalta ainda que a ênfase na observação sobre o corpo é capaz de nos conduzir a um universo de práticas sociais específicas, mas ao mesmo tempo que o corpo reflete essas práticas, ele as compõe. Não é possível, portanto, falar no corpo como uma pura materialidade. Nesse sentido, o autor propõe pensar no aprendizado do conjunto das técnicas do corpo não como um hábito, no sentido da repetição, mas como um “*habitus*”:

*“A palavra (Habitus) exprime infinitamente melhor que ‘hábito’ a ‘exis’ [hexis], o ‘adquirido’ e a faculdade de Aristóteles. (...) Ela não designa os hábitos metafísicos, a ‘memória’ misteriosa (...) Esses ‘hábitos’ variam não simplesmente com os indivíduos e suas imitações, variam sobretudo com as sociedades, as educações, as conveniências e as modas, os prestígios. É preciso ver as técnicas e a obra da razão prática coletiva e individual, lá onde geralmente se vê apenas a alma e suas faculdades de repetição”. (2003: 404)*

Ao falar numa ‘obra da razão prática’ ele eleva a apreensão da prática como um objeto de reflexão que não está relacionado apenas a uma capacidade imitativa e que esta seja seu fim, mas que tal operação é uma habilidade de aprender através do corpo e que nos posiciona dentro de uma linguagem compartilhada socialmente. O autor que mais aprofundou essa perspectiva sobre o corpo é Bourdieu, por meio do conceito de *habitus* (1990, 1995, 2001)<sup>16</sup>. Nas explicações que elabora a respeito de *habitus*, o autor refina a idéia de aprendizagem pelo corpo através da noção de senso prático, aquilo cuja incorporação é composta de um sentido dado pela ação orientada, ao mesmo tempo que reformulada constantemente.

A crença prática, diz Bourdieu, “não é um ‘estado da mente’, menos ainda um tipo de aderência arbitrária a um conjunto de dogmas e doutrinas instituídas (“crenças”), mas são preferencialmente um estado do corpo” (1995:68). Desse modo, ele evoca a relação do *habitus* com o campo ao qual está referenciado, compreendendo o termo doxa como aquilo que opera a síntese entre estrutura e sujeito da ação. A possibilidade de propor uma relação dialética entre ambos é um componente fundamental para a compreensão do *habitus*, porque torna-se possível redimensionar a dicotomia entre teoria e prática quando recupera o sujeito através da objetividade em suas ações, dentro da qual o corpo deve ser compreendido a partir da construção de um senso prático. Quando Bourdieu (2001) diz “aprendemos pelo corpo”, ele se refere a uma relação entre estrutura e ação que nos permite ir além de uma análise do corpo como mero meio de expressões sociais, pois o corpo se constitui através de “esquemas de percepção, apreciação e ação” (2001:169).

Num projeto de humanização como o do CHPT, desenvolvido particularmente pelo olhar de fisioterapeutas, é interessante destacar como essa aposta na percepção corporal ganha um valor em suas falas como algo que se articula imediatamente com a prática terapêutica. Isto porque o processo de tomada de decisão destes profissionais está relacionado ao senso prático adquirido no exercício dos sete conceitos das avaliações, que desempenham através desse conhecimento adquirido pelo corpo, uma prática como se fosse um “ato reflexo”. Trata-se, portanto, da vivência de uma naturalização dos conceitos, que é ao mesmo tempo percebida como evidente mas formulada intencionalmente, como nos descreve o conceito de *habitus* em Bourdieu. No percurso dessa experiência, podemos identificar que a noção de tempo é um elemento

---

<sup>16</sup> Como ressaltado pelo próprio Bourdieu, contudo, sua inspiração sobre o conceito de *habitus* surgiu de Panofsky.

fundamental, através do qual se encontram vinculadas as formas de percepção contidas nos conceitos. O exercício do senso prático está articulado a temporalidades diversas no decorrer da experiência do atendimento.

### 3. Relação com o tempo na prática terapêutica

É interessante perceber que a doença do paciente nunca é um fator que o impeça de estar bem avaliado em todos os conceitos desenvolvidos pelos Método. Poderíamos nos perguntar porquê não existe uma forma de elaborar conteúdos de atendimentos que se refiram diretamente a alguns tipos de doença. Creio que a melhor forma de entender esse ponto de vista é destacar que, segundo os profissionais do CHPT, a doença nunca é considerada uma realidade fixa no tempo, pois ela é como um puro fenômeno, fluido, como uma manifestação ligada ao dinamismo de um mundo de transformações constantes, sendo o princípio da efemeridade a única forma que possibilita transcender a doença. Eles sintetizam algumas idéias importantes sobre a relação com o tempo na prática terapêutica.

A forma de se relacionar com o tempo também tem um outro viés, além do de perceber a doença como fenômeno. É que durante o atendimento, para permitir que o encontro aconteça, um dos objetivos principais é conseguir despertar no outro essa mesma capacidade de agir no presente. Quando isso ocorre, diz-se que houve um encontro “efetivo”, pois as essências puderam se sintonizar e há uma compreensão mútua instalada. A intenção desse encontro clínico é dissociá-lo do contexto do diagnóstico tradicional, isto é, a apreciação do paciente a partir de falas que procuram recuperar as experiências passadas do paciente a respeito de sua doença, isto é, através da descrição dos sintomas e do percurso de alterações destes. Isto obriga o paciente a realizar uma série de projeções que o impedem de se perceber no momento presente. O tempo assim idealizado é a dimensão mais difícil de ser incorporada, pois a relação com o prognóstico e diagnóstico são elementos que operam na contramão dessa experiência. Quando pensamos nessa forma de ser no ato do atendimento, o tempo deve ser tomado como uma forma abstrata através da qual os terapeutas exploram o entendimento sobre a doença. O tempo cronológico não é importante para definir o encontro “efetivo”. Ele será dado pela disponibilidade interna entre paciente e terapeuta, nesse sentido, o tempo na prática terapêutica, como queria destacar, é um tempo interior, que marca um ritmo próprio de percepção de si, do outro e do ambiente, tendo no corpo mais uma vez a

referência principal para percebê-lo, contemplá-lo e atuar na alteração desse tempo, de modo a sintonizar o tempo interior de ambos, por onde irá se realizar o encontro.

No sentido da técnica corporal, a maneira essencial de estimular o encontro “efetivo” é adotar uma postura corporal ereta e com os pés bem firmados no chão. A posição do corpo deve ser observada sempre, porque ela é capaz de promover uma mobilização mais eficaz dos elementos necessários à produção do encontro. Trata-se, portanto, de ajustar uma série de incorreções nos pequenos detalhes da atitude corporal do terapeuta em sua rotina de atendimento.

Para compreender melhor como se dá essa relação com o tempo, gostaria de destacar alguns valores que os profissionais do CHPT utilizam como forma de sustentar essa compreensão sobre o encontro “efetivo”.

Algumas idéias referentes à filosofia de Gadamer e Heidegger vêm se constituindo numa elaboração teórica alternativa para a reformulação de critérios de atendimento e nos aspectos que concernem à relação médico e paciente entre muitos profissionais de saúde que publicam em revistas especializadas. A ponte principal entre a idéia de fenomenologia e a prática médica diz respeito a uma problemática envolvendo a comunicação entre as partes. Defende-se, por exemplo, como uma questão da humanização, a possibilidade do paciente decidir na escolha do tratamento, superando um modelo apenas informativo em que o médico aponta a terapêutica adequada segundo os critérios que ele próprio avalia serem válidos (Caprara & Franco, 1999). Destaca-se também a possibilidade de construir um conhecimento através da prática, da experiência dada na relação com o paciente. Nesse sentido, o tipo de humanização a que esses autores (Costa, 2004, Ayres, 2005, Teixeira, 2005) querem se referir pode ser entendida como uma comunicação ampliada, que se baseia na busca de uma relação que vai além da empatia, que ocorre por outros meios que não sejam o do diálogo formalizado em torno de um consenso, muitas vezes, propiciado pela força da relação de autoridade do médico sobre o paciente. Eles querem constituir como válido e coerente um espaço de mobilidade, de negociação entre médico e paciente, marcado por um diálogo que não se limite ao protocolo, onde o médico busque uma compreensão do outro nas suas particularidades, tomando elementos de sua trajetórias de vida como importantes, e que além disso, ele possa abrir um espaço na formulação da terapêutica para respeitá-los, para introduzir esses elementos como parte do processo de atendimento.

Surpreendentemente, na relação que os fisioterapeutas formulam como ideal com os pacientes, a primeira coisa que aparece é a explicitação de que o diálogo, em si mesmo, não é um aspecto essencial da humanização. Não se trata, portanto, da reformulação de uma técnica de diálogo no sentido elaborado por esses autores do campo da saúde que se debruçam sobre a filosofia fenomenológica. Não me parece ser nesse sentido que o Método pretende usar a fenomenologia. Seu uso estaria relacionado a idéia de um encontro entre “seres humanos”, que compartilham de uma mesma essência universal. Os preceitos fenomenológicos são elaborados como forma de dar sentido a uma primazia do sujeito, isto é, a compreensão de um sujeito transcendental, que possui um eu universal.

Um dos fundamentos do método Rességuier, o de promover uma mudança na percepção dos profissionais quanto ao seu trabalho, centra-se em investir nessa esfera do “encontro” entre os “seres humanos” e não com pessoas relacionais, como sugere o enfoque da Política Nacional de Humanização do SUS, que identifica a humanização através de uma política de reconhecimento de direitos do usuário.<sup>17</sup> A atitude de reconhecimento do outro está relacionado, portanto, a uma ampliação da esfera comunicativa, mas cujo instrumento de ação não é a palavra, mas sim o corpo. Para o Método, ele atua na situação do encontro, em que o corpo do terapeuta é colocado em perspectiva e cuja eficácia terapêutica depende desse uso adequado de técnicas corporais que operam uma comunicação entre as essências. A idéia da produção de um conhecimento apropriado, nesse sentido, está profundamente arraigada ao encontro entre sujeitos transcendentais. Desse modo, a concepção da filosofia fenomenológica e da idéia de intersubjetividade ganha sentido apenas se pudermos colocar em destaque o lugar do corpo nesse processo. Ele é uma instância fundamental da comunicação entre as essências, a instância possível do sujeito transcendental. Nesse sentido, quando Bourdieu nos diz que “pode-se inclusive explicar em termos sociológicos aquilo que aparece como uma propriedade da experiência universal humana, a saber, o fato de que o mundo familiar tende a ser *taken for granted*, percebido como evidente” (1990:157), ele nos permite sugerir que o lugar da fenomenologia na constituição dessa proposta de humanização é de legitimar a essencialização da experiência do senso prático que os profissionais desenvolveram a

---

<sup>17</sup> Para um aprofundamento da discussão sobre política de direitos do usuário, que se faz presente como forma de humanização do atendimento, especialmente no em hospitais da rede pública, ver Machado (2003).

partir daqueles sete conceitos. É o *habitus* que opera o sentido, que transforma essa compreensão sobre o outro em experiência advinda do natural, que a faz ser percebida como própria do ser.

Na construção feita por Schutz sobre a fenomenologia do mundo social, que é a de “colocarmos em parênteses todos os nossos julgamentos do senso comum de nossa vida cotidiana sobre o mundo exterior” e na qual “o método de redução fenomenológica dá acesso à corrente de consciência em si, como um reino próprio, de natureza absolutamente única” (SCHUTZ, 1979: 58 e 59) podemos perceber uma atitude que influencia o pensamento dos fisioterapeutas, ainda que a percepção sobre a fenomenologia seja distinta daquela elaborada na filosofia. No entanto, o que acho fundamental é percebermos, através dessa citação, que a preocupação dos filósofos em descrever uma natureza humana é o caminho principal por onde os profissionais de saúde têm buscado soluções abrangentes e aplicáveis para diferentes contextos sociais. Por isso, faz todo sentido falar em comunicação entre essências, ou ainda, encontro entre seres humanos, totalidade da relação, interação entre sujeitos iguais. Não é a toa que o corpo do terapeuta assume por si próprio um caráter terapêutico, sendo a técnica corporal o foco do processo da cura, pois ele é um corpo que já tem a propriedade terapêutica em si, nele está a essência que neutraliza os conteúdos relacionais da pessoa, no sentido maussiano.

Um dos fisioterapeutas elabora a relação que a fenomenologia tem com a prática terapêutica em dois momentos:

*“(...) O método é muito baseado dentro da fenomenologia, que é essa capacidade do aqui e agora e... muito em cima do corpo como sua forma de ser no mundo, então assim, as suas manifestações como se fosse um fenômeno mesmo é através do corpo. É através das suas sensações, então são as sensações como fenômeno. Então, como tem essa coisa efêmera dos fenômenos, se a gente consegue acompanhar isso, a gente não cristaliza nada, entendeu?”*

*“(...)Você nunca adoece em si, vai estar sempre relacionado a uma mudança de postura, né, o que pode acontecer conscientemente, mas o que pode acontecer por outra via, mas que sempre acontece. É uma leveza, uma não cristalização, uma fluidez muito grande assim... então, para mim eu acho que é essa integralidade mesmo do ser, não só do ser humano, da pessoa, mas do ser*

*como um ser vivo mesmo, do ser inserido no ambiente, (...) estar totalmente integrado (...)"*

Ter essa possibilidade de estar integrado é, como dizem os fisioterapeutas, “viver em primeira pessoa”, cujo elemento crucial é exercer o tempo todo essa essencialização de sua experiência subjetiva e praticá-la como técnica corporal terapêutica.

Um conceito que aparece como complementar ao desempenhado pela fenomenologia, e que se insere como uma das facetas desse encontro entre terapeuta e paciente, é o de intersubjetividade. Ao contrário da interpretação apresentada por Berger e Luckmann (1973), na qual a situação face a face está permeada de conflitos e divergências de compreensão, pressupondo uma projeção de cada um sobre o outro a partir das expectativas e interesses que nos constituem, na fala dos profissionais de saúde, essa noção de intersubjetivo não apenas prevê necessariamente como aspecto central a harmonia que permeia a comunicação entre seres humanos, considerados a partir de suas essências, como o meio pelo qual isso ocorre não é o do diálogo verbalizado. A relação que se quer estabelecer ocorre num plano de interações ideais, onde não há lugar para projeções. Na questão da intersubjetividade a dimensão do encontro fica representada de forma a que os sujeitos ocupem o mesmo lugar dentro de uma realidade não hierarquizada, como se o silêncio operasse um mecanismo eficaz de relação. Um folheto com uma fala de Rességuier, distribuído durante um curso do CHPT sobre clínica médica, revela esse olhar sobre o encontro e aponta em que esfera essa relação deve ser colocada:

*“A humanização das práticas terapêuticas é muito mais que uma mera atitude gentil; é permitir ao organismo humano por inteiro acompanhar e ajudar o tratamento. Passar por um ajustamento constante da postura do profissional de saúde dentro da relação com o paciente. O clima de confiança que se estabelece traz segurança à pessoa como um todo. O nível tissular profundo não tem ouvidos para falas apaziguantes ditas exteriormente, mas sabem entender a linguagem silenciosa de uma presença em paz” Jean-Paul Rességuier (anexo 2)(grifo meu)*

Diante da exploração desse universo conceitual, onde a relação com o outro é abstraída nos termos de um encontro universal, nos fica a pergunta de como esses conceitos são vividos, são levados ao momento do atendimento no exercício diário dos profissionais comprometidos com a implementação desse projeto, que não só localiza a humanização numa esfera diferente de muitos profissionais de saúde, como também imagina que sua implementação seja movida por um mecanismo de silêncio e contemplação.

#### 4. O diálogo dos paradigmas: expandindo o discurso

É preciso levar em consideração que o atendimento segundo o Método se encaixa num sentido de potencializar a cura, mas não o faz sozinho. Da medicina ocidental não se dispensam as intervenções tradicionais como cirurgias, remédios, tratamentos alopáticos em geral. Tampouco o sentido da mudança está colocada na presença ou ausência de tecnologia, estaria antes em torno de um conjunto de ajustes de seu uso. Além disso, trata-se de uma proposta em que a atuação dos terapeutas está circunscrita à instituição hospitalar. Nesse contexto, é importante ressaltar que a implementação ocorre em meio a um dinamismo dado pela convivência com atores que possuem trajetórias profissionais e pessoais diversas. Considerando também as várias percepções de corpo e doença que trazem os pacientes, cujo conhecimento sobre o Método é ínfimo, muitas vezes só obtido no momento do atendimento dentro do hospital, e que não tem uma continuidade, pois é interrompido junto com o período de internação, fica a pergunta evidente de como esse Método consegue articular-se na prática, em busca da consolidação de seus conceitos. Um dos meios através dos quais fica explícita essa busca é o de seguir o modelo de produção de fichas de avaliação de pacientes, que acabam funcionando como uma prática reconhecida por outros médicos e enfermeiros do hospital, não ligados ao CHPT. Produzindo esse material escrito, que eles preenchem a partir de sua competência específica, eles fazem um movimento de negociação de suas práticas no campo dos saberes médicos reconhecidos no hospital, angariando elementos que possam legitimá-las perante a equipe de profissionais em que se encontram inseridos. Consideremos, ainda, que se trata de um projeto piloto, que está em construção, cujas práticas têm suas diretrizes e sua relação com o universo conceitual e discursivo, mas que, não obstante, estão o tempo todo sendo ajustadas a uma série de situações que se impõem no cotidiano de atendimento. A descrença na

eficácia do Método por parte de médicos, enfermeiros e pacientes, também atua como um empecilho importante, que põe em evidência a formulação dos mecanismos de comunicação e de relação terapeuta e paciente que se quer articular. Em torno dessas questões é que gostaria de me centrar no próximo capítulo ao descrever a rotina de atendimentos dos fisioterapeutas, dos médicos vinculados ao CHPT, e também dos refratários ao projeto. Apesar da pouca oportunidade que tive de conviver com tais médicos e enfermeiros, devido a minha proximidade e meu posicionamento em campo através do CHPT e dos fisioterapeutas, assisti pela observação das práticas desses últimos os desafios colocados no diálogo com médicos, enfermeiros e pacientes, assim como as diferentes estratégias acionadas para se lidar com cada um deles. Ora se aproximando, ora se afastando, os profissionais do CHPT procuravam dar conta dessa realidade plural que lhes aparecia e dentro da qual podemos visualizar os limites e as possibilidades do modelo de intervenção terapêutica proposto.

## Capítulo 2

### ***Vivendo em primeira pessoa:*** **limites e possibilidades de uma prática**

A intenção deste capítulo é de expandir a análise dos conceitos do Método, através de uma aproximação com as práticas diárias. Creio que é importante que seja levado em consideração o contexto hospitalar, que pressupõe uma dinâmica específica na forma como vários saberes convivem entre si. Desse modo, a questão para a qual me voltei de imediato, foi entender como o Método lidava com essa realidade plural, cujos sentidos de humanização se chocavam.

Para compreender como esses significados foram construídos no âmbito do projeto piloto procurei, primeiramente, fazer uma descrição mais detalhada da história de surgimento do hospital e quais foram os marcos relacionados a iniciativas sobre atendimento humanizado, para que se pudesse ter uma dimensão do contexto de inserção dentro do qual os profissionais de saúde vinculados ao CHPT trabalham. Vimos que em suas estratégias de convencimento, essa memória da instituição constituiu-se num capital simbólico importante, sendo utilizada tanto para confluir com os próprios objetivos do projeto, oferecendo um respaldo entre outros profissionais que valorizam essa história e outras vezes, utilizando essa memória para promover uma distinção e, desse modo, se qualificar e se diferenciar frente à polissemia dos termos que humanização engendra. A memória coletiva que vincula o hospital à humanização cria um ponto de referência em comum a partir da qual os grupos se relacionam. Considero aqui memória do mesmo jeito que Halbwachs, quando define:

*“(...) memória coletiva se distingue da história pelo menos sob dois aspectos. É uma corrente de pensamento contínuo, de uma continuidade que nada tem de artificial, já que retém do passado somente aquilo que já está vivo ou capaz de viver na consciência do grupo que a mantém. Por definição ela não ultrapassa os limites desse grupo.” (2004:86)*

Desse modo, creio que o passado da instituição, visto sob essa perspectiva, nos permita compreender os diferentes discursos como um processo de construção de autoridade sobre o atendimento humanizado. Tomando essa referência de maneira ampla, poderíamos dizer que pelo menos um dos elementos que Foucault (2002) caracteriza ao falar das interdições do discurso nos é familiar no contexto da humanização em saúde: a primazia do sujeito que fala. No decorrer da descrição etnográfica sobre o atendimento aos pacientes internados e na convivência dos fisioterapeutas com profissionais não vinculados ao projeto, veremos como essa interdição se situa, uma vez que no horizonte do modelo há uma primazia do sujeito concebido como essência, onde essas interdições não teriam lugar.

A primeira experiência em campo que me levou a essas reflexões sobre a dimensão prática foram os “acompanhamentos” feitos pelos fisioterapeutas diariamente. Através daquela rotina, procuro descrever como a “qualidade de presença” e a “prática terapêutica” se realizavam, assim como, uma certa verbalização dos sentimentos se tornavam critérios importantes na avaliação dos pacientes, ainda que isso não estivesse explicitado nos conceitos do Método. Nesse sentido, a técnica corporal é reelaborada no cotidiano, e a experiência de “viver em primeira pessoa”, ressignificada. Várias circunstâncias operam essas adaptações: a internação, as cirurgias e os partos foram os cenários que considerei privilegiados para análise, por serem objeto freqüente da fala dos fisioterapeutas e onde suas inserções eram mais consolidadas.

\*\*\*\*\*

É interessante notar como a centralidade da instituição hospitalar não chegou a ser problematizada entre os profissionais engajados com esta proposta de humanização. Seria, talvez, parte de um ideal “missionário”, de ver o hospital como o lugar mais complicado de implementação de novos valores como os do Método Rességuier, muito mais do que em consultórios particulares, onde não há uma equipe multiprofissional, nem discussões em torno de verbas e políticas de governo para a saúde. Apesar de este não ser o aspecto mais mencionado, existe uma razão própria para que a instituição hospitalar seja preferida do projeto de humanização aqui analisado. Como menciona um dos fisioterapeutas:

*“É uma abordagem que dentro da formação profissional tradicional clássica, ela dá um salto muito grande. Então, para você falar*

*disso para as pessoas que já estão nessa linha, fica mais fácil. Mas a proposta que Rességuier insiste muito é de trazer isso para o tradicional mesmo, ou seja, dentro de um hospital... para ter um alcance para todo mundo (...) ele fala que a nossa missão é muito de acompanhar o não acompanhável, porque acompanhar o acompanhável é fácil.”*

Podemos buscar novas perspectivas para compreender o lugar de fala dos profissionais vinculados ao Método, segundo uma proposta que encontra na adversidade uma instância privilegiada de atuação. Essa atitude, em vez de ser considerada problemática, ganha sentido se pudermos entender que, sob o ponto de vista da concepção de humano em jogo, estar inserido num contexto desfavorável poderia reificar a capacidade que o Método teria em permitir a comunicação das essências, onde não existiriam barreiras contextuais, de onde se pretendia superar a esfera do relacional, por meio de uma noção de ser humano, cujo contexto social poderia ser ultrapassado. Adianta-se aqui um argumento que nos será conveniente ao término de todo o trabalho, quando nos será possível ponderar sobre essa tentativa de construção de um sujeito transcendental, que parece estar relacionado àquela idéia do indivíduo como um valor nas sociedades modernas (Dumont, 1997), um valor que aparece como central para a compreensão do universalismo a que se pretendem as práticas de humanização do CPHT.

A abordagem centrada no conjunto de técnicas corporais se insere nessa busca, porque se acredita que a comunicação estabelecida através desse contato entre essências seja mais importante do que o embate do discurso. Contudo, se tornará cada vez mais difícil atuar nesse meio sem recuperar uma noção de pessoa relacional e fazer uso dela para negociar o conteúdo dessa “missão” com os atores.

### 1. O contexto de formação do hospital

O hospital São Pio X foi construído em 1945 para atender à população da Colônia Agrícola Nacional de Goiás (CANG), fundada em 1941, por ordem do então presidente Vargas. Naquela época, havia uma política de ocupação do interior do Brasil, e o governo organizava projetos de incentivo para migração de trabalhadores, sendo

uma delas a criação de tais colônias<sup>18</sup>, que ficavam sob administração federal. Doze anos após a criação da colônia, em 1953, é criado o município de Ceres, dois anos depois, ocorre a emancipação da CANG, em 1955 E o hospital que ali fora construído para atender à população da CANG deixa de ser responsabilidade do governo federal e fica sob a administração da igreja católica, através da gestão das irmãs dominicanas do Santo Rosário. O hospital foi renomeado como São Pio X, mas logo passou das mãos das freiras para o bispo da diocese de Goiás<sup>19</sup>, que passou a ser o presidente nato da instituição.

Com uma proposta filantrópica, a memória da atuação desse hospital, em especial sob a direção de Dom Tomás Balduino (iniciada em 1967 quando assume a Diocese de Goiás até sua aposentadoria, em 1998) era sempre relacionada ao começo de uma forma de pensamento diferenciada em práticas de saúde, sobretudo por privilegiar o atendimento gratuito e igualitário entre os pacientes<sup>20</sup>. Iniciava-se, assim, nos anos 70, um trabalho realizado pela Diocese que atuava por meio da formação de um conselho comunitário<sup>21</sup>, cuja proposta era investir numa medicina preventiva, elaborando cartilhas (uma delas chamada “Lamparina”) sobre direitos do trabalhador à saúde. Havia também uma pesquisa em andamento que procurava apontar quais eram as condições de saúde da população local, que possuía o seguinte título: “Meio Grito”. Nos documentos elaborados nessa época pelas equipes que se revezaram nesse período, é possível notar a presença de uma preocupação em eliminar doenças consideradas como problemas de saúde pública, como a hanseníase<sup>22</sup>, e iniciar programas preventivos com relação à

---

<sup>18</sup> Havia colônias, segundo Cardoso (2005) para serem criadas em mais sete estados brasileiros: Minas Gerais, Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Mato-Grosso e Paraná.

<sup>19</sup> Essas informações foram retiradas da dissertação de mestrado de Cardoso, intitulada “Cluster de saúde de Ceres (GO): um resgate do seu processo de formação e expansão”, apresentada em 2005 ao Programa de Pós-Graduação em Administração, da Universidade Católica de Minas Gerais.

<sup>20</sup> Relatos de antigos profissionais da instituição relembram que, naquele período, antes da direção de Dom Tomás Balduino, os pavilhões eram divididos pela classificação dos pacientes quanto a classe social. Os atendimentos particulares eram feitos separados dos que recebiam atendimento gratuito. Uma das freiras que organizavam o serviço hospitalar na época era a responsável por essa divisão.

<sup>21</sup> Na época, o conselho era formado por 5 membros do conselho diretor do hospital, sendo o bispo presidente tanto do conselho diretor do hospital como do comunitário. Além deles, 9 funcionários, 8 representantes da Diocese e 9 representantes do Município de Ceres, totalizando 25 participantes.

<sup>22</sup> A Hanseníase, segundo documento da OMS de 1991, só deixa de ser uma problema de saúde pública quando atingir o coeficiente de 1 caso para 10.000 pessoas. Ceres, em 1997, tinha um coeficiente de 25/10.000. O que levou a construção do programa PROHAN, de combate à doença, na tentativa de minimizar o estigma do doente, fazendo com que ele procurasse tratamento mais cedo.

saúde da mulher, além do atendimento materno-infantil, considerados prioridades no atendimento à população. (Assim como atualmente, assistimos a retomada desses mesmos temas como centrais nas discussões sobre humanização.) O “Movimento de Saúde” se constituiria na principal forma de relação entre as ações do hospital com os movimentos populares e o sindicalismo rural, que eram significativos na época, na qual o direito à saúde era uma bandeira de luta forte, apoiada pelos movimentos eclesiais de base da Diocese de Goiás. O Hospital chegou a ter um jornal, no início dos anos 80, que abria espaço de interlocução com os trabalhadores rurais, expandindo os mecanismos de luta política. Esse discurso conectava de maneira muito eficiente a luta por melhores condições de vida, como o direito à terra, com crítica ao governo, ao mesmo tempo que os associava à necessidade de melhores condições de saneamento e saúde.<sup>23</sup>

## 1.2 Estrutura atual do hospital

A cidade de Ceres tem, atualmente, cerca de 19 mil habitantes, mas o hospital atende a uma população residente em todo o vale do São Patrício, região do meio norte goiano, realizando em média 250 internações por mês e 2700 consultas. Vale destacar que a trajetória do hospital, desde sua fundação, foi transformando-se ao longo dos anos. Foi reconhecido como de utilidade pública, por decreto federal (nº 70.904) em 1976, por lei estadual (nº 2095) e municipal (nº. 1212), ambas a partir de 1996. Recebeu em 1974, o reconhecimento como instituição filantrópica do Conselho Nacional de Serviço Social. E em 1996, tornou-se a Associação São Pio X, cuja composição de associados é a seguinte:

- 20 comunidades rurais e urbanas ligadas a igreja católica
- 13 entidades da sociedade civil: loja maçônica, sindicato dos trabalhadores rurais de Ceres, Associação dos diabéticos.
- 6 agentes pastorais na categoria de sócio nato.
- 22 sócios beneméritos reconhecidos pelo trabalho prestado ao Hospital São Pio X, ao longo dos anos.

---

<sup>23</sup> As informações históricas que busco interpretar neste parágrafo fazem parte de um documento produzido pelo Hospital e que me foi gentilmente cedido. Não se trata de um texto corrente, mas de um documento que buscou recolher informações variadas das décadas de 70 e 80, resguardando uma memória que é concebida como importante e é reconhecida, de alguma forma, por todos os profissionais com quem conversei no hospital.

Tendo passado por uma grande reforma no ano de 2005, com a restauração do setor de observação e a ampliação do número de leitos, o hospital possui, contudo, uma estrutura antiga, da época de sua construção, cuja divisão fundamental é a dos três pavilhões de atendimento. Eles marcam a distribuição do espaço porque são três grandes casarões rodeados pelos outros setores menores. Cada um deles centraliza uma área de atuação. A capacidade de leitos, sem contar com a recente reforma, é de 56, sendo 10 da clínica cirúrgica, 8 da pediatria, 16 de clínica obstétrica e 22 na clínica médica. Possui um Centro de Diagnóstico e o Centro de Terapias Naturais<sup>24</sup>. Além do projeto do CHPT, conta também com um programa de Profilaxia e Reabilitação de Doentes da Hanseníase<sup>25</sup> e um programa de prevenção a AIDS promovido pelo grupo associado Amor e Vida. Além disso, possui um convênio com a Associação de Diabéticos da região, através do qual desenvolve campanhas de atendimento e palestras de esclarecimento, prevenção e cuidados em igrejas locais, cedidas para tais eventos.

Com relação a atual estrutura interna do hospital, temos, como já mencionei, três pavilhões principais de atendimento. No pavilhão A, encontramos a casa de parto, que possui uma entrada própria, independente da entrada do pavilhão, possibilitando que as parturientes façam um percurso diferente dos outros pacientes do hospital, marcando um espaço exclusivo para elas. Na casa de parto, como é chamado esse setor do pavilhão, há três salas de pré-parto e uma sala de parto, na qual há uma cadeira para partos de cócoras que funciona desde 1992. Acoplada a essa sala, mas com um espaço intermediário, fica o setor de cirurgia, onde as grávidas têm acesso direto da sala de parto para a sala de cirurgia, em casos de cesárea. No outro setor deste pavilhão A, existem seis quartos, com dois a quatro leitos, disponíveis para internação de pacientes em espera de cirurgia, ou no processo de recuperação. Do outro lado, fica a maternidade, com uns oito leitos e os respectivos berços para os recém-nascidos, que permanecem junto das mães no período de internação. No meio dessas duas alas, existe uma salinha de espera com dois sofás, onde passava parte do tempo conversando com a mulheres da maternidade.

---

<sup>24</sup> O centro de Terapias Naturais foi criado com o intuito de valorizar o conhecimento popular sobre ervas e plantas com propriedades medicinais. Na década de 70, contudo, já existia uma cartilha chamada “Nossas plantas, Nossa saúde”, que buscava divulgar esses conhecimentos. A cartilha foi relançada há pouco tempo.

<sup>25</sup> O PROHAN, como é conhecido, é financiado pela “Associone dos Amici Paul Falerou” – AIFO – Itália. (ver nota 22.)

No pavilhão do ambulatório, que seria o B, funciona o atendimento de clínica geral, onde se faz a triagem dos pacientes e também atendimento pediátrico. No andar de cima se concentra todo o setor de administração, mais o espaço de assistência social. Meu contato foi menor com este pavilhão porque, como não havia setor de internação, a presença dos médicos ou fisioterapeutas envolvidos no projeto de humanização era bem menor.

No pavilhão C, logo na entrada, à direita, fica a sala de fisioterapia<sup>26</sup> que não é especialmente usada já que o trabalho muitas vezes é feito com o paciente em sua própria cama. Em seguida, há uma sala de espera grande e ao longo de um largo corredor, vemos oito quartos, com uma média de três a quatro leitos cada um. É o setor onde os fisioterapeutas concentram seu trabalho. O atendimento de emergência é limitado e grandes cirurgias são encaminhadas a Goiânia ou Brasília, uma vez que o hospital, de nível secundário, não possui Unidade de Tratamento Intensiva.

Um pouco mais afastado desses três pavilhões, encontra-se mais um casarão, de dois andares com quartos no andar de cima, que são utilizados para estagiários e outros profissionais visitantes. No andar de baixo funciona uma horta e um laboratório de processamento de ervas e plantas que são utilizadas na fabricação de remédios de fitoterapia, é o Centro de Terapias Naturais. Seguindo para os fundos temos, então, o prédio recém construído do *Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas* que possui no primeiro piso, um salão de conferências, uma secretaria e uma biblioteca. No andar de cima, cinco quartos possuem capacidade para hospedar dezesseis pessoas. Os eventos que ocorrem nesse local geralmente têm a ver com o ensino e divulgação do projeto de humanização, através de cursos teóricos, assim como para reuniões dos profissionais envolvidos.

A instituição é uma referência regional em atendimento pelo SUS, totalizando 95% dos atendimentos realizados mensalmente no hospital. Quanto ao número de profissionais de saúde, destaco aqueles diretamente vinculados na relação com os pacientes. São, ao todo, 29 médicos, 2 fisioterapeutas, 1 enfermeiro, 37 auxiliares de enfermagem e 4 técnicos em enfermagem. (quadro de funcionários, ver anexo 3.)

---

<sup>26</sup> A sala de fisioterapia era tão raramente usada pelos fisioterapeutas, que nas duas ocasiões em que estive nela, não me recordo da existência de nenhum equipamento próprios de exercícios de fisioterapia. Na sala, pelo menos no período restrito em que estive em campo, havia apenas a maca onde os pacientes podiam se deitar durante o acompanhamento.

## 2. O grupo de profissionais do Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas

Os médicos que participam ou apoiam de alguma forma o projeto piloto de humanização são cinco, dos quais quatro constam nesse trabalho como meus interlocutores. Compendo mais detalhadamente meu posicionamento em campo, ressalto que os ambientes que desenvolvi maior tempo de observação foram aqueles em que os fisioterapeutas circulavam. A casa de parto, a área de internação e o Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas, foram os locais que mais frequentei e onde meu acesso era mais livre. Além dos fisioterapeutas, alguns médicos participantes me permitiram acompanhar suas atividades. Especialmente na casa de parto, tive oportunidade de assistir médicos com propostas parecidas e diferentes a do CHPT, deixando algum espaço para refletir sobre o conteúdo do atendimentos comparativamente, embora esse não tenha sido meu foco na realização da etnografia. Estive sempre interessada em compreender a implementação do projeto e, por isso, creio que uma apresentação de parte da trajetória desses profissionais até o momento da chegada ao hospital nos servirá como ponto de partida da descrição mais aprofundada do atendimento humanizado e suas conexões com as escolhas pessoais dos mesmos.

O fisioterapeuta F1<sup>27</sup>, de origem belga, formou-se em meados do anos 70 na Bélgica e na França, período em que teve contato com o método de Françoise Mézières que explorava a concepção do corpo na sua dimensão de totalidade, procurando articular nos seus tratamentos na área de ortopedia a relação entre parte e todo como elementos inseparáveis. Segundo F1, o Método Mézières, como é conhecido na Europa, veio para o Brasil através de um de seus alunos, mas aqui foi renomeado e é conhecido como RPG (reeducação postural global). Trabalhou em consultório particular por vários anos e se dedicou à formação no Método Rességuier, em 1991, quando conheceu Rességuier, na França. Nessa época, o Método tinha o nome de “harmonização do corpo sensível” e só em seu desenvolvimento posterior passou a chamar-se Método Rességuier. Atualmente F1 ensina a outros fisioterapeutas, lecionando em cursos programados eventualmente para a formação de novos profissionais no Brasil. Com relação ao Hospital Pio X, os primeiros contatos foram por

---

<sup>27</sup> Optei em trabalhar nesta dissertação com as siglas F1, F2, M1, M2, M3 e M4, em vez de utilizar nomes fictícios como forma de resguardar a privacidade dos meus interlocutores. Assim, escolhi siglas que pudessem destacar a situação profissional das pessoas.

volta do ano de 1996, quando Ressãoquier “teve a idéia” de fazer um intercâmbio, sendo F1 um dos primeiros que veio ao Brasil fazer um trabalho voluntário no hospital<sup>28</sup>. A partir de então, F1 decidiu morar no Brasil e ajudar no desenvolvimento do Método, ainda sem nenhum projeto formulado. Por volta de 2000, Ressãoquier ofereceu um curso no hospital e permaneceu trabalhando lá por quase um ano, antes de retornar à Europa, momento em que surgiu o CHPT, juntamente com o esboço do projeto piloto de humanização.

O outro profissional de fisioterapia que trabalhava no hospital também era vinculada ao projeto piloto e junto com F1, coordenava as atividades diárias. F2 formou-se em 1991 em Belo Horizonte, mudando-se para Ceres em 2004 para integrar o grupo do CHPT. Ela conheceu o Método Ressãoquier através de uma outra fisioterapeuta formada no Método e fez um curso de formação tendo F1 como professor. Trabalhando já há alguns anos em seu consultório com RPG, depois do curso de formação, F2 decidiu se dedicar somente ao Método em seus atendimentos diários, o que, segundo ela, a fez perder alguns clientes que não gostaram das mudanças. Quando recebeu a proposta de trabalhar no projeto piloto do CHPT, ela se mudou para Ceres. Foi a profissional que mais acompanhei nos atendimentos.

Como podemos ver, o trabalho dos dois fisioterapeutas no hospital estava diretamente vinculado ao surgimento do CHPT e à constituição do projeto piloto. Tornou-se especialmente difícil comparar a atuação destes profissionais com a de um fisioterapeuta tradicional, porque a instituição contava apenas com F1 e F2 para os atendimentos fisioterápicos. Podemos entender a vinda desses dois profissionais para Ceres como estritamente relacionado ao trabalho com o Método, diferindo nesse aspecto da trajetória dos médicos.

No caso dos quatro médicos que fazem parte do projeto, suas trajetórias se iniciaram no hospital ainda nos anos 80. A maioria conheceu a instituição através do interesse em viver a realidade do interior. Foram atraídos pelo modelo de trabalho realizado pela diocese de Goiás, baseado na possibilidade de desenvolver práticas junto com a comunidade e em favor dos principais problemas que afetavam a região. M1 é uma das duas obstetras do grupo que se integraram ao desenvolvimento dos projetos de

---

<sup>28</sup> A idéia de intercâmbio é bem comum no modelo de administração elaborada no hospital. Talvez por se tratar de uma associação filantrópica, que conta com apoio de várias instituições, muitos profissionais de saúde de outros países, sobretudo França, Itália, Bélgica e Suíça, possuem contatos e se mobilizam em trabalhos voluntários ou sob convênios com suas respectivas instituições nacionais que ofertam ajuda ao hospital.

atendimento diferenciado para gestantes e recém-nascidos, que na época já tinha como precedente um trabalho de outra obstetra no hospital. A casa de parto havia sido resultado dos esforços que esta primeira médica desempenhou na instituição, dentro da conjuntura política de luta pela saúde da mulher, antes de sua retirada em 1982. M1 enfatiza que em sua formação universitária:

*“a gente tinha muito arraigado esse compromisso social, a medicina era um compromisso social muito forte, discutindo condições de vida das pessoas”.*

Para ela, o hospital tinha uma forma de atuação diferenciada porque permitia que novas idéias fossem pensadas e realizadas:

*“(...) o que me fez ficar aqui foi a questão de ser protagonista disso aqui e de ter autonomia (...) eu acho que todas as pessoas que ficaram aqui muito tinham esse encantamento em cima dessa forma diferente de produzir saúde no nível secundário, que é o nível hospitalar”.*

O exemplo mais claro foi a aquisição da cadeira para parto de cócoras em 1992, quando houve uma mudança direta da estrutura do atendimento, eliminando o método em que a mulher fica deitada durante o parto.

M2, obstetra que atualmente trabalha em Goiânia, mas comparece quinzenalmente ao hospital, começou junto com M1 e também revela uma preocupação com uma forma de atendimento diferenciada:

*“(...) exatamente o que atraía era essa possibilidade de fazer uma coisa inovadora, sair um pouco do esquema convencional da medicina, me assustava muito a prática médica convencional (...) a equipe de Ceres foi fazendo um movimento na prática médica, um movimento na medicina um pouco diferente do habitual.”*

O trabalho atual dessas médicas no hospital foi diminuindo gradativamente, a primeira porque começou a desempenhar funções mais administrativas e prestar consultorias sobre humanização no âmbito do Ministério da

Saúde<sup>29</sup>. Sua presença no CHPT, contudo, é intensa, através das palestras e da organização de atividades para profissionais visitantes e estagiários. A segunda mudou-se da cidade e faz plantões quinzenais o que dificultou muito o acompanhamento de suas atividades. Creio que a inserção de seus pontos de vista nos ajuda a compreender o processo de implementação porque o apoio de ambas é considerado importante para os outros profissionais ligados ao CHPT, e também por terem uma relação com o trabalho desenvolvido nessa época anterior ao projeto piloto.

Dentre os médicos do CHPT mais atuantes no hospital ainda hoje, está M3, um médico cirurgião geral, formado pela UnB e que trabalha na instituição desde 1986. A história de sua vinda para Ceres também tem como ponto de referência o trabalho da Diocese de Goiás. Segundo ele, havia grupos de discussão, onde se reuniam diversos profissionais de saúde de toda a região abarcada pela Diocese<sup>30</sup>, e possuíam em comum um projeto político de assistência à saúde através da formação dos conselhos comunitários. A mobilização dessas pessoas tinha como objetivo alcançar melhorias na saúde da população, mas isso implicava também um movimento de luta por melhores condições de trabalho no campo. O hospital assumia uma importância grande nessa situação porque sempre foi considerado o hospital da diocese, tendo o bispo como presidente nato da instituição e, por conseguinte, dos conselhos comunitários. Com a organização dos profissionais de saúde em torno das questões políticas da região, o Movimento de Saúde se firmou como um dos meios principais formulados pela Diocese na estratégia de luta por políticas governamentais favoráveis aos trabalhadores rurais.

Além desse tipo de trabalho, M3 destaca que o hospital, sempre teve a vocação da

*“prestação de saúde com propostas inovadoras, projetos educativos, não só da educação e saúde com população, mas também de estar sempre com a presença de profissionais, de estudantes.”*

Assim como naquela época, em que o hospital tinha um convênio com a UFMG, permitindo que estudantes de medicina viessem fazer o internato rural, atualmente, o hospital possui convênio com a UnB e, sob a coordenação de M3, os

---

<sup>29</sup> Não pude acompanhar em que termos estas consultorias se realizavam. Seria interessante poder compreender como o engajamento nos termos do projeto piloto do CHPT poderia ser conjugado com o modelo de trabalho proposto pelo SUS, no âmbito do Ministério da Saúde.

<sup>30</sup> Não somente a região do vale do São Patrício, onde se localiza Ceres, mas também Uru, Rio Vermelho e Serra Dourada, que formam quatro regiões ao alcance da Diocese.

estudantes do último ano fazem estágio no hospital pelo período de um mês<sup>31</sup>. Além desse trabalho com os estudantes, este médico dirige uma pesquisa do CHPT que procura avaliar o desempenho do Método em cirurgias de colecistectomia<sup>32</sup>, como veremos mais adiante.

M4 fez internato rural no hospital em 89, pela UFMG, e voltou anos mais tarde para trabalhar como clínica geral. Ela tem uma atuação destacada com trabalhos nas comunidades locais através do Programa de Saúde da família (PSF)<sup>33</sup>. Faz atendimentos em postos de saúde e por meio de campanhas realizadas em diferentes locais, como igrejas e “postos da FUNASA”, em que é possível fazer uma verificação de pacientes com doenças muito comuns na região, como diabetes e hipertensão. Existe toda uma preocupação desta profissional em ensinar os pacientes como usar as medicações. Muitas vezes, como presenciei nos atendimentos aos locais citados, os pacientes não fazem o uso prescrito, alterando os horários, a quantidade e, por vezes, um remédio pelo outro. A médica aponta que a principal causa desse tipo de problema é o analfabetismo e a falta de consciência sobre a forma de atuação dos remédios, isto é, os pacientes não conseguiriam entender a relação de eficácia entre a norma prescrita de consumo do remédio e a cura ou diminuição de sintomas, no caso de doenças crônicas. A meu ver, o exemplo do trabalho dessa médica, assim como os outros médicos do projeto piloto, chamam atenção diretamente para questões que permeiam a relação entre diferentes segmentos sociais, relacionados com problemas de comunicação que são intensamente vividos na relação entre médico e paciente dentro e fora da instituição

---

<sup>31</sup> Neste convênio, os estudantes do último ano do curso de medicina da UnB fazem um estágio de um mês no hospital. Sob a coordenação de M3 os alunos são designados a vários tipos de tarefas: apresentam um programa de rádio semanal, com textos educativos sobre temas de prevenção a doenças, como AIDS, hipertensão, diabetes, câncer, criados pelos próprios alunos. Além disso, dependendo do interesse de cada estudante, eles podem acompanhar diferentes setores do hospital: uns se dirigem à clínica médica, outros auxiliam cirurgias, outros ficam mais na casa de parto. Porém, todos eles se revezam na ida às cidades vizinhas para fazer atendimentos nos postos de saúde ou visitas em casas com os agentes de saúde locais. Em alguns dias da semana, são marcados encontros entre a turma de alunos e M3, nos quais apresentam palestras sobre temas variados da medicina, assim como são orientados a falar sobre a experiência que estão tendo no estágio. Estes encontros se realizam no CHPT, e M3 enfoca a necessidade de uma visão ampliada da medicina que se aprende na academia. Na relação com o CHPT, os alunos são chamados a participar de algumas reuniões com os fisioterapeutas, que procuram explicar os fundamentos do Método e fazem exercícios de experimentação com os alunos, uma espécie de dinâmica de grupo, em que pretendem demonstrar aos alunos a importância de se promover o “encontro efetivo” com o outro na relação terapêutica.

<sup>32</sup> Extirpação da vesícula biliar.

<sup>33</sup> Existe uma literatura específica sobre Programa de Saúde da Família, que não tenho condições de abordar aqui. Para aprofundamento das questões que envolvem essa realidade, ver Goulart (2002).

hospitalar (Boltanski, 1989), como discutirei no capítulo 3. Apesar de que nesse caso, trata-se de um profissional que, ao contrário dos outros médicos vinculados, tem uma atuação mais relacionada às comunidades locais, dando oportunidades de investimentos das práticas de saúde do CHPT em outras instâncias de atendimento, muito embora isso não possua uma elaboração clara nos termos do Serviço de Reabilitação Integrada que os fisioterapeutas coordenam, pois sua esfera de atuação é notoriamente o espaço do hospital.

Em 2001, com o advento do CHPT, essas trajetórias se uniram em torno de uma proposta de humanização. O Método Rességuier ofereceu um ponto de encontro a estes profissionais, que procuravam dar uma forma dinâmica ao conteúdo aprendidos nos cursos de formação que fizeram.

Desse modo, vimos que, primeiramente, a organização do trabalho de humanização ocorreu através das atividades dos fisioterapeutas, que tinham a função de coordenadores e eram os que praticavam o método, independente de outras técnicas. Com isso, se tornaram os responsáveis em fornecer meios para que os outros profissionais, que não pudessem atuar somente com o método, lograssem articular os fundamentos do Método com suas práticas tradicionais. Para entender melhor como funciona esse mecanismo, farei uma descrição do dia a dia dos fisioterapeutas com os pacientes internados. Quando se trata desse setor, em que o fisioterapeuta atende sozinho, fica mais fácil de visualizar a concepção de humanização como técnica corporal tentando ser administrada cotidianamente.

Com relação aos partos e às cirurgias, minha observação se voltou tanto para os fisioterapeutas como para os médicos, pois são ocasiões em que atuam juntos. Os médicos do projeto, por terem uma atividade mais dispersa, e por serem em menor número, foram observados em situações bem específicas. A cirurgia foi uma delas, com M3 e a visitas aos internados foi outra, com M4. Com relação aos partos, a minha observação foi a mais ampla porque estive relacionada a médicos ‘de fora’, uma vez que neste setor a atuação dos médicos vinculados ao CHPT se fez muito diminuída, e também porque é um setor onde o discurso da humanização já chegou a muito mais tempo, e como veremos, os médicos “de fora” também apontam em suas falas para uma prática humanizada, querendo dizer com isso algo diferente em comparação ao projeto piloto do CHPT. Acho que esse é um dado importante para ser analisado em termos da trajetória do projeto no hospital como um todo.

### 3. O “acompanhamento” dos pacientes internados

Geralmente, o atendimento aos pacientes internados era feito de manhã, numa primeira visita. À tarde, se fazia uma nova visita, repetindo àqueles que se avaliasse com mais necessidade. O procedimento realizado pelos fisioterapeutas é chamado de “acompanhamento” em vez de atendimento. O termo escolhido pelos profissionais pode ser compreendido sob dois critérios: primeiro, uma tentativa mesmo de diferenciar-se do resto, de tornar específico e singular a atividade realizada pelo Método. Segundo, parece-me, também, como uma forma de eufemismo que pretendia relacionar o ato terapêutico a uma forma de encontro, desvinculando a idéia de serviço que o termo atendimento carregaria.

A rotina do “acompanhamento” com os fisioterapeutas começava com a leitura do prontuário do paciente, para verificar o motivo da internação, em seguida, eles preenchiam uma ficha própria com o nome dos pacientes, na qual colocam uma rubrica para comunicar ao outro fisioterapeuta que o paciente já fora atendido em certa hora.

O procedimento pode ser descrito da seguinte forma: fisioterapeuta se aproximava e se apresentava, chamando sempre o paciente pelo nome, depois dizia seu nome, se apresentava em seguida, e explicava que faria um trabalho para ajudar na recuperação, perguntava se o paciente desejava fazê-lo, tendo respostas, em geral, afirmativas. A orientação com o corpo do paciente costumava ser para que ele ficasse deitado, de olhos fechados e relaxasse, “deixando fluir todas as suas sensações naquele momento”. Assim, o profissional, que mantinha os olhos abertos, sentava-se ao lado da cama, mantendo a posição da coluna ereta e os pés bem firmados no chão, dizendo sentir-se confortável. Essa composição de sua postura é chamada de “postura terapêutica” e constitui um dos requisitos fundamentais ao desenvolvimento da “qualidade de presença”. A seguir, uma das mãos do profissional ficava apoiada na região alta do abdômen, acompanhando a respiração e buscando, segundo suas palavras, manter-se atento ao outro, a si mesmo e ao ambiente em volta. Os movimentos eram sempre delicados e firmes, compondo um dos elementos que atuavam para dar uma dimensão de totalidade ao momento presente. Particularmente, creio que essa perspectiva holista se expressava sob a forma de técnica do corpo considerada primordial, sendo executada eximamente pelos fisioterapeutas, que era a de levar o olhar por toda a extensão do corpo do outro. É preciso olhar para todas as partes, percebê-las visualmente, não deixar nada de fora, reproduzindo pela visão o conceito de

integração, fazendo contato com o centro (abdômen) e periferia (extremidades) ao mesmo tempo. Um certo tempo era gasto nesse primeiro toque, em média algo em torno de cinco minutos. Depois, a mão repousava na parte mais baixa do abdômen e essa passagem foi um momento que observei como importante para a percepção do terapeuta sobre sua intervenção. Especialmente um dos fisioterapeutas sempre costumava fazer esse movimento tomando o cuidado de, ao retirar sua mão da parte alta para a parte baixa do abdômen, sempre colocar nesse local um dedo de sua outra mão até apoiar novamente a mão retirada na outra parte do corpo e, só então, completar o movimento restando só o toque na parte baixa do abdômen. Desse modo, ele evitava perda de contato corporal e reproduzia com essa prática a forte idéia de continuidade dos movimentos que compunham sua postura. Novamente, um tempo de cinco minutos era dado nessa posição e, em seguida, o terapeuta repousava sua mão no braço do paciente, talvez para sinalizar o fim do procedimento. Neste ponto, o paciente era sempre questionado, como uma pergunta feita sempre da mesma maneira e no mesmo momento, sobre como estava se sentindo. Havia uma certa padronização na abordagem dos fisioterapeutas, em sua apresentação ao paciente e no fim do “acompanhamento”, ao travar um pequeno diálogo sobre as sensações corporais do outro. Muitos pacientes falavam nessa hora, algumas vezes, estendiam a conversa para outros assuntos que se referiam a sua vida naquele momento, reclamavam da saúde de uma maneira bem geral, dificilmente se dirigiam exclusivamente à doença. O fisioterapeuta sempre ouvia, mas não tinha nenhuma orientação a dar nesse sentido. As conversas, de acordo com a fala desses profissionais, têm como objetivo maior permitir que o paciente volte atenção para si mesmo. Elas demarcariam um procedimento ritual que opera como complementar à comunicação entre os corpos para o despertar da “vitalidade”.

A eventual dispersão do fisioterapeuta era apreendida como um desvio de atenção que devia ser conscientemente constatado para que pudesse entrar como um dado na análise das condições daquele paciente. Ter essa compreensão de seus próprios atos e pensamentos seria o estado ideal que se definiria como atenção ao outro, e não uma utopia de que tal perda de foco poria todo o trabalho a perder ou que deveria haver uma precisão absoluta nesses encontros. O ideal de humano elaborado e a eficácia do ato terapêutico prevê o “erro” como um conteúdo reciclável, que se transmuda e adquire um significado para aquele momento presente. Por isso, é possível permitir que as sensações aleatórias tenham significado para a compreensão daquela realidade. Vale destacar que há uma preocupação no discurso dos fisioterapeutas em reforçar que não se

trata de um estado de espírito positivo simplesmente, ele seria, antes disso, um estado de alerta que se constrói pelo movimento de contemplação. Sabemos que, ao contrário do paciente, o terapeuta fica sempre de olhos abertos, se concentrando na cena presente, vivendo-o, como dizem, sem projeções nem especulações, apenas “nesse sentir”. Analisando esse procedimento vale a pena destacar que, dentro da tradição fenomenológica, seria contraditório produzir um estado de alerta constante e ao mesmo tempo vivenciar o fluxo ininterrupto da consciência, a *dureé*. O Método parece, nos termos da fenomenologia, se constituir num paradoxo, pois sabemos que um dos fundamentos da “qualidade de presença”, seria justamente não se permitir sair da *dureé*, não se permitir *projetar-se* para fora desse fluxo, para usar um termo dos próprios fisioterapeutas. Se como diz Bergson, “a diferença entre o fluxo de experiências na ‘duração pura’ e as imagens descontínuas, delimitadas, no mundo do tempo e do espaço, equivale a uma diferença entre dois níveis de consciência” (apud: Schutz, 1979:61), no caso da “qualidade de presença”, tratar-se-ia de uma relação com a consciência que pretende tornar indistinto os dois níveis de apreensão da experiência. Contudo, essa formulação pode fazer sentido na prática dos atores se considerarmos a noção de *habitus* de Bourdieu. Assim, seria possível entender o estado de alerta como uma naturalização desses constructos de segundo grau, como pertencente ao universo das atitudes naturais; atitudes essas, porém, que seriam do domínio daqueles que possuem a “qualidade de presença”. No jogo das interações, em que se destaca a questão do pertencimento ao grupo dos que possuem esse *habitus* particular, se naturaliza, por meio do discurso da fenomenologia, uma forma de dominação cujo meio fundamental de realização é o corpo.

A própria questão da elaboração de um diagnóstico sobre o paciente, que é produzido num momento posterior ao do atendimento, já nos chama a atenção sobre as propriedades da atuação dos dois níveis de consciência de Bergson. Lembro-me de que F2 costumava compartilhar esse processo comigo e me perguntava com frequência o que eu tinha achado de algum paciente, o que eu tinha “sentido”, pois essa era a linguagem fundamental de percepção. Eu, para responder, procurava perceber o que as expressões faciais dos pacientes e do terapeuta me revelavam e respondia que alguns estavam nervosos e incomodados e outros muito mais relaxados.<sup>34</sup> Numa ocasião, F2

---

<sup>34</sup> Em certa medida, eu buscava perceber nas expressões faciais dos terapeutas qual o nível de dificuldade eles estavam sentindo num determinado paciente. Minha avaliação estava o tempo todo voltada para entender como os terapeutas classificavam suas percepções, e dessa forma

atendeu uma senhora que teve um mal estar passageiro devido à hipertensão e já estava voltando para casa. Percebi durante a sessão que aquela senhora tinha muita facilidade de responder às perguntas de como estava se sentindo, produzindo um vocabulário de percepção sobre seu próprio corpo que era incomum entre os pacientes, de um modo geral. Ao final, disse à F2 que aquela senhora tinha me parecido bem calma e ela concordou, dizendo que aquela facilidade de responder às perguntas tinha a ver com um grau de integração elevado. Podemos perceber que diagnosticar um paciente, no sentido atribuído pelo método, é baseado num tipo ideal de interação que raramente se realiza, como nesse exemplo que apresentei. A conversa, ao mesmo tempo que aparece no modelo como tendo pouca importância, adquire na prática, mesmo que seja em falas sutis, mas “precisas”, um componente de análise que os fisioterapeutas levam em consideração. Isso nos leva à uma questão importante sobre a construção prática da pessoa, que é explicitamente ausente no discurso do Método. Ao mesmo tempo em que há um discurso que aponta para o sujeito transcendental, existe uma forma de perceber o outro, durante os acompanhamentos, que está vinculada à categoria de pessoa relacional, em que um vocabulário específico, compartilhado, aciona uma identidade entre terapeuta e paciente, dentro do qual o falar sobre si engendra um conteúdo que designa uma adequada percepção sobre si (Duarte, 1988).

Vemos como esses dois pólos se articulam através de uma das descrições mais esclarecedoras desse modo de atuação do método, que me foi dada por F1:

*“A gente vai lá perto, fica, coloca a mão, fica perto do paciente, e se for possível, a gente pede para ele botar a atenção em si para acolher todas as sensações e isso é o método em si mesmo, né, sem usar outras técnicas. Ficar perto de alguém com essa qualidade de presença e perguntar: e agora, como você está se sentindo? Esse ombro ainda dói? Como que é agora?, agora tem um calor, tem uma... e assim a gente vai caminhar perguntando... E suas pernas, você percebe suas pernas? Tem uma diferença entre a perna direita e a esquerda? E assim, você sabe, eu já falei disso, não a sensação em si que é importante, mas a volta da atenção que a pessoa faz para te responder, né.” (grifo meu)*

---

poder relacionar as manifestações corporais dos terapeutas com as classificações feitas posteriormente.

Ao mesmo tempo em que se trata de uma pergunta ritualizada, porque ela é tida como desprovida de um conteúdo em si mesma, as respostas dadas são incorporadas na construção do diagnóstico.

Existe, porém, um outro sentido para pensar tal situação, que é a entendermos o posicionamento desses atores no campo dos profissionais da saúde. Pois ao evocar as sensações do paciente, mas sem buscar compreendê-las de “modo racional”, os profissionais do CHPT querem instituir uma diferenciação do modelo da biomedicina, no sentido de possibilitar uma alternativa ao problema da comunicação entre terapeuta e paciente cujo processo de diagnóstico está sempre relacionado ao enquadramento de sensações em sintomas específicos que, por sua vez, conduzirão a um vocabulário técnico a que só o médico tem acesso. A doença deixa de pertencer ao doente, assim como a compreensão sobre seu corpo. Ao valorizar uma prática através da qual as sensações corporais têm um valor para além do sintoma, a questão da comunicação se deslocaria do processo de diagnóstico baseado no diálogo racionalizado pela competência biomédica. Ela se tornaria uma questão de reconhecimento sobre o corpo singularizado; e esse ato de reconhecer seria, de certo modo, uma qualidade humana a que todos têm acesso. Esse discurso, porém, não impede que, na prática, ocorra a substituição de uma racionalidade por outra, cujos parâmetros também são de acesso restrito à competência dos profissionais que “possuem” a postura terapêutica e a qualidade de presença.

Essa idéia se tornará mais clara à medida que entrarmos nos casos em que a participação do fisioterapeuta sofre adaptações mais profundas com relação às técnicas corporais previstas no Método, como nas cirurgias e partos, em que o sustentáculo de suas ações, a lógica de suas percepções e a construção de suas autoridades se vinculam claramente a uma questão de pertencimento, capaz de legitimar as novas configurações a que o modelo está sujeito, reatualizando as práticas.

#### 4 O “acompanhamento” no ato cirúrgico

Observei a realização do acompanhamento pelo Método também em cirurgias, que é um setor geralmente muito mais restrito à observação. A negociação de minha presença, ao contrário dos casos de internação e nos partos que eram feitas diretamente com os pacientes sob a apresentação dos fisioterapeutas, foi feita somente

com o médico responsável<sup>35</sup>. É importante lembrar também que as duas cirurgias que tive oportunidade de assistir foram feitas no âmbito de uma pesquisa que estava sendo realizada pelo CHPT sobre as implicações do método Rességuier em pacientes submetidos a cirurgia de colecistectomia. Sob a coordenação de M3, vinte e duas cirurgias seriam realizadas por ele com o acompanhamento de um dos fisioterapeutas antes, durante e após o procedimento cirúrgico.

Além de propiciar a implementação do Método num setor de mais difícil acesso aos fisioterapeutas, o objetivo dessas cirurgias estava relacionado com a pesquisa, que pretendia comprovar a eficácia do Método, mesmo nos casos em que os pacientes não se encontram totalmente conscientes. Um meio através do qual essa comprovação poderia ocorrer seria fazendo medições dos níveis de cada medicamento que habitualmente se utiliza para dor, e também para outros sintomas do pós-operatório, e compará-los com um grupo controle que passaria pela mesma cirurgia, mas sem a presença do fisioterapeuta.<sup>36</sup> A hipótese com que os profissionais da pesquisa trabalhavam é que com o Método, seria possível diminuir o uso de analgésicos, assim como o período de internação dos pacientes de cirurgia. Numa conversa com F2, me foi contado que, a princípio, já era possível perceber a diferença nesses níveis. Ela, porém, não deixou de enfatizar que os pacientes respondiam a um questionário de qualidade de vida, fundamental à “cientificidade” dos resultados da pesquisa. Do ponto de vista das elaborações teóricas que presenciei no CHPT, esta mediação entre objetividade e subjetividade me passava a idéia de que, nesse caso, curiosamente, a noção de ser humano não era capaz de suplantar tal dicotomia, que até o momento não havia sido colocada na fala dos profissionais do CHPT. Vale a pena destacar nesse ponto, que o projeto de humanização segundo o Método assume certas ambigüidades no decorrer da observação do cotidiano que me parecem propícias para a reflexão dessa dimensão prática. Uma vez que a elaboração da subjetividade está pautada pelo sujeito

---

<sup>35</sup> Só fui perceber que havia ocorrido uma diferença no consentimento dado a cada situação muito tempo depois de minha ida a campo. Quando me propus a observar as cirurgias, minha preocupação com a atuação da equipe dos profissionais suplantou meu olhar sobre os pacientes. No setor de internação e na casa de parto, a presença dos pacientes era óbvia em comparação ao setor cirúrgico, onde se torna muito mais fácil naturalizar a idéia de que o paciente é um órgão ou de que ele simplesmente não está ali.

<sup>36</sup> Os resultados parciais da pesquisa foram apresentados no II Congresso Internacional do Método Rességuier por M3, em abril de 2005 em Curitiba, em que oito casos foram analisados e se constatou alguma redução do uso de analgésico, que poderia ser significativo. No início de 2006, todas as 22 cirurgias já haviam sido realizadas, mas eu ainda não pude ter acesso a esse material.

transcendental e que, no plano do discurso, a pessoa relacional<sup>37</sup> não seria primordial para o desenvolvimento dessa nova proposta de intervenção terapêutica, vemos que no plano das experiências cotidianas, torna-se difícil formular critérios que qualifiquem a aplicação do Método apenas tomando o sujeito como essência, como ser humano universal. Isto permite sugerir que existem esferas específicas onde é possível operar com tal noção, enquanto em outras, este discurso perde seu sentido, sua capacidade de articular-se com a fala dos pacientes.

Os procedimentos cirúrgicos que assisti os descrevo conjuntamente, discriminando quando se tratar de uma situação específica de cada caso. O primeiro passo após a entrada da paciente no hospital é o preenchimento do questionário de qualidade de vida. Uma enfermeira ia até a cama da paciente, no dia anterior à cirurgia, e lhe fazia as perguntas marcando as respostas na papeleta. Na manhã seguinte, a paciente recebia um acompanhamento do fisioterapeuta e este preenchia seu formulário próprio sobre a avaliação do grau de vitalidade, autonomia, integração, difusão, aderência, enraizamento e ambiência. Em poucos minutos, a paciente era levada para a sala de cirurgia, já deitada na mesa. Ela era a primeira a entrar no local, junto com o fisioterapeuta. Encolhida e virada de lado, geralmente fazia algumas perguntas sobre se iria sentir dor. Nesse momento, o fisioterapeuta se posicionava em pé e colocava a mão direita na nuca e a esquerda na base da coluna da paciente para “acompanhar” o procedimento de anestesia. As enfermeiras entravam e saíam nessa hora, buscando os materiais esterilizados e preparando a mesa dos instrumentos cirúrgicos. A anestesista chegava sempre um pouco depois e dava início ao procedimento anestésico<sup>38</sup>. Após a aplicação da peridural<sup>39</sup>, a paciente era virada de barriga para cima e, nesse momento já entrava o médico e era ajudado pelas enfermeiras a colocar as últimas partes da sua roupa<sup>40</sup>. Desnuda, a paciente era esterilizada em todo o abdômen e depois recoberta nas quatro direções de modo a formar um pequeno quadrado que circunda a área do corte

---

<sup>37</sup> A noção de pessoa relacional que utilizo é aquela exemplificada por Dias Duarte (1988), referida ao pensamento maussiano, na qual pessoa é sempre entendida como uma noção construída socialmente, no interior das relações sociais.

<sup>38</sup> O anestesista aparece como um profissional que trabalha junto e separado ao mesmo tempo. Todas as vezes que M3 procurou a anestesista para falar alguma coisa ao fim da cirurgia, ela já havia ido embora. Essa marcação de um tempo diferente, gerava uma relação diferente com todos os outros profissionais e com o próprio paciente.

<sup>39</sup> Tipo de anestesia que torna os membros inferiores e parte do abdômen completamente anestesiados e imóveis. (Fonte: [www.anestesia.com.br](http://www.anestesia.com.br))

cirúrgico e, para finalizar esta etapa, a visão da paciente é totalmente encoberta com um arco de metal coberto com um pano que é colocado na altura do pescoço e isolava a cabeça da paciente. É nesse local onde o fisioterapeuta posiciona seu banco e permanece durante toda a cirurgia. Portanto, temos já dois momentos em que a atuação do fisioterapeuta se difere da sua prática habitual, inclusive interferindo na técnica corporal utilizada, como o toque no abdômen. Nem durante a anestesia ou da cirurgia é possível realizar o processo padrão de acompanhamento, na primeira, a posição das mãos e do corpo é na nuca e base da coluna, e na cirurgia, o fisioterapeuta, posicionado na parte da cabeça da paciente, sem acesso ao outro lado, posiciona as mãos nos ombros ou na cabeça da paciente. As limitações dessa circunstância nunca foram acionadas pelos fisioterapeutas como problemáticas, pois existe uma outra noção sobre a qual os profissionais do CHPT insistem muito e que, só em momentos como esses, que escapam ao protocolar, nos é possível visualizar. Trata-se da idéia de praticidade ou aplicabilidade. Desde o início de minhas conversas com os fisioterapeutas percebia que era, de fato, muito importante atentar para a questão prática. Num primeiro momento, interpretei somente como sendo parte do próprio conceito de intervenção terapêutica, isto é, de como o uso do corpo do terapeuta é fundamental para a constituição da “postura terapêutica” e da “qualidade de presença”. Contudo, havia algo no conteúdo das falas que atentava para a prática no sentido da praticidade, da possibilidade de agir em diversas circunstâncias. Nesse caso, a postura terapêutica extrapola aquela noção de corpo formulada no primeiro capítulo, cuja referência central era a do corpo/cosmo, do ideograma da medicina chinesa. Abre-se na noção de acompanhamento uma possibilidade de reformular esses conteúdos em favor de uma realidade hospitalar contrastante àquele discurso do CHPT, fazendo com que os profissionais atuem reajustes sobre o modelo idealizado. Ao mesmo tempo em que o modelo constitui um foco na ação dos sujeitos, ele é constituído por essa ação. Desse modo, para realizar o “acompanhamento” durante a cirurgia, o fisioterapeuta desloca completamente sua técnica corporal, sem crer com isso, que tenha perdido sua postura terapêutica ou sua qualidade de presença.

Na primeira cirurgia, ocorreu um fato interessante para a análise não só da atuação do fisioterapeuta, mas sob o ponto de vista do médico, que também está ali

---

<sup>40</sup> O médico é o único que, além da calça e da camisa própria para se entrar no centro cirúrgico que todos nós tínhamos, usava também algo como um grande avental, só que com mangas compridas e que cobre todo seu corpo, sendo amarrado na parte de trás.

tentando trazer elementos do Método para sua prática cirúrgica . Depois de meia hora do início da cirurgia, a paciente começou a demonstrar sinais de incômodo, fazia gestos de dor e falava muitas coisas, perguntava se já estava acabando e resmungava palavras que não pude ouvir. Logo depois, ela começou a fazer movimentos fortes com os braços tentando se soltar, tirou o medidor de pulso várias vezes do dedo indicador e, numa certa altura, duas pessoas tiveram que segurá-la uma em cada braço pois ela parecia querer se levantar. A anestesista perguntou, então, se não era o caso de aplicar uma anestesia geral. M3 se opôs, afirmando que se passasse muito de duas horas, aí sim, poderia aplicá-la. Mas em duas horas e quinze minutos a cirurgia estava terminada. Conversando com M3 dias depois, ele comentou que, lendo o questionário de qualidade de vida da paciente, descobriu que sua mãe havia passado por uma cirurgia igual tempos atrás e que, no procedimento, um câncer foi descoberto. A mãe, então, havia morrido há poucos meses e, ao responder o questionário, a paciente havia feito forte referência ao medo de morrer. O comportamento durante a cirurgia foi avaliado como tendo relação direta com essa história pessoal entre a paciente e sua mãe. Meses depois, numa entrevista com o médico, ao recontar o episódio, ele me fez alguns acréscimos interessantes. Destacou que o Método Rességuier havia sido bom naquele caso porque o procedimento habitual da prática cirúrgica seria dopar uma paciente que estivesse apresentando muita agitação, mas que por isso não ter sido feito, houve a oportunidade da paciente expressar aquelas sensações de medo durante a cirurgia, apontando para uma outra maneira de interpretar as emoções demonstradas corporalmente. O entendimento do médico sobre o Método apareceu em sua fala como valorização da noção de pessoa relacional, o que destoa consideravelmente da elaboração do modelo do Método, reapropriando-se desse discurso e lhe dando uma outra propriedade de percepção do atendimento. Nesse momento, a técnica corporal desapareceu do horizonte das falas e das práticas. Talvez porque, na concepção de cirurgia, o corpo seja percebido de maneira muito mais mecânica do que em qualquer outra forma de tratamento, tornando-se quase inconcebível uma outra técnica corporal ou a agregação de novos valores que atuem sobre a intervenção corporal.

Assisti à segunda cirurgia de colecistectomia sete meses depois. Cheguei ao hospital por volta das 7 horas da manhã, horário em geral marcado para essas cirurgias. F1 estava acabando de fazer o acompanhamento e M3 estava analisando o questionário de qualidade de vida da paciente e constatou que ela era irmã de uma outra paciente, justamente a do caso acima. Foi uma coincidência, mas algo a que o médico

deu importância pela possibilidade de comparação e comentou que também na visão dessa irmã havia o medo da morte e que, se ela pudesse escolher, preferiria tomar anestesia geral, o que fez o médico dar um ligeiro sorriso. Como da outra vez, sempre há um momento, depois da retirada da vesícula, quando a cirurgia já está se encaminhando para o final, que M3 coloca sua cabeça do outro lado do ‘arco’ e fala com a paciente que está tudo bem, pergunta como ela se sente e avisa que já está quase terminando. Assim que ele acabou de suturar, o procedimento chegou ao fim, ele era o primeiro a se retirar, seguido dos estudantes de medicina que o assistiam diretamente na cirurgia. As enfermeiras assumiam o lugar e começavam a retirar instrumentos, bandejas, panos sujos, entre outros. O fisioterapeuta continuava perto da paciente, e a seguia até o quarto.

No procedimento cirúrgico, é muito clara a maneira como o corpo é dividido para ser mapeado e entendido. A prática de cobri-lo totalmente não permite que o médico veja nada além da parte a ser operada, delimitando e direcionando o olhar para o problema biológico. A divisão marcada entre cabeça e resto do corpo, através da divisória, é também uma metáfora visual significativa da percepção sobre o corpo como partes cindidas e funcionais. Estamos diante de uma cena cirúrgica que, em muitos sentidos, pouco diverge de outras realizadas em hospitais sem nenhum tipo de proposta de humanização. Considerando que M3 é vinculado ao projeto piloto e busca iniciativas que possam reivindicar uma outra fórmula de assistência em sua prática gostaria de destacar duas situações, talvez para que possamos chegar a algumas pistas de como esse projeto de humanização pode ser incorporado na prática dos médicos, sobretudo cirurgiões. A primeira se refere a pergunta “como você está se sentindo?”, executadas habitualmente pelos fisioterapeutas nos acompanhamentos, e que nesse caso foi feita durante a cirurgia, valorizando o aspecto da percepção do paciente sobre si mesmo. A segunda é a tomada de decisão que privilegia a leitura de um corpo que comunica sentimentos que não devem ser interditos, em lugar de um corpo que comunica apenas o distúrbio físico, seguindo a valorização de pessoa relacional que mencionei anteriormente, que se realiza na busca de reflexão sobre a trajetória do paciente.

Privilegiei nas duas descrições acima as posições ocupadas pelo médico e pelo fisioterapeuta, buscando analisar o processo de tomada de decisões na sua relação com o Método, para enfatizar por um lado o mecanismo de ação dos profissionais, ao mesmo tempo em que certas relações com o corpo do paciente aparecem como contrastantes ao ponto de vista do Método. Desse modo, é fundamental enfatizar a

construção prática desse novo modelo e repertório de significados, através da qual a noção de corpo compõe o eixo fundamental do processo de aprendizagem da nova forma de atendimento pelos profissionais, ao mesmo tempo em que nos permite observar pontos de reajuste. A humanização nos aparece, portanto, sob várias facetas, que se refere a uma forma de compreensão do corpo por vezes alterada, incluindo a trajetória de vida dos pacientes, agregando novos elementos aos conceitos criados pelo projeto piloto e que nem sempre são possíveis de serem empregados do modo idealizado.

Vale lembrar que a aplicação do Método em cirurgia se constitui numa novidade entre os profissionais que trabalham com o Método no Brasil e na Europa. Durante o II congresso do Método Rességuier, no qual estive presente, das dezoito apresentações, apenas a de M3 falava da relação do Método com cirurgias, e todas as outras que se referiam à práticas terapêuticas<sup>41</sup> tratavam de doenças como reumatismo, fibromialgia e esclerose lateral amiotrófica<sup>42</sup>, todas relacionadas a perda de movimentação corporal e/ou dores crônicas nos músculos, tecidos e articulações, cujos tratamentos são de longo prazo e, freqüentemente, associados a trajetória de vida particular do paciente. As características desse tipo de trabalho e do modo como o fisioterapeuta pode se inserir nele é bastante distinto das condições em que se realizam as cirurgias. Fatores como esterilização, tempo cronometrado e espaço limitado, o impedem de tocar o paciente da maneira habitual, assim como a percepção visual limitada impede a realização daquela dimensão de totalidade sobre o corpo. Ou mesmo pensando na atuação do médico, que ele consiga realizar uma percepção do outro segundo um tempo sem “projeções” ou de um espaço desterritorializado. A conduta cirúrgica é realizada sob projeções, deduções e induções diversas, através de uma gama de manuseios corporais e mentais (anestésicos) que são invasivos e calculados sob uma racionalidade bastante fisicalista, que tornam complexa a passagem de uma forma de

---

<sup>41</sup> O teor do congresso não era somente de apresentação de dados, havia também palestrantes que pretendiam informar ao público maior como seus projetos locais estavam progredindo em termos de implementação, de possibilidade de continuação, por isso havia uma sessão apenas sobre programas de humanização nos serviços de saúde. Outra sessão que também teve destaque foi a de parto, assunto que prevalece em quase todos os projetos de humanização em serviços de saúde.

<sup>42</sup> Esclerose lateral amiotrófica é um distúrbio caracterizado por fraqueza muscular e atrofia por denervação. Para reumatismo não existe uma definição sintética. Ele se encontra relacionado a dores ao longo de músculos e tecidos, e com doenças articulares, entre outros. No caso da fibromialgia, é caracterizada por dores musculares e nos tendões, difusa crônica em pontos dolorosos específicos no corpo. (fonte: [www.abcsaude.com.br](http://www.abcsaude.com.br))

percepção da realidade à outra. A descontinuidade entre uma e outra torna-se um desafio para a realização de um modelo de atendimento alternativo que não se empenhe em realizar um diálogo com a forma de intervenção tradicional da biomedicina. Mesmo os que se empenham, como creio ser o caso do projeto piloto, são numerosos os aspectos de enfrentamento.

## 5. Partos e humanização

Os partos constituem um outro campo de observação importante porque permitem compreender como se elabora a aplicação do Método num contexto cuja discussão de humanização já se encontra amplamente difundida, e dentro do qual a postura do médico ocupa um papel central, pois nos partos o processo de tomadas de decisão é visto como o principal componente da humanização. Nesse sentido, veremos que no hospital existem divergências entre a maneira como alguns obstetras agem e como os profissionais do CHPT visualizam os partos humanizados. Além das idéias de postura terapêutica e qualidade de presença, o grupo compartilha de uma visão mais amplamente difundida entre outros projetos de humanização, como a que condena o uso de medicamentos e os mais diversos tipos de indução que não são consideradas “naturais”, isto é, que conduzem o parto independente da “vontade” da mulher.

No hospital, a humanização do parto sempre foi uma preocupação em destaque na fala de muitos profissionais, como as enfermeiras, o pessoal da administração, os fisioterapeutas e médicos obstetras. Todos eles reconhecem que naquela instituição sempre houve um debate crítico acerca da realização de cesáreas em excesso ou de rotina, da aplicação de medicamentos indutivos assim como anestésicos durante o trabalho de parto. Esta discussão se pauta no argumento de que o parto normal, para ser “natural”, deve representar um retorno ao fisiológico. Uma frase freqüentemente usada tanto por Rességuier quanto por seus adeptos é que o movimento que deve ser feito para garantir a humanização no parto é de “permitir a fisiologia de se instalar”. O parto normal é um procedimento que poderia ser conduzido com o mínimo de intervenção tecnológica em comparação a qualquer outro tipo de atendimento, além disso, havia um imaginário elaborado em torno da mulher grávida que diz respeito a uma “natural capacidade” de parir<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> Reflexões muito interessantes a respeito dessa associação entre o feminino e uma natureza do feminino no que tange as discussões sobre parto humanizado por ser lido em Nonato (2005).

Gostaria de destacar, entretanto, que há toda uma maneira, repleta de procedimentos específicos, que faz com que o parto possa ser “natural”. A forma como a sala de parto é preparada é um dado interessante que nos permite identificar como esse imaginário sobre o natural é *produzido*. A sala fica numa penumbra para a ocasião, só havendo uma luz direcionada, por trás do médico, para tornar o ambiente menos “formal” e menos “frio”. A cadeira de cócoras também é um símbolo dessa forma de conceber o parto natural, pois é a posição do corpo “naturalmente” propícia a expulsão do bebê, que vem agregar o peso da gravidade à força que a mulher está fazendo. Uma das janelas da sala, por exemplo, era pintada de azul com estrelas brancas, um tema que pretendia fugir do branco tipicamente hospitalar, sem formas nem conteúdos. Nesse sentido, a sala de parto, segundo a fala dos profissionais do CHPT, tem como objetivo tornar-se a menos próxima possível das referências visuais dos cômodos de um hospital. O ideal, com relação ao modo de agir dos profissionais, é que as pessoas não falem alto, nem demandem muitas coisas sobre o comportamento da mulher, deixando que ela se “expresse livremente”. Porém, essa livre expressão é permeada por uma certa expectativa sobre as atitudes da mulher durante o parto, isto é, que ela saiba se manter calma, fazer a respiração, ter uma aceitação do momento. Todas essas são também idéias que figuram entre aqueles sete conceitos desenvolvidos pelo Método para a avaliação do paciente. No caso da parturiente, é um repertório particular de sinais que podem dar as chaves para uma avaliação boa ou ruim<sup>44</sup>. (ver anexo 5).

Nesse setor, a figura do fisioterapeuta também atua de uma maneira diferenciada em comparação ao modelo de acompanhamento. Sobretudo, porque a idéia de humanização no parto, que já possui um histórico próprio, está associada à figura de médicos obstetras, parteiras, doulas, e não à do fisioterapeuta. Em consequência disso, a participação dos fisioterapeutas sofria algumas limitações importantes que gostaria de destacar.

O acompanhamento se dava num período inicial do trabalho de parto, mas é algo difícil mesmo de afirmar, porque a frequência e os momentos em que se efetuava tal participação era muito variável. O fisioterapeuta estava presente algumas vezes nos trabalhos de parto, mas não em todos, até porque eles tinham que cumprir uma rotina no setor de internação, que tornava sua presença na casa de parto menos

---

<sup>44</sup> Anexei ao trabalho um dos primeiros documentos produzidos pelos profissionais do CHPT para avaliar a parturiente. Vemos que no caso dos partos, o conceito que se destaca na ficha é o de autonomia.

assídua. Durante os partos a presença dos fisioterapeutas era ainda menor, e o exercício de acompanhamento, se já era diferente do modelo no trabalho de parto, se torna ainda mais durante o parto.

Durante o trabalho de parto, nas salas de pré-parto, as técnicas de manejo do corpo da grávida eram feitas com ela sentada ou deitada de lado. A mão fica sobre o meio e a parte mais alta da barriga. Há mais conversa também, que foge um pouco da pergunta “como você está se sentindo” e se usa um outro repertório vinculado aos tempos da contração, que se torna um dado fundamental para atuação do fisioterapeuta. Nesse sentido, quando a paciente está em contração, não se faz nada, apenas orienta-se que ela tente não respirar de maneira ofegante e deixar os ombros soltos, pois o trabalho de acompanhamento se concentra nos intervalos. Usa-se, então, uma técnica de respiração chamada de pequena ginástica, que consiste em fazer inspiração profunda e lenta e expiração total, expelindo todo o ar de modo a contrair o abdômen para baixo. Essa técnica não é parte do Método Rességuier, mas é usada como um complemento ao acompanhamento. Já no segundo momento do processo, quando estávamos na sala de parto, o fisioterapeuta procedia estando de pé, ao lado da cadeira de cócoras, com um toque da mão nas costas da paciente, sendo este um recurso que também era reconhecido pelos fisioterapeutas como uma técnica de intervenção terapêutica.

Nesse sentido, as experiências vividas na casa de parto me trouxeram uma dimensão comparativa interessante pela oportunidade de ver atuar médicos considerados “não humanizados”, na visão dos profissionais do CHPT. O episódio que descrevo a seguir revela aspectos de um atendimento de rotina no hospital, tornando inevitável uma discussão sobre a dimensão conflituosa do processo de implementação do projeto.

Uma jovem havia dado entrada junto com seu namorado<sup>45</sup> numa noite, às 22 horas e comecei a assistir ao seu trabalho de parto às 10 horas da manhã do dia seguinte. Quando entrei presenciei uma cena muito comum nas salas de pré-parto: ela estava no banheiro, debaixo do chuveiro, sentada num banco bem baixinho que tem um vão em forma de U, permitindo que haja uma abertura entre as pernas da paciente. É sempre costume das enfermeiras perguntar se a mulher não quer tomar um banho ou mesmo ficar debaixo da água quente para sentir-se mais relaxada. Uma enfermeira

---

<sup>45</sup> Na estrutura do atendimento, a entrada dos companheiros, namorado ou marido, de cada mulher é permitida, sobretudo porque as salas de pré-parto são individuais e garantem a privacidade das mulheres com relação ao trânsito de pessoas no recinto.

estava sentada do lado de fora anotando os intervalos das contrações no partograma<sup>46</sup>, enquanto a moça estava no banheiro com a porta entreaberta. A primeira vez que o médico entrou na sala devia ser umas 14 horas. Ele pegou a prancheta, fez anotações sem falar nada com ninguém. Jogou a ficha de lado, pôs as luvas e examinou a paciente. Ele claramente não tinha uma preocupação em descrever o que estava fazendo ou qualquer outro tipo de contato verbal. Ao sair da sala, ele costumava dizer rapidamente: “Tá tudo bem, tá? Tá evoluindo normal.” E nesse caso que descrevo, ele não trocou mais de duas palavras com a paciente durante todo o processo.

Numa terceira vez que entrou, pediu que dessem buscopam<sup>47</sup> a ela. A moça chegou a sair da sala uns vinte minutos para dar voltas pelo hospital, acompanhada do namorado. Essa também é uma indicação que, em geral, as enfermeiras davam às grávidas quando elas estavam num trabalho de parto mais prolongado. Às 17 horas as dores se intensificaram bastante e, pelo partograma do médico, o bebê já deveria ter nascido, coisa que o deixou impaciente, começou então a ser mais enérgico nas suas entradas em sala. Falava com a mulher: “Força, força para baixo!”, depois, anotava no partograma e ia embora. Às 18 horas, foi aplicada ocitocina<sup>48</sup> para aumentar a intensidade das contrações. Meia hora depois, fomos para a sala de parto, onde o médico indicou à paciente como ela deveria se posicionar na cadeira de cócoras. Quando o bebê estava quase nascendo, ele ordenou que a enfermeira chamasse o pediatra de plantão, nesse meio tempo, a criança nasceu um pouco apática e levou uns segundos até respirar. O pediatra veio para examiná-la e assim que entrou na sala, olhou para a paciente e disse, como se a tivesse reconhecido: “Ah! É o segundo não é?” O obstetra, então, respondeu que ela tinha 15 anos e que se ele a conhecia, provavelmente era de um atendimento pediátrico da própria parturiente. Os médicos riram um pouco e se retiraram uns cinco minutos depois. A enfermeira, então, ajudou a mulher a se sentar na cadeira de rodas e a levou para a maternidade, onde os bebês são levados logo em seguida para ficarem junto com as mães.

Esse episódio revela alguns dados importantes para a compreensão do que deve ser uma forma de atendimento humanizada, segundo os profissionais do CHPT. O médico em questão não faz parte do grupo e seu modo de atender, nesse caso, nos traz elementos para refletir sobre aspectos do modelo biomédico, sobretudo pela

---

<sup>46</sup> Ficha onde se pode registrar a evolução do parto (anexo 4)

<sup>47</sup> Antiespasmódico.

<sup>48</sup> Hormônio utilizado para acelerar o parto.

centralidade que assume a avaliação do corpo físico, seguida pela intervenção com medicamentos e o preenchimento de papéis, especialmente o partograma. A falta de diálogo também aparece como um problema, ainda que nos termos do “acompanhamento” que os fisioterapeutas façam, a fala não seja reivindicada como um lugar fundamental. Contudo, o uso de ironia com os pacientes é algo que contrariaria a aceção de qualquer tipo de fala do terapeuta. Mas, além disso, no caso dos partos, claramente vemos abrir-se uma exceção sobre a questão do diálogo, que simbolizaria uma prática de ajuste sobre o modelo. Creio que como o universo que permeia a humanização do parto é muito polêmico e possua uma discussão sobre direitos da mulher muito significativa, e que foi uma bandeira de luta política a que o hospital esteve bastante envolvido nas décadas de 70 e 80, a idéia de manter originalmente o paciente dentro da “linguagem silenciosa”, sugerida por Rességuier, poderia causar uma má impressão e, até mesmo, identificar o projeto do CHPT como um retrocesso no plano dos direitos, posto que o diálogo foi construído historicamente como uma conquista na forma de atendimento à parturiente. Inclusive os pré-natais e o incentivo à participação do pai da criança se voltam inteiramente para o aspecto da ampliação do contato verbal, da verbalização dos sentimentos e emoções, de um falar de si, sobrando pouco espaço para negociar uma humanização como técnica corporal da forma idealizada pelo Método.

Entretanto, se os elementos que destaquei na conduta do médico informavam um comportamento pouco humanizado para alguns, a visão do próprio médico do exemplo acima era diferente. Alertando para um outro enfoque do atendimento, o médico argumentava que o fato mesmo de priorizar um parto normal, esperando que o processo chegasse ao fim “naturalmente”, era o principal elemento que tornava o atendimento humanizado. Lembro-me de que, após o parto, ele conversou um pouco comigo e disse que, no Brasil, os médicos não têm paciência de fazer parto normal e que há uma cultura de cesárea. Tentar privilegiar os partos normais se constituía, para ele, numa prática diferenciada<sup>49</sup>. Percebemos como o sentido de humanização se transforma de acordo com o parâmetro que se elabora para o termo

---

<sup>49</sup> Essa formulação tem muito a ver com a forma como a PNH sugere o modelo de humanização no parto, muito embora se fale da questão do diálogo como algo fundamental, existe uma diretriz que opera com a oposição entre parto normal/humanização, de um lado e cesárea/intervencionismo, por outro.

natural, que se transforma num conceito permeado de disputas em torno da figura feminina<sup>50</sup>.

No entanto, analisando o discurso dos profissionais do CHPT, percebemos que o parto normal é, de fato, um elemento importante da humanização, mas a falta de uma técnica corporal apropriada, a falta mesmo de um mínimo de contato verbal com a paciente, a indicação de medicamentos de forma rotineira e o pouquíssimo tempo de presença efetiva do médico no trabalho de parto indicaria uma prática pouco humanizada. Esse imaginário elaborado a respeito do parto era tematizado nos cursos de obstetrícia que eram dados no CHPT.<sup>51</sup>

Nos partos realizados por médicos que compartilham de uma visão mais próxima a do CHPT, mesmo sem estarem efetivamente participando do projeto piloto, podemos ver que há uma valorização do diálogo, acrescida à preferência pelo parto normal. Para aprofundar essa idéia, trago um outro relato de atendimento aos partos. Havia três mulheres em trabalho de parto ao mesmo tempo, e quem estava no plantão era o médico do caso I. Ele estava agitado, dizia tudo em altos brados e falava muito do excesso de trabalho, pois, naquele momento, estava responsável tanto pela casa de parto, como pelo pronto-socorro. Uma das gestantes estava muito nervosa, deitada quase todo o tempo de barriga para a cima na cama, e gritava muito durante as contrações. Num momento em que se encontrava na sala, durante um exame, o médico disse que ela devia parar de respirar daquele jeito tão ofegante e completou “assim você vai prejudicar seu bebê!”, ele então procedeu ao exame e verificou que a dilatação ainda não estava terminada e deveria esperar mais. Quando ele saiu do quarto, a paciente se mostrou ainda mais nervosa e disse que se algo acontecesse ao seu bebê ela iria processá-lo. O médico, a exemplo do que fez no caso I, estava dando preferência ao parto normal, e mantinha a idéia de esperar. A mulher se encontrava impaciente e toda vez que começava uma contração, dizia que não estava conseguindo mais dar conta da situação. O impasse entre a visão de médico e paciente continuava, até que, por coincidência, houve a troca de plantões e o novo médico que assumiu, resolveu também

---

<sup>50</sup> Apesar de não estar me aprofundando nessa discussão de gênero, existe uma vasta leitura de referência sobre o corpo e a noção de feminino como, por exemplo, Machado (1999), Paim(2001), Rohden (2001), Tornquist (2003)

<sup>51</sup> Esses cursos, assim como os de clínica médica, eram freqüentados apenas pelo corpo de enfermagem. Analisarei as tensões implicadas nessa proposta de ensino do projeto no capítulo 3.

continuar dando preferência ao parto normal, mas enfrentou o nervosismo da paciente de outra forma.

Ele chegou na sala de pré-parto no momento em que a paciente estava sentada no banquinho em forma de U, debaixo do chuveiro. Sentou-se à sua frente e ficamos ali, eu, ele e a enfermeira um longo tempo em silêncio, ele permanecia apenas olhando. Num certo momento, ele me disse que o “psicológico” dela estava atuando de maneira a não deixá-la ver que o parto poderia ser normal, porque o primeiro filho havia nascido por cesárea. Com esse dado em mente, ele decidiu que o melhor seria aguardar e uns vinte minutos se passaram dessa forma, até que o médico se retirou por um instante e o bebê começou a nascer, saí da sala para avisar alguém, mas quando voltei, o médico já estava de volta. O bebê nasceu e rapidamente a enfermeira foi trazendo todo o material da sala de parto: tesouras, gazes, luvas. Fiquei ajudando a abrir os pacotes. Depois de cortado o cordão umbilical, o médico examinou o bebê e ele foi levado pela enfermeira até o berço da sala de parto. O médico, então, voltou-se para a paciente, retirou a placenta, aguardou um tempo e pediu que ela mesma se levantasse e fosse andando até a cama. A mulher o fez devagar mas sem ajuda, ele então a examinou e disse que estava tudo bem, não precisava de nenhuma sutura. Lembro do médico repetir várias vezes “Não há problema, só há bagunça.” A cena em que o parto aconteceu foi diferente da habitual e a mãe da grávida olhava para tudo com uma certa angústia, como se o médico não tivesse o controle da situação. O parto, ao contrário do caso I, não teve intervenções de remédios, procedimentos como a episiotomia, e até mesmo a sala de parto ficou de fora, o que nos traz a questão novamente da humanização no parto como um universo cheio de ambigüidades e sutilezas.

Conversando com a paciente, quando estávamos sozinhas na sala de pré-parto, ela me disse que este novo médico a tinha deixado muito mais tranquila porque ele era muito calmo e que se não houvesse aquela troca de plantão ela não podia imaginar o que aconteceria. Entre os dois médicos ela havia preferido o segundo pela atitude demonstrada, ainda que sua decisão quanto a fazer a cesárea tivesse sido igual a do primeiro. Esse é um exemplo que pode nos levar a pensar o quanto os critérios de atendimento baseados nos conceitos de humanização como diálogo podem ser melhores, na concepção da paciente. No entanto, esta não é uma realidade unânime. Os casos I e II nos mostram que há diferenças de procedimento claras entre um médico e outro e que, neste segundo caso, a paciente se mostrou satisfeita com o atendimento recebido. Contudo, ouvi de muitas outras mulheres em conversas na maternidade, lugar

em que permaneciam por um período de dois a três dias, que nem sempre esse atendimento é o mais esperado. Ao contrário, alguns médicos são temidos por terem essa fama de diferentes, isto é, esperarem muito tempo pelo nascimento do bebê, nunca optarem pela cesariana e fazerem “a gente sofrer muito”, como me contou uma paciente certa vez. Ela havia dado à luz numa segunda-feira, por cesariana. Nesse caso, o bebê estava sentado e, por isso, tinha indicação para tal. Mas o interessante foi o fato de que o parto estava previsto para a terça. A paciente, contudo, tinha uma explicação para que seu corpo tivesse inconscientemente antecipado a hora do parto: o médico do plantão de terça era um dos que “não fazia cesárea”; numa conversa anterior, o profissional tinha sugerido que uma massagem na barriga, às vezes, poderia virar o bebê, nos apontando alguns limites sobre a naturalização do parto normal e da construção de um consenso sobre isso.

Podemos ver que existem diversos critérios de parto humanizado operando entre os médicos do hospital. Uns a relacionam mais diretamente ao parto normal, outros vêem que para se chegar nesse mesmo objetivo de priorizar o parto normal é necessário, porém, investir numa forma de comunicação direta com a paciente de modo a convencê-la da opção do médico. O que quero sugerir com essas observações etnográficas é que a discussão sobre parto e humanização permeia um universo muito maior e mais complexo do que os fisioterapeutas conseguem articular com os conceitos de “postura terapêutica” e “qualidade de presença”, baseados numa forma de técnica corporal como a do Método. Além disso, como demonstram claramente os casos acima, existe um processo de negociação entre a paciente e o médico obstetra que é de fundamental importância para as pacientes, sobretudo porque existem decisões a serem tomadas que estão exclusivamente sob domínio médico, seja qual for o seu critério de humanização.

## Capítulo 3

### **Fragmentando o discurso: humanização e conflito**

A idéia que pretendo explorar nesse capítulo surgiu das observações que fiz durante cursos teóricos oferecidos a equipe do hospital, dentro do programa de formação interna, elaborada pelo projeto piloto. Creio que este programa funcionava de modo complementar ao outro programa do projeto, o Serviço de Reabilitação Integrada, foco dos capítulos anteriores. Durante o mês em que estive presente assisti a sete aulas no total, excetuando-se palestras eventuais ministradas pelos fisioterapeutas. A proposta dos cursos teóricos era elaborar um contato com os profissionais do hospital como um todo, para que se pudesse trazer para um mesmo espaço de discussão diferentes profissionais, sobretudo, o corpo de enfermagem e os médicos. Nessa instância, seria possível que os profissionais vinculados ao CHPT pudessem falar sobre alguns conceitos básicos do Serviço de Reabilitação Integrada, promovendo uma familiarização com os termos e todo o novo vocabulário que o projeto buscava instituir.

É importante destacar que os cursos estavam sujeitos a muitos contratempos com relação aos horários e dias das aulas, da presença de pessoas qualificadas a falar e também da própria disponibilidade dos que estariam ali assistindo<sup>52</sup>. Dei-me conta de que esses pequenos problemas organizacionais tinham como pano de fundo situações de conflito que permeavam toda a comunidade interna do hospital, atravessando relações entre enfermeiros e médicos, enfermeiros e fisioterapeutas e, também, entre médicos e fisioterapeutas. Todo esse contexto conduzia a situações que afetavam o próprio processo de consolidação do projeto piloto. Os conflitos se relacionavam tanto com uma problemática de hierarquia institucional, como com a disputa de idéias entre o grupo que participa do projeto piloto e grupos de profissionais que atribuem outros sentidos a idéia de humanização. Visualizar o projeto piloto sob esse ponto de vista das relações de conflito nos permite encará-lo não apenas como um modelo, mas compreendê-lo dentro do universo dinâmico das relações travadas no plano concreto das ações. O conflito, portanto, traz perspectivas novas sobre

---

<sup>52</sup> Muito embora o corpo de enfermagem tivesse menos margem de negociação do que outros, porque os fisioterapeutas geralmente já calculavam as aulas de acordo com o cronograma de trabalho das enfermeiras.

a implementação do projeto, a medida em que coloca os atores em diálogo, positivando as relações sociais (Simmel, 1983).

No percurso do processo de implementação do projeto torna-se claro como o termo humanização não possui uma significação única, nos permitindo compará-lo a um símbolo polissêmico definido por Turner (1988), no qual há múltiplos sentidos que podem ser acionados simultaneamente, através de diferentes registros. Essa “função nodular”, como ele chama, de alguns símbolos nos são interessantes para entender como certas percepções aparentemente tão contraditórias sobre o que seria humanização, podem partilhar, ao mesmo tempo, de alguns significados em comum que sustentam sua capacidade de agregar diferentes discursos sob uma mesma rotulagem.

Contudo, não podemos substantivar as diferenças de significados a respeito da humanização, atribuindo à esfera da significação a forma principal de entender os conflitos. Desse modo, podemos dizer que a humanização não só é conflituosa no que concerne às distintas concepções de atendimento que engendra, mas qualificando essas distinções dentro de um universo em que diferentes grupos sociais estão representados, cujas formas de entender humanização se relacionam a visões de mundo de diferentes grupos sociais.

Assim, no plano dessa multiplicidade de sentidos da humanização, creio que para fazermos uma análise que procura dar conta da riqueza do processo de tensões que foram sendo produzidos ao longo do tempo, é preciso que se tome a idéia de conflito não apenas no que ela oferece em termos de diversidade de significados, mas como essa diversidade consegue colocar em perspectiva um plano de interações entre os profissionais, cuja análise depende também da forma como os atores estão posicionados. Portanto, ao mesmo tempo em que há uma dimensão do conflito que diz respeito a uma diversidade de valores e gostos, não podemos perder de vista a maneira como essa produção de valores está associada a pertencas sociais diferenciadas.

Os cursos do CHPT constituem, juntamente com a observação dos atos de atendimento, eventos privilegiados para falar sobre tais diferenças, tornando explícitas outras formas de entender humanização, assim como outras trajetórias de vida e *habitus* relacionados. De certo modo, são eventos que problematizam as concepções de ser humano, que estavam sendo elaboradas pelos profissionais do CHPT ao redor de uma ideologia do individualismo, como explicitada por Dumont (1997). Sobretudo, as considerações sobre a relação do sujeito com um eu transcendental, que suporia uma habilidade natural em falar de si (Duarte, 1988) sobrepujava o fato de que havia um

estranhamento cotidiano por parte dos enfermeiros sobre esse conjunto de valores. Pretendo tornar explícita, através dos exemplos oriundos de situações de conflito, como esses valores são naturalizados nas ações dos fisioterapeutas e médicos do CHPT, alertando para a presença de relações hierárquicas sistematicamente negadas nos discursos, que atentam para a construção de relações igualitárias e, em especial, de uma noção de comunidade.

No tocante às relações entre médicos e enfermeiros, gostaria de chamar especial atenção à manifestação do que considerarei um exemplo do que é expresso no modelo de circulação de dádivas positivas e negativas, como elaborado por Machado (2003). A autora propõe uma compreensão das relações de conflito entre médicos e pacientes no seio dos hospitais públicos através de uma leitura que privilegia o processo de negociação entre as expectativas que um tem sobre o outro, pondo em circulação “uma ampla rede de dons diferenciais entre médicos e usuários”(2003:8). Nesse sentido, creio ser importante tomar essa idéia para se pensar também como esse processo pode incluir a figura dos enfermeiros. Baseando-se no sistema de dádivas elaborado por Mauss (2003), creio que este modelo nos permite também ampliar o entendimento sobre o conflito de ordem institucional para além da constituição de relações de autoridade, ao mesmo tempo em que não esvazia a correlação entre diferenças sociais como capazes de postular diferenças de saberes nas relações.

### 1. Os Cursos teóricos do CHPT

Primeiro é preciso esclarecer que a idéia de uma intervenção terapêutica baseada numa certa técnica corporal como o “acompanhamento” tem implicações maiores na prática dos fisioterapeutas, uma vez que este pode vir a ser seu único instrumento de trabalho, substituindo quaisquer técnicas anteriores, pelo menos, quando se trata de atendimento em consultório. Como vimos, no caso do projeto piloto, que pretende se instituir dentro da realidade hospitalar, a proposta não apenas sofre adequações com relação ao modo como os “acompanhamentos” são feitos, como também, a relação do Método com os outros profissionais de saúde, não fisioterapeutas, exige toda uma forma adaptada ao contexto específico de seus atendimentos.

Em segundo lugar, um dado importante, ao qual retornarei mais adiante, é o fato de que os cursos eram ministrados apenas ao corpo de enfermagem, devido a

uma demonstração de pouco interesse, seguido de uma recusa dos médicos em estarem presentes.

Desse modo, uma questão que se torna visível é a de que o projeto opera não apenas ao redor de conceitos, mas de relações sociais. No capítulo 2 vimos como as relações com os médicos, em especial nos trabalhos de parto, conduz os profissionais do CHPT a um embate com outros modos de pensar e praticar humanização. Sobretudo o trabalho de “acompanhamento” dos fisioterapeutas sofria, muitas vezes, limitações e ajustes, dependendo do médico que estivesse atuando no atendimento. Nesse ponto, algumas estratégias se mostram importantes para qualificar a ação dos fisioterapeutas, elevando sua credibilidade entre os outros profissionais. A prática do ensino, portanto, veio a suprir essa necessidade de regularizar, de tornar formalizadas as técnicas corporais do Método, assim como o papel dos fisioterapeutas nesse processo. Para tanto, o espaço do CHPT era especialmente favorável: projetado com uma grande sala de conferências que proporcionava meios para exibição de filmes, palestras, reuniões de equipe e cursos diversos. Através dessa infraestrutura autônoma, também era possível para o CHPT estabelecer intercâmbio com profissionais de outras regiões próximas<sup>53</sup>, assim como receber profissionais de outros estados e países que atuassem profissionalmente com o Método, convidados a darem ou fazerem cursos ou mesmo trabalhar diretamente no atendimento.

A criação de cursos teóricos no CHPT se orientou no sentido de promover uma mediação entre o Método Rességuier e a comunidade interna do hospital, criando um mecanismo de diálogo. Os temas abordados variavam de acordo com a disponibilidade de especialistas. Assim, no período em que estive em campo, assisti a palestras de M1 e M2, no curso de obstetrícia, e da chefe de enfermagem, que se encarregou de falar durante o curso de clínica médica, tarefa que dividiu com F1. Os cursos também eram dados pelos fisioterapeutas, que colocavam questões específicas sobre os conceitos do Método, principalmente as idéias de postura terapêutica e qualidade de presença. Contudo, havia muitas modificações, os cursos não possuíam periodicidade e nem uma regularidade com relação a fala dos palestrantes. Cada um que se apresentava parecia trazer um enfoque próprio, não havendo um esquema conjunto de atuação nos cursos. Essa inconstância é um dado importante porque permite informar o quanto todos esses modos de atuação que procuro descrever estão em formação, em

---

<sup>53</sup> Por exemplo, para abrigar as reuniões do Pólo de Educação Permanente do em Saúde do Meio Norte Goiano.

pleno desenvolvimento e sujeitos a muitos tipos de ajustes. Trata-se de um trabalho extremamente recente, que procura espaços onde possa se expandir como uma possibilidade entre os profissionais de saúde. Para isso, essa esfera do ensino foi vista como uma tentativa de promover uma familiaridade e proximidade necessárias à construção coletiva de um novo vocabulário, que pudesse significar as técnicas corporais, tornando-as compartilhadas. Em outras palavras, era preciso transmitir uma compreensão sobre a “postura terapêutica” e a “qualidade de presença” de uma forma extensiva, que fizesse parte não apenas do âmbito profissional, mas que conduzisse a uma visão de mundo.

Uma expressão particularmente fecunda, usada com esse intuito, formulada por Rességuier, é a de “Viver em primeira pessoa”. O significado dessa expressão é totalizante porque engloba de alguma forma todos os outros conceitos do Método. É quando se consegue transferir totalmente para sua forma de ser no mundo aquela relação de simbiose entre centro e periferia, que na verdade é a sobreposição do estado de alerta sobre a *dureé*, como se os dois níveis de consciência pudessem operar simultaneamente, através de uma prática que consiga transcender dicotomias como a de centro/periferia e também a de dentro/fora. Dito de outra forma, é quando se conseguiria expandir a “postura terapêutica” e a “qualidade de presença” para todas as outras instâncias da sua vida que ultrapassam a esfera profissional. De fato, muitos dos conceitos elaborados têm a ver com uma forma de conceber as relações sociais, produzindo uma cosmo visão, que tem sua principal metáfora no universo do atendimento, especificamente, através daquela idéia de corpo/cosmo que tentei evidenciar no capítulo 1. Essa cosmo visão, referenciada pela expressão “viver em primeira pessoa”, propõe que, assim como no momento do atendimento, pode haver um contato entre essências em qualquer ocasião, através da qual seria possível estarmos referenciados uns com os outros, criando o que seria uma vida *verdadeiramente comunitária*. Essa forma de entender as relações, associado ao lugar que os fisioterapeutas ocupam nesse processo, como os coordenadores e, portanto, detentores “naturais” dessa postura, se transforma numa experiência complexa no desenrolar dos cursos teóricos, em que se mostram de maneira muito clara o surgimento de outros pontos de vista, não só a respeito da humanização, como também sobre o sentido de comunidade oferecido pelos profissionais do CHPT.

Creio também que tais cursos se concretizaram como uma das estratégias mais importante formuladas pelos fisioterapeutas na tentativa de disseminar idéias e

produzir, através disso, um aumento das possibilidades de convencimento dos outros profissionais sobre a validade do Método. Veremos que, meses depois, outras formas de familiarização com o projeto tiveram de ser criadas para que se conseguisse levar adiante o programa de formação interna. Os cursos, portanto, davam uma oportunidade de convivência dos profissionais do CHPT com os outros profissionais. Contudo, como disse anteriormente, os únicos que os freqüentavam eram os auxiliares e técnicos de enfermagem, que representam todo o corpo de enfermagem, excetuando-se a presença de uma enfermeira graduada, na função de supervisora e chefe de enfermagem.

## 2. Médicos e fisioterapeutas: a negação do diálogo

Uma das primeiras explicações que ouvi dos fisioterapeutas para justificar a recusa dos médicos em comparecer aos cursos teóricos do CHPT era o fato de que eles desacreditavam do Método. Sobretudo, aqueles que não colocavam a intervenção médica como uma questão a ser problematizada. Nesse sentido, a técnica corporal utilizada pelos fisioterapeutas produzia uma imagem extremamente inadequada ao modelo de intervenção vivenciado por quase todas as especialidades médicas, do clínico geral ao cirurgião. Nas críticas que pude ouvir de médicos refratários aos discursos do projeto, se ressaltava sempre que o CHPT só mostrava situações de atendimento que davam “certo”, e deixava de dar atenção às complicações que exigiam a intervenção médica tradicional. Com isso, o médico estava apontando para uma formulação do seu papel como central no processo de cura, a medida que detém o conhecimento necessário para atuar em casos extremos, quando todas as outras formas de tratamento se mostram insuficientes. De alguma forma também, esse discurso estabelece uma hierarquia entre os conhecimentos terapêuticos, destacando o modelo biomédico, baseado na intervenção sobre a patologia, como mais importante ou válido que outros. Na contramão dessa fala, os profissionais do CHPT, queriam enfatizar a dimensão do contato com os pacientes e não a habilidade técnica ou o olhar direcionado ao problema, como destaca a fala de M1:

*“A medicina é uma profissão de relação. Mas a gente aprende que é da área biológica e não da área humana, então, você mexe com corpo, com máquina e não com gente.”*

Nesse sentido, o enfoque no patológico, e na idéia de desvio, é certamente um dos aspectos para os quais os profissionais do CHPT procuram uma alternativa. Desse modo, muitas vezes, se justifica a insistência em pensar no papel do enfermeiro como mediador das relações entre médico e paciente, uma vez que sua visão não estaria contaminada por esse viés “patologizante”.

A análise de Foucault (1979), através do mapeamento de um processo histórico amplo, encontra nos fins do século XVII e início do XVIII mudanças que reelaboraram a idéia de doença, que passa a ser associada a condição do meio ambiente e fatores externos ao corpo. Esta descoberta feita pela medicina foi um marco importante não só porque institui o hospital como um lugar próprio para cuidar de enfermos, mas também porque consolida a figura do médico como articulador principal dessa instituição, se afirmando como o especialista na doença e na cura. Tomando emprestado o argumento de Foucault, o lugar da legitimidade do médico se torna mais claro. O poder de cura, baseado nesse conhecimento diferenciado sobre as patologias, suas formas de transmissão, transformou as relações desse profissional com a sociedade. Nos dias atuais, percebemos que esse lugar não se perdeu, mas se encontra num processo de modificação significativo. Entre os profissionais de saúde vemos surgir novas idéias a respeito da condução das práticas terapêuticas. A valorização de meios alternativos de tratamento desencadearam uma discussão ampla a respeito do papel dos médicos.

A humanização como concebida pelo projeto piloto analisado trabalha com o conceito da descentralização do processo de cura, atribuindo a todos os profissionais que estabelecem contato com o paciente uma participação efetiva para a convalescência e recuperação de sua saúde. A própria maneira como o fisioterapeuta se insere na proposta de humanização, através de suas técnicas corporais que procuram despertar no paciente dispositivos internos para a busca de seu bem estar, já expressa este ponto. Nesse sentido, a idéia do curso teórico tinha como pressuposto investir no compartilhar dessa visão sobre a experiência do atendimento que cada profissional oferece, valendo-se para isso da idéia de comunidade em vez de equipe, por exemplo, organizada em torno da postura terapêutica e da qualidade de presença. A ênfase a uma forma comunitária de tratamento, entretanto, deixava a cargo dos fisioterapeutas realizar o papel de articuladores da produção dessa realidade, uma vez que ocupam a posição de especialistas no Método, seus conceitos e técnicas corporais. O sentido de produção

coletiva da saúde, presente nos discursos desses profissionais, correspondia na prática ao exercício de uma certa supervisão e orientação da atuação dos outros.

Contudo, na relação com os médicos, isso não pôde ser desenvolvido. Não houve nenhuma ocasião em que pude presenciar um médico ser “acompanhado”, ou mesmo trocando orientações com os fisioterapeutas sobre algum paciente, salvo os três médicos que apoiavam o projeto<sup>54</sup>. O que acontecia, geralmente, era o predomínio de um silêncio nas relações cotidianas entre ambos, nas raras oportunidades em que se encontravam. Como minha presença em campo foi iniciada através dos contatos com o grupo do CHPT, e geralmente, eu percorria os setores do hospital junto a um fisioterapeuta, me dei conta de que havia um vaivém particular que articulava esses desencontros, que articulava a negação do diálogo, mas com isso não quero dizer que se estivesse negando a relação. Essa forma de conflito fazia circular atos de desconsideração de ambos os lados, a medida que se sentiam onerados pela falta de um reconhecimento de suas práticas e de seus enfoques. Nesse sentido, podia ouvir de ambos os lados reclamações feitas amiúde um sobre o outro. Muitas vezes as pessoas quando conversavam comigo faziam questão de abordar essa dimensão de conflito. Minha presença era aproveitada nesse sentido, como se falar comigo sobre essas situações fosse também uma forma de fazer circular essas dádivas negativas, que se pode ver de forma mais freqüente na relação entre médicos e enfermeiros.

### 3. Enfermeiros e fisioterapeutas: uma relação tutelada<sup>55</sup>?

A proposta inicial dos cursos teóricos do CHPT de promover uma reunião de todos os profissionais teve que ser reformulada pela ausência dos médicos. Desse modo, os cursos foram concebidos levando em consideração as práticas diárias do corpo de enfermagem. No caso do curso de obstetrícia, que acabou tendo uma

---

<sup>54</sup> Nesse subcapítulo, estou me dirigindo apenas a relação dos fisioterapeuta com os médicos ‘de fora’. No entanto, é interessante perceber, que os médicos participantes do projeto, também próximos de Rességuier e tendo feito os mesmos cursos dos fisioterapeutas, eram vistos por esses como possuindo o mesmo domínio sobre a questão da postura terapêutica e da qualidade de presença.

<sup>55</sup> O título pretende sugerir que, assim como na relação de tutela, onde há uma explícita falta de reconhecimento da capacidade do outro sobre suas ações, a falta de “consciência” dos enfermeiros sobre o melhor modo de agir no atendimento manifestaria um sentido próximo ao que define tutela, no sentido mais amplo.

estrutura maior para se desenvolver<sup>56</sup>, durante as quatro reuniões em que estive presente, havia um enfoque em discutir o papel do auxiliar de enfermagem no trabalho de parto. Para criar um ponto de encontro entre a atuação deste profissional com os conceitos do Método, era explorada a possibilidade de transformar o contato muito próximo que tinham com a parturiente num encontro “efetivo”. Para tanto, o que as auxiliares deviam ser capazes de fazer não estava somente relacionado ao aprendizado da técnica corporal. Elas precisavam ser capazes de formular a questão da qualidade de presença adequadamente, levando em consideração certas formas de travar diálogo com a parturiente. As aulas pretendiam focar uma “livre expressão” da parturiente, que garantisse uma maior “autonomia” no processo como um todo, mas o problema era construir um consenso sobre idéias como livre expressão e autonomia. Assim, o sentido do que estava pretendendo ser ensinado era muito mais abrangente do que uma forma de ver o atendimento, mas envolvia valores que diziam respeito a uma forma de pensar o mundo. Era como se os fisioterapeutas assumissem, nessa hora, um modelo de comportamento a ser incorporado. Na prática, o que conseguia ser ensinado verbalmente eram modos de agir muitos gerais, que não possuíam uma expressão muito clara e precisa sobre o Método. A orientação se pautava em evitar “tipos de comentários” perto da parturiente. Esses comentários interditos, na visão dos fisioterapeutas, eram aqueles que se relacionavam com idéias que desincentivavam a mulher, que operassem nela uma perda de confiança. O tom de voz, a suavidade dos movimentos, o momento de falar e de fazer silêncio eram elementos que não estavam explicitamente descritos nos conceitos de postura terapêutica e qualidade de presença, mas que faziam diferença na composição da prática. A forma como se devia reagir diante dos gritos das parturientes também possuía uma noção de senso, dificilmente verbalizado, que descreviam um jeito de ser, em detrimento de uma técnica terapêutica.

O problema central era que esses argumentos não encontravam respaldo entre as auxiliares, que não reconheciam suas atitudes como negativas, ou que simplesmente, devessem ser modificadas. Elas sustentavam sempre, principalmente as mais antigas, que aquilo de que os profissionais do CHPT falavam já fazia parte de suas práticas diárias. Uma das auxiliares destaca:

---

<sup>56</sup> O curso de obstetrícia contava com a presença das duas médicas obstetras vinculadas ao projeto. Elas tinham, por isso, uma facilidade maior em estarem juntas organizando a programação de suas palestras. No caso das aulas de clínica médica, a especialista nessa área, M4, possuía muitas ocupações fora do hospital, com o PSF, o que impediu uma constância maior nesse curso. Os fisioterapeutas entravam para preencher essas lacunas.

*“a gente via eles fazendo harmonização e sabia que a gente tinha competência para fazer aquilo ali e fazia, por incrível que pareça, nós fazíamos harmonização bem antes, só não sabia o que era isso que a gente fazia, mas a gente tinha esse pegar, esse toque, sabe, essa qualidade de presença. Porque, inclusive depois quando a gente começou a fazer o curso, muita gente falava: ‘ah, eu faço isso’; ‘eu fazia isso’; ou então a gente falava: ‘fulano fazia isso’(...)”*

Uma questão que se coloca então, primordial nesse cenário, é entender que o problema em atestar a validade do Método e ampliar os adeptos ao modelo está na dificuldade que seus atores encontram em formular adequadamente quais seriam, portanto, as diferenças de qualidade entre o atendimento que propõem e aqueles que as enfermeiras utilizam. Nesse sentido, apesar de não ser esta a intenção dos que formularam os cursos, as coisas que vi serem expressas de modo mais sistemático para as enfermeiras se baseavam em procedimentos técnicos típicos do serviço de enfermagem: achar a veia do paciente, verificar pressão, medir temperatura retal. Nestes três exemplos explorados na aula coordenada pela chefe de enfermagem e considerados importantes, o critério fundamental eram as formas de cuidado, uma delicadeza dos movimentos e ações, em que o simples toque no corpo do outro poderia designar uma atenção diferenciada. Todas refletiam circunstâncias cuja visualização era mais imediata, porque já fazia parte da forma de entender humanização aliada às atribuições do enfermeiro. O cuidado relacionado a um outro reconhecimento das expressões corporais, de modos de falar e modos de agir não eram enfatizados nessas falas, assim como os conceitos do Método eram pouco aprofundados. O “acompanhamento” que os enfermeiros poderiam dar estava, portanto, atrelado a seus afazeres rotineiros. Mas, por mais que os enfermeiros se reconhecessem como profissionais comprometidos com a humanização, muito se enfatizava da necessidade de mudar as atitudes do corpo de enfermagem. Nesse sentido, o conflito se colocava principalmente quando as aulas destacavam referências sobre humanizar como um cuidado com o outro, uma atenção ampliada, dentro do qual se revelavam os toques, um “pegar”, que as enfermeiras não apenas compreendiam, como argumentavam já tê-los incorporados. Num outro depoimento, uma enfermeira ressaltava essa compreensão da abordagem:

*“Nós somos inúmeros profissionais aqui. Os da casa eles já trabalham nessa linha há muito tempo, já trabalhavam mas não sabia que isso significava estar promovendo humanização. Porque o conceito veio*

*depois, tinha gente que falava ‘mas a gente já fazia isso há muito tempo’.*

*Então têm muitos profissionais que já trabalhavam(...)”(grifo meu)*

Nesse sentido, o que ocorre com a chegada dos profissionais do CHPT e seus conceitos sobre humanização resulta numa miscelânea de valores que se entrecruzam no momento em que são confrontados. Nesse caso, quem detém o poder de acionar o discurso definitivo sobre o que é humanização são os profissionais do Método, por isso é que se pode dizer que o “conceito veio depois”.

Portanto, o que estava sendo postulado nesses cursos se relacionava a um *habitus*, cuja incorporação não dependia em absoluto de simplesmente reajustar uma posição corporal em si mesma, mas em apreender formas de percepção e ação no mundo. A discussão desses cursos, quando pautadas nessas percepções produzia reações confusas e de certa indignação na platéia, que o tempo todo buscava legitimar sua forma de percepção como pautadas também em valores do cuidado e da humanização.

Para qualificar esse cenário em que os enfermeiros se encontram numa posição parcialmente capaz nas relações com os profissionais do CHPT, gostaria de trazer mais um relato, dessa vez advindo das aulas de obstetrícia. Em muitas ocasiões era possível ver as médicas palestrantes falando sobre o “contexto” em que a grávida se encontrava durante o trabalho de parto. Certas idéias a respeito da gravidez e da maternidade eram destacadas, como a de que a mulher era culturalmente reprimida e de que isso a atrapalhava na hora do parto, pois ela poderia ter sentimentos como vergonha e medo, acionados devido a uma falta de controle sobre o corpo no processo do parto. Contudo, essa forma de relacionar corpo e sentimentos, vinculando formas de expressão e formas de sentir pode variar conforme o grupo social. No trabalho de Boltanski (1989) é muito nítido o desentendimento causado entre médicos e pacientes por exemplo, cujas posições sociais eram muito distintas, na medida em que a linguagem de expressar sensações corporais obedeciam a códigos sociais diferentes. Esse ruído na comunicação, era entendido pelo médico, que detém o poder do discurso oficial, como uma falta de discernimento, falta de consciência, educação, etc., por parte dos pacientes<sup>57</sup>. Gostaria de sugerir que o mesmo cenário se repete nas relações que pude observar entre fisioterapeutas e enfermeiros no hospital. Nesse sentido, havia sempre um discurso que

---

Inclusive Boltanski sugere que o conhecimento médico produzido pelos pacientes era resultado de uma “redução analógica” ou de uma “medicina imitativa”, opinião que, a meu ver, termina por ratificar o discurso “oficial.”

se relacionava a um ‘como deve ser das coisas’, através do qual era possível identificar uma questão de pertença social que perpassa uma forma de agir na qual os corpos estão implicados, criando normas e produzindo *status* diferenciados.

Um processo que pode esclarecer esse ponto de vista de modo mais adequado é quando ocorreu uma modificação de estratégia dos fisioterapeutas no que tange o Programa de Formação Interna, ao qual os cursos teóricos faziam parte. Devido a esses desencontros comunicativos, o grupo decidiu deixar de privilegiar os cursos como forma de interação e diálogo com os enfermeiros. Os cursos, da forma como concebidos, não estariam produzindo mudanças na postura dos enfermeiros.

### 3.1 “Acompanhando” os enfermeiros

Os cursos apresentavam dificuldades significativas em articular as demandas por reconhecimento dos enfermeiros, fazendo com que os profissionais do CHPT formassem novas estratégias de diálogo. A outra forma que, então, foi começando a ser implementada era a de realizar o “acompanhamento” não apenas nos pacientes mas também nos enfermeiros. Essa nova estratégia foi assumida por F2 no segundo período em que estive em campo. Na situação específica, o “acompanhamento” assumia uma flexibilização do seu sentido anterior, que era o de promover uma intervenção terapêutica num enfermo. No novo sentido, a fisioterapeuta estava presente no momento em que as auxiliares de enfermagem atendiam os pacientes, tocando em suas costas, enquanto estas faziam algum procedimento. Era uma forma de intervir indiretamente sobre o paciente, a medida que se acreditava estar influenciado a atuação da enfermeira através dessa técnica corporal, desse “acompanhamento” adaptado. Mas, além disso, buscava-se retificar as posições corporais e as atitudes dos enfermeiros e, para isso, não utilizava apenas sua própria postura corporal ou o exercício de consciência da qualidade de presença. Era necessário intervir verbalmente, chamando a atenção das auxiliares para detalhes do atendimento, procurando modificá-los no momento em que ocorriam. Duas observações podem ser destacadas.

Certa vez, uma mulher estava internada com seu bebê de três meses por problemas de lactação. Mesmo a mulher tendo dito que costumava amamentar, o bebê resistia muito. Assim, a enfermeira e a fisioterapeuta perceberam que a mulher havia parado de amamentar o bebê e que por isso ele não estava mais querendo mamar no peito. A fisioterapeuta chegou no quarto quando a enfermeira estava lá, assistindo às

tentativas da mulher em amamentar, executando aquela prática de assistir os enfermeiros durante o atendimento. Sua primeira iniciativa foi reposicionar a postura da mãe que segurava o bebê muito longe de seu corpo e pediu que a enfermeira ajudasse, dessa forma ela indicava uma ação que gostaria que a enfermeira percebesse como necessária. A enfermeira acatou a idéia, mas nada disso estava melhorando a situação. O bebê começou a chorar forte, mas a fisioterapeuta insistia com paciência, pondo uma de suas mãos nas costas da mulher, executando aquele “acompanhamento”, que é também uma forma de dar um exemplo ao enfermeiro, criar uma imagem do que seria o humanizar falado nos cursos teóricos. Em certa hora, a enfermeira resolveu tomar a iniciativa e pegou o bebê em seu colo e começou a falar com aquela voz característica que usamos geralmente com recém-nascidos. O problema da relactação não estava solucionado, mas o bebê havia parado de chorar. Imediatamente uma senhora que estava no leito ao lado exclamou: “Olha, ela (a enfermeira) tem jeito para coisa!”

Apesar de ser uma política importante, o incentivo ao aleitamento materno<sup>58</sup>, a enfermeira já não parecia disposta a investir numa situação que havia sido gerada fora do hospital, nos meses em que a mulher desacostumou o bebê. Contudo, a fisioterapeuta estava insatisfeita pelo comportamento da enfermeira, por ter interrompido o momento, mas principalmente por não dar a mesma importância à idéia de que a prática do “acompanhamento” poderia ajudar a superar aquele quadro difícil. Vemos, que nesse circuito de interações, o fisioterapeuta nem sempre consegue acionar um discurso convincente, porque se baseia num modelo de eficácia cuja linguagem simbólica, em torno da qual se espera que o paciente dê sentido à sua doença ou ao seu problema (Lévi-Strauss, 1974) não é compartilhada. Desse modo, a técnica corporal utilizada, o toque nas costas, na cabeça, nos ombros e na região abdominal, esta última a única que estaria diretamente ligada ao modelo teórico formulado, parece não operar sentidos naquele a que está sendo destinado o procedimento. Desse modo, tornar-se-ia impossível o paciente reorganizar sua experiência, no que poderia resultar em alterações orgânicas conseqüentes, se o símbolo ou o significante que os profissionais do CHPT utilizam não se relacionam a significados compartilhados. Do mesmo modo, seria improvável que os enfermeiros creditssem alguma forma de eficácia na atuação dos fisioterapeutas se, na prática, suas escolhas pareciam ser mais bem sucedidas, posto que a proximidade com formas de cuidar obedeceriam a critérios cuja eficácia estaria

---

<sup>58</sup> Haja vista o prêmio “hospital amigo da criança”, recebido em 1994.

prevista socialmente. (o tom de voz da enfermeira com os bebês, de modo geral, expressa bem essa questão).

Numa outra ocasião, presenciei um dos fisioterapeutas pedir que uma enfermeira fizesse um acompanhamento numa paciente que havia tido um aborto espontâneo. A enfermeira fez umas caras de recusa, mas F2 insistiu e fomos até o quarto. A enfermeira ia fazendo os movimentos de acordo com a orientação recebida, olhando todo o corpo da paciente, com a postura ereta, os dois pés apoiados no chão, pôs a mão no alto da barriga, mas não embaixo porque a região estava dolorida, depois completou pousando a mão sobre o braço da paciente, que parecia adormecida. Saímos sem acordá-la e F2 questionou a enfermeira sobre o que ela tinha sentido. Sua resposta foi que havia percebido uma “presença forte”. É interessante perceber como essas respostas são construídas paulatinamente, à medida que o vocabulário, os termos significantes vão sendo absorvidos pelos profissionais do hospital. Assim como no depoimento das outras enfermeiras, era costumeiro ouvir expressões como qualidade de presença, ou mesmo essa reapropriação da palavra presença, denotando uma percepção corporal que se aproxima dos conceitos do Método, porque de alguma forma se contrapõe à palavra. Certos termos, portanto, começam a operar como marcadores de uma simbologia da terapêutica associada ao Método Rességuier, mas não produzem uma eficácia, sobretudo, porque não são compartilhados socialmente pelos enfermeiros e pacientes.

Na situação em que o enfermeiro é “acompanhado” pelo fisioterapeuta, pudemos ver que as formas de reconhecimento sobre atos terapêuticos continuam sendo problemáticas, e de fato, quando a circunstância idealizada nos cursos teóricos se transfere para a prática, o embate sobre significados gera uma circunstância ainda mais distante e insustentável, na qual o procedimento do enfermeiros, a forma de conduzir a situação parece ter mais eficácia do que a do fisioterapeuta. No contexto da prática, muitas vezes os enfermeiros são reconhecidos pelos pacientes como aqueles que sabem coisas que os médicos e outros profissionais não sabem. É um “jeito”, que se apresenta sob essas formas de cuidar relacionado a um carinho e a um estabelecimento de atenção como engajamento pessoal, vinculado às suas próprias histórias de vida com a dos pacientes, que se torna um elemento importante de diferenciação das estratégias dos fisioterapeutas e médicos vinculados ao CHPT.

Entretanto, vemos que no caso seguinte, há uma explícita tentativa da enfermeira em recorrer a um vocabulário aprendido por meio dos cursos teóricos e da

fala dos fisioterapeutas, através da qual ela buscaria atribuir importância a essa dimensão do “acompanhamento”. Seja por uma razão de hierarquia institucional, seja por uma adesão espontânea à esse novo modelo, a implementação do projeto encontra, ainda, espaços de negociação com os enfermeiros, ao contrário do que ocorre na relação com os médicos, onde a proximidade é exígua e as tentativas de convencimento não podem se basear em nenhum pressuposto de responsabilidade institucional. Os médicos se destacam, portanto, pela centralidade que suas decisões possuem. Uma centralidade que está presente na vida dos enfermeiros diariamente, e através da qual se opera um mecanismo complexo de demandas e expectativas de um com relação ao outro.

#### 4. Médicos e enfermeiros: um debate antigo

O relacionamento entre médicos e enfermeiros deve ser pensado levando em consideração tratar-se de uma forma muito mais antiga e que já possui certos pressupostos, do que a relação de qualquer um destes com um fisioterapeuta, que poderíamos relacionar com uma circulação de dádivas negativas e positivas, presente no cotidiano das interações, como sugere Machado (2003). Parte delas, como veremos, sofre as implicações de posições institucionais mais ou menos privilegiadas. Outra parte, se refere mesmo a uma certa expectativa do profissional quanto às especificidades de seu trabalho, sua competência específica, seu dom diferencial.

Desse modo, devemos nos lembrar que não só os diferentes sentidos que se pode atribuir à humanização destoam, mas também a própria hierarquia institucional se revela como um elemento imbricado na forma de comunicação estabelecida. Nos cursos, quando os fisioterapeutas tentavam ensinar certas formas de proceder ao enfermeiro, como destaquei anteriormente, uma das respostas mais freqüentes era: “Não é justo cobrar de nós o que nem os médicos querem fazer”. Na problemática da atribuição de responsabilidades, como no preenchimento da “burocracia” (fichas, prontuários, partogramas, etc.), algumas coisas são atribuições do enfermeiro e outras do médico. Contudo, aquilo que não tem a ver diretamente com a prescrição (este sim, um atributo que o médico não abre mão em nenhuma hipótese) se torna uma zona intermediária, dentro da qual o enfermeiro é requisitado para suprir o que nem sempre é definido como função sua. Um desses problemas se referia ao preenchimento completo do partograma. Lembro que numa das aulas do curso de obstetrícia, além daqueles ensinamentos sobre modos de ser que descrevi acima, se tentou também reatualizar os

conhecimentos das enfermeiras a respeito do preenchimento deste formulário, para que elas pudessem preenchê-lo de forma completa, inserindo todas as informações. Contudo, as enfermeiras não aceitavam dividir essas tarefas que consideravam ser responsabilidade do médico, e até salientavam que havia um único médico que era impecável nesse procedimento, com quem elas alegavam possuir uma relação mais afinada. Era como se o preenchimento do formulário, função escrita mais relacionada ao trabalho do médico, gerasse um reconhecimento impróprio do papel dos enfermeiros.

O que quero destacar é o fato de que as atribuições do enfermeiro, principalmente no contexto da humanização, sofre um processo de flexibilização em que seu papel é ressignificado. No trabalho de parto, por exemplo, é possível entender de que modo ocorrem algumas transposições. No discurso da humanização dos profissionais do CHPT, os médicos obstetras, em geral, não estavam atentos àquele “contexto” que destaquei no tópico 3, da mulher como reprimida culturalmente, e acabavam produzindo uma atitude que confirmava todos os medos e angústias da paciente, transferindo a ele próprio, médico, toda a responsabilidade pelo bom andamento do parto. Depois de elaborar essa constatação, vista pelo grupo do CHPT como consensual, estes buscavam então, localizar na figura da auxiliar de enfermagem uma função mediadora, a medida em que elas pudessem incorporar formas de percepção diferentes das dos médicos, dando importância àquela forma de compreender o contexto da mulher grávida e a ajudando, baseada nesses valores, independente da forma como o médico estaria compreendendo a situação. Porém, nesse processo em que as auxiliares ocupariam um papel central no atendimento, há uma demanda de reconhecimento sendo articulada que não se encontra expressa na fala dos profissionais do CHPT, porque, se por um lado, elas possuem a responsabilidade nessa esfera informal formulada nos cursos, por outro lado, na esfera formal, sua responsabilidade sobre o atendimento se encontra reduzida pela falta de um reconhecimento público entre os médicos, sobretudo. Articulando tal realidade com as idéias de Cardoso de Oliveira (2002) sobre a retórica do ressentimento, seria possível afirmar que nas relações entre os auxiliares de enfermagem e médicos, há um déficit de reconhecimento que incide sobre o profissional de enfermagem no que concerne sua capacidade de interlocução, pressupondo portanto uma diferenciação substancial entre os sujeitos. Uma enfermeira destaca como seria um relacionamento ideal entre médicos e enfermeiros:

*“Os médicos trabalham junto comigo. E o que seria isso? Respeitar a minha opinião, pela minha experiência, pelo tempo de trabalho que eu tenho (...) se ele fala uma coisa que, às vezes, eu não concordo, ele tem a liberdade de deixar eu falar.”*

Desse modo, duas coisas se colocam como importantes na perspectiva de alguns auxiliares de enfermagem. Primeiro, é ter acesso à palavra e ao poder de instituí-la, estabelecendo desse modo uma relação que pressuponha a interlocução. Segundo, é que o argumento principal que postula a legitimidade de tal relação, na maioria das vezes, é o tempo de “casa”, constituindo-se numa estratégia significativa para mobilizar meios de legitimidade de sua atuação entre os outros profissionais. Esta forma de proceder consegue articular de maneira eficaz um componente que os dois grupos, vistos como oriundos de distintos segmentos sociais, valorizam. Desse modo, é fazendo coro com fatores importantes para ambos que as estratégias dos enfermeiros se consolidam.

No caso dos médicos, as expectativas com relação aos enfermeiros se baseia não no poder da voz, que pertence ao médico por excelência, constituindo-se como sua dádiva diferencial, mas no da escuta/escrita, papel que está centrado nas mãos do corpo de enfermagem, em muitos momentos. Uma das reclamações mais frequentes com relação ao trabalho dos enfermeiros é quando estes deixavam de anotar adequadamente todas as manifestações observadas nos pacientes. Isso, segundo os médicos, afetava diretamente na produção do diagnóstico a ser feita, mas afetava também a relação das expectativas do médico com relação ao trabalho do enfermeiro, que não valorizam a função da escrita no contexto do atendimento da mesma forma como os médicos. Desse modo, podemos dizer que há um circuito de trocas entre médicos e enfermeiros que colocam em circulação tanto dádivas negativas como positivas, a depender das diferentes circunstâncias cotidianas. O que podemos inferir como critério que distingue um tipo de dádiva da outra é o que concerne a esse jogo de atribuições estipuladas diferentemente entre um e outro, relacionados à quebra ou ao cumprimento de expectativas e reconhecimento de competências, causando situações de conflito, por um lado, e de satisfação, por outro.

Gostaria de apresentar algumas situações que conjugam vários desses elementos em atuação ao mesmo tempo, como se manifestavam nas observações cotidianas. Numa ocasião estava acompanhando o trabalho de M3, que estava com

alguns pacientes internados no pavilhão C. Alguns estudantes de medicina estavam lá e, seguindo as recomendações de M3, eles tinham passado em todos os quartos e analisado cada um dos pacientes. De volta à sala de prescrição, eles encontraram o médico e estavam discutindo sobre o diagnóstico de um interno em particular, que estava com uma diarreia que não podiam entender o motivo. Uma auxiliar de enfermagem estava na sala nesse momento e alertou os médicos de que aquela diarreia não ia ceder porque o paciente estava saindo para comer fora. Os médicos puderam então dar um sentido novo, agregar um tipo de informação que é adquirida na experiência dos enfermeiros. Pude perceber que nesse processo de conversações e proximidade com os pacientes, os enfermeiros se tornam capazes de reconhecer problemas pontuais, que na maioria das vezes foge completamente ao espaço e ao diálogo promovido nas consultas periódicas feita pelos médicos, mas que pode ser esclarecedor sobre muitos processos de diagnóstico. Essa divisão no trabalho e nos espaços de atuação desses profissionais acaba se tornando muitas vezes confusa e de limites tênues.<sup>59</sup> O reconhecimento sobre a fala da enfermeira proporcionou um ajuste positivo para a compreensão do caso, o que deixou ambos os profissionais na posição de interlocutores.

Num caso que representaria o oposto dessa situação, podemos ver como a escrita é um dom diferencial, no modo como o médico se relaciona com os enfermeiros e um potencial gerador de conflitos. Durante a ocasião em que passava uma visita no hospital junto a M4, pude presenciar uma troca de plantão das enfermeiras do pavilhão C, setor onde se localiza a maior parte dos leitos para internação. As três mulheres que estavam deixando o trabalho estavam passando nos quartos junto com as outras três que iriam assumir e explicando os acontecimentos com cada paciente nas últimas doze horas. Num dos quartos, estava M4 examinando um paciente. Quando ela notou a entrada das enfermeiras, comentou que aquele paciente estava reclamando de uma diarreia forte e que esta informação não constava do prontuário. A enfermeira responsável foi saindo do quarto e dizendo alto: “a gente pergunta, pergunta e eles não respondem!”, demonstrando uma nítida irritação por ter sido chamada atenção com relação ao prontuário, articulando imediatamente uma resposta que desviasse a culpa de seu papel como enfermeira, restando apenas o paciente como bode expiatório da situação.

---

<sup>59</sup> O trabalho em equipe era, inclusive, um dos elementos importantes que os cursos do CHPT pretendiam salientar, contudo, a unilateralidade a que eles estavam encerrados, acarretou uma série de problemas no diálogo com o corpo de enfermagem.

Desse modo, é interessante observar que no espaço do CHPT, ao dar a oportunidade dos enfermeiros recontarem suas experiências, muitas vezes se constatava que haviam situações em que os pacientes possuíam certas demandas que não eram observadas pelos médicos. Por exemplo, no caso dos trabalhos de parto, as enfermeiras relatavam que as pacientes sempre achavam um jeito de se posicionar na cadeira de cócoras que, freqüentemente, os médicos pediam para as enfermeiras ajustarem. Talvez, nos termos da humanização que o CHPT buscava enfocar, aquela “livre expressão” fosse importante para a paciente, se coadunando nesse momento com uma expectativa de que o enfermeiro pudesse agir. Contudo, é um tipo de intervenção que os enfermeiros não conseguem arbitrar. Muito embora, é importante lembrar que a relação dos enfermeiros com os pacientes escapa muito da possibilidade de mediação do médico, como nos mostra o trabalho de Hansen (1997), atuando também como mediador de conflitos entre médicos e pacientes.

Deste modo, ao não ouvir o enfermeiro sobre a experiência na relação cotidiana com os pacientes, é como se os médicos desvalorizassem uma parte do trabalho de enfermagem considerado por estes profissionais, muitas vezes, como penoso, mas também como a parte mais “gratificante”, aquela que simboliza de forma total a imagem do enfermeiro. Ao não escrever nas fichas com determinada assiduidade e deixar dados incompletos, é como se os enfermeiros incorressem num ato de desconsideração com os médicos, cuja sacralidade da escrita<sup>60</sup> é uma fonte de legitimidade absolutamente fundamental na constituição de seu status profissional.

Estas observações colocam em perspectiva uma circulação de dádivas negativas, em certas ocasiões, quando certos deveres atribuídos aos médicos são percebidos como imposições por parte dos enfermeiros ou quando o enfermeiro é desconsiderado na frente dos pacientes naquilo que seria sua competência específica (a escuta), e positivas, em outras, quando o médico reconhece uma relação de escuta privilegiada dos enfermeiros com os pacientes, que complementa sua atividade de escrita. Cria-se um jogo de expectativas que tem como aspectos centrais o processo de escrita e a relação com a fala/escuta, constituindo os dons diferenciais que operam numerosos enredos de agressão e congratulações que potencializam e minimizam situações de conflito.

---

<sup>60</sup> Nos trabalhos de Kleinman (1995) e Good (1994) podemos ver como o processo de aprender a escrever de um modo específico constitui um valor central da construção da identidade do

## 5. Os vários sentidos da humanização

Tentei ressaltar na análise das relações estabelecidas entre os profissionais a idéia de que há, de modo geral, uma falta de reconhecimento sobre o trabalho do outro e que esta demanda não compreendida é potencializadora de situações de conflito no cotidiano do hospital. Esta observação pôde ser feita através de um recurso privilegiado que foi a tentativa de implementação dos cursos teóricos, que acabaram pondo em perspectivas o papel dos profissionais de saúde e como suas atuações estão entrelaçadas.

Nesse sentido, devemos recuperar, também, a amplitude em que o termo humanização está sendo trabalhado. Se por um lado, os fisioterapeutas sempre tentam distinguir a idéia de atendimento humanizado de um envolvimento afetivo, por outro os enfermeiros freqüentemente o articulam da seguinte maneira:

*“(...) o humanizado que eu falo é o ombro mais carinhoso possível que a gente tem que dar, para também fazer um pouco de diferença do ser humano que não acredita no seu próximo, que não acha que é importante dar a mão a pessoa. Eu acho que isso é muito importante”*

Podemos perceber que as referências utilizadas para descrever o conteúdo da assistência tem um enfoque diferente do que é elaborado pelo Método. Particularmente, para os enfermeiros, a humanização não diz respeito apenas à forma do atendimento, mas possui um vínculo direto com um nível de envolvimento pessoal, assim como remete também às condições de trabalho. Uma das enfermeiras sempre me contava sobre o período em que o hospital teve uma creche para os filhos dos funcionários. O serviço era muito utilizado pelo corpo de enfermagem, mas depois de uma mudança na direção, a creche fechou. Aquele era um benefício que também tinha o potencial de melhorar a qualidade do atendimento, segundo a enfermeira, porque era uma forma de valorizar seu trabalho. A relação mais estreitada que existia com as comunidades locais num tempo anterior, citado sempre como um “antigamente”, também servia como uma forma de pensar o atendimento de modo diferenciado.

---

profissional médico, pois é um mecanismo essencial de diferenciação de outros profissionais de saúde.

Gostaria de destacar, portanto, que existem diferenças importantes na forma de percepção do conceito de humanização e que isto está diretamente relacionado a diferentes visões de mundo, que por sua vez, se manifesta na maneira como cada profissão é concebida no contexto social mais amplo. O capital simbólico que cada ator dispõe interfere essencialmente no poder que ele terá de definir conceitos e atribuições de funções. As expectativas de uns acabam se impondo sobre as outras leituras existentes com respeito a uma mesma situação de atendimento. O campo da humanização é privilegiado para observar esse confronto, pois ao mesmo tempo em que se propõe reformuladora do atendimento, ela potencializa formas de conflito na medida em que pressupõe uma homogeneidade de visões de mundo que não existe. O conflito ocorre, portanto, sempre que as negociações a respeito das diferenças não conseguem ser articuladas discursivamente, e quando as posições relacionadas a uma hierarquia institucional não são suficientes para arbitrar essa realidade.

O conflito que se apresenta nas relações entre os profissionais de saúde é representado no seio do projeto piloto como diretamente vinculado às questões referentes à humanização, mas não necessariamente decorre daí a totalidade do sentido do conflito. Nem é uma questão específica do hospital São Pio X, mas possui uma referência no próprio histórico do campo da saúde, derivados de um conjunto de negociações elaboradas na convivência diária dos profissionais. Esses são dilemas que nos remetem a outras questões importantes como a construção de identidades profissionais, abrindo possibilidades de aprofundamento e continuidade da etnografia que ora apresento.

De certo modo, ao localizar o conflito através da implementação do projeto fiz uma escolha que buscou qualificar a trajetória de um certo grupo de profissionais, que pertencentes a um mesmo grupo social, cujos *habitus* e modos de vida coincidiam significativamente, possibilitava a construção de uma identidade de grupo que ultrapassava a relação com o CHPT ou a idéia de humanização que partilhavam. Nesse sentido, eles conseguiam operar valores de uma esfera dominante de reflexão sobre o atendimento, que poderíamos relacionar a ideologia do individualismo descrita em Dumont (1997), dentro do qual o “falar sobre si” constituía-se num elemento central para a compreensão do projeto e da forma como empreendia suas intervenções sobre os pacientes e os outros profissionais de saúde, que não reconhecidos por estes como relevantes ou fundamentais para o aprimoramento das práticas de saúde.

## Considerações Finais

Este estudo teve como objetivo central refletir sobre a trajetória de um projeto piloto de humanização, através de uma etnografia que buscou explorar os limites e possibilidades dessa proposta. Nesse sentido, tornava-se importante evidenciar a experiência de construção do modelo da intervenção terapêutica, recuperando a trajetória dos atores envolvidos e o contexto mais amplo de sua inserção. Considerando o processo de elaboração dos conceitos como algo extremamente recente, tivemos a possibilidade de analisar a construção desses “fatos”, considerando a dimensão da parcialidade com que podemos nos instrumentalizar para refletir sobre a realidade social. Nesse sentido, gostaria de revisitar alguns aspectos desse trabalho que podem ser expandidos ou que tiveram pouco espaço para serem melhor desenvolvidos, apontando alternativas futuras e possibilidades de diálogo.

Nesse sentido, gostaria de começar com a reflexão que este projeto piloto permite no que se refere a uma inserção no contexto institucional. Toma-se o modelo de organização do hospital como um desafio da implementação de alternativas, ao mesmo tempo em que há um distanciamento do modelo do SUS. Diferente de outros projetos que geralmente se vinculam a espaços alternativos, o Método Rességuier ocupa um lugar híbrido nesse sentido, ao desenvolver uma perspectiva crítica com relação às práticas do SUS, mas buscando formas de se associar a este modelo, dentro do qual o hospital São Pio X se insere, partindo de uma realidade plural e valorizando as terapias alternativas como uma prática que pode ser inserida em contextos institucionais como hospitais, e não apenas em espaços particulares e de acesso restrito.

O foco de nossas reflexões partiu do contexto de implementação do projeto, com seus profissionais dedicados e engajados numa tentativa de reelaborar conceitos de atendimento, e nos conduziu a um debate sobre parâmetros de intervenção terapêutica, linguagem entre terapeuta e paciente, e a um realocamento de profissionais em novos contextos, como é o caso da inserção da figura do fisioterapeuta em trabalhos de partos, atos cirúrgicos e setor de internação. Desse modo, chamamos atenção sobre a especificidade dessa proposta de humanização, que se pautava no profissional de saúde,

principalmente. Com isso, surgiram novas possibilidades de atendimento, e que se depararam com situações conflituosas mediante as expectativas de outros profissionais que não compartilham das mesmas elaborações sobre a humanização dos serviços de saúde, muitas vezes se opondo ao modelo do Método Rességuier. O embate com fisioterapeutas e os rumores constantes sobre as ameaças a que o hospital está exposto através do CHPT nos permitem compreender que esta é uma realidade complexa, que põe em evidência questões sociológicas fundamentais como é a positividade do conflito abordada. Neste caso, o conflito cotidiano entre os diferentes sujeitos é condição central às modificações mútuas observadas entre conceito e prática do Método em um contexto hospitalar vinculado ao SUS.

Muito mais se poderia explorar a esse respeito, sobretudo quando a observação desses embates cotidianos nos trazem à discussão do processo social de construção de identidades profissionais<sup>61</sup>. Parte dessa questão, porém, se encontra expressa nas relações que procurei fazer com o conceito de *habitus* bourdiesiano e a busca de relações entre um conjunto de valores regidos por gostos, preferências, “sensos” e uma prática de assistência humanizada; trazendo para primeiro plano a importância da discussão sobre a noção de corpo e, também, sobre a tensão existente entre a concepção de ser humano e de pessoa relacional, manifesta na experiência de aplicação do modelo de atendimento segundo o Método.

Desse modo, a concepção de humano que se destaca compreende um tipo de inserção social dos atores, que estão circunscritos a um determinado período histórico em que a valorização do *self* aparece através do elogio da fala, reelaborada sob um modelo que coloca a técnica corporal como facilitadora deste percurso interno no qual o sujeito é concebido. O corpo assume um caráter de mediador entre o exterior e o interior, buscando transcender tal dicotomia. De fato, a elaboração de ser humano está permeada pela idéia de um sujeito que transcende o seu próprio corpo, à medida que o reduz a um referencial de linguagem, à naturalização de um *habitus*. Dessa forma, opera um desenraizamento social, uma vez que as trajetórias de vida são desconsideradas, pelo menos à luz das categorias nativas. Esse desenraizamento conduz os profissionais à vivência de situações paradoxais, à medida que o encontro “efetivo” guarda sua eficácia simbólica não na técnica corporal, mas na constituição de um discurso sobre si. Esta forma de conceber as relações nos permite sugerir que o posicionamento social dos

---

<sup>61</sup> Ver Becker & Strauss (1970), Davis (1970) e Dubar (1991).

atores está enraizado numa ideologia do indivíduo como valor. Isto pode ser claramente percebido ao nos depararmos com a interdição do discurso (Foucault, 2002), na qual a “preeminência do sujeito que fala”, não é qualquer um, é um especialista, trata-se de um privilégio, são valores que constituem as ações desses profissionais, no sentido dumontiano, percebido como capaz de transcender as relações sociais, expressando uma negação da pessoa relacional. Segundo Dumont, existe “um duplo sentido da categoria de ‘indivíduo’, que atravessa nossos discursos, e que serve justamente para a legitimação ideológica do segundo. O primeiro sentido é o de ‘sujeito’ empírico, membro e condição fundamental de qualquer sociedade e cultura. O segundo é o do indivíduo, como valor moral, cultural, central e básico para a configuração ideológica moderna.” (apud: Duarte, 1988: 45).

No caso do Método, o exercício dessa transcendência se dá por meio da técnica corporal, na qual o corpo constitui ao mesmo tempo a expressão máxima dessa sobreposição do indivíduo como valor ao indivíduo empírico. Bastide aponta o quanto o processo de individualização de nossa sociedade estava marcada por uma associação com o corpo físico: “A individuação pela matéria. É a reflexão que tanto espantou Leenhardt, que acreditava ter ensinado a realidade da Alma aos Canaques quando ouviu de um deles: ‘ O que você nos ensinou é que temos um corpo’. E, com efeito, o Melanésio não se concebia senão como um nó de participações, ele se encontrava mais fora do que dentro de si mesmo, no seu totem, na sua linhagem, na natureza e no social; o que o cristão lhe ensina é que deve cortar essas alteridades para descobrir sua identidade – e essa identidade é marcada pelas fronteiras de seu corpo, que o isolam dos outros corpos.” (apud: Duarte, 1988: 37)

O discurso sobre o corpo, portanto, é o fio condutor da análise sobre a categoria nativa de ser humano, porque ele opera uma essencialização desse sujeito transcendental que possibilita aos atores formularem suas práticas terapêuticas por um princípio universalista. O corpo é tomado como uma tentativa de articular o paradoxo, a tensão entre pessoa relacional e ser humano universal, que se manifestam durante a experiência dos atendimentos. Desse modo, poderíamos dizer que o desenraizamento social presente nessa proposta de humanização levaria a uma série de descon siderações porque ignorariam a pessoa nos termos de suas relações sociais<sup>62</sup>.

---

<sup>62</sup> É interessante destacar, ainda, algumas situações que salientavam uma tentativa dos pacientes de produzir um sentido às técnicas corporais. A mais freqüente dizia respeito a uma certa estigmatização dos profissionais do CHPT como “espíritas”. Esse sentido era capaz de

A expressão mais significativa que gostaria de destacar desta perspectiva é a oposição conceitual, feita pelos profissionais do CHPT, em que se considera a existência de dois tipos de linguagem no mundo: uma que se refere aos “tecidos”, e a outra, em contraposição, que refere à uma linguagem social. A “linguagem dos tecidos” conduziria a essa forma de essencialismo, pois ela seria um contrário englobante do social. A linguagem social corresponderia àquelas projeções do universo exterior, da “periferia”, que devem ser expurgados através de um exercício de controle sobre si. Desse modo, o sentido de indivíduo que se elabora está simbolicamente atado aos tecidos, ao corpo físico. A linguagem dos tecidos seria a linguagem “natural” do si. A oposição entre natureza e cultura apareceria através de uma hierarquia, na qual a natureza expressa a forma verdadeira de ser, e a cultura expressa formas distorcidas.

O domínio sobre as categorias que esse corpo físico expressa conformam um capital simbólico através do qual o grupo constrói sua autoridade no interior das relações. Nesse sentido, o paradoxo entre atuar dentro de uma “linguagem silenciosa” e a necessidade de elaborar um elogio da fala se atualizam nos conflitos com os outros profissionais, que descreditariam do Método, e na própria relação com os pacientes, através do acionamento de pequenos mecanismos que conjugam esses contrários. Desse modo, ao mesmo tempo em que o terapeuta construía seu discurso em torno desse essencialismo, eles liam os prontuários de seus pacientes e recorriam à história de sua internação, assim como de sua vida algumas vezes, para criar referências que o ajudassem a desenvolver uma avaliação sobre o outro. Nesse mesmo sentido, percebi que os fisioterapeutas não dispensavam a prática de se referir ao paciente pelo seu nome, pronunciado todas as vezes em que se travava algum diálogo. Era importante acionar essas formas de reconhecimento do outro, através de uma linguagem compartilhada. A importância do nome do outro traz para um plano relacional o que a linguagem dos tecidos desconsideraria. Contudo, é interessante destacar que no discurso dos profissionais do CHPT a essência de cada um seria o âmbito mais social possível, no sentido em que operaria uma harmonia entre os conteúdos, dissolveria oposições, reduziria todos a uma mesma realidade, reificando a pressuposição do igualitarismo. O

---

qualificar as atitudes destes profissionais, cujo movimento de “impostação de mãos” podia ser compreendido como uma espécie de “passe”. O exemplo mais claro em que essa compreensão sobre o Método se manifestava era quando ocorria a recusa de alguns paciente religiosos em receber o “acompanhamento” prestado pelo fisioterapeuta.

conflito, nesse sentido, foi conduzindo a uma problemática central, à medida que os outros puderam articular outras formas de discurso sobre a terapêutica e a idéia de humanização, dentro das quais começava a se tornar clara a contradição entre uma teoria que reificava princípios universalistas e uma prática que apontava diversas formas de diferenciação social.

O sentido de alteridade construído pelo projeto, portanto, aponta para uma discussão importante no campo da antropologia. A noção de pessoa como construída socialmente, que se ausenta do discurso da transcendência, opera valores fundamentais na experiência cotidiana do atendimento. Numerosos recortes podem ser feitos nessa direção, nos conduzindo a uma diversidade de noções sobre saúde, doença e cura que poderiam ter sido exploradas como forma de expansão deste trabalho. Preocupamo-nos em oferecer uma análise na qual o discurso do sujeito transcendental também está inserido numa realidade social específica, cuja valorização do *self*, envolto num universo de percepções corporais, nos põe à par de uma linguagem historicamente circunscrita, sobretudo, ao nos atentarmos para um perspectiva moderna do sujeito. Desse modo, vimos como nas experiências diárias, era impossível operar este paradoxo através do corpo, porque se por um lado, esta concepção de corpo é compartilhada pelo grupo de profissionais do projeto, por outro, ela é ignorada pelos pacientes e outros profissionais. O corpo, portanto, se constitui como parte integrante da forma como apreendemos o mundo, não sendo possível considerá-lo uma instância por onde seria possível extrair uma natureza humana. Nesses termos, as técnicas corporais utilizadas pelos terapeutas não atribuíam sentido às vivências daqueles que eram atendidos. Este pressuposto do contexto social englobante não era percebido como necessário à constituição da eficácia terapêutica no discurso dos profissionais do CHPT, uma vez que a construção da alteridade estaria vinculada a uma possibilidade de transcendência por um corpo que, universalizado, seria, ao mesmo tempo, universalizante das relações sociais.

## Referências Bibliográficas

- AYRES, José Ricardo C. M. 2004. “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde”. *Saúde e sociedade*. Vol. 13, n.3. São Paulo: Faculdade de saúde pública da USP e Associação paulista de saúde pública.
- AYRES, José Ricardo. C. M. 2005. “Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde”. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Vol. 6, no. 1, p. 63-72. ISSN 1413-8123.
- BECKER, Howard. STRAUSS, A. L. 1970. “Careers, personality and adult socialization”. *Sociological works. Method and substance*. Allen Lane. Penguin Press, p. 245-260.
- BERGER, Peter. LUCKMANN, Thomas. 1973. “Os fundamentos do conhecimento na vida cotidiana”. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes.
- BOLTANSKY, Luc. 1989. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- BONET, Octavio. 2004. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da Biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BOURDIEU, Pierre. 1990. *Coisas Ditas*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- BOURDIEU, Pierre. 1995. *The logic of practice*. Book I: Critique of theoretical reason. Stanford: Stanford University Press.
- BOURDIEU, Pierre. 2001. “O conhecimento pelo corpo”. *Meditações Pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- CAMARGO JR., Kenneth. R. 2005. “A biomedicina”. In *Physis. Revista de saúde coletiva*. Vol. 15. Rio de Janeiro: IMS – UERJ.

- CAPRARA, Andrea. FRANCO, Anamelia. 1999. L. S. “A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica”. *Cad. Saúde Pública*. Jul/set. Vol. 15, n. 3, p.647-654.
- CARDOSO, Flávio Manoel.C. B. 2005. *Cluster de saúde de Ceres (GO): Um resgate do seu processo de formação e expansão*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração. Universidade Católica de Minas Gerais.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Luis R. 2002. “A retórica do ressentimento e a evocação obrigatória dos sentimentos”. *Direito Legal e insulto moral*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- CASATE, Juliana C., CORREA, Adriana R. 2005. “Humanization in health care: knowledge disseminated in brazilian nursing literature”. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, jan/feb. Vol. 13, n.1, p.105-111. ISSN 0104-1169.
- COSTA, Ana. 2004. “Integralidade na atenção e no cuidado à saúde”. *Saúde e sociedade*. Vol. 13, no. 3, set/dez. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP e Associação Paulista de Saúde Pública.
- DAVIS, F. 1970. “The professional socialization as a subjective experience”. *Sociological works. Method and substance*. Allen Lane. Penguin Press, pp. 212-239.
- DINIZ, C. S. G. 2005. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. Saúde coletiva*, jul./set., vol. 10. N. 3, p. 627-637 ISSN 1413-8123.
- DUARTE, Luis Fernando Dias. 1988. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

- DUARTE, Luis Fernando Dias. 2003. "The notions of the person and the individual in the experience of health and illness". *Cienc. Saúde Coletiva*, vol.8, no.1, p.173-183. ISSN 1413-8123.
- DUBAR, Claude. 1991. *La socialisation – Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris, Armand Colin, 276p.
- DUMONT, Louis. 1997. *Homo Hierarchicus. O sistema das castas e suas implicações*. São Paulo: Edusp.
- FARQUHAR, Judith.1994. *Knowing Practice. The clinical encounter of chinese medicine*. Boulder, San Francisco and Oxford: Westview Press.
- FOUCAULT, Michel. 1979. "O nascimento da medicina social" e "O nascimento do hospital". *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- FOUCAULT, Michel. 2002. *A ordem do discurso*. São Paulo: edições Loyola.
- FORTES, Paulo A. C. 2004. "Ética, direitos do usuário e políticas de humanização da atenção à saúde". *Saúde e sociedade*. Vol. 13, no. 3, set/dez. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP e Associação Paulista de Saúde Pública.
- GOOD, Byron. 1994. "How medicine constructs its objects". *Medicine, Rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge of University Press.
- GOOD, Byron., GOOD, Mary-Jo. 1993. "Learning Medicine": The constructing of medical knowledge at harvard school. *Knowledge, Power and Practice. The anthropology of medicine and everyday life*. LINDENBAUM, S.; LOCK, M. (Orgs.). Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press.

- GOULART, Flávio. A. A. 2002. *Experiências em saúde da família: cada caso é um caso?* Tese de doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
- HALBWACHS, Maurice. 2004. *A memória coletiva*. São Paulo: Centauro Editora.
- HANSEN, Helle P. 1997. “Patients’ bodies and discourses of power”. *Anthropology of policy. Critical perspectives on Governance and power*. SHORE. C., WRIGTH, S. (orgs.) London and New York: Routledge.
- HOTIMSKY, Sonia N. SCHRAIBER, Lilia B. 2005. “Humanização no contexto da formação em obstetrícia” *Ciênc. Saúde Coletiva*. Vol 10, no. 3, p.639-649. ISSN 1413-8123.
- INSTITUTO DO MÉTODO RESSÉGUIER. 2005. *Anais do II Congresso Internacional do Método Ressayguier*. Curitiba: IMR Brasil & IMR Europa.
- KLEINMAN, Arthur. 1980. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press.
- KLEINMAN, Arthur. 1995. *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press.
- LAMEGO, Denyse T. C., DESLANDES, Suely F., MOREIRA, Maria. 2005. “Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica”. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Vol.10, no. 3, p. 669-675. ISSN 1413-8123.

- LATOUR, Bruno. 2000. *Ciência em Ação. Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: editora Unesp.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. 1994. *Antropologia estrutural*. Barcelona: Ediciones Altaya.
- LUZ, Madel T. 1997. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: Novos paradigmas em saúde no fim do século XX. In: Canesqui, A.M. (Org.). *Ciências sociais em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- LUZ, Madel T. 2004. *Natural, racional, social. Razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: Editora Hucitec. 2ª edição.
- MAUSS, M. 2003. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify.
- MACHADO, Lia Z. 2003. “Entre o inferno e o paraíso: saúde, direitos e conflitualidades.” *Série Antropológica n.º 342*: Universidade de Brasília.
- MACHADO, Lia Z. 1999. Sexo, estupro e purificação. In: SUAREZ e BANDEIRA (orgs.) *Violência. Gênero e crime no Distrito Federal*. Brasília: Ed. UnB
- MATSUDA, Laura. M. VICTOR, Ana. C. S., SAAFELD, Silvia M. S. ÉVORA, Yolanda D. M. 2003. “Comunicação verbal de uma equipe médica: percepções e necessidades de visitantes de uma UTI”. *Maringá*. V. 25, n. 2, p.199-206.
- MORSCH, Denise S. DELAMONICA, Juliana. 2005. “Análise das repercussões do programa de acolhimento aos irmãos de bebês internados em UTI neonatal: ‘Lembraram-se de mim!’”. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Vol 10, no.3, p. 677-687. ISSN 1413-8123.
- MOTA, Durval. S. 2004. *A cientifização da acunpuntura médica no Brasil: uma perspectiva antropológica*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-

graduação em Antropologia e Ciência Política da Universidade Federal Fluminense.

NONATO, Ticiania R. 2005. *Humanização do parto no Distrito Federal*. Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade de Brasília.

PAIM, Heloísa. 2001. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE; LEAL. Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

ROHDEN, Fabíola. 2001. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

SAID, Edward. 2001. *Orientalismo. O oriente como invenção do ocidente*. São Paulo: Companhia da Letras.

SCHUTZ, Alfred. 1979. “Bases da fenomenologia”. *Fenomenologia e Relações Sociais (textos escolhidos de Alfred Schutz)*. WAGNER, H. R. (org.). Rio de Janeiro: Zahar Editores.

SIMMEL, George. 1983. “A natureza sociológica do conflito”, in *Simmel*. MORAES FILHO, Evaristo. (org.). São Paulo: Ática, pp.122-134.

TEIXEIRA, Ricardo R. 2005. “Humanização e atenção primária à saúde”. *Ciênc. Saúde coletiva*, jul/set, vol. 10, no3, p. 585-597. ISSN 1413-8123.

TORNQUIST, Carmem S. 2003. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 19, n. 2, p.419-427.

TURNER, Victor. 1988. *El processo ritual*. Madrid: Taurus.

UNSCHULD, Paul. U. 1985. *Medicine in China. A history of ideas*. Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press.

