



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

AMANDA MUNIZ LOGETO CAITITÉ

**A MULTIPLICIDADE DA DOENÇA:
ATUAÇÃO DA DOR CRÔNICA NA ACUPUNTURA E NO BLOQUEIO
LOCAL**

Salvador

2011

AMANDA MUNIZ LOGETO CAITITÉ

**A MULTIPLICIDADE DA DOENÇA
ATUAÇÃO DA DOR CRÔNICA NA ACUPUNTURA E NO BLOQUEIO
LOCAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Iara Maria de Almeida Souza

Salvador

2011

-
- C137 Caitité, Amanda Muniz Logeto
A multiplicidade da doença: atuação da dor crônica na acupuntura e no bloqueio local / Amanda Muniz Logeto Caitité. – Salvador, 2011.
109 f.
Orientadora: Profa. Dra. Iara Maria de Almeida Souza
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2011.
1. Dor crônica. 2. Acupuntura. 3. Dor - Tratamento. 4. Ontologia. I. Souza, Iara Maria de Almeida. II. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

CDD – 615.892

AMANDA MUNIZ LOGETO CAITITÉ

**A MULTIPLICIDADE DA DOENÇA
ATUAÇÃO DA DOR CRÔNICA NA ACUPUNTURA E NO BLOQUEIO
LOCAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais.

Aprovada em 21/12/2011.

Banca Examinadora

Iara Maria de Almeida Souza – Orientadora _____

Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia.

Elena Calvo Gonzalez _____

Pós-Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia.

Monica Angelim Gomes de Lima _____

Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia.

A meus pais

AGRADECIMENTOS

- À Iara Maria de Sousa, por orientar a elaboração deste trabalho com competência, paciência, e dedicação.
- Às professoras: Monica Angelim de Sousa Lima, Elena Calvo Gonzalez e Miriam Cristina Rabelo pelas lúcidas e indispensáveis sugestões.
- Às pessoas do ambulatório de dor pesquisado pela paciência, confiança e disponibilidade em contribuir para o andamento do projeto.
- A minha irmã, Loyana Muniz, por ser sempre fonte de conforto e motivação nos momentos mais difíceis.
- Aos amigos: Mariana Chagas, Guillermo Alas, Rosemary Ladybug, Marcelo Pessoa, Victor Ariel Leal Sobral.
- Aos colegas de turma: Andressa Ribeiro, Laura Machado e Felipe Ramos.
- Aos colegas de trabalho: Israel Rocha, Kelly Fontoura e Rosanita Baptista pelas discussões sempre proveitosas.
- A FAPESB pela bolsa de mestrado.

CAITITÉ, Amanda Muniz Logeto. *A multiplicidade da doença: atuação da dor crônica na acupuntura e no bloqueio local*. 107 f. il. 2011. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

RESUMO

Este trabalho tem como tema principal a dor crônica e o modo como ela acontece em dois tratamentos diferentes: a anestesia local e a acupuntura. Cada tratamento comporta agrupamentos específicos de atores humanos e não-humanos que promovem interações de tal modo distintas que a dor se multiplica, ou seja, é atuada de forma diversa em cada uma das práticas. O objetivo dessa dissertação é descrever como acontece essa multiplicação, adotando como referência a ontologia múltipla de Annemarie Mol. Esse conceito filosófico visa superar a concepção de que a realidade é uma só. Estudar as práticas médicas a partir dele implica em admitir a ausência de um substrato orgânico que garanta ao corpo uma unidade frente aos múltiplos significados culturais. A doença é socialmente atuada em todas as suas dimensões. Dizer isso não significa, contudo, que a dor não existe e é meramente uma “construção” ou um conjunto fragmentado de sentidos sem qualquer relação um com outro. Assim como há práticas que atuam diferentes realidades, existem práticas que atuam a unidade da dor. A dor é mais que uma e menos que várias.

A pesquisa foi realizada num ambulatório situado em um hospital escola de Salvador. O ambulatório funciona todas as terças-feiras à tarde e reúne uma quantidade variada de profissionais de diversas áreas como fisioterapia, psicologia e fonoaudiologia. De todas as práticas pelas quais circulam os pacientes, observei a quiropraxia, o bloqueio anestésico venoso, a acupuntura e o bloqueio anestésico local. Foi nas duas últimas que me detive por mais tempo, acompanhando as atividades dos médicos a partir de uma observação atenta.

Do ponto de vista metodológico, este estudo teve um enfoque qualitativo. A partir da observação etnográfica e da gravação dos atendimentos, foi possível presenciar o contexto de prática sem interrupções diretas. A observação foi realizada de março de 2009 a abril de 2011, não envolveu entrevistas propriamente, mas cada profissional foi ocasionalmente solicitado a falar sobre o que estava fazendo.

Os resultados reiteram o caráter múltiplo da realidade. Em face de arranjos específicos entre humanos e não humanos a dor acontece de formas distintas. Enquanto na acupuntura a doença é atuada como uma experiência pessoal em meio a outras da vida cotidiana, no bloqueio local ela é atuada como sensação isolada, localizada no corpo. Essa multiplicação não leva, no entanto, à fragmentação da doença. A unidade da dor também é atuada através de estratégias que vinculam uma prática à outra. Foram encontradas no ambulatório as seguintes formas de coordenação: o estabelecimento de um requisito único de seleção dos pacientes; a adoção do pressuposto de que a legitimidade da queixa é inquestionável, que a dor crônica é verdadeira; a tentativa de não isolar cada uma das práticas em si mesma, mas fazer com que elas sejam mutuamente referenciadas. Diante dessas formas de coordenação pôde-se concluir que a unidade da doença não existe em si mesma. É atuada através de um conjunto de práticas de tal modo que a doença não se desintegra mesmo frente à multiplicidade de práticas.

Palavras-chave: dor crônica, acupuntura, bloqueio anestésico local, ontologia múltipla.

CAITITÉ, Amanda Muniz Logeto. The multiplicity of disease: enactment of chronic pain in local anesthesia and in acupuncture. 107 pp. il. 2011. Master Dissertation – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

ABSTRACT

The main theme of this work is chronic pain and the way in which it is enacted through two different medical treatments: local anesthesia and acupuncture. In each medical practice different elements, humans and non-humans, engage and interact with each other in specific ways. As a result, two distinct realities take place and pain is multiplied. This work attempts to describe this multiplication and is based on the concept of multiple ontology developed by Annemarie Mol. This concept denies the existence of a solid organic basis underneath the body that would unify it. Therefore, disease is socially enacted in all its dimensions.

The fieldwork for this text is situated in a university hospital at Salvador. The pain center opens every Tuesday's afternoon and provides management of chronic pain by employing various techniques including psychology, fonoaudiology and physiotherapy. After observing quiropraxy, venous anesthesia, acupuncture and regional anesthesia, I decided that the primary focus of the dissertation would be the multiplication of pain in acupuncture and regional anesthesia.

The methodology used was qualitative. It included an ethnographic observation and the recording of clinical encounters collected from March 2009 to April 2011. While attentively observing what happened at the consulting room, I avoided interrupting the practices with direct interviews, but occasionally asked the doctors to describe what they were doing.

The results of this study confirm that reality is multiple and pain is made in distinct ways. The observations made show that in acupuncture chronic pain is enacted as a personal experience among others from everyday life, while in local anesthesia it is enacted as an isolated sensation, situated at a specific place of the body. However, this multiplication does not lead to a fragmentation of disease. Pain's unity is also enacted, this time by strategies that bring together the different practices taking place at the pain center. The following forms of coordination were found: establishment of a single admission criterion; assumption that patient's complaint is always legitimate and must be unconditionally accepted; effort to make the practices relate to one another through common techniques. Therefore, the unity of chronic pain, and of reality itself, depends on practices, it is enacted, not given underneath the body.

Keywords: chronic pain, acupuncture, local anesthesia, multiple ontology.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I	13
ONTOLOGIA MÚLTIPLA DA DOR CRÔNICA	
CAPÍTULO II	30
A DOR NA ACUPUNTURA	
CAPÍTULO III	51
A DOR CRÔNICA NO BLOQUEIO LOCAL	
CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS	103

INTRODUÇÃO

O tema desse trabalho é a dor crônica e seu principal interesse é compreender como o bloqueio anestésico local e a acupuntura, dois tratamentos voltados para o alívio da dor, atuam doenças distintas a partir de interações estabelecidas entre elementos heterogêneos, ou seja, humanos e não humanos. O que se pretende, portanto, é perceber como os atores presentes em cada prática médica se organizam, se relacionam e atuam a dor crônica cotidianamente.

Nesse sentido, é preciso deixar claro que este estudo se diferencia de parte dos trabalhos na área da antropologia médica e da sociologia da saúde. A proposta aqui é estabelecer um diálogo – sem assumir seus pressupostos teóricos – com a literatura e com os modelos teóricos e metodológicos que tem norteado tais estudos, mais especificamente, com aqueles que foram influenciados pela teoria de Arthur Kleinman (1984) de que há uma diferença entre *disease* (doença) e *illness* (enfermidade).

Segundo esse modelo teórico, enquanto a doença corresponde a concepções compartilhadas por grupos institucionalizados da medicina, a enfermidade diz respeito à percepção subjetiva da doença, envolvendo valores e princípios sociais. Essa divisão fez com que, por algum tempo, grande parte das investigações antropológicas em saúde se restringisse ao comportamento do doente, ao entendimento que ele tem da doença ou à sua experiência. Quando passou a se dedicar à observação da medicina, boa parte das ciências sociais se limitou a investigar as práticas médicas em sua dimensão simbólica.

Para que essa delimitação do campo destinado às ciências sociais se tornasse predominante, foi fundamental a segmentação da realidade em duas dimensões, a biológica e a cultural. Essa distinção pode ser encontrada em sistemas teóricos que serviram de alicerce tanto para a sociologia quanto para a antropologia, mas aqui tomamos como referência o modo como ela é subentendida na dualidade *disease/illness*. Ao segmentar o campo da saúde nessas duas dimensões, Kleinman reiterou também uma divisão de especialidades, atribuindo à medicina a exclusividade sobre o estudo do corpo enquanto agrupamento de elementos biológicos. A

competência das ciências sociais ficou, portanto, restrita ao estudo do corpo enquanto base sobre a qual são projetados significados diversos, forjados culturalmente, ou como elemento fundamental da experiência de adoecimento. É essa divisão biologia/cultura que o presente estudo busca subverter.

Seguindo a proposta teórica e metodológica de Annemarie Mol (2002b), essa pesquisa parte do princípio de que acrescentar conhecimentos sobre sociedade, cultura e subjetividade a fatos biomédicos não é a única forma que as ciências sociais têm de abordar o corpo. A partir dos Estudos Sociais em Ciência e Tecnologia, as ciências sociais passam a estudar temáticas que eram prerrogativa das ciências naturais e o que antes era tido como fato, agora é compreendido como realidade feita, atuada, formada enquanto parte de processos sociais. Levar essa abordagem para a antropologia médica significa assumir que, assim como as dimensões simbólicas, as dimensões físicas das doenças são constituídas em meio a processos sociais. Significa em última instância admitir que não há duas “dimensões” e sim múltiplas realidades, todas elas formadas, constituídas socialmente e portanto passíveis de serem estudadas por cientistas sociais. É nesse sentido que essa pesquisa subverte a distinção cultura/biologia e visa a observação da doença tal qual atuada no cotidiano da prática médica.

Desse modo, o interesse aqui não é identificar a forma como os médicos compreendem e criam significados sobre a dor crônica, não é descrever sua perspectiva e visão de mundo e sim observar como os elementos presentes nas salas de bloqueio e acupuntura interagem de modo a formar, construir, atuar a doença nessas duas práticas. O foco do trabalho é a atuação da realidade, os engajamentos práticos e não o conhecimento formulado pelos atores.

É nesse sentido que o estudo se distancia da epistemologia. Um estudo de caráter epistemológico buscaria analisar se uma determinada concepção médica corresponde ou não à realidade ou quais os limites e condições de produção da verdade sobre a doença ou corpo. Por sua vez, uma pesquisa que evidencia a doença e o corpo como atuações subentende que há mais de uma realidade e prioriza a compreensão do modo como cada uma delas é atuada. O corpo não é um só e não

existe em si mesmo. É atuado, feito, trazido à existência em práticas cotidianas. Nesse sentido, em meio às múltiplas práticas sociais que o enredam, o corpo inevitavelmente deixa de ser somente um e se multiplica.

Os capítulos que seguem ilustram como essa multiplicação acontece em dois tratamentos oferecidos num ambulatório voltado para o cuidado de pacientes que sofrem com dor crônica. Após apresentar, já no primeiro capítulo, a perspectiva teórica que dá margem à elaboração do trabalho, deixando mais claro o que se entende por ontologia múltipla, tem início no segundo capítulo a descrição de como a dor crônica acontece na acupuntura.

Neste capítulo, há uma discussão mais elaborada sobre o que possibilita analisar a agência de humanos e não humanos de forma simétrica. Diante da dinâmica da relação entre os elementos presentes na sala da acupuntura, a iniciativa de levar em consideração a agência de não humanos torna-se mais compreensível. No terceiro capítulo, a observação é direcionada ao modo como a dor crônica é atuada na sala do bloqueio local, e pode-se perceber que uma forma bastante distinta de atuação da dor acontece.

Esse desdobramento, essa multiplicação da dor não implica em sua desintegração, já que algumas estratégias de coordenação garantem a atuação da unidade da doença. É a esses processos de unificação que se refere a conclusão do trabalho. Como forma de finalizar, apresento uma discussão sobre possíveis formas de decidir como atuar uma doença, diante de uma multiplicidade de possibilidades. Uma vez destituída do atributo de universalidade, não faz sentido que a verdade continue sendo o elemento norteador das escolhas no campo médico. Se os objetos da medicina são atuados numa variedade de formas, se não há mais um substrato biológico que sirva como justificativa última, é necessário pensar em meios alternativos de avaliação do que deve ser atuado em cada caso.

CAPÍTULO I

ONTOLOGIA MÚLTIPLA DA DOR CRÔNICA

O que é a dor crônica?

A dor é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada com o dano real ou potencial de algum tecido ou que se descreve em termos de tal dano” (MERKSEY & BOGDUCK, 1994 apud KRELING et al., 2006, p. 1). Diferente da dor aguda, que é associada à lesão de algum tecido e deixa de existir assim que a cura acontece ou por meio de medicamentos apropriados, a dor crônica é recorrente, de duração prolongada e geralmente de causa orgânica desconhecida.

O principal critério de diagnóstico clínico da dor crônica é a duração mínima de três meses. Sua persistência leva ao prolongamento e intensificação dos sintomas que acompanham qualquer tipo de dor, como alterações no sono, na libido e no apetite, irritabilidade, indisposição e dificuldade de concentração. Estes sintomas afetam significativamente a qualidade de vida das pessoas que sofrem do problema, na medida em que restringem os papéis sociais, limitam as atividades de trabalho e interferem nas relações familiares e sociais, levando também a prejuízos econômicos (KRELING et al., 2006).

De acordo com essa definição, a dor é uma experiência sensorial e emocional. É localizada, portanto, no sujeito que a sente e a questão do quanto essa experiência está relacionada ou não a uma lesão tecidual constitui um elemento de segunda ordem. A presença da lesão é importante, pode acompanhar a queixa do paciente e ser extensamente investigada através de exames, mas o que conta em última instância é a queixa do paciente.

Dessa forma, se nos contentássemos em restringir nossa observação à descrição da dor crônica tal qual encontrada em artigos científicos, chegaríamos à conclusão de que ela se distancia dos demais diagnósticos da medicina. Enquanto estes são estabelecidos a partir de uma objetificação do corpo através do olhar clínico, o diagnóstico dessa doença seria feito a partir da priorização da experiência através da

escuta, ou seja, da referência ao corpo do paciente como sendo um sujeito que comunica sua experiência de sofrimento. A descrição apresentada acima permite imaginar ainda que qualquer que seja o tratamento oferecido a quem sofre do problema, ele deve levar em consideração a totalidade da vida. A dor altera a experiência de vida do paciente como um todo, interfere em suas relações sociais, em sua capacidade laboral.

O objetivo do presente trabalho é deixar de lado por um tempo o conceito de dor crônica e as conclusões que dele podem ser inferidas, partindo para a observação do modo como ela acontece na prática de um ambulatório exclusivamente dedicado ao tratamento de pessoas que sofrem com o problema. Para isso, serão utilizadas como referência as idéias de Annemarie Mol, estudiosa holandesa cujo trabalho se situa nas interfaces entre filosofia, medicina e ciências sociais.

As idéias apresentadas pela autora no livro “The body multiple” (MOL, 2002b) seguem os passos das pesquisas desenvolvidas pelos Estudos Sociais em Ciência e Tecnologia, mas ao invés de adotar um laboratório como campo, a pesquisa realizada por Annemarie Mol se passa num hospital. Foi este livro que tomei como exemplo para a realização da minha pesquisa.

Em relação a outros estudos em saúde, o livro de Mol se diferencia por ser classificado pela autora como sendo um texto filosófico. Ao definir o livro como um exercício filosófico empírico, Mol evita desde o início que ele seja confundido com um relato de campo em si mesmo e anuncia que o alcance de suas conclusões não se restringe a descrições antropológicas, implicando uma concepção diferenciada da realidade. Toda sua investigação é parte da construção de um discurso que afirma a possibilidade de conceber uma ontologia múltipla, formada por meio de práticas e não como uma instância única sobre a qual se debruçam diferentes perspectivas.

O argumento da autora é que se usualmente, ao fazer filosofia, concebemos a realidade como única e universal é por termos nos habituado a utilizar uma metodologia específica de investigação, que privilegia as idéias, o pensamento. Se ao invés de idéias as práticas passam a ser postas em primeiro plano na investigação filosófica, a realidade se multiplica:

(...) não há mais um objeto passivo único esperando por uma série infinita de perspectivas. Ao invés disso, os objetos passam a existir e desaparecem através das práticas em que eles são manipulados. E já que o objeto de manipulação tende a diferir de uma prática para a outra, a realidade se multiplica. (...) Apesar de os objetos diferirem de uma prática para a outra, há relações entre essas práticas. Portanto longe de necessariamente desmancharem-se em fragmentos, objetos múltiplos tendem a se unir de algum modo (tradução nossa) (MOL, 2002b, p. 4).

Mesmo para os mais familiarizados com os Estudos Sociais em Ciência e Tecnologia há algum estranhamento diante do argumento da autora de que a realidade é mais que uma e menos que várias. O desconforto é quase inevitável, dada a concepção de realidade radicada nas sociedades ocidentais. John Law (2004), parceiro da autora em outros trabalhos, apresenta de modo bastante elucidativo a ontologia que Mol (2002b) subverte a partir de seu estudo.

O autor identifica cinco principais pressupostos subjacentes ao conceito de realidade mais freqüentemente encontrado nas sociedades euro-americanas. Primeiramente assume-se que a realidade existe lá fora, além de nós mesmos. Ela é *exterior*, *independente* de nossas ações e principalmente de nossa percepção. Acompanha essa idéia o entendimento de que a realidade nos precede, é *anterior* à nossa consciência e existência.

Uma quarta concepção é a de que essa realidade exterior é *bem definida*, composta por um conjunto de formas e relações claras, lógicas. O mundo é constituído de exatidão, é uma realidade certa, decidida e também *singular*. É o mesmo em todos os lugares. Um passo adiante no mesmo sentido e chega-se à concepção de que a realidade é *passiva*: ela é constante e permanece a mesma a não ser que haja alguma interferência.

É a esse conjunto de pressupostos que Mol dirige sua crítica. A autora defende que não existe uma única ontologia que seria dada, inerente à natureza das coisas e sim ontologias múltiplas que são trazidas à existência, sustentadas ou abandonadas através de práticas sociais do cotidiano. A realidade é, portanto, múltipla.

Nesse sentido, Mol propõe uma nova abordagem para o estudo da doença pelas ciências sociais. Embora as pesquisas neste campo não apresentem uma uniformidade

teórico-metodológica, elas compartilham o objetivo de compreender o modo como crenças e idéias relativas à doença são apropriadas pelos indivíduos (ALVES, 2006). Seja quando enfatizam a determinação social, seja quando põem em destaque aspectos cognitivos (ALVES, 2006), os estudos sociais realizados na área da saúde subentendem que a doença é uma realidade una, sobre a qual se debruçam diferentes olhares, diferentes perspectivas.

Dentre as teorias que mais ganharam projeção na sociologia da saúde, encontra-se a idéia difundida por Arthur Kleinman (1984) de que há uma diferença entre *disease* (doença) e *illness* (enfermidade). Enquanto a primeira corresponde a concepções compartilhadas por grupos profissionais e institucionalizados da medicina, *illness* diz respeito à percepção subjetiva da enfermidade, que envolve valores e princípios sociais. Essa divisão fez com que grande parte dos estudos sociais em saúde se restringisse ao comportamento do doente, ao entendimento que ele tem da doença ou à sua experiência.

Seguindo a mesma linha de argumentação, Kleinman e Good (1994) passaram a defender que a cultura fornece modelos subjacentes a partir dos quais os indivíduos pensam a realidade e orientam suas práticas. Esses núcleos de idéias sobre a doença foram denominados modelos explicativos, conceito que enuncia a existência numa mesma sociedade de diferentes formas de identificar, explicar e cuidar da enfermidade. Um argumento semelhante pode ser encontrado em Freidson (1970 apud ALVES, 2006), quando o autor afirma que grupos sociais diferentes possuem estruturas cognitivas subjacentes próprias, ou seja, expectativas próprias em relação a processos de cura e adoecimento, o que acaba ocasionando conflitos. Nesse sentido, gradualmente os estudos antropológicos passaram a considerar que o conhecimento médico constitui mais um modelo explicativo histórica e culturalmente situado, também passível de estudo por cientistas sociais.

Essa mudança de foco para abranger também o discurso da medicina deixou intacto, no entanto, o pressuposto de que existe uma doença em si mesma, de que há um substrato biológico sobre o qual esse discurso é formulado. Ao se ocupar apenas do discurso da medicina e de demais grupos sociais e da experiência de adoecimento, a

sociologia não atentou para a possibilidade de falar sobre o corpo físico, biológico e este permaneceu sendo objeto exclusivo das ciências biomédicas.

Os pesquisadores que escrevem sobre dor não se distanciam muito dessa abordagem perspectivista. Seguindo o apanhado que Lima (2008) faz da produção sociológica sobre o assunto, é possível identificar trabalhos que tem como foco o comportamento do doente, evidenciando aspectos sociais, psicológicos e culturais envolvidos na maneira como as pessoas percebem e comunicam a dor. Estes trabalhos relacionam o comportamento do doente a diferenças de faixa etária, classes sociais e etnias (ZIBOROWSKI, 1952 e ZOLA, 1973 apud ALVES, 2007).

Os estudos sobre dor que tem como fundamento o conceito de representação (ALVES, 2006) também devem ser lembrados (AUGUSTO et al., 2008; OLIVEIRA, GAZZETA e SALIMENE 2001; PALMEIRA, 2009). Representações são “sistemas de interpretação”, “visões de mundo” que orientam as interações com o mundo e com a sociedade. Resultam da interiorização de modelos estabelecidos socialmente.

Young (1977) tece uma importante crítica a Kleinman (1984), lembrando que a fala das pessoas, o modo como elas significam o adoecimento não é linear e congruente, mas envolve afirmações contraditórias que são continuamente modificadas e negociadas nas interações sociais. Não existe, portanto, um conjunto sólido e previamente articulado de estruturas cognitivas que orientem a formação de sentido e determinem o formato das práticas sociais. Nesse sentido, ele rompe com as teorias que buscam princípios que subjazem e antecedem as interações sociais, privilegiando as próprias interações e experiências dos indivíduos.

Embora enfatizem os aspectos cognitivos das interações sociais, as noções de representação, a divisão entre *disease* e *illness*, o conceito de modelos explicativos e os estudos que se baseiam na noção de conflito não escapam à orientação teórico-metodológica de base sistêmica desenvolvida por Talcott Parsons (1951, apud ALVES, 2006). Cada um ao seu modo, esses conceitos podem ser compreendidos como desdobramentos da edificação de um campo próprio à sociologia nos estudos sobre saúde, empreendimento atribuído a esse autor. Foi através de seu trabalho que ganhou projeção a idéia de que a doença não é um fenômeno puramente biológico,

mas diretamente influenciado por fatores sociais e culturais que modelam modos específicos de adoecer e curar.

Duarte (1996 apud LIMA, 2005), faz uma revisão detalhada dos estudos sociológicos sobre saúde e identifica dois períodos com orientações distintas. De acordo com seu esquema, as pesquisas citadas até agora estariam situadas ou seguiriam as características da produção realizada entre os anos 60 e os 80. Durante esse período, a preocupação com a oposição natureza/cultura subsidiava a tentativa de enfatizar os aspectos sociais da doença (através do construtivismo) frente ao realismo e ao naturalismo atribuído à biomedicina.

A partir da década de oitenta, vem à cena pesquisas que trazem uma crítica à sociologia funcionalista de Parsons. O foco torna-se a oposição cultura/experiência, e há uma marcante tentativa de superar a oposição razão/emoção ou corpo/espírito. Os trabalhos de Byron Good (1994) sobre experiência de dor, citados em outro momento do texto, podem ser analisados enquanto pertencentes a essa segunda categoria e representam uma ruptura com a tradição funcionalista.

Os estudos sobre experiência trazem o sujeito que sofre para o centro das investigações sobre a doença. As realidades humanas, inclusive as normas e regras sociais são constituídas a partir do mundo da vida, a partir das atividades práticas. Esse modelo teórico exclui, portanto, a possibilidade de pensar a sociedade como uma entidade independente que fornece modelos para as interações cotidianas. Ao contrário, é a experiência do mundo da vida que serve de base para as demais realizações humanas, inclusive as de caráter cognitivo como as representações.

A mesma crítica aos fundamentos da sociologia funcionalista é encontrada no trabalho de Mol (2000, 2002a, 2002b, 2004, 2008) embora a autora pouco se detenha em questões relativas à oposição experiência/cultura. O eixo de seu trabalho estaria na tentativa de superar a dualidade biologia/cultura e a partir dessa ruptura, reformular o objeto de estudo da sociologia.

Nesse sentido, a autora critica os trabalhos que seguem uma orientação sistêmica em pelo menos dois aspectos. O primeiro é quanto ao pressuposto de que a sociedade é

uma instância pré-dada e objetiva, que abriga conjuntos de regras estáveis e conhecimentos ordenados a serem absorvidos por indivíduos pouco ativos. Em contrapartida a essa idéia de sociedade, ela adota como referência a teoria do ator rede, que aponta para a condição de instabilidade e maleabilidade das regras e da realidade social, dispondo-as em meio a associações, redes, alianças, práticas. Essas redes se mantêm não pelo poder de sua coerência lógica, mas por um conjunto de associações mais ou menos instáveis entre uma diversidade de atores.

A outra crítica de Mol (2002b) diz respeito ao modo como as ciências sociais dividem a doença e o corpo em componentes biológicos (*disease*) e psicossociais (*illness*), ocupando-se exclusivamente dos segundos. De acordo com a autora, a condição de materialidade, a dimensão física do corpo pode ser abordada de modo etnográfico, já que é parte de uma atuação social. Do mesmo modo, a atividade etnográfica não é exclusiva ao cientista social, as conclusões, os insights que Mol alcança em seu trabalho foram em grande parte resultado da descrição dos próprios sujeitos envolvidos na pesquisa. Os médicos e os pacientes descrevem como bons ou maus etnógrafos as situações de seu cotidiano. Há, portanto uma ruptura das fronteiras profissionais: é possível falar sobre realidades fisiológicas mesmo não sendo um médico assim como é possível fazer etnografia mesmo não sendo um cientista social.

Como consequência, uma vez adotada essa abordagem cabe ao pesquisador estar presente durante intervenções médicas para aprender como elas são feitas, o que pode causar estranhamento. Como o hospital que sediou esta pesquisa é também uma instituição de ensino, eu acompanhava as orientações dadas pelos médicos com a mesma atenção que os estudantes de residência, rompendo em certa medida com o comportamento esperado de um cientista social.

Partir para o trabalho de campo com essa abordagem implica em enfrentar algumas dificuldades. A linguagem médica não é de fácil assimilação, requer uma iniciação prévia, o que dificulta a observação e a compreensão do que está acontecendo. No entanto, a doença não se confunde com o que é dito sobre ela. O centro da observação deve ser a prática, o que não chega a anular, mas diminui consideravelmente a necessidade de dominar a linguagem médica.

Além disso, há outro motivo para não desistir frente ao desafio de tomar o corpo, a doença como objeto de estudo da sociologia. Mol enfatiza que a ruptura da dualidade doença/enfermidade é não só uma escolha metodológica, como também uma postura política, equiparável à encontrada em outros estudos que buscam superar a dualidade cultura/biologia. Ela admite, portanto, que neste aspecto sua abordagem não é inovadora, mas soma forças a um movimento que já acontece no campo das ciências sociais.

Marilyn Strathern (1991), por exemplo, questiona os estudos sobre parentesco que adotam o pressuposto de que existem variações culturais de uma mesma relação universal biológica de parentesco. Ela chama a atenção de que a própria noção de parentesco já é em si mesma, desde o início, a imposição de um modelo inglês não necessariamente encontrado em outras culturas. Há culturas em que os pais nascem dos filhos, por exemplo.

Donna Haraway (1991, apud Mol, 2002b) se posiciona de forma semelhante, apontando para o risco que acompanha a distinção sexo/gênero utilizada por feministas para escapar do determinismo biológico. Para a autora, dizer que o sexo está ligado ao biológico enquanto o gênero pertence à esfera cultural é algo a ser evitado. Uma vez atribuída ao biológico uma existência em si mesma, aqueles que falam em seu nome terão sempre a última palavra.

Para Mol a distinção enfermidade/doença também implica uma postura política arriscada, já que subentende que cabe exclusivamente à medicina a construção de conhecimento e de práticas que concernem o corpo:

Por que não importa o que seja dito sobre a constituição social do papel do doente, não importa o que seja dito sobre enfermidade, assim que a doença é aceita como uma categoria natural e deixada de fora do campo de análise, aqueles que falam em seu nome terão sempre a última palavra. Seria melhor se misturar a eles, transitar entre eles, estudá-los, se engajar junto a eles em uma séria discussão (tradução nossa) (MOL 2002b, p. 22).

Se não é uma entidade em si mesma, o que seria a doença? Para Mol, a doença é resultado da atuação constante não só de médicos, mas de uma série de atores heterogêneos (humanos e não humanos). Por atuação, Mol entende a contínua

formação, construção, modelagem de um objeto a partir da agência de uma multiplicidade de atores. A autora escolhe a palavra atuação como forma de evitar as controvérsias existentes em torno de outros termos já utilizados nas ciências sociais para designar posturas iguais ou semelhantes à dela.

A palavra *performance* é a que mais se aproxima do que Mol quer dizer com atuação e é encontrada em duas abordagens distintas, a de Goffman (2002) e a de Butler (1990 apud MOL, 2002b). Goffman a utiliza numa transposição da linguagem teatral para o campo da sociologia. Para o autor, o sujeito age como se estivesse em um palco, diante de outros sujeitos que são simultaneamente platéia e co-atores. A identidade apresentada em público é resultado de uma *performance* aparente que se sobrepõe a uma realidade interior, profunda e precedente. O sujeito não se apresenta como é, mas a partir de uma *persona*, de uma máscara.

Nesse sentido, a identidade não é formada a partir da expressão da realidade interna, é “performada” a partir de interações com os outros. Segundo Mol, a sociologia de Goffman faz eco e seria um complemento à psicanálise e outras teorias dinâmicas em psicologia. Em sua crítica, a autora deixa claro que se refere especificamente à teoria de Goffman tal qual apresentada no livro *The Presentation of Self in Everyday Life* (1959) e reconhece que em textos posteriores o autor reformula parte significativa de seus conceitos.

No entanto, no livro em questão Goffman de fato empreende uma distinção entre personagem e ator. O personagem é uma imagem que o ator visa projetar. Essa imagem não deriva dele mesmo e sim de toda a cena, de todos os atributos locais que tornam a interpretação possível; é um efeito dramático que não tem uma localização definida. O ator por sua vez é o indivíduo capaz de treinar e aprender como representar um papel. Nessa tentativa ele experimenta devaneios quanto à representação, sua imaginação pode ser incutida de sentimentos variados, como alegria diante de um possível bom desempenho e ansiedade ou vergonha diante de um possível fracasso (GOFFMAN, 2002).

Para o autor, esses atributos fogem ao domínio da representação: “Estes atributos do indivíduo enquanto ator não são simplesmente um efeito retratado de representações

particulares. São de natureza psicológica e, no entanto parecem surgir da íntima interação com as contingências da representação no palco” (GOFFMAN, 2002, p. 233). Desse modo, Goffman (2002) atribui ao ator uma dimensão psicológica que se origina da representação, mas dela se diferencia, o que Mol (2002b) interpreta como uma distinção entre realidade interior e representação.

Ao desenvolver argumentos filosóficos em torno da questão de gênero, Butler (1990) também usa o termo *performance*, mas de tal modo que a distinção entre realidade interior e superfície desaparece, não há mais bastidores nem cortinas atrás das quais encontrar uma interioridade que escaparia à realidade social “performada”. Os pensamentos, as sensações, tudo que se passa em um indivíduo é igualmente *performance*.

Ao tempo que se distancia da abordagem de Goffman (2002), Butler (1990) se contrapõe também à psicanálise, teoria que defende a existência de um processo de fixação da identidade de gênero que se daria em torno de quatro a cinco anos de idade. Segundo essa teoria, inicialmente existe uma abertura, mas em um determinado momento o gênero feminino ou masculino se estabelece de forma fixa.

Para Butler (1990), a identidade jamais se torna fixa. Ela é simultaneamente sujeita à abertura e à consolidação, a um só tempo volátil e persistente, mas nunca é dada, não pode ser fixada de uma vez por todas. Sua consolidação depende de uma atualização contínua, de um constante investimento de ações do próprio sujeito, de outros humanos e de uma série de materiais. A identidade é desse modo, praticada, agida. O conceito de *performance* tal qual aplicado pela autora poderia ser perfeitamente utilizado por Mol (2002), a autora só escolhe outra palavra para evitar uma associação equivocada com outras teorias das ciências sociais.¹

Outro conceito que se aproxima do que Mol (2002) propõe é o de construção, freqüente nas abordagens sociológicas que se voltam para o estudo de objetos que antes eram prerrogativa das ciências naturais, principalmente nas pesquisas de Bruno Latour (LATOURE e WOOLGAR, 1979) e de Michel Foucault (1993). Cada um ao seu

¹ Goffman e Butler não são os únicos a inserirem o conceito de *performance* em suas abordagens. Para outros estudos, ver Silva (2005).

modo, esses autores defendem que assim como os sujeitos humanos, os objetos são reais porque são parte da prática, eles não têm uma identidade dada, mas passam a existir gradualmente. São voláteis, instáveis e abertos a transformações até o momento em que alcançam estabilidade. A partir de então eles estão sujeitos a tornarem-se novamente controversos, mas enquanto isso não ocorre, são aceitos como fatos.

Outras abordagens que fazem uso do conceito de construção consideram que não é só o passado do objeto que envolve fragilidade, o presente também é marcado por complexidade e instabilidade, sendo que sua identidade varia de um lugar para outro e requer um constante esforço para ser mantida. O mesmo posicionamento é defendido por Latour (2001 e 2005) em obras posteriores, embora Mol não mencione isso em seu texto. A autora também compartilha dessa postura e poderia, portanto, dizer que a doença não é uma entidade em si mesma, mas é construída em meio a interações sociais. No entanto, o conceito de construção pode levar a um sentido bastante divergente do que é visado pela autora. Pode por exemplo, fazer com que o leitor se remeta à abordagem exposta previamente, ou seja, à idéia de que em algum momento o objeto torna-se estável.

Dessa forma, o termo atuação (*enactment*) foi escolhido por não ter servido aos objetivos de outros autores, o que evita um mal-entendido. É utilizado para designar o modo como a existência de uma doença depende da contínua agência de elementos, humanos e não humanos. Uma vez que o modo como esses elementos se organizam variam de um contexto para outro, a pergunta sobre *o que é a doença* deve ser necessariamente acompanhada por outra, sobre *onde ela acontece*. A partir do desdobramento da doença em diferentes contextos, dotados de arranjos específicos entre elementos distintos, a doença se multiplica, ou seja, é atuada de múltiplas formas por esses elementos.

Desse modo, Mol põe de lado o que as pesquisas usualmente buscam investigar, formulando uma nova questão. A diferença entre *disease* e *illness*, bem como o conceito de modelos explicativos, leva à busca do olhar que diferentes atores lançam sobre a doença. Em seus estudos, ao invés de perguntar qual a *perspectiva* dos

diferentes atores, a questão de Mol passa a ser o que eles *fazem*, levando-a a estudar a doença tal qual atuada no cotidiano das práticas de médicos e pacientes. Como resultado, a doença passa a ser uma unidade múltipla, ou seja, ela se desdobra, se multiplica em meio aos diferentes contextos em que as práticas médicas acontecem.

A autora reconhece que sua proposta metodológica é consoante com estudos já realizados no campo dos Estudos Sociais em Ciência e Tecnologia (STS, *Science and Technology Studies*), que tem em Bruno Latour (2005) seu principal representante. Dessa abordagem, a Mol se beneficia não só da metodologia (que prevê o estudo da ciência a partir da observação etnográfica de cientistas em suas práticas cotidianas nos laboratórios e não a partir de seus produtos teóricos acabados), mas também de um conceito-chave: a agência de não humanos.

Em suas pesquisas empíricas, a autora realiza um deslocamento da atuação humana, retirando-a do centro da análise para colocá-la em um lugar a priori indefinido, impossível de ser determinado antes de observar o contexto em questão. Na maior parte dos estudos sociais, a ação humana é tomada como a única em cena, é exclusiva, autônoma. A partir dos STS a agência de objetos é reivindicada enquanto digna de paridade e passa a ser incluída na investigação sociológica.

Para que isso viesse a acontecer, o próprio conceito de ação precisou ser modificado. Numa explícita separação entre agência e intencionalidade, um ator passa a ser qualquer coisa que transforme a realidade, qualquer coisa que participe de sua atuação. A sociedade constitui, portanto, uma rede de interações e atuações constantes entre humanos e objetos (Latour, 2005). É a partir dessas interações que a doença é atuada, ela não existe em si mesma como uma entidade ontológica fixa, mas se desdobra nas múltiplas interações que a constituem.

Foi com fundamento na ontologia múltipla de Mol e na referência à agência de não humanos explicitada acima que defini a expectativa de encontrar duas atuações

distintas da dor crônica, uma a partir da acupuntura e outra a partir do bloqueio local, técnicas que serão mais bem exploradas em breve².

A escolha da dor crônica se justifica pelo modo como ela é apresentada por diversos estudos antropológicos, mais marcadamente pelo de Lima (2007). Ao tomar como referência o que dizem esses estudos, a dor crônica torna-se particularmente interessante, por representar ela mesma um desafio à distinção biologia/cultura, que Mol tanto busca subverter.

Segundo Lima (2007), a dor crônica difere das desordens crônicas em geral, como diabetes e hipertensão, por não apresentar mecanismos fisiológicos conhecidos. Essa particularidade faz com que a doença represente um desafio ao paradigma biomédico, que tem na distinção natureza/cultura um de seus pilares. Já que não é acompanhada de sinais fisiológicos visíveis e mensuráveis, a única forma de reconhecer sua presença é pela expressão subjetiva de intenso e recorrente sofrimento por parte da pessoa que procura ajuda. A dor é por isso mesmo definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada com o dano real ou potencial de algum tecido ou que se descreve em termos de tal dano” (MERSKEY & BOGDUCK, 1994 apud KRELLING, 2006, p. 1).

Segundo Lima (2007), é vasta a literatura que se refere à dor para questionar a concepção da doença como sendo uma entidade ontológica natural, anterior e independente da cultura. Isso a torna especialmente interessante para uma investigação tal qual proposta por Annemarie Mol, já que a mesma distinção natureza/cultura e normal/patológico é também criticada pela autora. Além disso, se por um lado, alguns estudos de Mol tratam de doenças crônicas, o que dá margem a comparações, por outro, nenhuma de suas pesquisas tem como foco uma doença sem substrato orgânico identificado.

O interesse pela dor crônica se deve também ao fato de a doença ainda não ter sido estudada com o método e o referencial que proponho. Os estudos de Mol

² Bloqueio anestésico, conhecido como bloqueio local, é a aplicação de anestésico em regiões dolorosas com o objetivo de eliminar ou aliviar temporariamente a dor. A acupuntura é a aplicação de agulhas em pontos específicos do corpo e pode ter objetivos diversos (a depender do diagnóstico), sendo que é bastante utilizada para o tratamento da dor.

recomendam a observação da prática de forma bastante peculiar, de modo que no início da pesquisa, não havia qualquer garantia de que os resultados encontrados fariam eco aos estudos publicados até o momento. A literatura, tanto médica quanto das ciências sociais, serviu de propulsora inicial para a escolha desse objeto, mas a princípio não havia garantia de que a dor crônica seria atuada como um desafio à distinção biologia/cultura. Uma vez iniciada a observação da doença tal qual atuada no cotidiano, a literatura foi posta de lado, já que a atuação prática poderia ser oposta ao que é atuado conceitualmente pelas ciências biomédicas e ao que concluíram os estudos sociais que até então se ocuparam desse objeto.

Desse modo, a dissertação torna-se interessante por apresentar diferenças importantes tanto em relação aos estudos sociais sobre dor crônica quanto em relação aos estudos que seguem a abordagem proposta por Mol. Cabe agora justificar a escolha das duas formas de atuação: o bloqueio local e a acupuntura.

O ambulatório de dor escolhido para sediar a pesquisa oferece um conjunto de terapias. O ideal seria incluir todas na pesquisa, mas como o tempo de que dispunha era insuficiente para tanto, foi necessário escolher somente duas. Com esse intuito, passei três dias observando cada uma das seguintes práticas: acupuntura, bloqueio local, bloqueio venoso e quiropraxia. Uma vez que havia a intenção de observar como a doença se multiplica, o bloqueio local e a acupuntura foram as práticas que mais se mostraram interessantes, por apresentarem mais diferenças entre si. É o resultado dessa observação que apresentarei em breve. Antes convém fazer uma rápida descrição do ambulatório e da metodologia que serviu de base para a realização da pesquisa.

Local da pesquisa e considerações metodológicas

O ambulatório pesquisado fica em um hospital universitário de Salvador – BA e é referência para o tratamento da dor crônica no estado. Durante dois anos (março de 2009 a abril de 2011), realizei uma observação etnográfica que envolveu o acompanhamento de triagens, conversas com pacientes na sala de espera e a observação de sessões de bloqueio venoso, quiropraxia, consultas clínicas, acupuntura,

bloqueio local, além do acompanhamento das aulas teóricas que acontecem ao fim do expediente. As identidades dos participantes foram mantidas em sigilo e a pesquisa contou com a aprovação do Comitê de Ética do hospital e com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes.

O ambulatório funciona todas as terças-feiras à tarde e reúne uma quantidade variável de profissionais. Por se tratar de um hospital escola a equipe muda constantemente a cada semestre, os estudantes deixam o serviço à medida que terminam de cumprir seus créditos. Contribui também para a rotatividade o fato de que boa parte do serviço prestado ao paciente é voluntário, ou seja, não envolve vínculo empregatício e, por isso, muitos profissionais precisam se dedicar a outras atividades remuneradas no horário de funcionamento da clínica de dor. Além disso, uma vez que o hospital é também campo de pesquisa científica, é comum a interrupção do atendimento no serviço para a finalização de dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Em 2009, assim que dei início à observação, a clínica contava com sete médicos, três psicólogas, seis fisioterapeutas, um quiropraxista, três residentes de medicina do trabalho, uma acupunturista, dois osteopatas, uma instrutora de pilates, uma fonoaudióloga e três residentes em medicina do trabalho. No segundo semestre do ano seguinte a equipe já havia sido alterada, os serviços de osteopatia e pilates haviam sido interrompidos. No primeiro semestre de 2010 mais cinco acupunturistas chegaram a fazer parte da equipe, mas deixaram o ambulatório ao fim de seis meses, de modo que atualmente o tratamento é feito somente por uma médica.

Por maior que seja a quantidade de profissionais, a sala de espera fica sempre muito cheia nos andares onde o serviço realiza atividades. A demanda por atendimento é grande, chega a 130 pacientes por dia. Eles começam a chegar desde o final da manhã, já que muitos moram em cidades do interior e precisam antecipar ao máximo o atendimento para que possam retornar mais cedo às suas casas. Em cada atendimento os pacientes devem apresentar um cartão que recebem no ambulatório. Como sempre repete Ana³, a atendente, o recolhimento dos cartões para estabelecer a ordem de

³ Nome fictício.

atendimento só começa às 13 horas e de nada adianta chegar pela manhã. Ainda assim, os pacientes insistem em chegar bem cedo.

O trabalho de Ana é de grande importância, é sempre ela quem organiza o atendimento dos pacientes, encaminhando-os e distribuindo os prontuários nas salas correspondentes, embora eles nem sempre estejam disponíveis, já que um paciente pode ser atendido por mais de um profissional em salas distintas no mesmo dia. Além disso, mesmo sobrecarregada de atividades é ela quem mais se dedica a responder as perguntas, a lidar com as insatisfações e a ouvir as constantes reclamações dos pacientes enquanto eles aguardam. Ela demonstra ser competente e conhecer em profundidade o modo de funcionamento da clínica, os pacientes e a rotina dos médicos.

O trabalho de atendente não é fácil, a mesa de Ana está sempre ocupada por pilhas de prontuários que precisam ser distribuídos e rodeada por médicos e por pacientes que muitas vezes se aglomeram. Apesar de calma, Ana é também bastante assertiva e transmite um ar de seriedade, principalmente quando se trata de dar limites à insistência dos pacientes, que muitas vezes se exaltam em suas reclamações.

A sala de espera é realmente desconfortável, inadequada principalmente para pessoas que sentem dor. Não há cadeiras suficientes para todos, alguns ficam em pé e o calor é grande. Os pacientes atribuem o desconforto ao fato de o ambulatório ser parte de um hospital público, mas não deixam de reclamar e acreditar que a organização do serviço contribui para piorar a situação, já que todas as práticas acontecem num único dia, levando ao acúmulo de pessoas. Na verdade, a concentração dos atendimentos na terça-feira acontece porque nos outros dias o mesmo espaço é ocupado por outros ambulatórios, não há como ser diferente.

O desconforto não impede, no entanto, que os pacientes conversem entre si sobre as mais variadas temáticas, sendo que a dor é assunto recorrente principalmente entre os recém chegados ao ambulatório. Entre os pacientes mais antigos a diversidade é maior. Algumas pessoas estão na clínica há nove anos, outras há mais tempo ainda, de modo que os vínculos de amizade dão margem à assuntos íntimos, sendo que alguns pacientes chegam a estender suas relações para além do espaço do hospital.

É comum também a conversa sobre os médicos e sobre os tratamentos, o que influencia o itinerário terapêutico de cada um. Os pacientes comentam o modo como experimentam os tratamentos, falam das medicações e sentem algum conforto ao perceberem que sua experiência não é individual, mas compartilhada pelos demais. O desempenho de cada médico também é avaliado, os pacientes ficam sempre atentos ao modo como cada profissional domina ou não uma técnica, o horário em que eles chegam, procuram saber o motivo do atraso e quais médicos faltam com frequência. Uma vez que a opinião dos pacientes conta muito na escolha de quais tratamentos ele deve seguir, a sala de espera constitui um lugar de importantes decisões.

Além da sala de espera, a própria organização do ambulatório influencia o itinerário terapêutico dos pacientes. Existe um consenso de que eles devem circular por diferentes terapias para melhor se beneficiarem do serviço, já que é o trabalho de toda a equipe que levará ao objetivo de diminuir, de aliviar a dor crônica. O número de sessões em cada tratamento é limitado, uma vez cumprida a quantidade estipulada o paciente deve seguir para outro profissional e assim sucessivamente, até retornar ao tratamento inicial. Essa transferência nem sempre é imediata por que nem sempre é possível encontrar uma vaga para o tratamento seguinte. Na acupuntura, por exemplo, depois de pôr o nome na lista de espera, cada pessoa aguarda no mínimo um ano até poder ser atendida.

De todas as práticas médicas por onde circulam os pacientes, observei a quiropraxia, o bloqueio venoso, a acupuntura e o bloqueio local. Foi nas duas últimas que me detive por mais tempo, acompanhando as atividades dos médicos a partir de uma observação atenta. Optei por limitar a interferência na prática de modo a permitir que os profissionais se voltassem para suas atividades sem grandes interrupções. O trabalho não envolveu entrevistas propriamente, cada profissional foi ocasionalmente solicitado a falar sobre o que estava fazendo e o modo como cada um se dedicou a descrever sua atividade variou bastante. Os menos experientes pareceram mais dispostos a falar sobre a prática. De todo modo, a etnografia teve como base a descrição do que os médicos faziam, como pode ser visto nos capítulos que seguem.

CAPÍTULO II

A DOR NA ACUPUNTURA

Todas as terças-feiras, no terceiro andar do prédio do Hospital das Clínicas, pessoas se aglomeram no serviço de acupuntura enquanto aguardam tratamento para a dor. Os assentos não são suficientes para acomodar a todos e a quantidade de pacientes em pé é grande. Há um pequeno ventilador insuficiente para amenizar o calor e uma televisão que pouco recebe atenção já que o volume é sempre baixo. Ao atravessar o corredor que dá acesso às salas de atendimento e entrar em uma delas, a imagem encontrada também evidencia a estrutura precária do prédio. Na sala, relativamente espaçosa, há uma mesa com papéis, canetas, álcool, fichas dos pacientes e um estetoscópio.

Além disso, há uma pia, um recipiente para materiais descartáveis, uma cesta de lixo, um armário, ar condicionado e duas macas. Quatro cadeiras ficam em frente umas às outras, em paredes opostas, enquanto a outra fica quase no centro, em frente à mesa da médica. Cinco senhoras com idade entre 40 e 55 anos aguardam sentadas e em silêncio a chegada da médica para que esta continue o tratamento. Coincidentemente nesse dia todos os pacientes presentes já haviam passado por uma consulta e já vinham fazendo acupuntura há algum tempo no ambulatório. Percebo que duas delas têm o corpo coberto de agulhas, o que somado ao silêncio dá a entender que o sentimento das mulheres é de desconforto.

Mas essa impressão não dura muito. Logo as pacientes retribuem o largo sorriso apresentado pela médica quando ela entra dando início a uma conversa descontraída. Dra. Carla é alegre, dinâmica e tem sempre uma piada para contar. Ela entra na sala e vai em direção à paciente que está sentada na cadeira do lado esquerdo. Enquanto as outras pacientes conversam, ela se prepara para o atendimento. Coloca luvas, pega o álcool em cima da mesa e molha um chumaço de algodão. As agulhas a médica recebe das mãos da paciente, já que o hospital não as fornece - toda semana o representante de uma loja especializada comparece ao ambulatório e as vende para os pacientes.

Como as pacientes já haviam passado pela consulta, a médica sabe de antemão qual o problema de cada uma e como deve proceder. Pergunta somente como está a dor e como foi a semana. Ela puxa uma cadeira e, sentada em frente à paciente, tateia suas pernas. Depois limpa toda a região com algodão embebido de álcool.

Na acupuntura há dois tipos de instrumento, uma agulha propriamente e uma semente bem pequena que pode ou não ser usada no final da sessão. As agulhas são descartáveis e vem cada uma em um pequeno saco de papel lacrado. A médica rasga o saco e de dentro tira um pequeno recipiente de plástico. É como um copo que reveste a agulha e facilita sua aplicação. Ela posiciona o “copo” sobre a pele e, num toque leve e rápido com dedo indicador, impulsiona a agulha para que ela chegue até o lugar desejado.

Assim tem início a distribuição das agulhas que rapidamente se acumulam nos braços, costas e até mesmo no rosto da paciente. Enquanto a médica trabalha, são raras as pausas na conversa e com algumas exceções, o fato ter o corpo coberto de agulhas pouco interfere na expressão de sentimentos e na narração de fatos cotidianos - relacionados ou não à dor crônica - por parte dos pacientes.

Nesse dia, Dona Marta⁴ estava encostada na parede esquerda e conversava com Dona Regina, sentada em sua frente, mas não muito distante. A médica estava entre as duas, aplicando a agulha nas pernas da paciente sentada no centro da sala.

Dona Marta: Olha Dra. Carla, eu queria aquela fisioterapia que Dra. Juliana me indicou e até hoje não chamou.

Dra. Carla: Você tem que falar lá com Itana e ver como é que é. *(Diz a médica enquanto pega algodão e álcool em cima da mesa, puxa uma cadeira e se senta em frente à paciente ao centro).*

Dona Regina: Dra. Carla, qual é a sua especialidade mesmo?

Dra. Carla: Eu sou anestesista.

Dona Marta: Ah, eu me lembro de quando eu estrangulei as trompas o anestesista veio passando éter nas minhas costas e perguntou: “a senhora não vai se arrepender, não?” Eu disse: não senhor, não vou não.

⁴ Todos os nomes de pacientes e médicos foram trocados por nomes falsos neste e nos próximos capítulos, como forma de preservar suas identidades.

Dra. Carla: Você tem quantos filhos? *(A médica pergunta enquanto limpa as pernas da paciente).*

Dona Marta: Tenho três com esse. Tem 28 anos que eu estrangulei minhas trompas. Quem quer ter mais filho? Deus é mais. Eu queria ter uma filha mulher.

Dra. Carla: Como é que tá essa dor? *(Interrompe a conversa com Dona Marta e pergunta agora para a paciente).*

Por que não dar um nome a essa paciente? Paciente: Tá pior. Não sei se é por causa do frio... Eu tô dormindo com meia, bem agasalhada. Eu sinto dor no carpo, na lateral, na cervical terceira, torácica, D, L1, L2, tenho artrose no corpo todo.

Após uma pausa, Dona Marta e Dona Regina continuam a conversar, enquanto a médica distribui agulhas nas pernas da paciente em sua frente e permanece com a atenção voltada para o que ela diz.

Dona Marta: Mulher é melhor que ajuda mais que homem (diz à? a médica enquanto arremessa o chumaço de algodão na cesta de lixo encostada na parede ao fundo). A médica diz ou a paciente diz a ela? Quem arremessa? A médica, eu suponho

Dona Regina: O meu veio um menino, depois uma menina depois outro menino. Pari tudo cesária, tudo!

Dona Marta: Eu sonhava em ter uma filha mulher...

Paciente: Tenho artrose no corpo todo.

Dra. Carla: Você já se aposentou?

Paciente: Ainda não.

Dona Marta para de conversar com Dona Regina e interfere na conversa entre a médica e a paciente:

Dona Marta: Eu não gosto do mês de agosto. Eu me aposentei no mês de agosto. Eu digo ô meu Deus... Eu já não agüentava mais fazer perícia!

A paciente não dá continuidade ao assunto da aposentadoria e volta a falar da dor.

Paciente: Semana passada tava doendo mais, eu tava até gritando. Toda vez que eles me dão alta eu...

Dra. Carla: Volta tudo...

Paciente: Tudo, tudo, tudo, tudo. Fico em cima da cama sem poder me mexer. Tomei um choque aaaa, doeu, viu? *(Representa a sensação de dor sentida durante o choque inspirando o ar com a garganta e emitindo um som).*

Dra. Carla: Foi brabo, foi?

Ela gesticula imitando a expressão de dor, mostrando que sim. Enquanto isso, a outra paciente, Dona Marta continua a conversar com Dona Regina sobre o processo de sua aposentadoria.

Dona Marta: Olha que eu tenho um médico, médico de plano, aí eu continuei com ele. Um médico que mandaram eu ir lá no Irmã Dulce. Ele pediu uma cirurgia de mão e eu tinha que fazer... Ou eu fazia ou ele me dava alta. Quando o médico viu meu exame aí ele falou assim, ah, eu quero que a senhora faça a cirurgia, viu? Ele disse assim... Ele pediu para que eu fizesse a cirurgia não foi... Eu disse assim, olha eu não vou fazer não.

Como pôde ser visto acima é marcante a informalidade das conversas. Cada uma das pessoas presentes parece se sentir livre para tratar do assunto que lhe for mais conveniente, de modo que há uma fluidez na atenção dos interlocutores. Embora esteja concentrada na paciente a sua frente (no que ela tem a dizer sobre a dor que sente e no seu corpo que vai receber agulhas) a médica se volta também para a conversa das outras duas pessoas presentes. Essas, por sua vez, ao mesmo tempo em que mantêm um diálogo paralelo à conversa da médica com a paciente, interferem desde que o assunto seja de seu interesse. Além da informalidade, é visível também a abertura para manifestações de afeto, como ficará claro a seguir.

Entra outra médica, Dra. Bárbara. Ela é a coordenadora do serviço de acupuntura e atende na sala ao lado. Muito animada e alegre, bastante expansiva, sempre vai à sala de Dra. Carla, seja para conversar, seja para pegar algum material. Ela está acompanhada de uma paciente e chama a atenção de todos, como sempre.

Dra. Beatriz: Olha Carla, ela estava com saudade de você!

A médica, que já estava quase terminando de aplicar as agulhas, pára por um instante e se volta para as duas.

Dra. Carla: É... Tá lá com a chefe, né?

Dra. Beatriz: E esse biscoito aqui? De quem é esse biscoito aqui? *(Pega um saco de biscoito que estava em cima do armário).*

Dra. Carla: Não sei não...

Dra. Beatriz: Não sabe não... Então é nosso!

Dona Regina: Hahahaha Dr. Bárbara já se apossou do biscoito...

A paciente que entrou com a médica, Dona Dedé, permanece de pé conversando, enquanto Dra. Carla volta a trabalhar, agora de pé e distribuindo agulhas nos ombros da paciente.

Dona Dedé: Dr. Bárbara, e aquele negócio que eu trouxe a senhora comeu?

Dra. Beatriz: Amei, comi tudo, oxe! Esse negócio de diarreia eu sinto uma fome...

Todos dão risada principalmente a paciente.

Dona Dedé: E a senhora, também comeu?

Dra. Carla: Tudo, comi tudo... Uma delícia!

A paciente ri ainda mais. Dra. Carla agora se levanta e se prepara para tirar as agulhas de outra paciente.

Dona Dedé: Minha nora, minha nora disse assim: “olha eu descobri onde tem o negócio que a senhora gosta de levar pra doutora, é uma delícia”, eu disse, ah eu vou comprar. Mas eu vou vir aqui pra ver as senhoras, viu?

Dra. Carla: Pode vir (*Enquanto puxa cadeira e coloca em frente à outra paciente*)

Dona Dedé: Toda terça-feira se eu pudesse eu vinha.

Uma segunda paciente entra na sala, interrompe a conversa e chama a atenção da médica:

Paciente 2: Ô doutora, eu to aqui com uma caixa de Gapapentina, já tomando dois comprimidos à noite que a senhora mandou e dois comprimidos pela manhã, de doze em doze horas, que eu sou obediente. E eu to com a outra (caixa) que eu ainda não abri... Quando acabar eu posso vir aqui procurar a senhora?

Dra. Carla: Pode vir sim.

A paciente sai, fecha a porta e a conversa continua.

Dona Dedé: Deixa eu dar meu abraço assim, porque eu amo a senhora!

Todos dão risada

Dra. Carla: Dona Dedé! (*A médica diz sorridente, enquanto levanta da cadeira e abraça a paciente*).

Dona Dedé: Depois eu venho aqui perturbar a senhora

Dra. Carla: Pode vir quando quiser que a gente tá aqui.

Dona Regina: Ô minha gente... elas são ótimas.

Dona Marta: Mas esse pessoal aqui ave Maria, eu amo. Minha médica, oftalmologista, ave Maria. Eu sou operada das vistas, graças a Deus, as auxiliares são todas atenciosas, se acontece qualquer coisa, elas ficam “cadê, cadê? O que foi que aconteceu com ela?” Oxe, é bom demais.

Dona Dedé: Fiquem com Deus viu? (*Diz alegre enquanto deixa a sala*).

Dra. Carla: Tá bom. Pode ir, volte quando quiser viu?

A médica se levanta e tira as agulhas dos ombros, da testa e da cabeça. Cada agulha que ela puxa a paciente grita.

Eu: É a primeira vez que você tá fazendo? Nunca tinha visto ninguém gritar de dor... Dói ou não dói?

Dona Marta: Dói um pouquinho mesmo, eu não senti dor porque tomei remédio antes de sair, mas dói.

As médicas também falam de seu cotidiano de forma descontraída, mesmo quando estão em meio a um procedimento. No entanto, nem sempre é possível que elas dêem continuidade a um assunto por que os pacientes acabam levando suas próprias demandas para o centro da conversa. É interessante perceber o quanto situações como essa se diferenciam de consultas médicas em que a fala interrompida é a do paciente. No processo de consulta diagnóstica, não é permitido ao paciente que ele fale livremente sobre qualquer assunto, o médico orienta e delimita o diálogo de modo a obter informações consideradas relevantes.

Na acupuntura, no entanto, os pacientes não só tem liberdade para falar do que lhes parece mais pertinente, como acabam interrompendo as médicas quando elas tomam a palavra para falar de assuntos pessoais. Isso não é feito de forma agressiva já que a circunstância parece solicitar a mudança na conversa. É o caso da paciente que precisa sair e se despedir ou da que se surpreende com uma reação estranha do corpo e precisa perguntar a médica se há algum risco envolvido no procedimento.

Dra. Beatriz: Quando acabar a gente pode ir embora, né Carla?

Dra. Carla: Não vai ficar na aula não?

Dra. Beatriz: Eu não vou porque eu vou fazer meu exame, você sabe qual é, né? Exame de consciência!

Todos dão risada...

Dra. Carla: E você precisa disso Beatriz? *(A médica diz enquanto se prepara para tirar as agulhas de outra paciente: retira as luvas, joga no lixo o material usado, lava as mãos, coloca luvas novas. A paciente continua sentada por um tempo).*

Dra. Beatriz: (cantando) Ando devagar, porque já tive pressa e levo este sorriso porque já chorei demais... Conhecer as manhas e as manhãs o sabor da massa e das maçãs... Não é assim?

Dra. Carla: É boa de cantoria, essa aí!

Dra. Beatriz: Você sabe, eu acordei cinco e meia, fiz o café dele *(do marido)* e disse assim... Eu vou pra cama antes de sair. Aí quando dá oito e meia liga minha secretária desesperada... "Dra. Beatriz! Tem paciente oito e meia!" Eu disse: meu Deus! Aí tomei um banho e a primeira roupa que eu encontrei, eu botei.

A médica puxa a cadeira, senta-se em frente à outra paciente, Dona Rita e começa a tirar as agulhas de suas pernas. Ela se agacha e começa pelos pés. Ao tirar uma das agulhas, o lugar começa a sangrar. A paciente não hesita em interromper a fala de Dra. Beatriz, que muda de assunto e passa a conversar num tom de voz mais baixo, até que para e fica olhando para a

paciente. Depois de um tempo a coordenadora volta a conversar, dessa vez com uma paciente a seu lado.

Dona Rita: É um perigo, né, doutora, pegar na veia?

Dra. Carla: É só saber onde colocar, né?

Dona Rita: Eu achava que colocando a agulha assim ia explodir minhas varizes...

Dr.Carla: É, mas tem que selecionar o lugar pra não romper, né?

Dona Rita: Aqui tem semente ainda viu doutora?

A médica pega a cartela de sementes que a paciente lhe entrega. As sementes ficam presas em adesivos, que são separados com uma pinça. Ela cola na orelha e pressiona. A sala fica em silencio por algum tempo até que a médica começa a falar sobre a época de sua residência. No entanto, logo é interrompida pela paciente anterior, que se levanta para sair. Ela então aproveita a despedida e faz algumas orientações nutricionais, de forma bastante informal.

Dra. Carla: Minha residência foi aqui. Há vinte anos. Eu trabalhava no hospital Irmã Dulce. Na UTI, quando a UTI inaugurou...

Dona Joana: Já vou, viu, tô indo, fiquem com Deus, obrigada viu doutora?

Dra. Carla: Já vai, não é? Mas continue assim perdendo peso... Tá comendo pão?

Dona Joana: Eu? Eu tô!

Dra. Carla: Então tira o pão! Tem que comer fruta, verdura, tira o açúcar, açúcar é mascavo ou estévia.

Dona Joana: E torrada? Eu como torrada.

Dra. Carla: Oxe, torrada é pão disfarçado, mulher!

É possível perceber duas características interessantes na intimidade que perpassa as relações entre as pessoas na sala. Primeiro, chama a atenção o quanto a acupuntura possibilita aos pacientes que eles relatem sua experiência subjetiva através de narrativas e da expressão de sentimentos. É o caso de Dona Marta, que apresento logo a seguir. A paciente não se contém e chora em desabafo ao contar como se sente diante do distanciamento do neto, depois que seu filho se divorciou.

A segunda característica é de alguma forma continuidade da outra. Observei que, livres para falar sobre o assunto que quiserem, os pacientes dificilmente contam histórias em que a dor é o elemento principal, o que vai de encontro ao estudo de Good (1994) sobre experiência de dor. Assumindo uma perspectiva fenomenológica, com referência a Merleau-Ponty (1962, apud Good, 1994), o autor observa que a

experiência de dor adquire tamanha centralidade que extrapola o corpo, indo em direção ao mundo social. Invade com tamanha intensidade as atividades cotidianas, que se torna uma experiência de totalidade e o mundo já não é mais percebido como antes. O doente perde a certeza de que o mundo em que vive é compartilhado pelos outros, já que aspectos antes insignificantes passam a ter importância. O ritmo da vida, que antes era organizado a partir de referências sociais, passa a ser gerido pela presença constante da dor (Good, 1994).

Na sala de acupuntura, no entanto, as histórias relatadas pelos pacientes versam, por exemplo, sobre passeios, reuniões familiares, suas relações interpessoais com cônjuges, filhos e amigos, receitas de culinária, sobre a situação precária do transporte público e também cenas de novela. O mesmo se repete na sala de espera: a dor aparece como mais uma entre as muitas experiências que são temas das narrativas contadas pelos pacientes.

Ainda tomando como exemplo a história contada por Dona Marta, reproduzida no trecho de diário a seguir, gostaria que o leitor observasse que a paciente não se refere à dor. Talvez isso me permita dizer que, guardada a magnitude do sofrimento causado pela experiência, ela não chega a ser totalizadora como afirmam os estudos de Good (1994). A dor aqui não aparece como o que dá forma e orienta as demais vivências da paciente. A distância que foi imposta entre Dona Marta e seu neto é fonte de sofrimento em si mesma. Como a médica observa durante a conversa, ser avó pode ser uma experiência tão significativa que “A gente começa a viver em função dessas histórias (...)”.

Enquanto a médica se senta em frente a Dona Regina para aplicar as agulhas, as pacientes conversam.

Dona Regina: Eu casei cedo, eu construí minha família e tô com ela, tô com ele até hoje. Meu primeiro namorado foi o que eu casei.

Dona Marta: Meu segundo namorado foi o que eu casei.

Dona Regina: Meu filho mais velho tem 31 anos.

Dra. Carla molha o algodão no álcool e passa nas pernas e no joelho de Dona Regina. Da cadeira mesmo arremessa o algodão na cesta de lixo um pouco distante e acerta. Ela sempre acerta.

Dona Marta: Eu tenho 56 anos.

Dra. Carla: As duas começaram cedo (*risos*).

Dona Regina: Mas é bom. Por que os meninos tão nessa idade agora, né?

Dra. Carla: É, deve ser.

Dona Regina: E a gente sai junto. Aí eu saio com Fabiano, ele é bem grandão... Aí ele diz: “mãe, tão olhando”. Eu digo: tão dizendo assim, “ó ali aquela coroa ali ó, comprando leitinho pro menino”.

Dona Marta: Eu também, quando saio com meu filho fica todo mundo me olhando.

Dona Regina: Aí ele diz assim: que nada véia, cê ainda tá enxuta, cê ainda dá um caldo. Mas é bom porque aí a gente tem como brincar com os netos, né?

A médica é bastante habilidosa e faz tudo sem hesitar, parece saber com precisão o lugar onde deve colocar as agulhas e ouvir a conversa das pacientes não a incomoda. Ela faz as duas coisas ao mesmo tempo, sua atenção parece estar simultaneamente voltada para a fala e para as pernas.

Dona Marta: Minha neta mais velha tem 15 anos.

Dona Regina: Eu digo assim pros meus: quero ver quem é que vai me dar um bisneto primeiro. Aí Dudu diz: sou eu minha vó! Tem oito anos... Eu digo, toma vergonha menino. Eu só vou morrer sossegada quando tiver um bisneto.

Dona Marta: Eu tenho três netos, chegando no quarto.

Dra. Carla: É... A gente começa a viver em função dessas histórias, né?

A médica vez ou outra olha para Dona Marta e Dona Regina rapidamente, principalmente quando vai dizer alguma coisa. Seus movimentos lembram os de um motorista que ao mesmo tempo em que dirige um carro, conversa com quem está no assento ao lado. Sua atenção não é reflexiva, ela já conhece a paciente a sua frente e suas demandas.

Dona Regina: É e é tão bom... Eles passam o final do ano todinho com a gente... Eles vem assim que dão as férias no colégio, né? Aí eles só voltam em fevereiro.

Dra. Carla: E vocês vão pra onde?

Dona Regina: Lá pra Arembepe, aí eles ficam lá o tempo todinho com a gente.

Dra. Carla: Ah na praia, né?

Dona Regina: É, na praia.

Dona Marta: Eu tava olhando na internet... (*Dona Marta é interrompida pela outra paciente que continua a falar de seus netos*).

Dona Regina: Aí é boa essa convivência, no dia que eles voltam é um sofrimento... (*Dona Regina olha pra Dona Marta e pára de falar ao perceber sua expressão de tristeza*).

Dona Marta: Eu tava olhando na internet as fotos dele, eu chorei. Desde pequenininho que eu tiro foto e coloco na internet aí eu tava olhando *(começa a chorar, tenta interromper o choro, mas não consegue)*.

A médica, que agora está de pé distribuindo agulhas nos ombros e costas de Dona Regina, pára por um instante e olha pra Dona Marta.

Dra. Carla: Mas ele vai crescer e vai entender...

Dona Marta: É ele vai crescer, eu sei. Só que só depois é que a gente vai poder ver o resultado disso, né? Desse afastamento.

Dra. Carla: Por que a história é dela *(da mãe que se divorciou)*, não é dos meninos.

Dona Marta: Olha, eu não sou perfeita, não, sempre tive problema com meu marido. Mas meu negócio é eu e ele, meus filhos não tem nada a ver com meus problemas, nem de afastar, nem esse negócio. Aí ela *(a ex nora)* pega o menino, leva pra uma casa não sei onde, leva pra dormir não sei onde, o menino fica com várias pessoas que a gente não sabe quem é. Mas a gente não pode fazer nada sabe? Porque, filho é criado com mãe...

Dra. Carla: É, mas tem a guarda compartilhada *(ela se volta novamente para a paciente)*.

Dona Marta: Tem a guarda compartilhada, sabe por quê? A menina que ele tá é novinha.

Dra. Carla: Não vai saber lidar... *(A médica pega uma agulha e coloca no meio da testa da paciente)*.

Dona Marta: Não é o que? Não vai saber lidar, pois é. Olhe eu sempre digo, meu marido não é bom nem ruim, mas sempre eu guardei meu casamento... Sabe por que, pra não dar meus filhos nem a padrasto nem a madrasta criar. Eu fui criada com madrasta. E não foi bom não, viu? Aí eu digo, aconteça o que acontecer Cris, nunca tome Mateus de Simone. Ela vai ter que aprender a criar o filho dela. A não ser que ela rejeite ele. Não queira mais, entendeu? Agora pra ele fazer assim.... Pra... Pra ele tomar o menino, pelo amor de Deus. Mas eu tô aqui e tô só pensando nele. Tem dois dias que eu não vejo ele. Eu fiquei na escada ouvindo que ele tava chorando e eu sou curiosa. Aí eu ouvi. Ela disse pra ele que eu era cão farejadora. Aí ele chegou assim e perguntou "ô minha avó, a senhora é cão farejadora, a senhora tava escutando conversa de mim mais minha mãe foi?" Eu escutei mesmo. Ela disse assim pra ele: "se você descer pra casa de sua avó, eu vou embora e largo você aí, eu vou embora escondida!"

Dra. Carla: Ô gente, fazendo chantagem com o bichinho...

Dona Marta: Poxa, mas me deu vontade de dar um tapa na cara dela, viu? Eu me segurei, sabia? Aí ele desce de cabeça baixa, passa pela minha janela, vai pra escola e não olha nem pra minha cara...

Dra. Carla: É, não é brincado isso que a senhora tá passando, não... É muito difícil, né?

Dona Marta: Já conversei com a mãe dele, falei: não é assim, você se separou de Cristiano, mas não tem nada a ver.

Dra. Carla: Poxa, a criança tá sofrendo...

Dona Regina: E é importante ter essa relação com a avó... A avó é uma ajuda, né? Segura tanta onda...

Dona Marta: Aí eu também... Se ela tá pensando que eu vou cair na dela, não vou não. Aí eu faço suco e digo Mateus, tome suco! Aí chego na escada, ele: "que é, minha vó?" O portão só fica trancado. Ele vai, pega a chave, abre o cadeado e pega o suco pra beber. Eu faço um bocado de coisa e dou a ele, compro xampu e dou a ele, mas não na vista dela. Na vista dela ele passa por mim e baixa a cabeça, nem um oi ele dá. Passa que nem fala comigo (se emociona novamente e começa a chorar). Não fala nem comigo nem com o avô. O avô não liga muito porque homem é homem, homem é diferente, né?

Tão grande quanto o sentimento da paciente por ter perdido o contato com o neto era a atenção com que a médica ouvia essa revelação. Nos artigos que explicam a dor crônica e que indicam protocolos de atendimento, há pouca ou nenhuma referência à dor enquanto somatização de problemas emocionais (BENNET, 2007; COACCIOLI, 2008). Durante o tempo em que estive no hospital não houve por parte dos médicos qualquer expressão de crença de que a dor crônica advenha primordialmente de conflitos psicológicos (apesar de eles serem considerados importantes e de o ambulatório dispor de psicólogos na equipe). No entanto, na sala de acupuntura, conteúdos emocionais são compartilhados por pacientes que encontram no profissional uma escuta atenciosa e alguém com quem manter um diálogo acolhedor.

Para não dar margem a interpretações equivocadas, é preciso deixar claro que não, a médica não atua como psicoterapeuta. Não tem formação em nenhuma abordagem da psicologia (como pode acontecer com profissionais da área de saúde), não estimula os pacientes a falarem de sua vida pessoal através de perguntas e não intervém como condiz a um psicólogo. Parece mais reagir à postura espontânea dos pacientes de tratar dos mais diversos assuntos cotidianos enquanto trabalha com as agulhas.

Seria então a atuação da subjetividade inerente à acupuntura? Mas o que, nesse tipo de tratamento levaria à expressão de assuntos pessoais por parte dos pacientes e à receptividade da médica?

Na literatura sobre a acupuntura (SOUZA, 2008; PALMEIRA, 1998; IORIO, 2007; FISHIE, e WHITE, 2002), encontra-se, com alguma frequência, referência ao contraste que existe entre o paradigma que orienta essa prática e o paradigma que é subjacente à medicina moderna ocidental. Originária da China, a acupuntura é apresentada como

parte de um conjunto de terapias que compõe a medicina tradicional daquele país. Massagem, nutrição, educação da respiração, regulação da sexualidade, fitoterapia, cada uma dessas modalidades de cuidado com a saúde encontra fundamento nos mesmos princípios que regem outros âmbitos da cultura chinesa, como as relações de parentesco, a agricultura, as práticas comerciais, a arte, a política.

Segundo o mesmo argumento, estes princípios são opostos aos da medicina ocidental, que prima pela objetividade e pela distinção entre corpo e mente. Uma vez que é a totalidade do homem que interessa à medicina oriental, a atenção dada pelas médicas ao sofrimento subjetivo dos pacientes não haveria de surpreender. A acupuntura é uma prática que não dissocia o corpo da experiência do paciente, do contexto em que ele vive. A atitude de ouvir as queixas, ainda que estas não sejam diretamente relacionadas à patologia em questão, pode ser facilmente atribuída a uma orientação, a um protocolo condizente com a perspectiva que a acupuntura tem sobre o ser humano e sobre o adoecimento.

Como dito anteriormente, o presente estudo constitui uma tentativa de escapar desse tipo de análise. A primeira saída encontrada é pôr em questão o argumento central dos artigos citados acima: a existência de uma entidade coerente e unificada chamada “medicina ocidental” que se opõe a outra entidade chamada “medicina tradicional chinesa”. Mol (2002) afirma que tentativas de estabelecer uma unidade entre as práticas trazem consigo o risco de cair em abstrações, já que a realidade sempre comporta diferenças e singularidades contextuais que conferem à medicina um caráter múltiplo.

Além disso, deve-se considerar que talvez não exista uma relação de determinação entre paradigma e prática. Ao invés de partir para a observação da prática esperando encontrar a projeção do conjunto de idéias que os atores humanos compartilham, é preciso observá-la em si mesma. Existem idéias, pressupostos ontológicos, epistemológicos e metodológicos. No entanto, eles não bastam para prever o desdobramento de uma técnica. A técnica e o conjunto de significados em torno dela são fatores a serem considerados, mas sempre tendo em vista que eles estão sujeitos

às condições contextuais, à série de elementos que interagem simultaneamente. A agência dos objetos desafia a tentativa de previsibilidade, padronização e reprodução.

Diante da pergunta sobre quem é o ator de um acontecimento social, costuma-se encontrar dois tipos de explicação: na primeira a causa é atribuída ao indivíduo reflexivo, na outra à estrutura social. Latour (2005) argumenta que as duas alternativas deixam incólume o problema da ação, já que elegem como causa entidades auto-explicativas, fechadas sobre si mesmas. Para não cair no erro de adotar a priori entidades que se sobrepõem à realidade empírica, o autor sugere que os elementos envolvidos num acontecimento sejam seguidos e mapeados, criando assim o que veio a se chamar Teoria do Ator-rede (ANT, *Actor Network Theory*).

De acordo com a ANT, a ação é produto de um ordenamento em constante formação entre diferentes atores. Ela se estende infinitamente em uma rede de entidades que proporcionam as existências umas das outras e, nesse sentido, não pode ser atributo intencional da individualidade de um ator nem resultado da força exercida por uma estrutura social. Nenhum ponto da rede pode ser apontado como fonte exclusiva da ação, já que esta envolve todos os seus elementos. Cada um dos atores é também atuado pelos demais, de modo que nenhum deles pode garantir por si só o desfecho do curso de um acontecimento (LATOUR, 2005; LAW e CALLON 1982; LAW e MOL, 2008).

Numa concepção de sociedade como rede de interações, a agência de não-humanos torna-se clara. Em rede, a continuidade de uma ação dificilmente consistirá de conexões exclusivamente entre humanos ou exclusivamente entre objetos. Ao contrário, será heterogênea: envolverá um intercâmbio em que objetos sejam mediadores de relações entre humanos e vice-versa. Não faz sentido, portanto, supor a priori a existência de uma assimetria entre a ação humana intencional e a ação dos objetos. Numa explícita separação entre agência e intencionalidade, um ator passa a ser qualquer coisa que transforme a realidade, qualquer coisa que participe de sua atuação (LATOUR, 2005; LAW e CALLON 1982; LAW e MOL, 2008).

Mol (2002) adota a metodologia e o conceito de ação da ANT em suas pesquisas no campo da saúde, explorando um pouco mais suas implicações filosóficas. Segundo a

autora, se ao invés de idéias as práticas passam a ser postas em primeiro plano na investigação filosófica, a realidade se multiplica, é atuada de uma forma diferente em cada campo de prática.

Desse modo, podemos afirmar que não é a acupuntura em si mesma que garante a atuação da doença enquanto fração de uma totalidade de experiências pessoais. É o modo particular como ela acontece no Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia. Isso não é difícil de entender.

O serviço de acupuntura em questão é parte de um hospital público que possui uma infra-estrutura precária. Oferece duas salas onde, no momento da minha observação, trabalhavam três médicas e três médicos estagiários do curso de especialização em acupuntura. São poucos profissionais para atender a grande quantidade de pacientes cadastrados e há períodos em que o ambulatório conta apenas com uma única médica, Dra. Beatriz, a coordenadora. Desse modo, como na maioria dos hospitais e postos de saúde públicos no Brasil, há no serviço uma tentativa de atender o mais rápido possível o maior número de pacientes.

No caso da acupuntura, a demanda de minimizar o tempo gasto em cada atendimento é mais difícil de ser cumprida, já que a própria técnica requer a permanência prolongada do paciente na sala. Quando ele chega, é questionado sobre como está sua dor e se tem notado alguma melhora nos últimos dias. Depois que responde, ele é convidado a sentar numa cadeira ou deitar em uma das duas macas, preferencialmente destinadas a idosos e gestantes. O médico então inicia a distribuição de agulhas em pontos que agirão especialmente para a dor da qual o paciente se queixa. Essa fase dura aproximadamente de cinco a dez minutos. Após a aplicação, as agulhas devem permanecer no corpo por pelo menos vinte minutos, somando um total de em média meia hora de atendimento para cada paciente.

Meia hora em um serviço público é muito. A média de atendimentos é de 30 pessoas por dia. A lista de espera é grande e após cumprirem as 15 sessões a que tem direito, os pacientes aguardam ao menos um ano até poderem retornar ao serviço. Há de fato uma necessidade de reduzir o tempo destinado a cada atendimento.

A solução encontrada foi fazer o tratamento em grupo. Ao invés de um, ao menos cinco pacientes entram na sala e enquanto o que já recebeu as agulhas aguarda os vinte minutos, a médica cuida do paciente seguinte e assim sucessivamente. As cadeiras são dispostas em frente e ao lado umas das outras e como as agulhas não comprometem a fala, a conversa entre os pacientes acontece de modo espontâneo.

Imagino que em um consultório particular, dificilmente essa cena se repetiria já que o atendimento é individual. O mais indicado na técnica de acupuntura é que o paciente receba as agulhas em uma maca, com o corpo na posição horizontal. O ambiente deve ser silencioso, à meia luz e sem intervenções de outras pessoas.

Mas não é somente a presença de cadeiras e de muitos pacientes na mesma sala que proporciona essa troca de experiências. Ela não seria possível se as médicas impusessem limites à expressão dos pacientes interrompendo o fluxo das falas ou adotando uma postura de seriedade. Ao contrário, tudo no comportamento delas faz com que os pacientes sintam-se convidados a agir de forma espontânea. Elas são alegres, contam piadas, chamam os pacientes por apelidos carinhosos, cantam, assoviam, participam da conversa contando suas próprias experiências. Enquanto distribuem agulhas, as médicas entram também em diálogo, dão opinião e, quando há oportunidade, aproveitam para fazer alguma indicação terapêutica.

Desse modo, não é a técnica em si mesma que possibilita a atuação de subjetividades. Para que a acupuntura levasse à narrativa de experiências foi preciso que o serviço se encontrasse em um hospital público com infra-estrutura precária e grande demanda de atendimento. Foi necessário ainda que a técnica exigisse um tempo prolongado de espera, que as cadeiras fossem dispostas ao lado e em frente umas das outras, que a médica adotasse uma postura de abertura e de participação em relação às conversações estabelecidas entre os pacientes.

A atmosfera de abertura para a subjetividade descrita acima é o que há de mais proeminente, é o que mais se destaca, talvez por acontecer em meio a um contexto de atendimento público em que predomina a rapidez das consultas. No entanto, não é exclusiva. Concomitante à atuação da subjetividade, simultaneamente, acontece a atuação de uma realidade objetiva. A acupuntura atua a dor enquanto objetivamente

situada no corpo. O mesmo contexto multiplica a doença, a partir de elementos diferentes. Os atores atuam simultaneamente, duas realidades distintas. Para tornar compreensível o modo como cheguei a essa conclusão, é necessário falar um pouco mais sobre a abordagem de Mol.

Para a autora, a multiplicação da doença depende de que esta seja atuada por diferentes práticas. A existência de uma doença depende da contínua agência de elementos humanos e não humanos. Uma vez que as formas como esses elementos se organizam variam de um contexto para outro, de uma prática para outra, a pergunta sobre *o que é a doença* deve ser necessariamente acompanhada por outra, sobre *onde ela acontece*. Cada espaço, cada contexto abriga uma prática dotada de arranjos específicos entre elementos distintos e por isso faz existir uma doença diferente. É a partir do desdobramento da doença em diferentes contextos que ela se multiplica.

Dada a centralidade que o espaço representa na multiplicação da realidade, é preciso ressaltar que Mol propõe alternativas à concepção euclidiana, usualmente tomada como a única forma possível de pensar o espaço. Segundo essa concepção os espaços são configurados a partir de barreiras sólidas que agrupam internamente elementos iguais e excluem o que é diferente, formando desse modo, regiões mutuamente excludentes. Para a autora, há duas possibilidades de romper com essa noção.

A primeira é perceber que a diferença entre dois objetos não é construída necessariamente a partir da criação de barreiras sólidas, mas depende da associação de elementos em rede. O modelo da região não dá conta do modo como os objetos chegam a se diferenciar. Um objeto não é confinado a um espaço único, mas circula por diferentes espaços, de modo que dois espaços diferentes podem produzir um mesmo objeto. Nesse sentido, o modelo da região pode ser substituído pelo modelo da rede. A similaridade não deriva da construção de barreiras sólidas, mas da manutenção de uma rede que resulta no mesmo objeto. Ser diferente por sua vez não é mais uma questão de cruzar uma fronteira, é alterar o modo de configuração dos elementos. A diferença acontece se um dos nós se desfaz e a rede sucumbe.

Outra forma de superar a noção de região é a metáfora da fluidez. Há situações em que há uma constante transição entre diferença e similaridade, o ponto preciso em

que a similaridade torna-se diferença não pode ser apontado. O espaço não é mais solidamente determinado, mas muda constantemente, é fluido. Nesses casos a diferença não pode ser marcada por fronteiras, já que é móvel. Também não pode ser resultado de uma configuração em rede por que os laços entre os elementos mudam continuamente e os elementos não são cada um deles necessários.

No caso que apresento aqui, o modelo de região e a concepção euclidiana de espaço são mais uma vez contestados, mas de modo diferente do que encontrei em Mol. Na acupuntura, uma mesma prática, a mesma configuração de elementos atua dois objetos diferentes de forma simultânea: a subjetividade das experiências dos pacientes e a objetividade dos pontos a serem encontrados no corpo. No modelo da fluidez sugerido por Mol, os objetos não tem uma fixação, o ponto de transição em que eles passam a se diferenciar é difícil de ser estabelecido, mas ainda resta alguma alternância entre eles. Na acupuntura, no entanto, não existe um momento de transição, a atuação dos dois objetos acontece ao mesmo tempo em um só espaço, sem que um suceda o outro ou esteja dentro do outro.

Simultânea à escuta e ao estímulo para que o paciente continue a expressar seus sentimentos através de narrativas, o que se vê de imediato na acupuntura é a estimulação de pontos catalogados, com agulhas próprias para a técnica. No exemplo anterior e mais explicitamente no que apresento a seguir, o corpo do paciente é apalpado pelo médico como se fosse um território explorado a partir de um mapa, é atuado enquanto um espaço, um lugar dotado de pontos a serem identificados. Na prática da acupuntura há algo a ser encontrado e não é a subjetividade, a diversidade de experiências, mas lugares, pontos específicos. É assim que concomitante à escuta das narrativas há um mapa a ser analisado e um corpo a ser tocado. Estão em cena a visão e o tato, tidos como símbolos de objetividade na prática médica.

Os chamados acupontos são regiões da pele em que se concentram uma grande quantidade de terminações nervosas sensoriais e cuja estimulação resulta em acesso ao SNC. Possuem propriedades elétricas como condutância elevada, menor resistência, padrões de campo organizados e diferenças de potencial elétrico, sendo por isso, chamados de pontos de baixa resistência elétrica (FISHIE e WHITE, 2002).

A identificação desses pontos acontece a partir de uma consulta prévia, em que a queixa do paciente é associada a uma anamnese envolvendo questões comuns a outros contextos clínicos e questões próprias à acupuntura. É o que explica um dos médicos do ambulatório: “Tem pontos comuns para determinadas coisas e tem pontos mais específicos. Por isso que tem que fazer uma anamnese pra ver. Digamos determinado ponto que eu uso pra você, eu usaria diferente pra ela, pro mesmo problema entendeu? Depende da idade, do modo de vida...”.

Vejamos como a busca pelos pontos acontece, a partir da intervenção clínica de Dr. Fábio, um médico que atua há 30 anos em outra área e está concluindo uma especialização em acupuntura. Ele faz estágio no ambulatório e nesse dia atendia a três pacientes: uma senhora que aparentava 60 anos e estava deitada na maca já com as agulhas na barriga quando cheguei e dois homens adultos que chegaram depois.

A conversa é menos freqüente na sala de Dr. Fábio. O médico demonstra bastante interesse em me explicar o que está fazendo e os pacientes também se interessam em escutar, tanto que às vezes interferem para fazer perguntas.

O médico está parado conversando comigo quando um paciente entra, tira a camisa e senta sem que ninguém peça. O médico faz poucas perguntas: nome, profissão, idade, diagnóstico (o paciente já estava em tratamento no ambulatório com outro médico). Depois disso começa a apalpar as costas, mas não para procurar o ponto de acupuntura, uma vez que estes já foram estabelecidos. São mais de cinco mil, cada um com um nome e com um local já encontrado. O paciente já havia passado por uma consulta de diagnóstico com outro médico. A partir do diagnóstico dado pelo paciente, ele vai até o armário e apanha um cartaz plastificado. É um desenho que lembra um mapa, onde estão situados os pontos de acupuntura mais importantes do corpo. Ele volta para perto do paciente, levanta o cartaz e me mostra.

Dr. Fábio: Olha aqui, veja quantos pontos ó... Só nas costas... Aqui são os pontos padrões. Aqui você tem que ver com quais pontos você vai trabalhar. No caso dele tem o meridiano V e o VB, certo? E o Du Mai, que é justamente o que vai interferir nas dores dele. Não tem todos os pontos padrões aqui, isso é um resumo. O que você tá vendo aqui são meridianos, são caminhos, trajetos que os chineses imaginavam ser de energia e que hoje se sabe que é estímulo elétrico (...). Como é que uma coisa na orelha tem a ver com o rim? O meridiano é isso é como uma coisa se comunica com outra a distância. No caso dele ele tem dor nas costas. Então eu vou pegar o trapézio por que eu quero estimular essa área aqui, né? Mas tem alguns pontos que são próprios, típicos, específicos... São os chamados pontos extraordinários que você vai usando de acordo com a dor. No caso dela mesmo (*aponta para outra paciente*), já tem os pontos certinhos dela, a gente já sabe é só dela.

Eu: É extraordinário, porque não tá descrito ali?

Dr. Fábio: Isso, não tá descrito ali... Você que... Descobriu... Não, mas tá no livro, tá no livro...

Eu: Ah... ta....

Dr. Fábio: Mas não é ponto de meridiano. Os pontos meridianos são aqueles (*aponta para o papel plastificado*) e pontos extraordinários são os que não tem a ver com meridiano. Mas tá no livro.

Eu: O meridiano é o que mesmo?

Dr. Fábio: Meridianos são caminhos, trajetos, que os chineses imaginavam que era de energia e que hoje se sabe que é estímulo elétrico.

Eu: Aqui são os meridianos, não é? (*Eu aponto para o papel*).

Dr. Fábio: É... O meridiano é como uma coisa na orelha tem a ver com o rim, por exemplo... O meridiano é isso, é como uma coisa se comunica com outra a distância.

Além deles há os chamados pontos extraordinários, que não entraram no “mapa”. São estes os que precisam ser identificados a partir do tato e são chamados no ocidente de pontos gatilho, variando de uma pessoa para outra. O médico começa a apalpar as costas do paciente enquanto explica que esses pontos não estão catalogados, precisam ser encontrados em cada pessoa. Cada paciente tem seus próprios pontos extraordinários.

Eu: E quando você pega assim é pra procurar os pontos extraordinários? Você ta procurando?

Dr. Fábio: O paciente disse mais ou menos onde fica a dor, aí você já sabe onde é, você procura um ponto, isso que eu chamo de ponto gatilho é o melhor, mas qualquer lugar que você estimular nessa região, se você conseguir tocar um nervo ou um tendão - tem que ser tendão ou nervo muscular - ele vai ter alívio. Aí ele vai fazer aquele mesmo processo, vai enviar a dor da coluna, corno posterior, vai para o outro lado e sobe. Aí o cérebro devolve uma resposta.

Eu: Aí quando você pega assim é pra...

Dr. Fábio: É pra ver onde tá doendo mais. É, por que já tem os pontos padrões, cada ponto tem um nome, são mais de cinco mil pontos. Mas tem os chamados pontos extraordinários que não é ponto padrão, que não tá mapeado, mas é um ponto que chama ponto gatilho, porque minha dor é diferente da sua, a dele também. A gente vai sempre encontrar uma dor diferente.

Ele observa o desenho, volta a olhar para as costas do paciente, fazendo pressão com a mão em um ponto. Parece satisfeito e, por fim, devolve o mapa ao armário. Ele diz que o ponto é escolhido não de acordo com o diagnóstico, mas de acordo com o lugar da dor:

Dr. Fábio: Se você tem uma dor abdominal você vai utilizar um tipo de ponto. No caso do meu amigo aqui, Marcos, é uma dor músculo-esquelética. A profissão dele, ele é um cara novo ainda... qual é sua idade, amigo?

O médico pergunta enquanto se prepara para aplicar as agulhas. Limpa a região com álcool, pega as agulhas e começa a aplicar da mesma forma que Dra. Carla, só que com menos destreza. Ele demora mais também. O paciente continua sentado, sem camisa.

Marcos: 54, chegando no 55.'

Dr. Fábio: Se ele tivesse hipertensão arterial, diabetes, a gente ia fazer usando outros pontos também. Mas no caso dele é músculo-esquelética. Pra não gastar o dinheiro dele com as agulhas, vou ficar só nessa parte pra aliviar a dor mesmo. *(Ele fala enquanto coloca agulhas nas costas e nos ombros)*. Ele é um cara novo... (...). Vou pegar os meridianos que mexem com toda essa área de coluna, esses telômeros aqui, certo? Não vou usar nem dor abdominal, nem ansiedade, nem raiva, nem ódio, nada, nada, nada. Vou trabalhar só com essa parte pra liberar a dor dele. Serralheiro, né, amigo?

Então, resumindo, o que o médico faz? Ele pergunta ao paciente onde dói e procura com as mãos os pontos extraordinários. Pergunta ao paciente qual é sua idade, seu modo de vida, ou mais precisamente a sua profissão, e se ele tem outras doenças além da dor crônica. Apalpa para encontrar os pontos extraordinários e com a ajuda do mapa encontra os meridianos que deve estimular. A partir daí começa a injetar as agulhas com alguma destreza.

Convém lembrar novamente que o médico acima era um aprendiz, chegara ao ambulatório para aplicar os conhecimentos que estava aprendendo no curso de especialização em acupuntura. Diferente dele, Dra. Carla é especialista há algum tempo e já é bastante habilidosa. Não precisa se referir ao mapa para encontrar no corpo o local onde inserir a agulha, o conhecimento já foi sedimentado, incorporado de tal modo que ela consegue simultaneamente inserir as agulhas e ouvir atenciosamente as narrativas contadas pelos pacientes. É essa habilidade que proporciona a atuação concomitante de narrativa e da dor enquanto localização objetiva dos pontos no corpo dos pacientes.

Desse modo, num mesmo espaço duas dores distintas são atuadas simultaneamente numa mesma prática. Ao mesmo tempo em que põe em questão a universalidade da geometria euclidiana e soma forças ao que foi encontrado por Mol em suas pesquisas, o estudo da acupuntura que acabo de apresentar traz outra forma de atuação de doenças diferentes, a atuação simultânea. Nos estudos de Mol uma realidade sucede a

outra, ainda que de modo tão sutil que o momento exato em que isso acontece torna-se imperceptível. No caso da acupuntura, não há sucessão, a médica atua a objetividade da doença a partir da localização de pontos previamente catalogados no corpo e ao mesmo tempo escuta as experiências relatadas pelos pacientes.

Esse resultado não fora previsto quando dei início às observações, de modo que ainda está por vir a análise central, ou seja, a investigação de como a dor crônica se diferencia em duas práticas diferentes: acupuntura e bloqueio local. A dissertação seguirá, portanto mostrando como a dor crônica é atuada no bloqueio local, se ela se multiplica a partir dos diversos elementos encontrados e como é possível que a doença não se desintegre.

CAPÍTULO III

A DOR CRÔNICA NO BLOQUEIO LOCAL

No capítulo anterior observamos que a dor crônica não é uma entidade em si mesma, independente e singular, assim como o corpo não é uma realidade biológica que serve de base para significações culturais. A doença existe somente a partir de práticas interativas empreendidas por atores humanos e não humanos em contextos específicos. Nesse sentido, ao acontecer em mais de um contexto, a partir de grupos distintos de atores, a doença também se multiplica.

No entanto, durante a observação da acupuntura pudemos perceber que a multiplicação da realidade não requer necessariamente ambientes diferentes. Vimos que um único agrupamento de atores situados num mesmo contexto atua simultaneamente duas doenças. A dor crônica na sala de acupuntura do ambulatório pesquisado é ao mesmo tempo parte da subjetividade dos pacientes e sensação espacialmente e objetivamente circunscrita no corpo. Uma vez conhecida essa forma simultânea de multiplicação, resta ainda compreender como a dor se desdobra a partir da atuação em um contexto que envolva atores e práticas diferentes. É o que este capítulo pretende fazer, a partir da descrição de sessões de bloqueio local, realizadas em outra parte do ambulatório.

Bloqueio anestésico, chamado no ambulatório de bloqueio local, é a aplicação de anestésico local (associado ou não com corticóides, opióides e outros agentes) em plexos, pontos gatilho e/ou pontos dolorosos. O bloqueio local alivia a dor e relaxa concomitantemente a musculatura, sendo parte integrante de um tratamento que pode envolver outras práticas terapêuticas, como medicação e métodos físicos.

Os diferentes tipos de bloqueio são empregados como parte de um tratamento interdisciplinar e são indicados de acordo com as características da dor e com o perfil do paciente no que diz respeito à aceitação do método. A familiaridade técnica dos profissionais também conta na decisão do tipo de bloqueio que será feito, já que nem sempre há profissionais com formação suficiente para atender às demandas de todos os casos.

A sala de espera do bloqueio venoso é ainda mais cheia do que a da acupuntura, pois o tratamento é feito no mesmo andar e horário em que acontecem a consulta clínica e o atendimento psicológico, diferente da acupuntura. A demanda pelo bloqueio local não é menor que a encontrada no ambulatório de acupuntura e o atendimento deve igualmente alcançar a maior quantidade de pessoas no menor período de tempo.

Existem diversos tipos de bloqueio e é desnecessário citar um por um. No entanto, é preciso destacar os que foram utilizados durante o período da minha observação: o de plexo e o superficial. Plexo é um ponto de convergência das ramificações nervosas de uma região determinada do corpo. Quando a dor do paciente é difusa, o bloqueio no plexo faz com que a anestesia irradie pelos nervos e anestesia toda a região, de modo que não é necessário aplicar a injeção em vários pontos.

Como o plexo é mais profundo, ele requer uma agulha própria, de maior comprimento, que deve ser inserida em um local bastante preciso e pontual. O plexo é um ponto bem específico, cuja localização deve ser feita cuidadosamente. A decisão de onde inserir a agulha depende da região onde a dor acontece, mas é predeterminada, para cada região há um plexo correspondente.

Quando as dores são pontuais, o bloqueio é feito nos pontos gatilhos e nos pontos dolorosos. Pontos gatilho são pontos irritáveis, mais sensíveis que outras áreas do corpo e que provocam uma reação de dor quando estimulados. Quando ativos, causam dores difusas ou regionais, compondo síndromes como a fibromialgia e a síndrome dolorosa miofascial. Os pontos gatilho são catalogados, mas de qualquer modo é preciso palpar o corpo do paciente para identificá-los antes de fazer o bloqueio, que tem o objetivo de inativá-los. É o paciente quem diz onde a agulha deve ser inserida, o local não é completamente predeterminado. O médico palpa e faz pressão com o dedo contra o corpo do paciente, que sinaliza quando sente dor. Esse tipo de exame físico pode ser dispensado quando o paciente está em tratamento há muito tempo e o médico já conhece onde ficam os pontos gatilho que acompanham sua dor.

O tempo que cada bloqueio requer para ser feito varia, mas em geral não dura mais que dez minutos. Enquanto na acupuntura várias agulhas permanecem no corpo do

paciente por um tempo considerável, o material encontrado nesta outra sala é de outro tipo. As mesmas agulhas, em média três seringas, são injetadas rapidamente em vários pontos no mesmo paciente e saem de cena logo em seguida. O paciente deixa a sala em cerca de três minutos e o que permanece atuando em seu corpo é o líquido injetado.

Vejamos como isso acontece. O bloqueio é feito por uma equipe relativamente fixa de três médicos, dentre eles um dos coordenadores do ambulatório de dor. Participam também residentes e médicos oncologistas que estão se especializando em anestesiologia ou aprendendo a técnica de bloqueio. Alguns desses médicos e residentes permanecem no ambulatório após o período de aprendizado, mas a maioria deixa o lugar, em parte porque o serviço é voluntário.

Minhas observações abrangeram dois períodos em uma mesma sala. No primeiro, observei por um mês a atuação de Dra. Letícia, uma médica que aprendera a técnica com o coordenador do ambulatório e no momento permanecia como principal terapeuta. Sua habilidade era notável e ela já ensinava a uma residente que a acompanhava. O segundo período de observação durou um pouco mais (dois meses) e foi o próprio coordenador do ambulatório, Dr. César, quem ocupava a sala no momento. Ele tinha a sua volta uma residente, uma estudante de medicina e uma profissional especialista em oncologia que às vezes assumia sozinha as intervenções.

A depender da constituição da equipe, importantes aspectos da atuação da doença podem variar. Nos atendimentos observados durante o primeiro período, com Dra. Letícia, havia uma maior interação com os pacientes e o tempo de permanência era maior que com Dr. César.

No entanto, o procedimento e a organização da sala não tiveram uma mudança significativa de um período a outro. A sala fica logo depois da recepção e é consideravelmente pouco espaçosa, principalmente em relação à quantidade de pessoas acompanhando o trabalho. Na parede à esquerda da porta há uma maca encostada. A sala tem cinco janelas pequenas de vidro que ocupam metade da parede oposta à da entrada, clareando bastante o ambiente. Essas janelas ficam sempre fechadas por causa do ar condicionado. Abaixo de uma delas há uma pia e duas caixas

de papelão próprias para seringas e agulhas, além de uma lixeira de plástico onde são depositados os demais resíduos. Na parede situada à direita da porta de entrada tem um armário e em frente a ele duas ou três cadeiras. Encostada na parede onde fica a porta de entrada há uma mesa e uma cadeira onde os médicos se sentam ocasionalmente.

Sobre a mesa encontro uma bandeja coberta com gaze dividida em duas partes: de um lado fica um conjunto de seringas previamente preparadas por uma funcionária e do outro, ampolas de lidocaína e agulhas ainda lacradas num envoltório de papel. Cada uma das seringas contém a mesma quantidade de soro. Próximo à bandeja encontra-se também álcool, algodão e luvas, tudo sobre um tecido azul. Na metade descoberta da mesa encontro estetoscópio, calendário, caneta e outros papéis. Os prontuários nem sempre ficam na sala.

Um dia encontrei também flores artificiais sobre a mesa. Elas formavam um arranjo com que uma paciente acabara de presentear Dra. Letícia como forma de gratidão. Há algumas semanas ela havia sido admitida para dar continuidade ao tratamento mesmo já tendo esgotado o número de sessões de bloqueio a que tinha direito. Os pacientes mais antigos e aqueles em situação mais difícil permanecem continuamente em tratamento. Quando entro na sala, a médica está agradecendo pelo presente:

Dra. Letícia: Não, não vou deixar aqui, vou levar pra minha casa, você acha que eu ia deixar aqui um arranjo bonito como esse? Muito obrigada querida adorei.

A paciente sorri, abraça a médica e dá lugar a outro paciente, um senhor já de bastante idade. Ele entra num passo desengonçado e caminha mancando diretamente em direção à maca. Ninguém diz nada. Como ele encontra dificuldade ao subir, a médica mostra a escada: "é só puxar". Ele alcança a maca e deita de bruços. A médica então põe as luvas, pega três seringas, encaixa as agulhas nas pontas e aspira um pouco de lidocaína em cada uma delas. Depois vai até o paciente, limpa a região do glúteo com um chumaço de algodão embebido em álcool e com segurança e destreza impressionantes, posiciona a seringa sobre a pele, injeta o líquido rapidamente e retira a agulha logo em seguida. Faz isso sem hesitar em vários pontos da região. Ela parece não pensar onde colocar e se o faz é com muita rapidez. Com cada uma das três seringas fura o paciente três ou quatro vezes em questão de segundos. O procedimento todo dura de um a dois minutos e acontece em silêncio. Uma vez finalizado, a médica pede que o paciente se vista e reclama da ausência de Neila, a assistente de enfermagem que a auxilia na marcação das consultas e organização da sala.

Dra. Letícia: A gente tá sem funcionário hoje, vou ter que fazer tudo sozinha.

Cobre a maca com um tecido descartável e chama o segundo paciente. Ele demora um pouco a chegar, mas uma vez que entra na sala tira rapidamente a camisa e se senta em uma das cadeiras.

Paciente: Semana passada eu senti uma dorzinha leve...

Dra. Letícia: Foi? Que bom!

A médica repete o procedimento: pega álcool e algodão e limpa as costas do paciente. Depois coloca as agulhas nas seringas, aspira lidocaína e em silêncio aplica o líquido na região. Depois de aproximadamente um minuto ela diz:

Dra. Letícia: Tomara que continue assim...

Paciente: Eu me senti tão bem... Mesmo.

Finaliza o processo: joga as seringas fora, o algodão e as luvas. O paciente se prepara para sair e a médica aproveita para dar algumas instruções e chamar o próximo.

Dra. Letícia: Ó, semana que vem, se tiver jogo do Brasil não é pra vir, tá? Neila não tá aqui, você deixa pra marcar semana que vem, viu?

Entra o próximo.

Dra. Letícia: Pode sentar...

O paciente arrasta a cadeira... O silêncio é completo enquanto ela faz o procedimento.

Dra. Letícia: Pronto, pronto. Coloca aqui a perna.

Paciente: Coloquei.

Dra. Letícia: Puxa a perna pra cá. Aí.

Assim que finaliza ela pergunta:

Dra. Letícia: O senhor usa Blacofen?

Paciente: Uso. *Responde o paciente enquanto levanta da cadeira.*

Dra. Letícia: Quantos?

Paciente: Dois.

Dra. Letícia: Usa três! Usa um de manhã, um meio dia e outro de noite, viu? *O atendimento não dura mais que três minutos. A médica vai até a porta e grita do lado de fora da sala, no corredor: Pode entrar o próximo! Volta-se novamente para o paciente que se prepara para deixar a sala: Hoje eu não tô marcando por que não tem funcionário, e se tiver jogo do Brasil semana que vem o hospital não vai funcionar. O próximo que você vai tomar é venoso, né?*

Paciente: É. *Responde enquanto deixa a sala.*

Como pode ser facilmente percebido, o bloqueio local é um tratamento bastante rápido, acontece em torno de três minutos. O silêncio é interrompido por palavras escassas, relacionadas ao efeito do tratamento e à prescrição medicamentosa. A dor é atuada como uma sensação que pode ser interrompida a partir da intervenção em um local pontual do corpo, de modo que saber o lugar da dor é muitas vezes suficiente para determinar onde o procedimento vai ser feito.

No entanto, há algumas situações que fogem à regra e acabam prolongando um pouco o atendimento, levando as pessoas a conversarem mais que o habitual. Ainda assim o acréscimo de tempo por si só nunca é suficiente para abordar outras temáticas como acontece na acupuntura. O prolongamento do atendimento não leva necessariamente à atuação de uma comunicação guiada pela linguagem pessoal, centrada em temas do mundo da vida. Existe um controle da conversa por parte dos médicos e certa urgência em finalizar o procedimento de modo que os diálogos são quase sempre em torno da dor.

Uma das situações que prolongam o tempo de atendimento acontece quando o paciente chegou ao ambulatório há pouco tempo. Neste caso é preciso investigar um pouco mais antes de dar início ao bloqueio, principalmente quando o prontuário não está na sala e o cartão de marcação apresentado pelo paciente é a única fonte de conhecimento prévio de sua condição (o que acontece com alguma frequência).

No outro extremo, o atendimento é prolongado porque o paciente já é freqüentador antigo do ambulatório e a intimidade possibilita a exposição de experiências, do modo como a dor acontece em outros espaços:

A paciente já tinha entrado na sala.

Dr. Letícia: Olha só... é aniversariante, né?

Sara: É amanhã.

Sara é uma paciente que freqüenta o ambulatório há pelo menos oito anos e tem muita intimidade com toda a equipe.

Dra. Letícia: E como é que foi o São João?

Sara: Horrível, muito frio.

Dra. Letícia: Ah, cê tava na fazenda, né?

Sara: É.

Dra. Letícia: E aí Sara como é que foi?

Sara: Foi horrível, voltei no outro dia.

Dra. Letícia: Ué, por quê?

Sara: Ué, não tava me sentindo bem lá.

Dra. Letícia: E aí, seu marido veio lhe trazer foi?

Sara: Foi.

Sara: E essa flor aí foi o que?

Dra. Letícia: Foi que eu ganhei, coloquei aí pra fazer inveja em todo mundo...

Sara: Hahaha!

Dra. Letícia: Quem fez foi Lari, cê sabe quem é Lari? Venha cá, gata... *Ela chama a paciente para sentar na cadeira.*

Sara: É desse pedaço aqui em cima todo até aqui embaixo. Dra. Letícia, amanhã eu faço 31 anos.

Dra. Letícia: Que beleza, pelo menos você tá mais calma, né?

Sara: Quero ver Dra. Letícia que dia você vai me dar a resposta...

Dra. Letícia: Cê pensa que eu esqueci, é? *Falam sobre alguma coisa que só as duas sabem o que é.*

Sara: Não sei...

Dra. Letícia: Esqueci não rs. Agora me fale mais aí do São João...

Sara: Foi bom, mas toda hora um mandava eu fazer uma coisa e mandava eu fazer outra e eu ficava lá, parecendo uma palhaça deitada.

Dra. Letícia: Mas pra que ficar deitada? Não precisa ficar deitada também não.

Sara: E eu vou ficar como em pé, com sono? Todo mundo na agonia? Fui não sei aonde com o menino lá e desmaiei... Qualquer coisinha que eu faço eu me sinto fraca...

Dra. Letícia: Então cê tá usando Fluoxetina e Pamelor, né?

Sara: É.

Dra. Letícia: Pamelor de 50?

Sara: De 50.

Dra. Letícia: Você tá mais calma hoje, né?

Sara: É, mas tá fazendo náusea, viu? Tá fazendo náusea direto. Boca seca, boca seca. E dói toda hora. Foi horroroso esse São João, horroroso. Não agüento mais ficar na casa de ninguém, eu quero ficar em minha casa.

Minha casa eu durmo toda hora ninguém fala nada, eu deito toda hora ninguém fala nada. Na casa dos outros a pessoa se irrita: “será que essa menina não sabe o que tem que fazer não, é?”

A médica ouve, mas não dá continuidade ao assunto.

Dra. Letícia: Eu quero saber o que é que você tá sentindo nessa mão aí...

Sara: Dor!

Dra. Letícia: Tá caminhando, Sara?

Sara: Não.

Dra. Letícia: E por que não tá caminhando? *A médica pergunta com um tom um pouco repreensivo.*

Sara: Porque tô fazendo aula de fisioterapia! *A paciente não se intimida e responde de forma bastante assertiva.*

Dra. Letícia: E o que é que tem a ver aula de alongamento e caminhada com fisioterapia?

Sara: Porque eu chego lá cinco horas da manhã, eu vou nesse horário bem cedo, de tarde e de noite não dá pra ir por que lá é muito perigoso.

Dra. Letícia: E é todos os dias...

Sara: Todos os dias pela manhã.

Dra. Letícia: Aqui também doeu?

Sara: Aqui do lado de cá.

Dra. Letícia: Aqui...

Sara: É desce mais um pouquinho... Aí.

Dra. Letícia: Cadê o desodorante que eu pedi? Não chegou, não?

Sara: Não, eu acho que a caixa foi roubada... Cadê meu cartão, Neila, cê marcou o dos outros e não marcou o meu, pode marcar logo.

Dra. Letícia: Êta Sara...

Neila (Assistente): Essa Sara é brincadeira? Aiai...

Quando o contrário acontece e o paciente é recém admitido, o tempo em que ele permanece na sala também é maior, principalmente se os prontuários não tiverem chegado. É preciso investigar um pouco mais antes de dar início ao bloqueio, e o paciente precisa falar mais sobre a dor que sente e os tratamentos a que tem se submetido:

Dra. Letícia: Próxima! *Entra uma paciente de muletas, com alguma dificuldade de sentar na maca. A médica não a reconhece e não sabe o que fazer nesse caso. Qual é mesmo o seu bloqueio? Eu acho que você é uma paciente que César trouxe aqui, né? Ela lê o cartão que a paciente trouxe.*

Paciente: Não...

Dra. Letícia: Eu achei que você fosse uma paciente que César faz bloqueio de plexo lombar... *Ela pergunta à assistente:* Tem uma agulha 22 aí pra eu pedir a César pra fazer um bloqueio de plexo? Semana passada não teve, vê se arranja.

Eu intervenho e faço uma pergunta para que ela me fale mais sobre esse tipo de bloqueio, mas ela não tem muita paciência de responder e volta a conversar com a paciente.

Eu: Qual é a diferença entre esse bloqueio e o outro?

Dra. Letícia: Esse tipo específico de bloqueio eu não faço por que Dr. César tem mais experiência do que eu. E eu acho que é um bloqueio que melhora assim por que mantém... *A médica interrompe bruscamente o que ela mesma estava falando e se volta para a paciente:* Cê tem hérnia de disco? Já foi operada?

Paciente: An han.

Dra. Letícia: E tá andando assim por conta da hérnia de disco, é isso? Tem quanto tempo que começou sua dor?

Paciente: Tem dois anos.

Dra. Letícia: E como é, me fale da sua dor aí.

Paciente: Esse pedaço parece que vai soltar. E fica... Dormente. Agora não tá muito dormente, não...

Dra. Letícia: Irradia pra essa perna... *Aponta para a perna esquerda.*

Paciente: É. Só pra essa aqui. Aí dói aqui assim, esse pedaço todo até aqui embaixo e meu dedo grande fica dormente o tempo todo. A dor é assim, fica dormente. Antes ficava o pé todo e a perna toda dormente, agora melhorou. A dor é muito grande.

Dra. Letícia: Tire seu casaco e deite de lado de costas pra mim vá, de frente pra lá. Cê vem de blusa branca vai sujar, por que fica sangrando... Se tiver mais de uma furada então. Cê é diabética?

Paciente: Não

Dra. Letícia: Qual é sua idade?

Paciente: 59 anos

Dra. Letícia: Você entrou nessa triagem agora?

Paciente: Não, final do ano passado.

Dra. Letícia: E cê tá usando o que de medicação?

Paciente: Ele passou dessa vez Cizax.

Dra. Letícia: Quem é o médico que tá te acompanhando?

Paciente: A última consulta foi com Dr. César, porque era com Dr. Igor, Dr. Igor mudou pra outro aí eu não vi mais ele.

Dra. Letícia: Sim... E você só me falou de uma medicação, é uma só que você tá usando?

Paciente: Não, tem Baclofen e outro remédio assim... É que eu não me lembro o nome. Dois, um que era pra passar a dor e o outro eu acho que era pra relaxar. Sempre dois, só não sei o nome.

Dra. Letícia: Tem algum amarelinho?

Paciente: Não.

Enquanto a assistente chama Dr. César, médico que vai auxiliar no bloqueio, a residente entra novamente na sala e começa a conversar informalmente com a médica que mostra um colar que havia comprado.

Dra. Letícia: Ah, eu não trouxe do verde, mas esse é lindo, olha!

Residente: Aaaaah que lindo, how much? How much?

Dra. Letícia: Faz assim, pode ficar com esse. Vamos marcar, você não mora na Pituba? Sabe onde é a Sigma?

Residente: Ah sei, vamos marcar sim, é lindo esse. Brigada, Letícia...

Dra. Letícia: De nada querida!

É interessante pontuar que o mesmo espaço que circunscribe a atuação da dor possibilita agora a troca de conversas pessoais, Dra. Letícia deixa por algum tempo sua função de médica e atua outra realidade, a de amiga da moça que acabara de entrar na sala. Em um momento anterior a médica havia combinado de mostrar à residente um colar que ela comprara em uma loja. A residente entrou na sala somente para ver o colar, de modo que enquanto as duas conversam a realidade da paciente fica em suspensão, voltando a ser atuada em seguida quando a residente sai e entra o médico que orientará o bloqueio.

Dr. César chega sem dizer nada e com expressão séria começa a apalpar a região lombar. Limpa toda a região e depois injeta o anestésico de uma forma que incomoda a paciente.

Paciente: Aaaaaiii...

Dra. Letícia: Ela tá andando de muleta César, por causa da hérnia de disco, por causa da dor. Agora não sei, ela é até uma paciente que você podia trabalhar pra pensar em uma anestesia mais apropriada.

O médico interrompe o silêncio e se dirige à paciente para perguntar algo que remete a sua experiência para além do ambulatório.

Dr. César: Tá de muleta? Tem alguém pra acompanhar se precisar?

Paciente: Tem meu irmão, ele tá aí.

Por um breve instante outra realidade é atuada: não é mais a dor, não é mais o lugar específico onde o bloqueio será feito que aparece em cena, mas uma pessoa. O mal-estar que a paciente sentirá após o procedimento leva o médico a desconsiderar por um instante o lugar da aplicação do anestésico e centralizar sua atenção no modo como ela vai para casa, se ela está acompanhada ou não, ou seja, no mundo da vida, no cotidiano da paciente.

Mol utiliza uma metáfora fotográfica para expor como compreende situações desse tipo, tão freqüentes na prática médica. Ela explica que se o médico tivesse uma câmera fotográfica em mãos, a mudança operada não seria de zoom, mas de objeto. Ou seja, quando a realidade da pessoa entra em cena não é por meio de uma ampliação da área da imagem inclusa na fotografia, mas através da mudança de posição da câmera: outro objeto é enquadrado. Imaginar que a mudança operada ao levar em consideração o cotidiano do paciente é uma mudança de zoom implica em assumir de antemão que existe uma totalidade formada pela junção da pessoa e da realidade física e corporal. Nesse caso, a totalidade do paciente não pode ser alcançada sem que se tenha em consideração sua experiência de adoecimento.

Comum em estudos sociológicos e antropológicos sobre a relação médico-paciente, essa interpretação serve de base para tentativas de humanizar a medicina, entendendo-se por humanização a inclusão da subjetividade do paciente no conjunto de cuidados que competem ao médico.

O modelo biomédico é encarado como um referencial reducionista que direciona a formação médica ao privilégio da técnica e que pouco contribui para o desenvolvimento de uma escuta sensível das queixas e da realidade vivencial do paciente. Segundo essa interpretação, o modelo biomédico leva a uma valorização exacerbada da anatomia, da patologia clínica e da fisiologia, que resulta em um tratamento despersonalizado. A relação humana entre pacientes e médicos é corrompida, o que acaba afetando a eficácia do atendimento.

Barry (2001) realizou um estudo que buscava verificar se a referência ao mundo da vida é de fato necessária para que uma consulta médica seja eficaz. Ele toma como referência o trabalho de Mishler (1984 apud Barry, 2002), que tem como base a teoria

da ação comunicativa de Habermas (1984 apud Barry, 2002) e utiliza duas categorias para classificar a linguagem utilizada na relação entre médicos e pacientes: a voz do mundo da vida e a voz da medicina. A primeira categoria corresponde ao que Schutz (1962) chama de atitude natural, é o tipo de comunicação fluida e aberta que acontece nos eventos e relações pessoais cotidianas. A linguagem médica é considerada uma distorção desse tipo de comunicação, uma vez que a fala no contexto clínico é usada de forma instrumental, ou seja, o conteúdo e o tempo da conversa são controlados e limitados pelo médico de modo a cumprir objetivos técnicos previamente traçados. Na linguagem médica há um uso racional e estratégico da comunicação.

Com base nessas duas classificações, Barry (2001) identificou quatro padrões de comunicação entre médicos e pacientes: Estritamente Médico (médico e paciente usam exclusivamente uma linguagem médica), Mundo da Vida Bloqueado (o médico usa uma linguagem técnica e impede qualquer tentativa do paciente de falar com a voz do mundo da vida), Mundo da Vida Ignorado (o paciente fala na linguagem do mundo da vida livremente e o médico escuta, mas leva em consideração somente os aspectos que podem ser enquadrados tecnicamente) e Estritamente Mundo da Vida (médico e paciente se comunicam de forma fluida, com referência constante ao mundo da vida).

Os dados da pesquisa de Barry (2001) levaram à conclusão de que os mesmos médicos adotavam uma linguagem ou outra a depender de cada caso, de modo que um ou outro padrão se estabelecia a partir do problema apresentado pelo paciente ou a partir de outras contingências. De acordo com esse estudo, a eficácia das consultas se relaciona mais com a adequação da linguagem do médico à demanda do paciente que com o emprego categórico da linguagem do mundo da vida. Curiosamente, o tipo de relação que se mostrou mais eficiente clinicamente foi a que correspondia ao padrão Estritamente Médico, desde que guardadas certas condições. Se o problema do paciente envolvia somente questões físicas, o uso de uma linguagem puramente técnica não resultava em insatisfação ou prejuízo. Ao contrário: quando os pacientes não tinham necessidade de relatar ao médico problemas outros que não os de caráter fisiológico, o uso exclusivo da linguagem médica resultava em uma consulta considerada bem sucedida por ambos.

Ainda falando do padrão Estritamente Médico, a insatisfação acontecia quando os pacientes tinham demandas e preocupações relacionadas ao mundo da vida, mas deixavam de comunicá-las como forma de atender às expectativas do médico, ou por algum outro motivo. Em um desses casos, a omissão de dúvidas quanto ao uso de antibióticos acabou levando ao sentimento de insatisfação por parte do paciente, que sofreu efeitos colaterais que podiam ter sido evitados e também por parte do médico, que constatou que a prescrição não foi feita da forma mais adequada.

Nesse sentido, o estudo de Barry (2001) reitera a relevância da atenção ao mundo da vida, mas diverge de que esta seja a única forma de se obter um tratamento eficaz. O autor faz ainda uma crítica ao uso indiscriminado do termo desumano para caracterizar os encontros clínicos baseados unicamente na linguagem médica. Desumano é segundo ele uma palavra demasiado forte, que pode ser facilmente associada a outros termos como insensível, não civilizado e também à idéia de violação dos direitos humanos. Pode ao mesmo tempo implicar numa postura de julgamento em relação ao profissional. Ele lembra que um dos atributos positivos da teoria de Habermas é que ela possibilita pensar a distorção comunicativa no encontro clínico não como fruto de uma atitude moralmente equivocada do médico. Os médicos agem de boa fé e buscam satisfazer as expectativas do paciente. A distorção comunicativa normalmente acontece sem que nenhuma das partes esteja ciente dos problemas que isso pode vir a ocasionar.

Mesmo considerando que não é esse o sentido que comumente acompanha o uso da palavra humanização, é importante reconhecer que há limites para a crítica à medicina. É preciso considerar todos os benefícios da ciência moderna, como a redução do sofrimento por meio da anestesia, a redução da mortalidade infantil, das epidemias, das mortes ao nascimento e assim por diante. Tendo em consideração o fato de que os meios para atingir a eficácia médica não podem ser definidos de forma categórica, a pergunta sobre até que ponto os tratamentos destinados ao cuidado da dor crônica devem necessariamente se referir à experiência dos pacientes deixa de ter uma resposta imediata. No entanto, é forte o consenso entre os profissionais do ambulatório de que a referência à experiência é a melhor forma de realizar o tratamento, seguindo a recente busca de mudança de valores no meio médico.

Segundo Caprara e Franco (1999), a defesa da criação de novos valores que orientem uma nova prática da medicina pode ser encontrada já na década de 50, na crítica feita pelo médico Karl Jaspers (1991 apud Caprara e Franco, 1999) ao modo como a psicanálise se apropria da subjetividade humana e como a medicina desenvolve um interesse apenas periférico pela dimensão sócio-psíquica do sofrimento dos pacientes. Na década de 60 essa crítica ganha novas nuances a partir dos estudos de Talcot Parsons, do surgimento da psicologia médica e do desenvolvimento de um movimento pelo direito dos pacientes, organizado a partir de estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde.

O texto de Boltansky (1979) sobre as dificuldades de comunicação entre médico e paciente devido à diferença como cada um se refere à doença influenciou muitos trabalhos no Brasil. São citados também os relatos de médicos que descrevem suas experiências de adoecimento, quando passam a ocupar temporariamente o lugar de paciente e se defrontam com a incômoda despersonalização que o serviço de saúde acarreta.

Também contribuíram para a projeção da atual busca de humanização da medicina os estudos de antropologia médica realizados por Arthur Kleinman (1980, 1988), Cecil Helman (1994), Byron Good (1994), Gilles Bibeau (apud Caprara e Franco, 2009) e Allan Young (1976). Esses autores ressaltam o modo como aspectos culturais tangenciam a relação entre médico e paciente, criando entre eles diferenças de referencial que influenciam diretamente a prevenção, intervenção e prognóstico do tratamento. De acordo com os autores, para ser eficaz um tratamento depende da adesão do paciente, o que pode ser mais facilmente conseguido se o médico adotar uma postura atenta aos componentes culturais da doença, ou seja, às práticas de cura populares, à experiência pessoal do doente e à interpretação dada por sua família.

Os estudos acima e tantos outros por eles influenciados partem, portanto, de ao menos dois pressupostos: o primeiro afirma que a prática médica é orientada por um modelo, o modelo biomédico. O segundo pressuposto é o de que o paciente é uma totalidade constituída de aspectos bio-psico-sociais. Contrariando essas afirmações,

Mol argumenta que não há uma entidade solidamente estabelecida que corresponda ao que se chama biomedicina.

Como aponta Payer (1996), a prática médica não se assenta em parâmetros científicos internacionalmente unificados, a observação etnográfica do modo como uma mesma especialidade é praticada em diferentes países ocidentais aponta para diferenças fundamentais não só nas formas de ministrar o tratamento (que em alguns casos chegam a ser opostas), como na escolha do tratamento oferecido.

De modo semelhante, para Mol o paciente não existe enquanto uma totalidade que depende do desenvolvimento de uma perspectiva adequada por parte do médico para ser revelada. Levar em consideração a experiência do paciente não significa acessar sua totalidade, não há razão para afirmar que a realidade subjetiva é mais complexa que a fisiológica ou apresenta mais atributos de totalidade. Retomando a metáfora fotográfica, quando um médico se volta para a experiência de um paciente o que ocorre não é uma ampliação da área observada. O que acontece não é o deslocamento do olhar de uma parte do objeto para sua totalidade e sim uma alteração da posição da câmera, que sai de um assunto e se volta para outro, cuja existência não depende apenas do olhar.

Nesse sentido, a atuação da pessoa do paciente não pode ser encarada como conseqüência natural de uma mudança de valores, mas como algo que acontece a depender do modo como se configura o campo de prática, o contexto em questão. O cotidiano, a vida do paciente é outra realidade, distinta da parte do corpo onde a intervenção médica deverá ser efetuada. As duas realidades são totalidades complexas ao seu modo e dependem igualmente de uma série de elementos para vir a existir. Enquanto permanecem sendo atuadas, cada uma delas é uma totalidade em si mesma.

Seria equivocada, portanto, a afirmação categórica de que a biomedicina é reducionista e exclui a totalidade do paciente. Na prática médica o que acontece é uma transição entre uma realidade e outra, uma alternância entre uma totalidade e outra, cuja freqüência varia de acordo com os elementos heterogêneos que interagem de forma particular em cada contexto.

No caso aqui apresentado, a técnica de bloqueio interfere de modo especial na locomoção da paciente. Devido à hérnia de disco, ela faz uso de muletas e pode se sentir ainda mais frágil após o procedimento. É esse contexto que leva à necessidade de atuar a paciente enquanto pessoa, que leva os médicos a se referirem ao seu cotidiano. Após essa breve referência, uma vez esclarecida a questão quanto ao modo como a paciente retornará para casa, a realidade atuada volta a ser o corpo, agora simultaneamente objeto de intervenção médica e instrumento de ensino e aprendizagem:

A médica tem intenção de aprender o tipo de bloqueio e sua atenção se volta por completo para os movimentos de Dr. César enquanto ele apalpa a coluna da paciente.

Dra. Letícia: L4 L5, quatro centímetros, não é isso?

Dr. César: Espera. É aqui ó... Cadê a régua? *O médico pega uma régua flexível e a apóia na crista ilíaca, no quadril, para encontrar o lugar onde a agulha deve ser inserida. A agulha é especial, bem comprida e mais grossa que a utilizada nos bloqueios até então observados. Entre três centímetros... Aqui. Cinco centímetros pra cima. Entendeu? A agulha tem que entrar perpendicular à pele.*

Dra. Letícia: Perpendicular? É assim...

Dr. César: Isso, perpendicular assim mesmo.

Desse modo, duas realidades podem ser atuadas, a depender do modo como se configuram os elementos em contexto. É importante perceber também que além da espacialidade da dor no corpo do paciente e da pessoalidade, outras atuações podem ser observadas durante a prática, como a dor enquanto singularidade e a dor enquanto generalidade. Essas atuações acontecem ao longo do processo de escolha do melhor tratamento para cada paciente e ao longo do processo de aprendizado de uma técnica.

Existe mais de uma técnica de bloqueio local e nem todos os médicos são habilitados a responder de acordo com todas as demandas encontradas no ambulatório. Além disso, cada uma das técnicas pode passar por aprimoramentos, por atualizações, de modo que o cotidiano da clínica é marcado por um aprendizado contínuo, propiciado pela colaboração entre os médicos. Como visto acima, o coordenador do ambulatório parece adotar com mais proeminência essa função de levar aos profissionais as

inovações da área, que ele aprende em apresentações em congressos ou desenvolve a partir de sua própria prática no ambulatório.

Como lembra Mol (2002), a comparação entre diferentes tipos de tratamento com o objetivo de estabelecer qual deles é melhor em cada caso torna-se complexa quando se trata de doenças crônicas. Não é possível adotar como parâmetro o número de pacientes curados, já que nenhum tratamento leva à cura. Cada tipo de cuidado traz vantagens e desvantagens e isso dificulta o estabelecimento de parâmetros comuns de análise. É interessante perceber que dada essa dificuldade, a escolha da técnica a ser empregada em cada paciente, as pesquisas científicas e as tentativas contínuas de aprimorar o serviço do ambulatório acontecem de duas formas distintas.

A primeira atua a singularidade, no sentido de que a dor de cada pessoa é única. Isso acontece quando um paciente é admitido no hospital: ele passa por diversos procedimentos até descobrir qual deles diminui com mais eficácia a intensidade e o período em que a dor acontece. Frente à impossibilidade de determinar previamente que tratamento será mais eficaz para cada paciente, a vivência do paciente é fundamental na determinação de qual tratamento é mais apropriado diante do escopo oferecido pelo ambulatório.

Depois desse período inicial de experimentação, a singularidade da dor continua sendo atuada seja qual for o tratamento escolhido pelo paciente. São feitos ajustes contínuos em relação à medicação e uma vez que cada tratamento apresenta uma grande diversidade de técnicas, novas experimentações são feitas.

No entanto, essa pesquisa acontece também no sentido contrário, de criar generalizações para determinados casos, ou seja, de criar protocolos de atendimento que possam ser publicados em periódicos científicos, ou de aplicar no serviço protocolos aprendidos em congressos e artigos. Nesse caso é interessante perceber que o paciente tem pouco poder de decisão, já se sabe de antemão que técnica é mais apropriada ao seu caso. Diante da queixa apresentada e do protocolo, o especialista em questão saberá, dentre todas as técnicas de um tratamento, qual será mais eficaz, a que trará um resultado melhor. A dor do paciente é como a de outros que compartilham a mesma condição.

Segundo Berg (1998), o protocolo é uma ferramenta que interfere na ação dos profissionais evitando as variações e os contratempos que possivelmente aconteceriam se a todo o momento houvesse a necessidade de pensar sobre uma determinada situação e articular racionalmente uma decisão. Nesse sentido, o protocolo é parte de uma busca ativa de uniformidade e homogeneidade, de um esforço de coordenar ações individuais numa mesma instituição e em instituições diferentes. Baseados na pesquisa biomédica corrente, os protocolos representam a tentativa de trazer ordem onde antes havia desordem e buscam ser uma solução para evitar práticas sem fundamento científico.

Uma vez que o protocolo demanda que os diversos elementos constitutivos de uma prática comportem-se de maneira previsível e uniforme, além da seleção criteriosa dos elementos heterogêneos mais estáveis, é necessário que sejam estabelecidas e reforçadas hierarquias de modo a eliminar o efeito de contingências. Nesse processo é comum que pacientes sejam silenciados e decisões pessoais de médicos sejam sacrificadas (BERG, 1998).

Desse modo, o protocolo materializa as condições, limitando as formas possíveis de realizar uma prática. No caso da intervenção que segue, o médico dispõe de um tipo de agulha bastante específico que deve ser inserido de modo particular, determinado previamente. Não é no momento mesmo do bloqueio que o médico escolhe o melhor modo de realizar o procedimento, tampouco a paciente e a outra médica influenciam diretamente o curso dos eventos em cena. O tipo de agulha, a quantidade de anestésico, o local da aplicação, tudo é previamente estipulado em uma técnica dotada de protocolo.

Dra. Letícia: Aquela vez que a gente tinha estudado era aqui, né, em quatro mesmo... Você mudou, você desce três centímetros...

Dr. César: É... É pra pegar tudo. O único risco aí é que cê pode pegar a femoral. Às vezes cê pega o paciente sem cuidado, não pode. Aqui tem quatro pacientes assim que precisam desse aí.

Dra. Letícia: Cê não faz mais aqui então?

Dr. César: Não, não. A técnica é assim, inclusive eu escrevi. Fiz uma revisão.

Dra. Letícia: E é somente 10 ml...

Dr. César: 40 ml, quarentinha, Lê. Toma, pode fazer. *Ele entrega uma agulha lacrada para a médica.*

Dra. Letícia: Semana passada eu fiz 20 ml na perna de uma que ficou que não andava... Quarenta mesmo, é? Cê tá voltando aos velhos tempos, é? Quarenta é pra matar a saudade... Olha pra cá que eu tô falando, 5 cm é aqui, né?

Dr. César: É aí. Eu tô fazendo um monte com o estimulador. Deu uma zebra outro dia eu esqueci... Ô Lê, me lembre de trazer meu estimulador, Lê, minha cabeça tá tão cheia... *Ele corrige com um misto de espanto e paciência o modo como a médica segurou na agulha:* Ei! Não contamine a agulha não! Contaminou, contaminou... Pode pegar outra... Já era, isso aí é um perigo... O maior perigo desse bloqueio é a infecção, tem que tomar o maior cuidado.

Dra. Letícia: Ah... E agora? Não me diga que só tem essa (agulha)... *Ela olha para a assistente que sai da sala.*

Neila (assistente): Vou lá olhar... *Volta rapidamente trazendo uma nova agulha:* Só tem essa viu, é a última.

Dr. César: Vai indo, vai indo, vai indo. *O médico pede para que ela continue a empurrar a agulha.* Pode ir. Pode ir sem medo. Vá... Tem que ser oito centímetros do plexo. Aí segura.

Dra. Letícia: Tudo bem? *A médica parece preocupada com a paciente.* Que foi? Mexa não, tá sentindo o que?

Paciente: Tô sentindo a agulha...

Dra. Letícia: Agora não vai doer mais do que já doeu não. Tudo bem?

Paciente: Um hum.

Dra. Letícia: Pronto... Doeu muito? Vamos ver o alívio, semana que vem eu vou prescrever um remédio pra você viu? Eu acho que vai ser melhor esse bloqueio, foi bom aproveitar César aqui. Cê tá sentindo dor aqui também, não é?

Paciente: É...

Dra. Letícia: Pronto. Aqui dói também?

Paciente: E dói viu, dói esse pedaço todo.

Dra. Letícia: Pronto... Cê tá fazendo fisioterapia?

Paciente: Faço...

Dra. Letícia: Neila cê tem luva estéril?

Neila: Tem.

Dra. Letícia: Então quando você vier você traz viu, que é pra deixar aqui. Semana que vem a gente faz de novo. *Fala novamente com a paciente:* Tudo bem, tá sentindo alguma diferença na perna?

Paciente: Até agora não.

Dra. Letícia: Melhorou a dor? Esse bloqueio é melhor do que o outro que a gente tava fazendo em você. Eu sei que dói mais na hora que eu faço, mas o resultado depois vai ser melhor.

Eu: Qual o nome desse bloqueio?

Dra. Letícia: Bloqueio de plexo lombar. Pelo menos já passou a dor, por que a intenção é essa, é um bloqueio analgésico. *A paciente desce da maca e fica sentada numa cadeira, para se recuperar.* Pronto já fiz... Quem é a próxima?

Depois de descansar por dez minutos, enquanto a médica fazia o bloqueio em outra pessoa, a paciente começa a se preparar para deixar a sala.

Dra. Letícia: E aí, tudo bem?

Paciente: Tudo bem.

Dra. Letícia: Quando você vier da próxima vez me lembre, aí você fala assim é o bloqueio da agulha graaaande... Que aí eu vou fazer o mesmo. Foi bom que pegou César aqui, ele já me mostrou aí da próxima vez eu já faço. Cê viu que diferença, como ela tá andando... Que coisa boa...

Neila: Andando direitinho.

Dra. Letícia: Coisa boa!

Pode-se dizer, portanto, que o protocolo não é uma ferramenta inerte e sim uma estrutura formal de regras explícitas, um conjunto bem definido de indicações de como agir em determinadas situações que indica ativamente o lugar onde o bloqueio é aplicado, o modo de aplicação, transformando a realidade onde se insere. Para que o protocolo funcione, é necessário um processo contínuo de negociações em que práticas são modificadas e elementos heterogêneos são agrupados de modo a desempenhar um comportamento definido, uniforme e suficientemente previsível. O protocolo mobiliza uma quantidade exata de anestésico, um tipo específico de agulha, a medição do local exato de aplicação, tudo padronizado, semelhante para todos os pacientes que compartilham a condição em questão.

No início, quando um paciente entra no ambulatório, ele pode ser encaminhado a qualquer tratamento, a decisão depende em grande parte da escolha pessoal do médico ou da experiência do próprio paciente com cada especialidade. No entanto, uma vez em tratamento, a escolha da técnica mais apropriada a cada problema não será feita com base na experiência relatada, mas em um protocolo geral de atendimento que dita o que fazer. Diante da situação apresentada pelo paciente, o protocolo escolherá uma das técnicas previamente estipuladas, atuando a dor como geral.

Dizer que o protocolo escolhe atuar a dor de uma forma específica é atribuir uma ação cognitiva a um objeto, o que só deixa de soar absurdo se considerado diante da teoria ator-rede e de seu conceito de agência. Como defende Bruno (2010), essa matriz teórica permite pensar os processos cognitivos de forma peculiar, a partir de uma espacialidade que não se restringe à oposição interior e exterior, mental e material, sujeito e objeto, causa e efeito. Nesse sentido, a cognição deixa de ser circunscrita aos limites da interioridade do indivíduo, deixa de ser resultado de operações intencionais e atributo exclusivo dos humanos, passando a ser concebida como um processo sociocultural que não seria possível sem a participação simétrica de humanos e de artefatos técnicos. Atentar para o caráter sociotécnico da cognição implica em reconhecer que os objetos participam ativamente de processos cognitivos, não são meros instrumentos passivos de atividades mentais autônomas.

A tentativa de redistribuir a cognição espacialmente, ou seja, deslocá-la do âmbito da racionalidade, interioridade e intencionalidade para o campo das interações entre humanos e não humanos, torna-se mais compreensível diante do conceito de agência elaborado por Bruno Latour. Como já exposto em outro momento do texto, um ator é qualquer coisa que transforma a realidade, que produz diferenças, desvios no curso de um acontecimento. Segundo Latour (1994a apud Bruno, 2010), há dois conceitos fundamentais que ajudam a compreender sua concepção de ação: a mediação e a delegação.

Usualmente a ação é definida como um acontecimento que resulta da intervenção intencional de um sujeito racional sobre um objeto inerte e previsível. Se comumente a ação é atribuída a um sujeito dotado de intenção e racionalidade é por ser forte a tradição de considerar que todo acontecimento tem um ponto de origem único e causal. O que Latour (1994) propõe é deixar de lado a relação causa-efeito e considerar que a ação resulta da relação entre uma cadeia de múltiplos atores heterogêneos, ou seja, humanos e não humanos. Ao invés de causa exclusiva de um acontecimento, o ator é um mediador entre outros, ou seja, é mais um elemento que interfere no curso de um acontecimento a partir da criação de elos entre elementos diferentes presentes na rede.

De acordo com essa concepção, o ator humano não é em si mesmo sujeito de uma ação. O que é próprio do humano é fazer com que outros elementos, humanos e não humanos, passem à ação. O humano é ultrapassado por aquilo que fabrica: ao agir ele delega ação a artefatos que vão alterar a realidade, não como um prolongamento, uma continuidade da ação humana, mas a partir de uma transformação do conjunto de relações entre os atores envolvidos na fabricação da realidade (LATOUR, 1994b apud BRUNO, 2010).

Voltando à análise do procedimento médico feito no ambulatório, cabe perguntar: quem atua a dor da paciente como previsível e semelhante à de outros pacientes? Quem decide que o bloqueio de plexo é o mais adequado para aliviar a dor da hérnia de disco? A quem cabe decidir que outra agulha deve ser utilizada e que a posição deve ser perpendicular à pele? Dr. César, sem dúvida, que aprendeu ou desenvolveu a técnica em outra situação. Mas não só ele.

O protocolo também desempenha uma ação fundamental para que todas essas decisões aconteçam: no contexto específico de intervenção que estamos analisando, o médico não desenvolve, não analisa outras possibilidades de inserir a agulha, não reflete sobre que quantidade de anestésico seria mais apropriada no caso da paciente. Em outro momento ele delegou ao protocolo esse papel de escolha, de modo que no presente ele realiza uma ação racional sem ser o sujeito racional da ação. Ele partilha com o protocolo publicado numa revista científica especializada a ação cognitiva de escolher o método adequado de tratar a queixa da paciente.

É importante ressaltar também que a ação não é restrita a esses dois atores, Dr. César e o protocolo. Para a dor ser atuada no bloqueio do plexo lombar é preciso dispor de alguns elementos não humanos específicos: um tipo diferente de agulha, luvas estéreis, a quantidade exata de anestésico, uma régua flexível. O bloqueio requer também humanos com certas habilidades - o domínio do modo correto de segurar os instrumentos para evitar contaminação, o conhecimento de como chegar à medida exata do local onde a agulha deve ser inserida.

Nesse sentido, o bloqueio de plexo lombar difere do tipo que é feito com mais frequência pela dificuldade em reunir todos esses materiais. O hospital nem sempre

dispõe do tipo necessário de luva e de agulha e o domínio da técnica não é comum a todos os profissionais, embora haja uma tentativa de que isso venha a acontecer. É com essa intenção que depois de mostrar o procedimento, o coordenador pede a Dra. Letícia que tente reproduzir a técnica por si mesma.

A utilização da régua, um instrumento que o outro bloqueio não requer, também é uma diferença que chama a atenção. Um médico experiente pode prescindir de seu uso pelo hábito que a prática traz, mas ainda assim a necessidade inicial de mensuração indica que há um ponto bastante preciso onde a agulha deve ser inserida. Como o nome do bloqueio indica, o lugar buscado pelo médico é o plexo, ponto de convergência de uma diversidade de nervos. Se a queixa do paciente envolve uma ampla região a aplicação do anestésico no plexo dispensa a aplicação em cada um dos pontos dolorosos. Nesse sentido, o paciente interfere menos no procedimento, na decisão de onde ele será realizado.

No bloqueio descrito em outro momento há uma correspondência direta entre o local da dor e a região onde as agulhas serão aplicadas. Com alguma freqüência, os pacientes chegam a apontar claramente onde gostariam que o médico aplicasse mais anestésico e este atende ao pedido mesmo após ter finalizado o procedimento. Existem pontos catalogados, os chamados pontos gatilho, mas a aplicação do anestésico também é feita em pontos dolorosos que variam de um paciente para outro.

Desse modo, no bloqueio do plexo, o paciente influencia menos na decisão de onde a agulha será inserida, dada a exatidão que o procedimento requer. Sua postura é mais passiva que no outro caso. No entanto, é importante ressaltar que essa diferença não é significativa ao ponto de atuar duas doenças distintas. Nos dois bloqueios a dor é uma sensação, uma queixa acolhida a partir da interferência em uma região circunscrita do corpo. Em ambos os procedimentos a fala do paciente é importante, o que muda é o quanto ela se faz presente.

Além disso, a dor no bloqueio de plexo não permanece sendo atuada como generalidade indefinidamente. Existe um momento em que a singularidade da experiência do paciente volta a ter influência sobre a decisão, mesmo que sua

participação seja restrita à confirmação ou não do sucesso da técnica aplicada: obviamente, se a resposta do paciente não for a esperada, se a intensidade da dor não diminuir, modificações deverão ser feitas (ainda de acordo com o protocolo) ou outra técnica será aplicada pelo médico. O paciente é mais um ator em interação na sala de Dr. Letícia.

No segundo período de campo, quando a sala estava sob a liderança de Dr. César, o tempo de cada atendimento e o modo de atuação da dor variava de acordo com a constituição da equipe. A quantidade de vezes que o paciente havia se submetido ao tratamento no ambulatório pouco interferia. Quando sozinho, a agilidade do médico era impressionante, em menos de três minutos o procedimento era feito e outro paciente já estava na sala aguardando. O ritmo só diminuía quando Dr. César estava acompanhado de suas residentes e das estudantes de anesthesiologia. Além de ter que ensinar a técnica para as iniciantes, o médico precisava aceitar o modo mais demorado com que elas conversavam com os pacientes. No entanto, na maior parte das vezes a dor era atuada de forma impessoal, como uma sensação localizada no corpo.

Dr. César: Como foi a dor depois da aplicação?

Paciente: Não tô sentindo dor não.

Dr. César: Então valeu a pena, né? Tá doendo onde?

Paciente: Aqui assim... *Aponta para a região do glúteo.*

Dr. César: O problema dessa agulha é que ela não é a certa, ela é mole dá trabalho de colocar. Eu preciso de uma agulha 22, cê me dá uma aí? *O médico pergunta a Neila, a assistente.*

Depois de ter seu pedido atendido ele limpa a região e com uma agilidade incrível injeta a agulha no glúteo da paciente.

Paciente: Aaiii aiii doutor!

Dr. César: Pronto. Nanda, colhe a história dela direitinho com todos os detalhes, viu? Nome, idade, tudo. *Fala com a estudante de medicina que observa as sessões de bloqueio.* Todos os exames, ressonância, tudo, viu Nanda, pra gente publicar esse caso, a gente manda pra revista. Tem pouca coisa escrita de piriforme, aí cê vai com ela, viu? Quem é o próximo?

Durante o bloqueio os médicos não se referem aos pacientes pelo nome, a eles importa saber onde é a dor. No entanto, é importante salientar que, como no trecho de diário apresentado acima, existe um tipo de personalização quando a dor passa a ser atuada como objeto de pesquisa científica. Fora da sala de bloqueio uma estudante

de medicina recolherá dados pessoais do paciente e pode-se dizer que nessa situação a dor será atuada como presente no cotidiano, na experiência: exames que o paciente fez, detalhes de sua história, “tudo” nesse caso importa.

Isso se repete em uma situação semelhante, quando uma residente apresenta a Dr. Letícia um modelo de questionário que, se aceito, servirá ao mesmo tempo como registro do efeito do tratamento sobre cada paciente e como banco de dados para pesquisas futuras. Nesse caso, o nome, a idade, a profissão e o histórico da doença têm importância, ainda que o objetivo maior do questionário seja registrar a dor do paciente em momentos sucessivos ao longo do tratamento. O questionário visa à obtenção de dados que possam ser quantificados, à padronização da expressão da experiência, tornando-a comunicável em termos pré-instituídos. Assim como no caso anterior, apesar da tentativa de objetivar e registrar a experiência em termos pré-estabelecidos, é necessário que se faça uma referência ao modo como o paciente vivencia a dor, há um espaço para que o paciente relate sua história:

A médica pára o que estava fazendo e se volta para a residente que entra na sala mostrando um questionário.

Residente: É... Eu trouxe até as fichinhas pra você dar uma olhadinha e ver como é que vai fazer, o que precisa ajustar. Aí ó, eu fiz tanto assim, das carinhas e dos números, né, ou então se achar melhor só assim que aqui tem mais ou menos dez centímetros e marca mais ou menos como tá a dor. *A residente mostra as folhas para a médica que parece bastante interessada. O questionário apresenta três tipos de indicativos, uma questão em que o paciente diz de zero a dez a intensidade da dor; uma escala numérica de aproximadamente dez centímetros, onde o paciente marca o ponto que mais corresponde a essa intensidade; e desenhos com expressões de dor para o paciente escolher qual representa melhor sua sensação.*

Dra. Letícia: É um questionário, é bom pra saber como tá melhorando, né?

Residente: Eu acho melhor assim, porque às vezes olhando as carinhas é mais fácil, às vezes é difícil de classificar a dor, aí dá pra escolher a numérica ou a das carinhas. Agora falta tirar Xerox. Eu vou fazer isso e aí semana que vem a gente já começa. E aí tem também uma parte... Por que agente coloca aqui a dor de agora, né? Mas aí eu vou deixar uma linhazinha aqui pra poder colocar à medida do tempo como vai ficando a dor.

Dr. Letícia: E aqui é o que?

Residente: Aqui pode colocar qual o bloqueio que tá fazendo...

Dra. Letícia: E aqui?

Residente: Aqui é pra colocar os dados do paciente, um resumo da história, o diagnóstico, as medicações, telefone de contato...

Dra. Letícia: Gostei... Mas aí isso fica com alguém aqui ou dá pra ele preencher?

Residente: Aí é... Aí tem que ver como vai ser a dinâmica... Eu acho que no primeiro dia eu posso ficar preenchendo. E aqui vai ser fácil de colocar, e pode colocar aqui as linhazinhas só pra gente ver como é que tá, três dias sem dor, dois dias sem dor... Pelo menos pra gente ver como é que tá evoluindo, né?

Eu: Esse acompanhamento é feito por quem?

Dra. Letícia: Na verdade por ninguém, a gente que pergunta, a gente tem uma idéia vaga.

Residente: Se precisar depois quantificar pra ver como é que tá sendo a melhora com os bloqueios não tem, né?

Eu: Apesar de eles terem consulta freqüentemente...

Dra. Letícia: Não é freqüentemente não, é a cada três meses.

Residente: Ah, outra coisa que pode colocar ali e eu tava pensando é ver se o paciente tá fazendo alguma coisa, se tá fazendo fisioterapia, se tá fazendo alongamento... né?

Desse modo, seja como objeto científico seja como registro dos efeitos do tratamento, a dor é atuada como vivência pessoal. Não é o que acontece na maior parte das situações em que o bloqueio é feito. Durante o procedimento, outra realidade é atuada, a da dor enquanto sensação situada espacialmente no corpo. Em grande parte dos atendimentos observados nem mesmo o nome do paciente é referido pelo médico.

Na acupuntura, os pacientes eram quase sempre tratados pelo nome e quando as médicas não sabiam como chamar alguém, elas perguntavam diretamente à pessoa. No bloqueio, ao contrário, saber o nome de quem é atendido não parece um fator fundamental para o andamento do tratamento. Salvo quando o paciente freqüenta o ambulatório há muito tempo e com algumas exceções, como as apresentadas anteriormente, os médicos não se referem aos pacientes pelo nome. É por isso que o termo “paciente” é usado na transcrição das gravações das sessões de bloqueio, diferente da transcrição das sessões de acupuntura, onde os nomes aparecem no diário de campo. No entanto, pude observar algumas exceções:

Paciente: Boa tarde.

O paciente entra, dá boa tarde e não diz mais uma palavra sequer, permanece em silencio enquanto o médico pega as seringas, injeta lidocaina

e começa a agulhar a região das costas. Muito concentrado, Dr. César pergunta:

Dr. César: Tá melhor, hein? O senhor tá melhor? Quantos o senhor já fez desse procedimento?

O paciente não responde, permanece quieto e o médico não insiste, termina rapidamente o bloqueio e chama o próximo.

Dr. César: Prontinho. O atendimento demora menos dois minutos.

Entra outra paciente e Dr. César a recebe com bastante entusiasmo.

Dr. César: Lina, Lina! Tudo bem? Como vai a senhora? *Ele pega a agulha para fazer o bloqueio de plexo e mostra à estudante de medicina.* A agulha tem que ser essa ó Nanda, essa agulha aqui não serve pra nada. O certo pra esse bloqueio é a de 22. *Volta-se novamente pra a paciente.* Tá melhor hein, tá menos inchado.

Essa paciente está no ambulatório desde que ele foi fundado. O médico faz mais perguntas, chega a perguntar como vai o marido dela, o que, no entanto não leva a um prolongamento do tempo de atendimento.

Lina: Ai tá doendo muito, não tô conseguindo dormir de noite de tanta dor.

Dr. César: Tá toda medicada, tá tomando um monte de remédio, o que é que eu vou fazer? Como é que tá Zé, tá direitinho?

Lina: Tá.

Dr. César: Como é que ficou lá, salvou tudo? Não ficou cicatriz não, né?

Lina: Não, não, tá tudo bem.

Dr. César: E tá melhorando esse bloqueio?

Lina: Ave Maria, é o maior alívio do mundo, eu durmo até domingo sossegada. Brigada, viu, doutor. Tchau.

Como visto acima e em um exemplo anterior, a intimidade adquirida com o tempo de convívio entre médico e paciente no ambulatório pode levar à atuação da pessoa, mesmo em meio à pressa e ao curto tempo da sessão. A personalidade pode ser atuada também por meio da postura assertiva de pacientes que por algum motivo insistem em relatar sua história ou parte de sua experiência. No exemplo que segue, um paciente reclama dos problemas que acontecem na sala de espera para o bloqueio venoso, outro tipo de tratamento oferecido. O ambulatório atende muitas pessoas que vêm do interior, sendo que algumas chegam a Salvador com o carro da prefeitura de sua cidade e outras vêm de ônibus. O paciente em questão não conta com o carro da prefeitura e pede que o coordenador lhe garanta prioridade no atendimento para que possa retornar mais cedo para casa.

Paciente: Dr. César, eu queria pedir um negócio pro senhor, que é pro senhor colocar um basta por que o pessoal tá passando na frente e pega e guarda três, quatro cadeiras lá no venoso. É o pessoal que tá tomando local e eu me dou melhor com o venoso. O segurança não tá controlando.

Dr. César: Onde é que tá doendo agora? *O médico parece não escutar o que o paciente está dizendo, mas ele insiste.*

Paciente: Tá doendo aqui, tá brabo, brabo mesmo. Cê acha o que Dr. César? Que eu podia ter prioridade? A dificuldade de chegar aqui é tão grande... Eu sei que todos...

Dr. César: Mas agora são três horas da tarde e você já tá sendo atendido...

Paciente: É, tem vezes que é mais cedo. A maioria vem com carro de prefeitura, da secretaria, tem carro certo. E a gente não, a gente sai duas horas da manhã e chega aqui o que? Oito, oito e vinte da manhã, é muito difícil essa situação. Se tivesse...

Dr. César: Prontinho. *O médico termina em menos de três minutos e parece bastante impaciente com a insistência em tratar do assunto.*

Paciente: Hein doutor, nem que me desse mais 20 minutos, eu já tô acostumado... Dr. Felipe vem hoje? Eu vou trazer um mel pra vocês.

Dr. César: Não, não precisa mandar nada não que a gente não usa em casa, viu? *Ele é gentil e tenta disfarçar a pressa, mas sua preocupação em fazer o próximo paciente entrar acaba sendo evidente.*

Paciente: Então eu vou deixar um pra Dr. Felipe.

Dr. César: Tá bom então, pode deixar. Próximo!

O médico não se refere ao nome do paciente, não faz perguntas sobre sua vida, mas ele ainda assim insiste em falar sobre sua experiência no ambulatório. Como o conteúdo da conversa não contribui e não se relaciona diretamente com a realização do procedimento, sua fala é primeiro negligenciada e depois interrompida pelo médico.

Em uma pesquisa sobre a comunicação no contexto clínico, Barry (2001) analisa consultas em que o paciente insiste em fazer relatos de situações do mundo da vida, mesmo quando o médico mantém sua atenção exclusivamente voltada para aspectos fisiológicos utilizando uma linguagem técnica para se comunicar. O pesquisador conclui que em encontros desse tipo, quando a fala do paciente é constantemente interrompida, o médico deixa de intervir em aspectos relevantes, o que interfere no desenrolar do tratamento. São excluídas do espectro de intervenção, por exemplo: dúvidas que se tivessem sido esclarecidas não resultariam no uso incorreto de

medicação a ansiedade quanto ao resultado do tratamento que se tivesse espaço de expressão poderia levar a um sentimento menor de vulnerabilidade diante da doença.

No caso aqui analisado, o paciente relatava uma dificuldade que não podia ser solucionada pelo médico, mas cuja escuta talvez viesse a interferir de algum modo na forma como o tratamento é vivenciado. Não busquei identificar a repercussão da reação do médico, isso fugiria aos meus objetivos. Do estudo de Barry (2001), o que mais contribui para a discussão que proponho é a conclusão de que quando um paciente insiste em retornar à linguagem do mundo da vida, mesmo quando interrompido pelo médico, o assunto em questão é de grande relevância. Desse modo, uma das formas possíveis de atuação da pessoa durante o bloqueio local é a assertividade do paciente ao insistir em relatar um assunto do mundo da vida que ele considera importante.

Em outra situação, um paciente é atuado enquanto pessoa devido ao modo peculiar como uma médica realiza o atendimento. O bloqueio é um procedimento doloroso, através da expressão facial e dos gemidos é possível perceber que a injeção do anestésico causa sofrimento aos pacientes. A médica parece tentar estabelecer um vínculo, se mostrar simpática e tornar o momento da sessão menos desagradável, ainda que isso venha a prolongar o tempo despendido em cada atendimento:

Entra Adriana, a médica especialista em oncologia que está aprendendo o bloqueio no ambulatório. Ela ocasionalmente assume por completo o procedimento, sempre sob a supervisão do coordenador. Enquanto a médica se prepara, entra na sala uma senhora bastante idosa. Ela coloca luvas e pede que a paciente vá até a maca. A senhora anda com dificuldade, arrastando a perna.

Paciente: Eu tomei a primeira e não senti nada, a segunda ficou foi doendo. Eu nem tava assim, depois da segunda aplicação piorou. Eu trouxe os lençóis viu.

Dr. César: Mas tá melhor do que na semana passada, não tá?

A mulher não responde, deita, suspende o vestido. Os médicos preparam a agulha grande, de 22. A médica abaixa a calcinha da senhora e limpa bem a virilha. Dr. César se aproxima e fala num tom de voz bem baixo: aqui Dri, você aponta dois centímetros tá vendo, pronto, pode colocar.

Enquanto a médica coloca a agulha, o médico conversa com ela:

Dr. César: Menina, Dra. Vanda fez tanto elogio a você.

Dra. Adriana: Imagina!

Dr. César: Foi tanto elogio, tanto elogio, fiquei tão feliz!

A paciente faz um movimento brusco e atrapalha a médica:

Dr. Adriana: Ei tia, não faz assim não, bateu bem na minha mão, quase tira a agulha do lugar... Tá doendo?

Dr. César: Agora você pega os estimuladores...

Paciente: Tá... Tá doendo os ossos, sabe? *A paciente diz com expressão de sofrimento.*

A médica conecta a agulha a uma fonte de eletricidade parecida com a usada em alguns casos na acupuntura. É um eletro-estimulador que possui fios ligados à extremidade da agulha através de pinças por onde são enviadas micro correntes.

Depois de algum tempo a agulha é retirada. A paciente demora um pouco para levantar. A médica então inicia uma conversa que deixa o médico um pouco apreensivo. Ele tenta apressar a saída da paciente para que outra pessoa possa entrar na sala:

Dra. Adriana: Cada dia com um vestido mais bonito!

Paciente: Bonito, né? Eu tenho mais desses, gosto muito de florzinha.

Dr. César: Bora, gente? Quem é o próximo, já chamou?

Paciente: É minha nora que apronta pra mim. *A paciente parece não se importar muito com a pressa do médico, nem Dra. Adriana, que sorri e incentiva a senhora a falar mais.*

Dr. César: Pronto... Vamos, gente?

Dra. Adriana: Ah quero ver depois então seus vestidos de florzinha, agora vai ter que desfilar aqui, viu? Todo dia tem que vir com um diferente.

Paciente: Ah eu vou falar com minha nora que você gostou, ela costura direitinho mesmo. *A senhora ainda conversa um pouco antes de sair.*

Dra. Adriana: Chega um pouquinho mais pra frente o dedinho ó. Um beijo viu, até semana que vem.

Paciente: Ah gostei muito de você, viu?

Desse modo, a médica age de forma peculiar, parece se solidarizar e tentar amenizar o sofrimento expresso pela paciente através da referência ao mundo da vida, através de elogios. Como não encontrei postura semelhante em Dr. César nem em Dra. Letícia, talvez isso possa ser atribuído ao fato de ela estar aprendendo a técnica e ter tido pouco contato com o cotidiano da clínica e com a necessidade de fazer o atendimento da forma mais rápida possível.

O fato de Dra. Adriana estar em processo de aprendizado também contribui para o prolongamento da sessão por não haver um fluxo contínuo das etapas do

procedimento. Dr. César sempre interrompe a aprendiz para ensinar a técnica, que obviamente nunca é feita com a mesma rapidez e desenvoltura observada nas sessões realizadas pelo coordenador da equipe. Além disso, a médica sempre pergunta como a paciente se sentiu, para confirmar se o efeito da intervenção foi correspondente ao esperado.

Dr. César: Ó Dri, esse é um dos melhores bloqueios que existem, viu? Linha média da espinha dorsal conta dois centímetros acima e pronto, viu?

Dra. Adriana: César, César é aqui?

Dr. César: Boa. Bate no osso, ó não fica batendo no osso, aspira. Ela é só gatilho viu, faça gatilho olha a técnica viu, Dri. Pegou os nomes Nanda? *Pergunta à estudante de medicina.*

Dr. César: Dri, no caso dela qual é o diagnóstico?

Dra. Adriana: Dor miofacial, tem várias contraturas musculares. E dor de gatilho simples... E o daquela moça que pega perpendicular assim?

Dr. César: Aquela dali eu quis fazer do outro por que pega o nervo daqui do lado, não pega tanto quanto desse tipo aqui que a gente faz, esse é o tipo simples.

Dra. Adriana: Mas e em relação com aquela moça que saiu daqui agora, ela pega assim perpendicular...

Dr. César: Aquela moça pega o nervo daqui de cima por que o outro não tava dando resultado. Olha aqui, pegando aqui embaixo o bloqueio pega aqui e na face toda. Tá ótimo, Dri, manda bala, bora!

Dra. Adriana: Olha as pernas como tão vermelhas inchadas, tá vendo? Começando daqui ó ele fez aqui pela lateral.

Dr. César: Beleza, Dri, tá ótimo aqui, viu? Quanto mais em torno de trinta graus você deixar melhor, vá pegando viu Nanda? Vá aprendendo. O ângulo da agulha com a pele ó... Trinta graus. Depois você vai pegar um artigo sobre técnica com ponto gatilho viu?

(...)

Dr. César: Tá pegando o diagnóstico, Nanda? Vá pegando o nome e o diagnóstico, viu? *Dr. César fala com certo pesar de como as pessoas a quem ele ensinou a técnica acabaram deixando o ambulatório ou mesmo a prática como um todo.* Já fiz isso com Gorete, com Lúcio e agora com você. Fiz com Letícia também, mas filho bom até agora só teve Lúcio. Dri, você já entra aqui com a agulha, tá vendo? Trinta graus. Aí daqui ó... Cê vai pra lá pra cá pra cá, entendeu? *Ele coloca a agulha perpendicular depois injeta para os dois lados.*

Dra. Adriana: Entendi. César e esse ponto aqui ó...

Dr. César: Ela sente dor aí?

Dra. Adriana: Sente...

Dr. César: Então você tem que fazer bem superficial, viu Dri, é em cima do deltóide mesmo, pode ir em cima do deltóide aqui ó, tá vendo? Ó. Faz a mesma coisa, entendeu? A mesma coisa. É rápido, né? Prontinho.

Dra. Adriana: Se fosse eu ainda tava na metade. Tá aliviada ou não tá aliviada?

Paciente: Eu tenho artrose nos dois joelhos, eu fiz bloqueio na panturrilha e nos dois joelhos, nos joelhos melhorou, mas na panturrilha eu não pude nem andar, nunca mais eu faço, doutor. Foi a primeira e a última.

Dr. César: Mas geralmente melhora.

Paciente: Pois comigo eu nunca senti tanta dor.

Dra. Adriana: E o joelho, melhorou?

Paciente: O joelho eu não senti absolutamente nada.

Dra. Adriana: Mas eu quero saber se melhorou...

Paciente: Melhorou sim, mas agora tá doendo, acho que já passou o prazo de validade, né?

A médica se prepara para colocar a agulha no joelho da paciente.

Dr. César: Dri, veja bem a lateral pra entrar bem nos olhos do joelho, viu? Procura os dois olhos do joelho. Quando cê achar os dois olhos cê entra de um lado e do outro, viu? *Diz o médico tocando os lugares onde a agulha deve ser introduzida.*

Paciente: A partir de quinta-feira voltou a doer por que eu não fico parada, qualquer movimento que eu faço dói, ficar parada muito tempo, ficar sentada muito tempo hummmmm, não dá. Hummmmm tá doendo muito... Ai, hummmmm...

A paciente se queixa de dor enquanto a médica coloca a agulha.

Dra. Adriana: Relaxa, relaxa...

Paciente: Vai de novo aí, é? Ai!

Dra. Adriana: Vou chamar Dr. César ele vem e coloca de uma vez...

Paciente: Não...

Dra. Adriana: Eu ia colocar, mas cê tá tão agoniada...

Paciente: Não, mas dói mesmo!

Dra. Adriana: Então eu vou chamar...

Paciente: Não... Pode fazer, não chama ele não...

A paciente parece não querer que o médico faça o procedimento.

Dra. Adriana: Peraí que ele já vem.

Paciente: Aaaaaiiiii Já aliviou... Ai... *A paciente olha para mim e diz, como se eu estivesse perguntando alguma coisa a ela:* Olha, a única coisa que eu posso lhe dizer é que o procedimento é bom, entendeu? Eu só tô sentindo

dor por que eu parei durante dezoito dias, um mês na verdade... Tomara que vocês descubram uma forma que não dói tanto, mas é o que funciona, né... Gente, muito obrigada, tchau.

Como pode ser visto acima, a situação de aprendizado não é por si só suficiente para atuar a doença em sua personalidade, tampouco o prolongamento do tempo despendido na sessão. Se na acupuntura a necessidade de se deter em cada paciente leva à atuação do mundo da vida, no bloqueio local, quando os atendimentos não podem ser rápidos a atuação da personalidade não acontece necessariamente. O tempo sozinho não é condição suficiente para atuar a dor de uma ou de outra forma. Como já deve estar claro, nenhum ator presente no contexto pode ser apontado como causa de qualquer desdobramento, a atuação da doença acontece sempre a partir da interação de um conjunto de elementos.

Retomando o que foi exposto até então, cada tipo de bloqueio guarda suas especificidades, mas a dor é atuada de uma única forma nas duas técnicas observadas. A personalidade pode ser ocasionalmente atuada tanto em uma técnica quanto na outra, mas em ambas o mais comum é o atendimento atue a dor enquanto sensação situada em uma região precisa do corpo. Como pôde ser observado, os elementos humanos e não humanos se organizam de modo bastante diverso do encontrado na acupuntura. A quantidade de pacientes aguardando na sala de espera é semelhante nos dois procedimentos, mas como cada um deles envolve técnicas e interações específicas, a solução para o problema da grande demanda difere de uma prática para a outra.

Enquanto na acupuntura é necessário que cada paciente fique por um tempo prolongado na sala, o que justifica o atendimento em grupo, o bloqueio, por sua vez, com exceção de quando há um médico aprendendo, não requer mais do que cinco minutos para ser efetuado. Uma vez que a quantidade de pessoas aguardando é grande e não faria sentido o mesmo médico atender mais que um paciente por sessão, a redução do tempo de atendimento acaba sendo a estratégia mais utilizada.

Dessa forma, em nenhum momento houve na sala de bloqueio o tipo de exposição de experiências que foi vista na acupuntura, a dor é atuada como uma sensação que precisa ser interrompida a partir da intervenção em um local circunscrito do corpo.

Diante dessa observação, a interpretação mais óbvia seria caracterizar o bloqueio como uma técnica reducionista, ou afirmar que os médicos que fazem o bloqueio têm uma perspectiva limitada sobre o adoecimento.

Como argumentado em outro momento do texto, Mol se contrapõe aos estudos que caracterizam a biomedicina como uma prática que reduz o ser humano ao biológico. Para a autora, não há nada que justifique destinar ao paciente o atributo de totalidade. A região do corpo em que o médico interfere não é algo contido na totalidade do paciente, ela é uma totalidade em si mesma.

Há duas totalidades que coexistem sucessivamente: o local de aplicação do anestésico e o paciente. Quando o médico deixa por um momento a intervenção no corpo e se refere a aspectos emocionais ou dificuldades diárias do paciente, o que acontece não é uma alteração do alcance do olhar, mas uma mudança de objeto atuado.

Realizar esse deslocamento de uma realidade para outra é uma questão de hábito e habilidade do médico, mas é também resultado da interação de um conjunto de elementos presentes na situação, a mudança não acontece de modo aleatório. Nem a interferência no corpo nem a referência à vida pessoal do paciente podem ser feitas pelo médico em um momento qualquer. Dependem de uma série de elementos heterogêneos que em conjunto configuram a situação hora como corpo (agulhas, seringas, anestésico, maca, régua) hora como pessoa (quando o paciente entra na sala e o médico pergunta como ele passou a semana; em uma situação de pesquisa em que detalhes da história do paciente são pertinentes; no momento de finalização do procedimento, em que a dificuldade de ir para casa se impõe como relevante e o médico procura saber se o paciente está acompanhado).

Portanto, não é possível afirmar que, diferente da acupuntura, o bloqueio é uma atividade reducionista que desconsidera a totalidade do paciente. Nos dois tratamentos existe a atuação da dor enquanto algo pontual, passível de localização e intervenção em uma região do corpo. O que pode ser dito é que na acupuntura, a atuação da dor enquanto experiência é simultânea à atuação da espacialidade do corpo, portanto acontece com mais frequência e de forma mais ampla que no bloqueio (inclui também experiências que não são diretamente relacionadas com a dor).

CONCLUSÃO

O objetivo do presente trabalho foi fazer um estudo da dor crônica tendo como referencial a ontologia múltipla de Annemarie Mol. Situadas na interface entre medicina, ciências sociais e filosofia, as pesquisas que a autora desenvolve tem como cerne a idéia de que tudo o que existe é continuamente formado através de práticas que envolvem a agência de humanos e não humanos. A doença não é uma entidade em si mesma e uma vez que é trazida à existência por conjuntos distintos de atores, se multiplica em cada uma das práticas terapêuticas dedicadas a seu cuidado. A doença é, portanto, mais que uma e menos que várias.

Os estudos sociais em saúde demonstram que no processo de adoecimento há uma dimensão que ultrapassa o elemento biológico. A cultura interfere diretamente na experiência de adoecer e nas práticas de cuidado organizadas em torno dela. Subjacente a essa concepção, pode-se perceber que permanece inalterada a idéia de que há uma entidade biológica, um mesmo substrato orgânico sobre o qual se voltam perspectivas culturais distintas. A doença é, por conseguinte, exterior, bem definida e singular, o que varia culturalmente são as concepções formuladas em torno dela.

Mol se afasta dessa abordagem na medida em que busca demonstrar que cultura e biologia constituem uma única dimensão cuja ruptura é impossível de ser efetuada. Nesse sentido, não existe aqui a tentativa de superar a distinção biologia/cultura, o correto seria dizer que a autora desconsidera por completo essa dualidade, partindo de outro ponto de referência.

O corpo para Mol só existe enquanto atuado no próprio fazer cotidiano, em interações configuradas de formas diversas, em múltiplas localidades. É sempre situado em meio à abertura, à incerteza própria à condição do humano, do não humano e dos vínculos constituídos entre eles. Nesse sentido, não há como designar de antemão uma ontologia definitiva nem do corpo nem de nada que lhe diga respeito. Se as interações sociais são múltiplas, é múltiplo também o corpo e, junto com ele, a doença.

Ao acompanhar duas técnicas diferentes de tratamento da dor crônica em um hospital escola, observei o modo como interações entre humanos e não-humanos atuam

doenças distintas em cada prática. Na acupuntura há uma atuação simultânea da dor crônica enquanto situada no corpo e como parte da experiência. No bloqueio local, a doença foi atuada como espacialmente identificável e passível de interferência via intervenção exclusiva no corpo.

A atuação de doenças diferentes em cada prática não leva à fragmentação uma vez que existem estratégias que atuam a unidade da dor de modo a impedir que a realidade se desintegre. Como deve estar claro, a unidade da doença não poderia vir da existência de uma materialidade unívoca que permaneceria inalterada e se sustentaria como um centro independente das múltiplas atuações. Esse argumento seria plausível em um estudo orientado pela abordagem de Kleinman, não pela de Mol. Para compreender o modo como doença e cultura se relacionam, o autor criou o conceito de sistema cultural de cuidado com a saúde, que compreende modelos simbólicos a partir dos quais os indivíduos significam a doença e orientam suas práticas. Dessa forma, os significados, valores e normas comportamentais variam de uma cultura para outra e influenciam diretamente tudo que se relaciona com a doença.

O modelo teórico proposto pelo autor confere à cultura um caráter de unidade. Como aponta Harrell (1991), na abordagem de Kleinman a cultura é entendida como uma episteme previamente constituída, que modela as ações dos atores. Ao tecer uma crítica a essa postura, o autor argumenta que o significado e a ordem não são entidades externas, prontas para serem aplicadas em cada situação. O sentido, o significado é criado continuamente por cada performance, cada ação social é um ato de criação de significados, não a mera expressão de sentidos prontos. Desse modo, múltiplas formas de entendimento são formuladas ao longo de um episódio de doença, os sentidos são performados no desenrolar dos acontecimentos. Nem sempre se chega a um consenso sobre o significado da doença, mas quando isso acontece é a partir de uma performance, o sentido nunca é previamente dado.

Se Kleinman pensa a cultura como conjunto de significados previamente formulados, pode-se imaginar que sua forma de abordar o corpo não é muito diferente. A realidade corpórea é considerada pelo autor como uma unidade que antecede as interações

sociais. É a essa concepção que o trabalho de Mol se opõe. Para a autora, a unidade da doença é atuada, não existe em si mesma. Depende, portanto, de arranjos específicos entre atores humanos e não humanos tanto quanto a multiplicidade. Foi no cotidiano do ambulatório que pudemos observar a multiplicação da dor crônica e é ao mesmo local que continuaremos a voltar nossa atenção, agora que buscamos compreender sua unidade.

No caso da dor crônica, a imaterialidade, a falta de um substrato orgânico identificável faz com que as estratégias de coordenação e de atuação da unidade sejam ainda mais evidentes que as encontradas nos estudos de Mol. A meu ver, a primeira e principal forma de atuar a unidade da dor crônica é a adoção, por parte dos profissionais, do pressuposto de que independente de qualquer coisa a queixa do paciente é real. Há uma controvérsia quanto à materialidade da dor, mas a veracidade da experiência não foi questionada durante o período em que observei as práticas. Como pode ser percebido em uma fala de Dr. Fábio, a legitimação da dor dos pacientes independe de haver ou não uma materialidade identificável a partir dos métodos convencionais da medicina:

A acupuntura é mais procurada pra dor mesmo. Dor idiopática, dor crônica, dor gatilho. Tem a dor neuropática, que não tem um motivo aparente. Já foi tudo corrigido, mas fica um... Um mecanismo neurobioquímico ligado principalmente ao potássio e ao sódio à entrada de sódio e saída de potássio da célula, qualquer coisa estimula o mecanismo, qualquer coisa a pessoa sente dor. Mas é uma dor falsa, né. Quer dizer, é falsa, mas é verdadeira, é uma dor verdadeira porque o paciente sente, mas é uma dor que não tem motivo. É uma dor em gatilho que fica sendo disparada, fica se retroalimentando. O objetivo da acupuntura é quebrar essa retroalimentação.

Nesse sentido, embora a queixa de dor passe por variações de um paciente para outro, ela continua sendo um problema comum a ser tratado, continua sendo uma queixa legítima independente da variabilidade. Ao mesmo tempo em que garante a constituição de um elemento único, esse pressuposto abriga a idéia de que não há necessariamente nada de problemático e ameaçador na existência de múltiplas formas de vivenciar a dor e de diversas abordagens de tratamento. Se a dor é inevitavelmente vinculada à experiência, a existência de uma multiplicidade de tratamentos com lógicas distintas torna-se algo plausível ou mesmo desejável.

As diversas atuações da dor crônica são desse modo, direcionadas a um único ponto, a melhora do paciente. Não há uma tentativa de priorizar um tratamento sobre o outro, ou de fazer com que por fim um deles triunfe sobre os demais, já que cada um é possivelmente benéfico: cada paciente responde de modo particular aos procedimentos a que é submetido. O parâmetro de avaliação da eficácia de um tratamento é o relato do paciente, é sua queixa. A coordenação nesse caso vem da atuação de uma horizontalidade entre as práticas, possível a partir da centralização da queixa do paciente, de seu posicionamento enquanto ponto de intersecção.

Se as diversas práticas convergem sobre o sofrimento do paciente, este por sua vez é levado a se dispersar, é levado a passar pelas diferentes terapias, sendo que o sucesso do tratamento é atribuído a essa heterogeneidade⁵. Além da flexibilidade, a coordenação das diferentes atuações vem de uma distribuição espacial que separa o que poderia de outra forma entrar em conflito e colapsar.

No caso do bloqueio e da acupuntura essa distribuição é também um imperativo da técnica. Um paciente que faz bloqueio não se beneficiará da acupuntura, já que o nervo deve estar inalterado para transmitir os estímulos das agulhas. Como um nervo anestesiado tem menos potencial de transmissão, um paciente que faz bloqueio dificilmente vai se submeter também à acupuntura. A distribuição é ainda mais acentuada, a quantidade de sessões de uma prática deve encerrar antes que o paciente inicie o outro tratamento.

Outra forma de coordenação acontece quando os profissionais se reúnem com algum objetivo comum. Primeiro a partir da nomeação. Quando em contato uns com os outros, os profissionais utilizam um mesmo nome para se referir àquilo que atuam: dor crônica. O termo é em si mesmo um mecanismo de coordenação que funciona como uma ponte entre os diversos locais em que a doença é atuada.

A triagem de novos pacientes, feita a cada semestre, é uma dessas situações de reunião em que a coordenação torna-se perceptível. A triagem congrega numa única sala ao menos um profissional de cada área (psicologia, medicina, enfermagem,

⁵ Para um estudo detalhado sobre o modo como pacientes com dor crônica circulam por diversos tratamentos num mesmo ambulatório, ver Lima (2011).

fisioterapia, farmácia etc.). Um deles assume o papel de entrevistador e se posiciona no centro, junto ao candidato a paciente, enquanto os demais permanecem sentados em semicírculo, observando. No fim de cada entrevista o paciente sai da sala e o caso é discutido em conjunto.

Por dia, acontecem em média cinco entrevistas. Os profissionais revezam o papel de entrevistador de modo que, embora exista um acordo evidente quanto ao que interessa saber, cada entrevista ganha características próprias. O grau de intervenção e orientação da fala dos pacientes varia de acordo com cada profissional, mas ainda assim uma única dor crônica é atuada nesse momento: a dor passível de ser cuidada no ambulatório.

O que conta para a admissão de um paciente é o grau de sofrimento, o grau de comprometimento causado pela dor, e principalmente o itinerário terapêutico. Somente pessoas que não tiveram sucesso depois de tentativas seguidas de obter tratamento em outros serviços são admitidas. Geralmente essas pessoas são encaminhadas porque todos os recursos já foram esgotados, não há mais nada a ser feito.

O fisioterapeuta discute o caso com os demais profissionais na ausência da paciente:

Fisioterapeuta: Bem, a paciente tá desacompanhada há muito tempo, nunca fez tratamento. É um caso claro pra ortopedia. A assimetria no joelho é clara, ela tem que começar um tratamento e é logo.

A paciente retorna e ele mesmo explica:

Fisioterapeuta: Bem, nós reconhecemos que a senhora desenvolveu um quadro de dor crônica, mas aqui não é o melhor lugar para o seu tratamento. A senhora precisa de um ortopedista. O que nós aconselhamos à senhora é voltar ao seu médico, conversar com ele, fazer os exames e seguir direitinho o que ele passar pra senhora fazer. Não adianta nada ir ao médico e depois não fazer o tratamento. Vai ter que fazer fisioterapia também.

A paciente responde com uma expressão de descontentamento:

Paciente: Vou ter que fazer mesmo, é doutor?

Fisioterapeuta: Vai sim, e seria até melhor se fosse dentro da água, é a hidroterapia, a senhora já fez?

Paciente: Não, onde é que tem isso?

Fisioterapeuta: Na escola baiana de medicina.

Paciente: E será que é fácil conseguir?

Fisioterapeuta: Fácil não é, mas a senhora vai ter que tentar, né?

Nesse sentido, a dor crônica é atuada em conjunto pelos diversos profissionais como a que não pode ser tratada em nenhum outro lugar. A demanda por atendimentos é grande a tal ponto que não faz sentido aceitar um paciente quando ele poderia obter alívio de outra forma, em outro local. Independente das diversas atuações no ambulatório, há um consenso quanto ao critério de inserção do paciente na clínica, o que atua a dor como uma unidade.

Além da triagem, os profissionais, os residentes de medicina e os estudantes de outras áreas se encontram durante reuniões que acontecem no final do dia de atendimento. A cada semestre é organizado um cronograma de aulas em que cada um deles apresenta um artigo relacionado à sua prática.

Em geral há uma tentativa de compatibilizar, de acrescentar os ensinamentos de uma apresentação a cada uma das práticas, ou seja, os profissionais de áreas diferentes tentam relacionar o que foi apresentado com sua própria abordagem. Isso acontece, por exemplo, com o bloqueio e a fisioterapia. A fisioterapia é recomendada aos pacientes com alguma frequência. Quando buscam saber que medicação o paciente está usando, os médicos também perguntam se eles estão fazendo fisioterapia e às vezes um exercício é ensinado rapidamente durante as sessões para que os pacientes façam em casa. Esse tipo de colaboração nem sempre é possível, já que duas práticas podem ser incompatíveis como no caso da acupuntura e do bloqueio. Mesmo que um médico que faz bloqueio tenha formação também em acupuntura ele não fará as duas coisas simultaneamente no mesmo paciente. Em casos assim, percebi que a coordenação entre as duas práticas pode vir da referência a uma terceira, possível de ser adotada nos dois tratamentos.

No trecho que segue, Dr. César (médico que faz bloqueio) e Dra. Clarissa (médica que trabalha com acupuntura) comentam a apresentação de um psicólogo sobre como as emoções e o comportamento afetam a dor crônica. Segundo o apresentador, as emoções e o comportamento são resultado de esquemas mentais formulados ao longo da vida. O objetivo da psicoterapia é alterar esquemas mentais equivocados que

trazem sofrimento, de modo a promover um novo comportamento, o que requer a utilização de algumas estratégias. O psicólogo apresentou um protocolo especificamente formulado para o cuidado com a dor crônica, que incluía dentre outras técnicas: mudar o foco da atenção da dor aumentando a acuidade da percepção corporal; promover relaxamento através de respiração diafragmática; fazer com que o paciente mantenha um diário com o registro de seus pensamentos, das dificuldades e dos resultados positivos que ele tem encontrado.

Dr. César (bloqueio): Eu mudei muito com essa prática de vocês, aprendi bastante, com certeza não teria desenvolvido essa escuta mais cuidadosa se não fosse aqui no ambulatório, pelo convívio com vocês. Às vezes o paciente fala uma coisa do tipo, eu estou sendo esmigalhado, tem uma dor que me esmigalha, e isso pode nem ser ouvido na verdade, pode passar batido.

Dra. Clarissa (acupuntura): Eu aprendi aqui também e eu uso já as técnicas. Passei o tratamento com uma paciente que está muito melhor, e ela tá fazendo direitinho agora desde que eu comecei a usar essas técnicas, ela me diz, “doutora, eu melhorei muito, no começo eu só fazia três exercícios, agora eu tô fazendo dezessete já”. É impressionante o resultado.

Dra. Lise (psicologia): Clarissa é demais, gente, ela vai sair daqui uma terapeuta. É um conhecimento que tá aqui pra todo mundo, é acessível e pode contribuir muito para a prática de vocês. Eu já era terapeuta quando comecei a utilizar essa abordagem e eu gosto muito, principalmente por causa da melhora visível do paciente e por que ela pode ser utilizada por outros profissionais. Eu tenho a proposta de fazer uma vez por ano um tipo de formação com conceitos básicos pra todo mundo do ambulatório, não só o pessoal de psicologia.

Dra. Clarissa: Uma vez por ano? É pouco, né, não?

Dra. Lise: Não, uma vez por mês.

Dr. César: Já tá aprovado, é muito boa a idéia.

Quando concordam que a psicologia pode contribuir para aprimorar os resultados de suas intervenções, Dr. César e Dra. Clarissa criam entre suas práticas um referencial comum que serve de atuação da unidade da dor. Dr. César não pode integrar em sua prática de bloqueio técnicas utilizadas por Dra. Clarissa na acupuntura e vice-versa, mas ambos reconhecem que técnicas de psicologia podem contribuir para suas práticas, o que serve como meio de coordenação entre os dois tratamentos.

Outra forma de coordenação que também acontece durante as reuniões é a discussão sobre o andamento de pesquisas realizadas no ambulatório e o incentivo para que mais pessoas desenvolvam projetos de mestrado e doutorado. A dor é atuada aqui

como objeto de pesquisa e há uma ênfase sobre a importância de publicações em revistas científicas. O ambulatório também é um laboratório onde novas técnicas são testadas, onde a eficácia de tratamentos é avaliada, onde pesquisas são desenvolvidas nas mais diversas áreas e todos são igualmente incentivados.

Em conversa com Dra. Lise (psicóloga) antes do início de uma apresentação, Dr. César pergunta sobre a tese e ela diz que acabou de entregar para a orientadora. Diz que conseguiu a publicação no Lancet, o que causa um grande entusiasmo no médico:

Dr. César: Poxa Lise, parabéns hein? O pessoal do Lancet é super enjoado, é muito difícil publicar nessa revista. E eles são impacto 1, uma revista muito bem conceituada. Cê sabe que eu mandei um artigo pra eles tem um ano, e eles sempre devolvem pra corrigir, eles são muito exigentes mesmo.

Dra. Paula (médica): Ah, eu prefiro publicar na x (*uma revista cujo nome não consegui entender*) na área das ciências sociais, não estou muito interessada nessas revistas de medicina, não.

Dr. Augusto: Ah, mas essa revista é muito difícil de publicar, corresponde exatamente ao Lancet só que é de outra área, você publicou nela, não foi?

Dra. Paula: É eu publiquei, mas não é tão difícil quanto o Lancet, eles são muito mais exigentes.

Dra. Lise: Eu não sei, eu mandei o artigo e eles disseram que iam publicar, não pediram pra mudar nem uma vírgula.

Desse modo, a dor crônica se multiplica em cada uma das práticas, mas volta a ser unificada na medida em que é atuada como objeto de pesquisa comum a todos os profissionais. Todos são incentivados a desenvolver projetos de pesquisa que tenham a dor como foco, e é novamente nas reuniões de terça que mais uma forma de coordenação acontece.

As reuniões são de fato importantes para a coordenação e é necessário destacar que a dor atuada em conjunto pelos profissionais nesses momentos, ou seja, a dor enquanto unidade é distinta da que acontece em suas práticas individuais. O mesmo médico que durante a aplicação do bloqueio passa de dois a cinco minutos com um paciente cujo nome ele não menciona, nesse momento se refere à importância da escuta atenciosa e de levar em consideração a experiência do paciente para que o tratamento da dor seja eficaz. O médico enfatiza a necessidade de dedicar mais tempo a cada atendimento e reconhece o quanto isso é difícil. É o que pode ser visto no trecho de diário a seguir, que descreve parte da discussão acontecida após a apresentação de uma dissertação

de mestrado em psicologia, sobre representação social da dor crônica em sujeitos com dor:

Dra. Paula: Eu acho que a gente deve mesmo estudar, criar um espaço de discussão de trabalhos desse tipo porque só assim a gente cria possibilidade de pensar nossa prática, de ver como ela pode mudar, de melhorar mesmo o atendimento aos pacientes.

Dr. César: Sem dúvida, é a partir de estudos como esse que eu aprendi aqui que eu tenho que me dedicar mais a ouvir. Esses dias um paciente chegou muito ansioso para mim: “doutor eu sei que o senhor não tem tempo de me ouvir e eu fico falando, tenho que falar rápido” e ele começou a falar tudo ligeiro, eu não entendi nada. Aí falei: calma, rapaz, senta aí, pode falar devagar. Quer dizer, eu vejo a importância de sair desse padrão que a gente tem de dedicar dez minutos por consulta e não ter paciência para ouvir o paciente e esses estudos trazem justamente essa importância. Eu acho muito bom mesmo, você está de parabéns.

O mesmo médico, enquanto coordenador do ambulatório, convida psicanalistas, antropólogos e psicólogos para apresentações acerca dos mais diversos temas e sempre ressalta o quanto o trabalho no ambulatório requer um envolvimento afetivo, que vá além de objetivos individuais como ascensão profissional, aquisição de conhecimento técnico e publicações científicas. Como ele tanto enfatiza nas reuniões, o ambulatório de dor crônica é uma construção e requer um contínuo esforço para se manter integrado. Ele reivindica que essa construção conjunta aconteça a partir de um vínculo afetivo, do reconhecimento do impacto positivo que o trabalho pode ter em termos de alívio para quem sofre de dor. Há também a necessidade de uma integração profissional, de que os profissionais não se isolem no conhecimento que alcançaram, mas que compartilhem e aprendam uns com os outros.

O que faço neste trabalho é demonstrar que assim como o ambulatório depende de um investimento contínuo de agências para se manter funcionando, seu objeto, a dor crônica, ganha existência somente a partir de interações entre diferentes atores. Dr. César fala da importância do afeto na construção do ambulatório, do modo como os objetivos traçados serão conseguidos de forma amena se as motivações corretas servirem de guia para cada profissional. E para atuar a dor crônica enquanto unidade, o que é preciso fazer? Selecionar os pacientes que mais precisam de atendimento; fazer com que eles circulem nas diferentes terapias oferecidas e que se beneficiem da multiplicidade de atuações; pesquisar incansavelmente, publicar artigos, participar de congressos; fazer com que as diferentes práticas não se encerrem em si mesmas, mas

que possam de alguma forma influenciar umas as outras; por fim é preciso, sobretudo reservar um tempo para a escuta dos pacientes, já que a dor é considerada antes de qualquer coisa uma experiência.

Nesse sentido, por múltipla que seja a atuação de cada profissional e de cada tratamento considerado individualmente, é evidente a atuação de uma unidade: a dor crônica do ambulatório é uma dor legítima e a um só tempo objetiva e subjetiva. É passível de ser objetivada, pesquisada, tratada com medicamentos e intervenções localizadas no corpo e é simultaneamente subjetiva, parte da experiência existencial de cada paciente, culturalmente ambientada.

Uma vez atuada dessa forma, pode-se perceber a partir do discurso do coordenador do ambulatório, a tentativa, o objetivo de fazer com que essa unidade seja transposta a cada uma das terapias. Mas até que ponto isso é possível? Até que ponto isso é de fato o melhor a ser feito? Existe mesmo a necessidade de levar a unidade da dor a todos os tratamentos quando há espaços de coordenação onde a dor se concretiza enquanto experiência?

Como vimos em outro momento, Barry (2005) realizou um estudo que buscava verificar se a referência ao mundo da vida é de fato necessária para que uma consulta médica seja eficaz. O autor concluiu que a eficácia das consultas se relaciona mais com a adequação da linguagem do médico à demanda do paciente que com o emprego categórico da linguagem do mundo da vida. Tendo em consideração a natureza contingencial da eficácia médica, a pergunta sobre até que ponto os tratamentos destinados ao cuidado da dor crônica devem necessariamente se referir à experiência dos pacientes deixa de ter uma resposta imediata. Nesse aspecto, o estudo de Barry é consoante à ontologia múltipla de Mol.

Diante da constatação de que a realidade é múltipla, diante da permanente possibilidade de configurações alternativas, ou seja, uma vez que o corpo é ele mesmo atuado e já não há mais nada que ofereça a certeza de como agir, torna-se premente a questão do que atuar. Se antes a pergunta que permeava a filosofia era “como ter certeza?” agora a questão passa a ser: “como viver com a dúvida?”. Para Mol, é preciso assumir que vivemos em um mundo indeterminado, ainda que não saibamos o

que fazer diante disso. “Nós devemos aceitar o fato de que vivemos em um mundo indeterminado, em que a dúvida pode sempre ser levantada” (MOL, 2002, p. 165).

Uma ontologia múltipla implica, portanto a obrigatoriedade de questões específicas de caráter político. “O que fazer?” “Com que realidade nós deveríamos viver?”. Mol defende que qualquer que seja a resposta, ela não será guiada pela noção de verdade, mas de *goodnesses*, de benefícios (no plural, já que não existe nada que seja bom em si mesmo). A discussão sobre o que é bom pode ser feita de duas formas diferentes, que a autora denomina políticas-do-quem e políticas-do-que.

As políticas-do-quem giram em torno da questão sobre quem ocupa ou deveria ocupar a posição de decidir o que conta como bom. Derivam de uma crítica ao monopólio dos técnicos de saúde sobre a decisão do que é bom para o paciente e buscam garantir que este tenha direito de escolha (MOL, 2002). Os movimentos pelos direitos dos pacientes, que tiveram origem principalmente nos Estados Unidos, Canadá e em alguns países europeus, buscaram superar o modelo paternalista em que o médico pressupõe que o paciente é incapaz de avaliar sua própria condição e decide por conta própria que tratamento é mais adequado diante das possibilidades disponíveis (EMANUEL & EMANUEL, 1992).

Como resultado dessas reivindicações, surge uma alternativa ao modelo de atendimento médico tradicional. Guiado pela lógica de mercado, o modelo informativo situa o médico como um prestador de serviço que deve informar ao paciente, seu cliente, as vantagens e desvantagens de cada tratamento, cabendo ao paciente decidir o que fazer (EMANUEL & EMANUEL, 1992).

No entanto, ao seguir o modelo informacional, o médico acaba se posicionando como técnico que estabelece uma comunicação unidirecional com o paciente, limitando seus objetivos à explanação da condição em que ele se encontra. Como tentativa de superar essa falha e incentivar outra forma de relação médico paciente bidirecional, foi sugerido um terceiro modelo, o comunicacional, em que o médico estabelece uma relação empática com o paciente enquanto este expõe informações sobre seu modo de vida e suas interpretações sobre a doença (EMANUEL & EMANUEL, 1992).

Voltando à análise de Mol, a autora segue uma abordagem semelhante à anterior quando considera que há duas metáforas das políticas-do-quem, a do mercado (correspondente ao modelo informativo) e a do cidadão (similar ao modelo comunicacional).

Na primeira os pacientes são como clientes que escolhem um tratamento diante de uma série de opções apresentadas por profissionais que, como vendedores num mercado, apresentam as vantagens de cada produto. Na segunda metáfora, os pacientes são cidadãos dotados de direito de decidir e argumentar civilmente sobre que intervenções podem ou não ser feitas em seu corpo e em sua vida. Devem levar em consideração não só o benefício individual, mas as implicações de sua decisão para a coletividade.

Mol vê nas políticas-do-quem (aqui comparadas aos modelos informativo e comunicacional) dois problemas: o primeiro é que os analistas que se posicionam desse modo pressupõem equivocadamente que os pacientes saberão de antemão o que escolher. Eles não se preocupam com o que o paciente deverá dizer no momento em que lhe for dado o direito de argumentar o que é melhor para si.

O segundo problema com a política-do-quem é que ela infere, também de forma equivocada, que a decisão é tomada unicamente no momento em que médico e paciente se encontram, negligenciando a série infinita de situações que configuraram as possibilidades de escolha. Um hospital que adotasse o bloqueio como intervenção principal e não oferecesse a acupuntura dificultaria o acesso do paciente a este tratamento. Para Mol, “a maior parte dos elementos relevantes na tomada de decisão escapam ao momento em que essa decisão acontece” (MOL, 2002, p. 171).

O terceiro problema desse tipo de política é que ao mesmo tempo em que é formulada com a intenção de fazer recuar o poder dos profissionais de saúde, ela toma como verdade e fato o que estes técnicos apresentam. “Ela demanda dos profissionais que eles disponibilizem informações aos pacientes como se desde o início houvesse um conjunto de dados neutros para dispor sobre a mesa. Mas não há” (MOL, 2002b, p. 171).

Tendo em conta estas falhas, Mol propõe uma mudança. A política-do-que defendida pela autora assume que os objetivos buscados são sempre uma questão política, ou seja, os parâmetros de escolha do que fazer devem ser questionados e discutidos. As variadas atuações da doença e os modos diferenciados como cada uma delas atua o corpo devem ser explicitados e levados em consideração, já que é nesse processo que são atuados também diferentes benefícios, diferentes noções do que é bom. O bom é inevitavelmente múltiplo.

A ciência detém desde muito tempo o poder de silenciar os debates travados em diferentes áreas a partir da apresentação de fatos, de certezas. A ética por sua vez guarda um gosto pelo consenso mesmo que temporário e promete o fechamento. Desse modo, é a política, que ressoa indeterminação e abertura, o âmbito mais favorável para abrigar a proposta de Mol. Situar as decisões no campo político é ressaltar que uma questão do tipo o que fazer será sempre permeada por tensões e não pode chegar a uma solução definitiva, nem por meio de fatos nem por meio de argumentos. “Numa cosmologia política, ‘o que fazer’ não é dado na ordem das coisas, mas precisa ser estabelecido. Fazer o bom não acontece como consequência de descobrir o que é bom, é uma questão de fazer mesmo. De tentar, consertar, se esforçar, falhar e tentar novamente” (tradução nossa) (MOL, 2002b, p.176).

Dadas as incertezas e as controversas inerentes ao conhecimento científico atual sobre a dor crônica e sobre as práticas terapêuticas destinadas ao seu cuidado, há uma tendência maior por parte dos profissionais a se organizarem de modo a situar as decisões sobre o que fazer no campo da política. Tanto nos protocolos e manuais de medicina (TEIXEIRA, 2006) quanto no ambulatório pesquisado, o que se observa é a recomendação de abertura e flexibilidade em relação à diversidade de terapias oferecidas, é o caráter experimental da escolha do que melhor funciona em termos de tratamento para a dor e criação de espaços em que essa escolha seja feita em conjunto pelos profissionais e pacientes.

Mol lembra que longe de ser universal, existem diversos modos de fazer o bom, já que o mundo em que vivemos não é um só. Há múltiplas formas de viver e com elas diversas ontologias. Considerando que cada intervenção terapêutica atua benefícios

diferentes, o que conta como bom varia de acordo com o parâmetro de melhora. Apesar de não defender que um único parâmetro de avaliação seja adotado, Mol deixa claro que se deve sempre considerar o modo de vida de cada paciente, afinal de contas é a vida diária cotidiana o que mais importa para as pessoas.

Lima (2011) observa que como não é possível curar a dor, ela não pode ser tomada em si mesma como referência para decidir qual é o melhor tratamento. Segundo a autora, uma vez que o uso isolado do medicamento enquanto único recurso para a intervenção do terapeuta sobre o doente se mostra insuficiente, a dor crônica exige a inclusão de uma diversidade de terapias, além da alteração quanto ao que se pode esperar dos resultados. Ao invés de agir exclusivamente sobre a dor, o tratamento deve ter como foco a intervenção no próprio cotidiano do paciente:

A impotência diante da dor requer a aproximação dos profissionais à experiência do doente, não pela via da objetivação da dor e do sofrimento, mas pela decodificação da “sua própria experiência a partir de necessidades e possibilidades trazidas pelo horizonte lingüístico do outro” (AYRES, 2005 p.27). Pode-se dizer assim que a dor crônica impõe a humanização do terapeuta (LIMA, 2011 pg. 233).

Enquanto planejamento, enquanto tomada de decisão, a centralidade da experiência do paciente é inquestionável no ambulatório de dor pesquisado. Além disso, considerando que o tratamento oferecido pelo ambulatório equivale a todas as práticas e ao modo como elas são organizadas em conjunto, pode-se afirmar que a dor crônica é atuada como parte indissociável do cotidiano. Em todas as formas de coordenação o que se vê é a tentativa de privilegiar a qualidade de vida do paciente, a partir da escuta de sua experiência.

No entanto, o consenso dos profissionais quanto à necessidade de desenvolver uma interação comunicativa com os pacientes não é suficiente para garantir a unificação da doença em cada uma das terapias oferecidas no ambulatório. Tampouco é possível atribuir à própria dor crônica o potencial de sustentar esse consenso e impor aos profissionais que ele seja concretizado em suas atividades cotidianas.

Enquanto unidade atuada em meio aos processos de coordenação aqui expostos, a dor crônica é uma doença especial que demanda de cada profissional uma postura atenta ao modo de vida do paciente. No entanto, basta observar a diversidade de atuações

práticas no ambulatório para concluir que essa unidade não se sustenta por si só. Cada tipo de tratamento atua uma dor específica e em meio a esse processo de multiplicação a proposta de levar em consideração a experiência do paciente pode se perder. Se a doença não existe em si mesma, se ela é múltipla, como seria possível que ela garantisse uma única postura dos profissionais frente aos pacientes?

Assim como qualquer elemento dotado de agência, a dor não existe em si mesma, mas atua e é atuada em conjunto com elementos humanos e não humanos, numa constante interação. É em meio a essa contextualização que a doença ganha existência, de modo que, diante da multiplicidade de arranjos encontrada em cada prática do ambulatório, o que em um contexto foi estabelecido como objetivo fundamental pode ser preterido no contexto seguinte. Em cada uma das práticas de cuidado, a unidade da doença dá lugar à sua multiplicidade e em alguns casos isso implica numa ruptura com os objetivos da clínica, ou seja, a interação comunicativa com o paciente acaba não acontecendo.

Desse modo, por mais clara que seja a decisão dos profissionais de que a experiência de dor é fundamental para o bom desempenho de qualquer tratamento oferecido no ambulatório, ela não é suficiente para concretizar essa unidade em cada prática. Desconsiderar o caráter inevitavelmente múltiplo da doença é assumir o risco de não pôr em evidência o quanto cada uma das práticas se mantém fiel ou não ao que foi escolhido como proposta terapêutica e que tipo de consequência isso pode ter para o tratamento.

Qualquer decisão política esbarra nos limites que a prática encerra, o que é bem ilustrado pelo modo como o bloqueio local atua a dor. Apesar do consenso entre os profissionais de que é necessário ouvir os relatos dos pacientes que sofrem de dor crônica, no bloqueio parece não haver tempo suficiente para isso. O agrupamento dos pacientes parece facilitar a emergência de conversas sobre assuntos cotidianos, mas as técnicas utilizadas pra bloqueio raramente requerem mais do que cinco minutos de procedimento, de modo que não há razão para realizar o atendimento em grupo.

Além disso, diante da grande demanda de pacientes, a urgência em finalizar o mais rápido possível parece inevitável. Os poucos diálogos que acontecem são centrados

em questões bastante específicas, quanto ao uso da medicação e ao acompanhamento pela fisioterapia. Na maioria dos atendimentos nenhuma referência é feita ao paciente enquanto pessoa, ao modo como a dor interfere ou não em sua experiência cotidiana. A doença aqui é atuada quase que exclusivamente a partir da espacialização da dor no corpo, da intervenção sobre locais do corpo em que o paciente sente dor.

Dessa forma, não há como negar que a atuação da dor no bloqueio local destoa da proposta terapêutica do ambulatório. Mas até que ponto é possível assegurar de antemão que esse distanciamento constitui um problema, se de uma forma ou de outra as estratégias de coordenação atuam a dor crônica como parte da experiência do paciente? Mol lembra que o objetivo de observar as variadas atuações da doença, de ressaltar o modo como cada prática atua o corpo é ser congruente com o fato de que no processo de multiplicação da realidade diferentes benefícios são atuados, diferentes noções do que é bom são formuladas. Se o bom é inevitavelmente múltiplo, convém analisar que tipo específico de benefícios o bloqueio local traz, para não correr o risco de fazer um julgamento precipitado quanto à sua adequação ou não aos objetivos da clínica.

Situar a avaliação de uma prática no campo político é pôr consensos em suspensão. Como foi visto em outros momentos do texto, existe uma série de estudos antropológicos na área de saúde que condenam o caráter reducionista da biomedicina e defendem sua humanização, ou seja, defendem que os médicos desenvolvam uma sensibilidade maior ao sofrimento dos pacientes de modo que estes sejam cuidados não somente a partir de sua dimensão biológica, mas também de sua realidade psíquica e social. Mol certamente não seguiria estudos assim para avaliar uma prática determinada. Ao invés disso, tentaria retirar a questão do campo ético, levando-a ao campo político, de modo a evitar afirmações categóricas quanto ao que convém fazer.

No caso do bloqueio local, tal qual acontece na clínica, é inegável o benefício do alívio ou mesmo da supressão imediata da dor, efeito que pode durar pouco, mas traz um ganho significativo para o paciente. Apesar de não existir uma cura definitiva para a dor crônica, o bloqueio leva a uma cura momentânea. No momento da intervenção é a espacialidade do corpo do paciente que é atuada, mas pode-se dizer que para além do

espaço do ambulatório, a experiência cotidiana também é alterada, já que nesse intervalo sem dor muitos aproveitam para fazer atividades a que não podem se dedicar usualmente, atividades ligadas ao lazer, ao trabalho, ou mesmo para dormir bem.

Em poucas palavras, no bloqueio local há um tipo de intervenção que não parte de uma escuta atenta às narrativas dos pacientes, o que destoa da proposta terapêutica do ambulatório. No entanto, há que se levar em consideração o tipo específico de benefício que esse procedimento traz. O momento em que é feito o bloqueio atua a doença enquanto espacialidade, mas essa intervenção sobre o corpo não deixa de trazer também uma mudança sobre o cotidiano, já que o alívio da dor é condição fundamental para a qualidade de vida. Uma vez que o paciente sai do ambulatório, o analgésico continua a atuar em seu corpo e conseqüentemente em todas as interações sociais das quais o paciente participa.

Atuar a experiência não é somente escutar, a subjetividade não é circunscrita à linguagem e a agencia de um tratamento não se encerra no espaço da clínica. Nem sempre é possível atuar simultaneamente a intervenção sobre o corpo e a escuta do sofrimento tal qual o objetivo dos profissionais no ambulatório, já que uma decisão política é somente parte de toda a cadeia de interações necessárias para trazer à existência a doença e o tipo de cuidado a ela despendido.

Como foi visto antes, foi preciso que houvesse a conjunção de uma série de elementos humanos e não humanos para que a atuação simultânea da escuta de uma experiência e da objetivação de uma espacialidade viesse a acontecer na acupuntura: a localização em um hospital público de infra-estrutura precária; o grande número de pacientes cadastrados; o modo como a técnica requer a permanência de cada paciente por bastante tempo; a disposição das cadeiras na sala; a postura de abertura, acolhimento e participação dos médicos em relação às conversas estabelecidas entre os pacientes. Cada um desses elementos contribui para fazer com que a acupuntura seja um tratamento mais correspondente aos propósitos do ambulatório.

Assumir a agencia de não-humanos não significa, no entanto, adotar uma postura fatalista diante do que é atuado em cada contexto, os benefícios precisam ser

discutidos. Uma vez constatado que as práticas envolvidas em um tratamento específico necessitam de mudanças, é possível pensar e submeter ao crivo da prática estratégias para organizar o conjunto heterogêneo de atores envolvidos, de modo a obter os resultados esperados.

Ao expor o quanto as práticas dos profissionais de saúde não lidam com fatos em si mesmos, mas são indeterminadas e interligadas a uma série de fatores sociais, é possível perceber o quanto é importante que cientistas sociais se engajem em suas práticas, já que elas afetam os modos de viver de todas as pessoas. Cabe ao sociólogo se inserir na realidade hospitalar de modo a evidenciar e levantar questões que levem à discussão das perspectivas e práticas.

É preciso deixar claro, contudo que uma inserção como essa não pode ser considerada como própria de um grupo privilegiado de cientistas sociais que finalmente sabem o que é a ontologia. Como qualquer outra prática, atentar para a multiplicidade do corpo e de suas doenças é algo que pode ser feito ou não, é também uma atuação. A multiplicidade do corpo é atuada tanto quanto sua unidade, o trabalho de um sociólogo não é desvelar finalmente a verdade sobre a prática médica. Desse modo, esta dissertação não reivindica o direito de ter a última palavra a respeito do que é a dor crônica. Detém-se à apresentação de uma abordagem que pode ou não interessar aos estudiosos das diversas áreas que se debruçam sobre o assunto.

Referências

ALVES, Paulo César. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 22(8): 1547-1554. 2006.

AUGUSTO, Viviane Gontijo et al. Um olhar sobre as LER/DORT no contexto clínico do fisioterapeuta. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. São Carlos. 12(1). 2008.

BARRY, A. Christine et al. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science & Medicine*. 53: 487-505. 2001.

BENDELOW, Gillian A.; WILLIAMS, Simon J.. *Transcending the dualism on sociology of pain*. *Sociology of Health and Illness*. 17(2). 1995.

BENNETT, Michel et. al: Using screening tools to identify neuropathic pain. *International Association for the Study of Pain*. 127: 199-203. 2007.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação Saúde, Educação*. 9(17): 389-394. 2005.

BERG, Marx. Order(s) and disorder(s): of protocols and medical practices. In: BERG, Marx; MOL, Annemarie. *Differences in medicine: unraveling practices, techniques and bodies*. Durham and London: Duke University Press. 1998.

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal Editora. 1979.

BRUNO, Fernanda. Prefácio. In: FERREIRA, Arthur Leal; FREIRE, Letícia Luna; MORAES, Marcia; ARENDT, Ronald. *Teoria ator-rede e psicologia*. Rio de Janeiro: Nau Editora. 2010.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, Guacira Lopes (org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica. 2001.

CALLON, Michel; LAW, John. On Interests and their transformation: enrolment and counter-enrolment. *Social studies of Science*. 12(4): 615-625. 1982.

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 15(3): 647-654. 1999.

COACCIOLI, Stefano et. Al. Fibromyalgia: nosography and therapeutic perspectives. *Pain Practice*. 8(3): 190-201. 2008.

EMANUEL, Ezekiel J; EMANUEL, Linda L. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*. 267(16): 2221-2226. 1992.

FOUCAULT, Michel. The birth of the clinic: an archeology of medical performance. Tavistock. London. 1973.

_____. O nascimento da clínica. Ferense Universitari. 2008.

_____. *História da Sexualidade*: vol 1. A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal. 1993.

GARCIA, Dayse Maioli; ANDRACIOLI-PIMENTTA, Cibele de. Pain Center Professional beliefs on non-cancer chronic pain. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*. 66(2A):221-228. 2008.

GOOD, Byron J., *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press. 1994.

GOFFMAN, Ervin. *A representação do eu na vida cotidiana*. Vozes: Petropolis. 2002.

_____. *The social presentation of self in everyday life*. Harmonds-worth, U.K.:Penguin. 1971.

HARRELL, Stevan. Pluralism, performance and meaning in Taiwanese healing: a case study. *Culture, medicine and psychiatry*. 15(1): 45-68. 1991.

HARMAN, Graham. *Prince of networks: Bruno Latour and metaphysics*. Melboure. 2009.

HELMAN, Cecil. *Cultura, sociedade, doença*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994.

INGOLD, Timothy. Da transmissão de representações à educação da atenção. *Educação*. Porto Alegre. 33(1): 6-25. 2010.

_____. *Bringing things to life: creative entanglements in a world of materials*. University of Aberdeen. Manchester. 2010.

INTRONA, Lucas D. Ethics and the speaking of things. *Theory Culture and Society*. SAGE. Los Angeles, London, New Delhi and Singapore. 26(4): 25 – 46. 2009.

IORIO, Rita de Cassia. *Acupuntura no exercício da medicina: o médico acupunturista e seus espaços de prática*. Orientador Prof. Dr. Arnaldo Augusto Santos de Siqueira. Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2007.

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Sociology Science & Medicine*. 12: 85 - 93. 1978.

_____. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press. 1980.

_____. *The illness narratives: suffering, healing & the human condition*. Basic Books. 1988.

_____ et al. *Pain as human experience: an anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press. 1994.

KRELING, Maria Clara Giorio Dutra et al.: Prevalência de dor crônica em adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. 59(4): 509-513. 2006.

LAET, de Marianne; MOL, Annemarie. The Zimbabwe bush pump: mechanics of a fluid technology. *Social Studies of Science*. 30(2): 225-63. 2000.

LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Editora 34. 1994.

_____. *A vida de laboratório e a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1997.

_____. *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru, São Paulo: EDUSC. 2001.

_____. *Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory*. New York: Oxford University Press. 2005.

LAW, John; MOL, Annemarie. Regions, networks and fluids: anaemia and social topology. *Social Studies of Science*. 24(4): 641-671. 1994.

_____; _____. Notes on materiality and sociality. *The Sociological Review*. 43: 274-294. Oxford. 1995.

_____. *After method: mess in social science research*. New York: Routledge. 2004.

LETINGA, Ant; MOL, Annemarie. Clinical specificity and the non-generalities of science. *Theoretical Medicine and Bioethics*. Netherlands. 20:517-535. 1999.

LIMA, Monica Angelim Gomes de. *Clínica da dor: sentidos e práticas no cotidiano dos espaços terapêuticos*. Tese de doutorado. Orientadora: Prof. Dra. Lenny Trad. Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva. Salvador. 2005.

_____, Mônica Angelim Gomes de; TRAD, Leny A. Bomfim. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. *Cadernos de Saúde Pública*. 23(11): 2672-2680. 2007.

_____; _____. Dor Crônica: objeto insubordinado. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro. 15(1): 117-133. 2008.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Fenomenologia da percepção*. Martins Fontes. São Paulo. 2006.

MOL, Annemarie: What diagnostic devices do: the case of blood sugar measurement. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 21: 9-22, 2000.

_____. Cutting Surgeons, Walking Patients: some complexities involved in comparing. In: *Complexities: social studies of knowledge practices*. Duke University Press. 2002a.

_____. *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press. Durham and London. 2002b.

_____; LAW, John. Embodied action enacted body the exemple of hypoglycaemia. *Body & Society*. 10(2-3): 43-62. 2004.

_____; _____. El actor-atuado: La oveja de la Cumbria em 2001. Traduction Carmen Romero Bachiller. *Política & Sociedad*. 45(3): 75-92. 2008.

OLIVEIRA, Erineide Souza de; GAZZETA, Maria Luisa Barca; SALIMENE, Arlete Camargo de Melo. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 9(4): 44-49, 2001.

PALMEIRA, Aline Tonheiro. *Representação social de doença crônica: um estudo qualitativo com pessoas com diagnóstico de insuficiência renal ou dor crônica*. Dissertação de Mestrado. Orientador: Prof. Dr. Antonio Marcos Chaves. Instituto de Psicologia - Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2009.

PALMEIRA, Guido. A acupuntura no ocidente. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro 6(2): 117-128. 1990. Ver. Escola de Enfermagem USP. 32(2): 179-86. 1998.

PAYER, Lynn. *Medicine & Culture: varieties of treatment in United States, England, West Germany and France*. H. Holt Company, LLC. New York. 1996.

SACKS, Oliver. *Com uma perna só*. Companhia das Letras. São Paulo. 2003.

SCHUTZ, Alfred. *Collected papers*. The problem of social reality. The Hague: Martinus Nijhoff. 1962.

SILVA, Rubens Alves da. Entre “artes” e “ciências”: a noção de performance e drama no campo das ciências sociais. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre. 11(24): p.35-65. 2005.

SOUZA, Eduardo Frederico Alexander Amaral de. *Nutrindo a Vitalidade*: questões atuais sobre a racionalidade médica chinesa e seu desenvolvimento histórico atual. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2008.

STRATHERN, Mariliyn. *Reproducing the future*: anthropology, kinship, and the new reproductive technologies. Manchester: Manchester University Press. 1992.

TEIXEIRA, Manuel Jacobsen. *Dor: manual para o clínico*. São Paulo: Atheneu. 2006.

VADIVELU, Naline; SINATRA, Raymond. Recent advances in elucidating pain mechanisms. *Current Opinion in Anesthesiology*. 18: 540 – 547. Lippincott Williams & Wilkins. 2005.

VOS, Rein; WILLEMS, Dick L. Technology in medicine: ontology, epistemology, ethics and social philosophy on the crosswords. *Theoretical Medicine and Bioethics*. Netherlands. 21: 1-7. 2000.

WOOLF, Clifford. Deconstructing Pain: a deterministic Dissection of the molecular basis of pain. In: COAKLEY, Sarah; SHALEMAY, Kay Kaufman (ed.). *Pain and its transformations*. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts. London, England. 2007.

YOUNG, Allan. Internalizing and externalizing medical systems an Ethiopian example. *Social Science & Medicine*. 10: 147-56.1976.

_____. When rational men fall sick: an inquire into some assumptions made by medical anthropologists. *Culture Medicine and Psychiatry*. 5(4): 317-335. 1982.

ZBOROWSKI, Mark. Cultural components in response to pain. In: ALVES, Paulo César. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 22(8): 1547-1554. 2006.

ZOLA, Irving K. Culture and symptoms: an analysis of patient's presenting complains. In: ALVES, Paulo César. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 22(8): 1547-1554. 2006.