



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

ROSANA DOS SANTOS SILVA

**O APRENDIZADO SOBRE AS EMOÇÕES EM UM CONTEXTO DE
TREINAMENTO MÉDICO: UMA ETNOGRAFIA SOBRE AS PRÁTICAS
MÉDICAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM SALVADOR-BAHIA**

Salvador
2021

ROSANA DOS SANTOS SILVA

**O APRENDIZADO SOBRE AS EMOÇÕES EM UM CONTEXTO DE
TREINAMENTO MÉDICO: UMA ETNOGRAFIA SOBRE AS PRÁTICAS
MÉDICAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM SALVADOR-BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção de título de Doutora em Ciências Sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elena Calvo Gonzalez.

Salvador
2021

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S586 Silva, Rosana dos Santos
O aprendizado sobre as emoções em um contexto de treinamento médico: uma etnografia sobre as práticas médicas em um Hospital Universitário em Salvador-Bahia / Rosana dos Santos Silva. – 2021.
217 f.: il.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Elena Calvo Gonzalez
Tese (doutorado) - Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2021.

1. Emoções. 2. Aprendizagem. 3. Ciências médicas. I. Calvo Gonzalez, Elena.
II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

CDD: 300.4

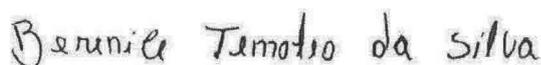
ROSANA DOS SANTOS SILVA

**"O APRENDIZADO SOBRE AS EMOÇÕES EM UM CONTEXTO DE
TREINAMENTO MÉDICO: uma etnografia sobre as práticas médicas
em um hospital universitário em Salvador-Bahia".**

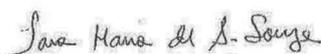
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Ciências Sociais e, aprovada em dezessete de março de dois mil e vinte e um, pela Comissão formada pelos professores:



Profa. Dra. Elena Calvo Gonzalez (FFCH - UFBA)
Doutora em Antropologia Social pela Universidade de Manchester (Inglaterra).



Profa. Dra. Berenice Temoteo da Silva(UFBA)
Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA(UFBA).



Profa. Iara Maria de Almeida Souza (FFCH-UFBA)
Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia(UFBA).



Profa. Lítza Andrade Cunha. (UFBA)
Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia(UFBA).

A handwritten signature in black ink, reading "Vânia Bustamante Dejo". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal flourish at the bottom.

Profa. Vânia Nora Bustamante Dejo (UFBA)
Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da
Bahia (UFBA).

DEDICATÓRIA

Ao meu avô, João Barbosa da Silva, com amor.

AGRADECIMENTOS

Escrevo estes agradecimentos no meu último dia de isolamento domiciliar, depois da contaminação pelo vírus SARS-CoV-2, causador da COVID 19. Nesses 14 dias de incerteza sobre o curso da doença, o desejo de defender esta tese foi um motivo para esperar, além de se configurar como o meu exercício radical de afirmação da vida diante da política de morte, do negacionismo e do obscurantismo que se estruturam de modo cada vez mais avassalador no país.

Pesquisar não é uma prática solipsista. São os encontros dentro e fora do campo de pesquisa que nos fazem sustentar o ofício de produzir o conhecimento, mesmo com os ataques à universidade pública e às instituições de apoio à pesquisa no Brasil. Mas, resistindo a essas intempéries, posicione-me como uma pesquisadora que estuda um objeto contra-hegemônico: as emoções. Elas borram as oposições que a priori parecem tão incontornáveis entre natureza e cultura, sujeito e mundo, exterioridade e interioridade, público e privado, mente e corpo, indivíduo e sociedade, universalismo e particularismo. Pesquisar as emoções solicita do pesquisador estar atento a sua afetividade, que expresse nestas linhas aqueles que, no meu percurso, foram sementeira.

Agradeço à Universidade Federal da Bahia (UFBA) pela formação emancipatória e comprometida com a mudança do ordenamento da realidade. Aprendi na UFBA que a ciência é coletiva e humana.

Ao SUS, que me deu tanto: uma causa para lutar; um espaço de pesquisa, docência e trabalho; e um sonho de transformar em realidade prática a construção de uma outra estética do cuidado em saúde.

Ao Complexo Hospitalar Universitário, meu campo de pesquisa e lugar de formação para o SUS, por ter concedido a anuência para a execução do estudo. Nessa instituição também iniciei o meu aprendizado prático como estagiária do Serviço de Psicologia. Desde então, sigo vinculada ao Complexo, implicada no exercício de compor factibilidade e utopia, práticas que ajudam na defesa da universalidade do direito à saúde.

À Elena Calvo, minha orientadora, pela partilha generosa de saberes, pelo acolhimento e pela inspiração. Obrigada pelas orientações tão criteriosas, mas também afetuosas que driblaram as diferenças de fuso horário e diminuíram as distâncias entre Salvador e Amsterdam!

À Iara Maria de Almeida Souza e à Vania Nora Bustamante Dejo pelas importantes considerações feitas durante o exame de qualificação, que me auxiliaram a avançar na pesquisa.

À Litza Andrade Cunha e à Berenice Timóteo da Silva por aceitarem participar da minha banca de defesa.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFBA.

Aos colegas da turma do doutorado pelas interlocuções sempre produtivas.

Ao meu avô João, meu querido Jony, por me fazer reconhecer que a palavra é reveladora das mil humanidades que há em cada um, dos tantos mundos que há no mundo. É sempre primavera no meu coração e na minha saudade!

Agradeço aos meus pais, Antônio e Marinalva, por despertarem em mim o desejo de saber, que foi o ponto de partida para o meu ingresso e permanência na vida universitária. A amorosidade de vocês e o encorajamento a cada passo meu são acalanto.

Ao Leonardo pelo amor, pela cumplicidade e pelas leituras atentas e sensíveis da escrita desta tese.

Aos meus irmãos Raquel, Fábio e Rafael pelo incentivo tão amoroso.

Aos meus sobrinhos Guilherme e Maria pelos sorrisos e pelos momentos de leveza. Vi com alegria vocês crescerem enquanto escrevia esta tese.

Aos meus amigos que são tantos e tão queridos, que mesmo espalhados pelo país, estiveram comigo trazendo o bem querer necessário para que pudesse seguir no percurso que tracei no doutorado. Escolherei duas, que citarei aqui, como representantes desse afeto tão bonito, Fernanda e Tâmara.

Ao Jairo Gerbase pela escuta dos afetos mobilizados na construção desta pesquisa. A escrita atravessa a vida e nos permite conjugar fala, ser e letra.

Ao Sérgio Bordim que na delicadeza dos seus traços transformou as emoções vividas no hospital em aquarelas. Cada ilustração nasceu de uma escuta atenta desse artista sobre os protagonistas desta etnografia, sobre os seus afetos e suas atuações nas cenas de cuidado.

Aos aprendizes e preceptores médicos pelo compartilhamento de suas experiências emotivas. Escutei suas histórias com sensibilidade e com empatia, tecendo os fios que me ligaram aos seus universos simbólicos. É com essas tramas sensíveis que finalizo este trabalho que não é completo nem se encerra por si mesmo. Considerando a complexidade dos distintos temas que ele toca, instiga muitas outras e valorosas investigações.

RESUMO

Esta etnografia sobre a biomedicina investiga o aprendizado das emoções em um contexto institucional de formação médica. O trabalho de campo foi realizado em um hospital, especificamente em uma enfermaria de cardiologia. A escolha por essa unidade também envolveu a existência de uma simbólica social, na qual o coração é um órgão que aparece como um lugar das emoções. O interesse etnográfico está na aprendizagem como/na prática, já que a ideia central não é apenas saber o que se aprende sobre as emoções, mas como se aprende. Aprendizes, preceptores, outros profissionais de saúde, os pacientes, familiares, o sistema de saúde, e até o inesperado contexto da pandemia de COVID-19, em conjunto dão forma à realidade das emoções. A etnografia mostrou que aprende-se sobre emoções na formação médica de modo tácito, e que este aprendizado é caracterizado pelo controle das emoções, a privatização da subjetividade e a busca de objetivação das emoções vistas como elementos que não comporiam o aprendizado formal dos médicos, por não fazerem parte do seu real objeto: as doenças. Foram identificadas também diferenças no que diz respeito às experiências emotivas entre preceptores e aprendizes, que apontam para uma distinção na hierarquia médica associada não apenas a experiência, mas ao engajamento em distintas praticidades. O trabalho etnográfico destacou ainda pontos de inflexão nesse modo hegemônico de aprender sobre emoções, enfatizando suas fissuras, que ficariam mais expostas na travessia da medicina dos livros, das peças, para a medicina dos vivos, quando se acompanha pessoas reais, em enfermarias reais. O aprendizado das emoções não é definitivo ou estanque, mas versões sobre emoções vão sendo produzidas de modo situado, a partir do engajamento dos atores no contexto de prática. Através destes achados da pesquisa, trago o debate sobre a potência das emoções para compreender a formação médica. Reconhecer que há um aprendizado sobre emoções na biomedicina ao invés de negar este fato, permite construir uma forma distinta de vê-la e de interpretá-la, o que possibilita a identificação dos dilemas que contornam o ensino e a prática médica.

Palavras-chave: emoções; aprendizado; biomedicina.

ABSTRACT

This ethnography on biomedicine researches the learning of emotions in an institutional context of medical education. Fieldwork was carried out in the cardiology ward of a University hospital. This choice was based on the idea of the symbolic idea of the heart being an organ central as a place of emotions. The ethnographic interest is in learning as / in practice, since the main idea behind this research is not only to know what is learned about emotions, but how this is learnt. Apprentices, tutors, other health professionals, patients, family members, the organization of the health system itself, and even the unexpected context of the COVID-19 pandemic, together shape the reality of emotions. The ethnographic work showed that learning about emotions in medical education is a tacit process, and that this learning is characterized by the control of emotions, the privatization of subjectivity and the search for an objectification of emotions, seen as elements that would not feature in the learning process of doctors, due to their being seen as outside of the real object of this learning process: diseases. Differences were also identified with regards to emotional experiences between preceptors and apprentices, pointing to a distinction in the medical hierarchy associated not only with experience, but with engagement in different practicalities. The ethnographic work also highlighted some inflection points in this hegemonic way of learning about emotions, emphasizing these fissures, which would be more exposed in the passage from the medicine of books, of pieces, to the medicine of the living, when treating real people, in real wards. The learning of emotions is not final nor fixed, rather, different versions of emotions are always being produced in a situated way, from the engagement of the actors in the context of practice. Through these research findings, I emphasize the power of emotions to help us understand fully what medical training entails. Recognizing that learning about emotions feature in biomedical learning context allows us to build a different way of seeing and interpreting this very learning process, enabling us to identify some dilemmas that surround medical teaching and practice.

Keywords: emotions; learning; biomedicine.

Enquanto eu tiver perguntas e não houver resposta continuarei a escrever.

Clarice Lispector

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 01 - O hospital	43
Ilustração 02 – A enfermaria	44
Ilustração 03 - O coração partido	48
Ilustração 04 - O encontro clínico de Iolanda e Geni	62
Ilustração 05 - O encontro clínico de Beatriz e Balbina	83
Ilustração 06 - A visita médica	90
Ilustração 07 - Aniversário de Balbina	97
Ilustração 08 - O encontro clínico de Angélica e Daniel	137
Ilustração 09 - A cirurgia	150
Ilustração 10 – O encontro clínico de Renato e Antônio	178

LISTA DE FIGURAS

- Figura 01: SCP- Representação morfológica do ventrículo e pote para capturar polvos, denominado "takotsubo" 50
- Figura 02: Pote para capturar polvos, denominado "takotsubo", em japonês 50

LISTA DE ABREVIATURAS

CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CFM	- Conselho Federal de Medicina
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI	- Equipamento de Proteção Individual
FAPEX	- Fundação de Amparo à Pesquisa, Ensino e Extensão
BEM	- Medicina Baseada em Evidências
PNH	- Política Nacional de Humanização
PNACAC	- Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade
REUF	- Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SESAB	- Secretaria de Saúde da Bahia
SCP	- Síndrome do Coração Partido
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UCO	- Unidade Coronariana
UFBA	- Universidade Federal da Bahia
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	“APRENDER SOBRE EMOÇÕES NA FORMAÇÃO MÉDICA”	16
1.2	AS EMOÇÕES NAS CIÊNCIAS SOCIAIS: UM REGISTRO DE HISTORICIDADE	20
1.3	EMOÇÕES, APRENDIZADO E BIOMEDICINA COMO CONCEITOS SENSIBILIZADOS: CONSTRUINDO UM ITINERÁRIO ANALÍTICO DE PESQUISA	23
1.4	O CAMPO E SEUS ATORES: DESCREVENDO O DESENHO METODOLÓGICO	28
1.5	AS IMPLICAÇÕES DE “SER DE DENTRO” E DE DEIXAR-SE SURPREENDER: O NASCIMENTO DE UMA PERGUNTA DE PESQUISA	35
1.6	TRANSFORMANDO PERGUNTAS EM CAPÍTULOS	39
2	EMOÇÕES NO HOSPITAL: CONSTRUÇÕES DA BIOMEDICINA SOBRE O SENTIR	45
2.1	SÍNDROME DO CORAÇÃO PARTIDO: A TRANSFORMAÇÃO DA EMOÇÃO EM ESTRESSE	47
2.2	NOTAS ETNOGRÁFICAS SOBRE A EMOÇÃO FORTE: A CONSTRUÇÃO DO PACIENTE COM DOENÇA CARDÍACA COMO UMA PESSOA RARA DE LIDAR	59
2.2.1	Geni	59
2.2.2	Lígia	70
2.2.3	Luiza	75
2.3	CONSIDERAÇÕES SOBRE A ELABORAÇÃO DE UMA NORMA EMOCIONAL PELA BIOMEDICINA	77
3	“FALAR DE EMOÇÕES NAS VISITAS MÉDICAS?” APRENDENDO A CONTAR SOBRE PACIENTES	80
3.1	SOBRE AFETOS E AFETAÇÕES NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES: O ENCONTRO CLÍNICO DE BEATRIZ E BALBINA	81
3.2	O TREINAMENTO DE BEATRIZ NA VISITA MÉDICA: DOS ATENDIMENTOS À APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO	87
3.3	A VISITA MÉDICA E AS EMOÇÕES: DA MEDICINA DOS LIVROS AO APRENDIZADO DA MEDICINA DOS VIVOS	98
3.4	“ROTEIRO DE APRESENTAÇÃO DOS PACIENTES”: CONHECIMENTO NARRATIVO E A TRANSFORMAÇÃO DAS EMOÇÕES NUMA VERSÃO MÉDICA	106
3.5	APRENDENDO NA VISITA MÉDICA SOBRE REGISTRO NO PRONTUÁRIO: AS EMOÇÕES NA ESCRITA MÉDICA	117
4	A CIRURGIA COMO UM ACONTECIMENTO AFETIVO: NOTAS SOBRE AS EMOÇÕES NA CIRURGIA CARDÍACA	121
4.1	CIRURGIA CARDÍACA E AS FRAGILIDADES DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: ATRAVESSAMENTOS NA CENA EMOTIVA	123

4.2	OPERAR É TOCAR UM CORPO VIVO: A EXPERIÊNCIA EMOTIVA E A CIRURGIA	130
4.2.1	O encontro clínico de Daniel e Angélica	132
4.2.2	Iolanda, Aurora e Rosa	142
4.3	PARA FAZER CIRURGIA TEM QUE TER SANGUE FRIO? ELABORAÇÕES SOBRE OS AFETOS DAQUELE QUE OPERA	144
5	URGÊNCIAS ETNOGRÁFICAS: OS AFETOS NO TEMPO REAL DA PANDEMIA COVID-19	154
5.1	FAZENDO ETNOGRAFIA NA PANDEMIA COVID-19: AS EMOÇÕES E O DIÁRIO DE CAMPO COMO UMA VIA DE ELABORAÇÃO	157
5.2	(CON)VIVENDO COM O VÍRUS NO CAMPO: UM PREÂMBULO SOBRE A PANDEMIA NO HOSPITAL	160
5.3	SOBRE “SER OS PRIMEIROS”: NOTAS ETNOGRÁFICAS SOBRE O PRIMEIRO PACIENTE COM O DIAGNÓSTICO DE COVID-19 NO HOSPITAL	171
5.4	“MINHA MÃE NÃO TEM COVID”: AFLIÇÃO E DESESPERO NA CENA CLÍNICA.	180
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	187
	REFERÊNCIAS	197
	APÊNDICE 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA	209
	APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	211
	ANEXO 1: TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA	213
	ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	215
	ANEXO 3: TERMO DE RESPONSABILIDADE, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES	217

1 INTRODUÇÃO

Desemaranhar o aprendizado médico é o esforço analítico que proponho com esta etnografia. Para tanto, lanço a questão “como a aprendizagem acontece?”. Essa indagação demarca as investigações sobre todo e qualquer aspecto da vida, como argumentam Leave (2015) e Ingold (2000, 2010). Com o campo da biomedicina não é diferente. Meu interesse etnográfico está na aprendizagem como/na prática, já que a ideia central não é apenas saber o que se aprende, mas como se aprende. Construo, então, um estudo praxiográfico da aprendizagem sobre emoções no hospital, um contexto institucional de formação médica¹. Os aprendizes², os preceptores³, outros profissionais de saúde, os pacientes⁴, o sistema de saúde, e até o inesperado contexto da pandemia de COVID-19, em conjunto, dão forma à realidade das emoções. Reconhecer essa premissa aponta que, na descrição etnográfica, cada evento é uma realidade vivida. Voltar-se para a multiplicidade das emoções no hospital, para suas diferentes versões é uma intervenção que pode ou não se fazer. Fazê-la é um ato.

1.1 “APRENDER SOBRE EMOÇÕES NA FORMAÇÃO MÉDICA”

Tivemos uma vez um residente aqui na enfermaria que tinha um problema. Às vezes atendia um paciente grave e o seu rosto ficava vermelho⁵, a orelha queimava. Eu ficava preocupado com ele [...] Ótimo residente, mas se envolvia com o paciente, se emocionava, isso

¹ Este estudo praxiográfico tem o seu itinerário analítico tecido a partir da inspiração de autores como Annemarie Mol (2002); Tim Ingold (2000, 2005, 2010, 2015) e Despret (1999, 2004) que conjugam um interesse pelas práticas, por uma ontologia empírica, o que a leva a problematizar os modos de conhecer e intervir das ciências sociais. Conhecer então envolveria engajar-se, manejar e interferir nas práticas, onde elas formam realidades, as quais não são dadas de antemão.

² Nesta tese, usei o termo aprendiz para me referir aos internos e residentes que estão em processo de formação no hospital.

³ Todos os preceptores que fizeram parte do meu estudo eram homens, por isso os termos referentes à categoria estão no masculino “preceptores médicos”. Com residentes, esse aspecto se repetiu, em certa medida, pois apenas duas residentes participaram do universo da pesquisa. Não omitirei esse fato, embora a própria literatura brasileira aponte que a profissão está passando por uma mudança de gênero, a feminização da medicina.

⁴ No texto será utilizada a expressão paciente, porém, considero importante fazer um esclarecimento acerca da sua utilização. Ao aplicá-la posso estar incorrendo em uma polêmica que é extensivamente divulgada, já que existem aqueles que irão defendê-lo e os que vão rechaçá-lo, por associarem esse termo a própria expressão da objetificação dos indivíduos no serviço de saúde. Todavia, o seu uso neste trabalho se justifica pela sua relação com o campo de pesquisa, esse é o termo usado pelos participantes do estudo para se referirem às pessoas que atendem nos serviços de saúde.

⁵ Pedro comenta que a vermelhidão no rosto do residente parecia um sintoma de rosácea, que é uma condição inflamatória, crônica da pele cuja etiologia e a exacerbação dos sintomas pode estar associada, segundo a literatura médica, ao estresse emocional.

atrapalha a prática médica. Tem que aprender a separar razão de emoção, senão você fica tomado pela emoção e não consegue agir. Na medicina temos que controlar as emoções, esse rapaz, o Marcelo, vai aprender isso aqui [...] nessa especialidade a gente perde paciente, se ele não aguentar, talvez precise mudar a especialidade, fazer otorrino ou dermatologia⁶. (PRECEPTOR PEDRO, Caderno de campo).

Escutei essa narrativa de Pedro⁷, o preceptor mais antigo da cardiologia no meu campo de pesquisa em um dia de visita multiprofissional. De segunda à sexta-feira, frequentemente, no final da manhã, as visitas médicas aconteciam. Apenas um dia na semana ocorria a visita multiprofissional. Esse era mais um dia de visita multiprofissional, uma prática recente naquela unidade de cardiologia, que funcionava como uma nova cena de formação e um esforço de construção da integralidade do cuidado⁸, embora o modelo da fragmentação da assistência em saúde ainda fosse hegemônico.

Naquele dia, quase no final da visita, Marcelo⁹, residente do primeiro ano que cumpria o seu rodízio na unidade de cardiologia, lembrou na visita do caso de uma jovem¹⁰ de 19 anos que morava no interior do estado, era mãe de duas crianças e havia chegado à enfermaria com um quadro cardíaco a esclarecer, mas cujos achados clínicos apontavam para o diagnóstico de miocardiopatia periparto¹¹. Fora atendida na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) pelo próprio residente que também dava plantão naquela instituição e, ao ser regulada, passou a acompanhá-la durante a sua internação no hospital.

A jovem havia falecido na semana anterior, após piora do quadro clínico. Marcelo recorreu ao caso que narrou com certa mobilização (a tonalidade da voz embargada) e embaraço para dizer que os pacientes internados na enfermaria naquele período eram muito

⁶ Perguntei ao preceptor Pedro, após a visita, porque havia feito menção à dermatologia e à otorrinolaringologia no seu comentário. Respondeu-me que na atualidade é crescente a associação dessa primeira especialidade a procedimentos estéticos, o que a afastaria das áreas consideradas mais duras da medicina e da clínica médica. E que, em especialidades como a dermatologia e otorrinolaringologia, a taxa de mortalidade é muito baixa, sobretudo, em comparação com a medicina intensiva, a cardiologia, a nefrologia e a oncologia.

⁷ Os nomes dados aos preceptores, aprendizes e pacientes nessa tese são fictícios, resguardo o sigilo ético da pesquisa.

⁸ Ver Pinheiro e Mattos (2009).

⁹ A escolha de Marcelo pela cardiologia havia se dado a partir do internato, período em que construiu vínculos com o residente do período e com os preceptores da especialidade.

¹⁰ Por questões éticas não foram realizados atendimentos psicológicos aos pacientes, cujos casos clínicos foram citados no texto dessa tese, pela pesquisadora que também exercia a função de psicóloga neste hospital. O acompanhamento psicológico foi feito por outros profissionais da psicologia em atuação nesta instituição.

¹¹ A miocardiopatia periparto (MPP) é uma causa rara de insuficiência cardíaca (ICC) que acomete mulheres no final da gestação ou no puerpério, caracterizada por disfunção ventricular esquerda severa. É uma doença de etiologia desconhecida.

graves e que era difícil lidar com a morte, sobretudo quando se tratava de uma paciente jovem. O embaraço de Marcelo assinalava que, entre os praticantes da medicina, não era esperado abordar nas visitas os conteúdos emocionais que apareciam na condução de um caso em acompanhamento ou retrospectivo¹². Após a sua fala, ficamos em silêncio por alguns segundos, que foi logo quebrado pela apresentação de outro paciente por uma interna, a pedido do preceptor. Celeridade é um objetivo almejado na prática da visita, uma vez que uma rotina de atividades de assistência ao paciente depende das decisões ali estabelecidas (atualização das prescrições e evoluções, solicitações de exames, relatórios de transferência e de alta, pedidos de interconsultas).

Naquele mês aconteceram quatro óbitos na enfermaria e a maioria dos pacientes que faleceu foi acompanhada por Marcelo durante aquele seu rodízio: a jovem de 19 anos a qual fez referência na visita; uma mulher de 45 anos, solteira, técnica de enfermagem, que tinha insuficiência cardíaca grave e aguardava transferência para um hospital da rede estadual que lista e avalia os casos de transplante cardíaco na Bahia; um idoso que havia internado para fazer a cirurgia de troca do marcapasso, mas teve um piora clínica; e outro que estava em cuidados paliativos, cujo a esposa em aflição falava nos atendimentos com Marcelo sobre o sofrimento de ver o processo de morte do marido.

Percebi que essa cena revelava algo sobre Marcelo, sobre suas emoções expressas. Mas, descrevia mais, as emoções traduziam a ressonância afetiva do acontecimento, sua proveniência não era exclusivamente individual, apontava para um aprendizado social que assinalava ao aprendiz o que deveria sentir, de qual maneira e em quais condições. O embaraço para falar na visita sobre a experiência emotiva frente à morte de uma paciente; observar o silêncio como repercussão da sua narrativa; e a ênfase no controle das emoções dada pelo preceptor, abria então um horizonte de possibilidades analíticas para abordar a relação entre emoções e o aprendizado na medicina. Era uma história sobre práticas e quais eventos mostravam isso. A narrativa de Marcelo me convocava para um exercício que manterei ao longo do itinerário analítico que inicio: não isolar as emoções das práticas de aprendizado em que são atuadas.

¹² Pouco se falava também na visita sobre os casos atendidos que tiveram como desfecho a morte do paciente. O foco da discussão eram os pacientes internados. Mas as histórias dos casos em se reconheciam um êxito na terapêutica eram lembrados.

Marcelo é um dos 126 residentes¹³ que ingressam todos os anos no Programa de Residência Médica do hospital universitário onde realizei minha pesquisa, o qual está vinculado à primeira faculdade de medicina do Brasil. Não apenas residentes, mas estudantes da graduação, principalmente os que cursam as disciplinas de clínica e aqueles que estão no internato¹⁴, iniciam nessa instituição o treinamento teórico-prático da medicina na atenção terciária em saúde.

Estudar o aprendizado das emoções entre médicos e aprendizes a partir das praticidades, ou seja, como algo que se faz, que ganha forma na ação no cenário de ensino, possibilita pensar que a realidade de ser médico não se esgota no saber sobre a doença e a fisicalidade do corpo, objetos da biomedicina. Há mais nisso. Sentimentos e emoções¹⁵ apontam para uma questão prática, para um conhecimento tácito, associam-se a condutas terapêuticas, manejos e performances no encontro clínico e nas cenas de aprendizado. Nesse sentido, agir, ser afetado, pensar e sentir são fenômenos que podem caminhar juntos.

Agregar a discussão sobre aprendizado à temática das emoções é borrar oposições entre natureza e cultura, sujeito e mundo, exterioridade e interioridade, público e privado, mente e corpo, indivíduo e sociedade, universalismo e particularismo, produtos de fraturas que dividem o mundo acadêmico e que estão presentes na história das ciências sociais. As emoções então “seriam avessas a uma definição seguindo nossa grade disciplinar, porque pertencem a essas ‘áreas cinzentas’ do ‘real’” (BONET, 2010, p. 3), ou seja, para pensá-las

¹³ A residência médica é uma fase do treinamento avançado de um médico em sua especialidade, uma vez formado e licenciado para exercer a profissão.

¹⁴ O internato médico é caracterizado como o período de estágio curricular obrigatório, no final do curso de medicina, compreendendo os quatro últimos semestres, realizado sob a forma de treinamento supervisionado em serviços de saúde, em diversas especialidades. Alguns rodízios acontecem no hospital. Os rodízios ocorrem pelas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Medicina Social, Ginecologia, Obstetrícia, Urgência e Emergência, Psiquiatria e Terapia Intensiva. O 9º e o 10º semestres eram equivalentes ao Internato I, e o 11º e o 12º semestres ao Internato II. O Internato I era composto por seis rodízios de oito semanas cada, incluindo as seguintes áreas: (1) Clínica Médica, (2) Clínica Cirúrgica, (3) Obstetrícia, (4) Medicina Social, (5) Pediatria e (6) Urgência e Emergência I. O Internato II era composto por cinco rodízios de oito semanas cada e era realizado nas seguintes áreas: (1) Clínica Médica, (2) Clínica Cirúrgica, (3) Ginecologia, (4) Pediatria e (5) Psiquiatria/Urgência e Emergência II (Terapia Intensiva). As atividades do internato são regidas pela Lei 11.788/2008, pelas resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE) e pela Diretriz Curricular Nacional (DCN). Mas, as palavras residência e internato, na gramática médica, apresentam sentidos que merecem atenção, estão associadas às noções de espacialidade e de temporalidade. O treinamento se dá num tempo e num lugar habitado pelos atores. O aprendizado é situado.

¹⁵ Nas análises desta tese, não operarei uma distinção entre emoções, sentimentos e afetos, já que ambos se integram e demandam um olhar ampliado para questões como natureza e cultura, público e privado, sujeito e mundo e exterioridade e interioridade.

em sua complexidade, é necessário superar as dicotomias que marcam o debate construído em torno delas.

1.2 AS EMOÇÕES NAS CIÊNCIAS SOCIAIS: UM REGISTRO DE HISTORICIDADE

Em distintos momentos do pensamento das ciências sociais, o interesse pela dimensão emocional da experiência humana se fez presente. Todavia, a oposição fundadora entre o par indivíduo e sociedade, que marca o surgimento desse campo de conhecimento enquanto um saber autônomo justifica, como argumenta Rezende e Coelho (2010), a dificuldade histórica para a possibilidade de construção das emoções enquanto objeto das ciências sociais.

Desde Durkheim a dimensão das emoções aparece, em certa medida, integrada ao campo das ciências sociais. Ao abordar, em suas investigações sobre ritos e crenças religiosas, a noção de estado de efervescência, fenômeno coletivo capaz de alterar o estado de consciência individual, Durkheim (2001) abre brechas para incluir as emoções não como objeto próprio, mas como uma variável na análise social. Em Simmel (1988), a discussão sobre as emoções está associada às análises sobre sentimentos, em que aborda, por exemplo, as contribuições do amor, da fidelidade e da gratidão para estabilidade e para coesão social. Simmel problematiza o caráter sociológico que as emoções adquirem quando articuladas às formas de relações sociais (SIMMEL, 1988). Apesar de Durkheim e de Simmel, em seus trabalhos mais metodológicos, tratarem as emoções como estados subjetivos e não sociais, ao longo de suas teorias, discutiram por itinerários analíticos distintos a existência de sentimentos que são produzidos nas relações sociais e que têm efeitos na coletividade.

Embora se reconheça esse registro de historicidade da tematização das emoções por autores pioneiros nas ciências sociais, “a expressão obrigatória dos sentimentos” de Marcel Mauss pode ser considerada como a primeira formulação teórica sobre emoções (REZENDE e COELHO, 2010). Nesse trabalho, Mauss (2005) mostra o caráter ritualizado da expressão dos sentimentos a partir da análise dos ritos funerários australianos e propõe um exercício reflexivo sobre o par indivíduo-sociedade, questão central na sua teoria social. Nesses ritos, a dicotomia indivíduo-sociedade se expressa, segundo Mauss, sob a forma de tensão entre espontaneidade e obrigação. A expressão dos sentimentos é definida como uma linguagem em que o indivíduo comunica o que sente aos outros em um código comum, mas também a si mesmo. Como podemos resgatar, a discussão sobre emoção nas ciências sociais já estava presente na obra de autores clássicos. Contudo, durante muito tempo, as emoções não foram definidas como objeto desse campo do conhecimento, mas da psicologia, aparecendo como

“realidades psicobiológicas, dadas a priori e pouco modificadas pela socialização em uma cultura específica” (REZENDE, 2002, p. 71).

Outros autores da teoria antropológica, como Radcliffe-Brown (1973), Mead (1999) e Geertz (1984, 1989), seguiram tematizando as emoções nos seus modelos explicativos. Radcliffe-Brown (1973), no seu trabalho de vertente funcionalista, analisa a relação entre organização social e afeto a partir da discussão sobre a jocosidade, que podia ser prescrita ou interdita, em determinadas relações de parentesco. Mead (1999), em “Sexo e Temperamento em três sociedades primitivas”, discute a questão das emoções através da comparação entre temperamentos definidos socialmente para homens e mulheres. Já na abordagem interpretativa de Geertz (1984), a importância das concepções de self também traz à tona o tema das emoções.

A emergência da subárea da antropologia das emoções parece apontar para um conjunto de críticas no interior do campo das ciências sociais, desde o final dos anos 50 e a década de 60 do século passado. Trata-se de críticas às análises de cunho mais estrutural que colocavam em segundo plano a ação social individual e o arranjo entre os atores sociais e sua vida emocional. A antropologia passa assim a discutir os limites e as possibilidades da construção das emoções enquanto um objeto. Historicamente, no campo de estudos sobre emoções, observavam-se dois enfoques que foram majoritários: um mais universalista, que argumenta sobre a existência de regularidades interculturais na busca de uma base biológica ou unidade psíquica para explicar a emoção; e outro relativista e interpretativista, que considera as emoções como construções associadas a interações culturais em contextos específicos. Nesse último, encontramos grande parte dos trabalhos antropológicos.

Embora seja difícil traçar onde se inicia a subárea da antropologia das emoções (percurso que nos remonta até Durkheim, Simmel e Mauss, como mencionei acima), Bonet (2010) argumenta que é a partir da década de oitenta do século XX, com os trabalhos de antropólogas norte-americanas que se tornaram referências para o campo, como Lila Abu-Lughod, Catherine Lutz e Michelle Rosaldo, que o debate vai ganhar força e suas fronteiras enquanto especialidades vão sendo demarcadas. Das suas obras, foram extraídas chaves explicativas que traçaram os contornos dessa nova área, como é o caso da definição presente em um escrito de Michelle Rosaldo, publicado em 1984, “Toward an anthropology of self and feeling”. Nele a autora define emoções como “pensamentos incorporados”, trazendo à tona tensões que constituem o campo, entre emoção e corpo e emoção e razão. Nas considerações

de Michelle Rosaldo, há implícito um esforço de conjugação dessas dimensões da experiência humana.

Estudos de antropólogas construtivistas, como Lutz (1988) e Abu-Lughod (1988), vão ressaltar o papel das emoções na vida social, que é compreendida como uma prática ideológica, culturalmente construída. As críticas ao modelo explicativo construtivista, o qual segue com a manutenção das dicotomias na medida em que dá maior ênfase a cultura, vão reivindicar uma perspectiva mais ampliada das emoções, que abra mão das oposições e não extraia da experiência emotiva o domínio do corpo (LYON, 1995).

No Brasil a antropologia das emoções enquanto especialidade também tem uma história recente, cujo processo formativo se estrutura, principalmente, a partir dos anos 90. Todavia, nos estudos de fundadores do pensamento das ciências sociais brasileira, há registros e aprofundamentos sobre a emoção social. Verifica-se assim que, apesar da discussão sobre as emoções acompanhar o próprio nascimento das ciências sociais no Brasil, não era tematizada como objeto de pesquisa próprio ou categoria analítica, aparecendo como uma variável na análise social, sendo conjecturada através de outros objetos que formavam a base compreensiva da realidade brasileira. O conceito de emoções está presente nas investigações de Gilberto Freyre (1966, 1990a, 1990b) sobre a cultura e as relações sociais no processo de colonização do país, bem como nos escritos de Sérgio Buarque de Holanda (1994) sobre sua teoria do homem cordial.

Nos anos sessenta do século XX, as análises de Roberto DaMatta também vão chamar atenção para a questão da emoção. Apesar de não estabelecer um parâmetro próprio para ela enquanto categoria analítica, ganha relevo, em seus estudos, a discussão sobre como o sentimento e sua forma de expressão no social perpassa a constituição do público e do privado na sociedade brasileira (DAMATTA, 1991). É através de uma leitura estrutural que DaMatta tece sua compreensão da realidade social, da cultura e das emoções que emergem a partir dela. Toma como eixos de análise as leis, normas e valores de um sistema social para compreender o comportamento dos sujeitos individuais.

Gilberto Velho é outro autor importante na configuração de uma Antropologia das Emoções no Brasil. Sua base analítica, na qual aprofunda o debate sobre as relações entre subjetividade e sociabilidade, possibilita a formulação de quadros teóricos que dão suporte interpretativo ao pensamento dessa subárea. Discute a problemática das emoções e da cultura emocional na contemporaneidade brasileira, abordando a emergência do indivíduo psicológico no Brasil e o individualismo crescente, tomando como referência as classes

médias urbanas (VELHO, 1985, 1986, 1988, 2003, 2008). Elabora uma análise profunda sobre os modos de vida e o repertório comportamental no urbano e sobre a lógica individualista dos projetos de vida em contraponto com os projetos sociais.

Luís Fernando Dias Duarte, por sua vez, e ainda no campo da tematização entre subjetividade e cultura, problematiza a emergência do indivíduo e a noção de pessoa na sociabilidade ocidental e brasileira em particular. Nos seus trabalhos, investiga a questão da emoção e sua importância para a análise social e cultural, através da: religiosidade (1983), agressividade verbal (1981), vergonha (1987), saúde mental, sofrimento psíquico, por meio da categoria do “nervoso” (1986) entre trabalhadores urbanos e do sofrimento social nas classes populares e médias brasileiras urbanas.

Outra série de estudos importantes para a construção da Antropologia das Emoções no Brasil tem sido desenvolvida por pesquisadores como Maria Claudia Coelho (2003), que investiga as relações entre emoção e dádiva; Mauro Guilherme Pinheiro Koury (2001), que se dedica as análises sobre a associação entre o sentimento de luto e a formação do indivíduo e da individualidade no Brasil urbano contemporâneo, e a relação entre medo e cidade na contemporaneidade brasileira; e Claudia Rezende (2002, 2002a, 2003), que tem como objeto de pesquisa as práticas sociais e culturais da amizade. Esses estudos são contribuições importantes para a consolidação de uma Antropologia das Emoções no Brasil. Elaboram sínteses importantes dos pressupostos teórico-metodológicos que norteiam a configuração analítica dentro das ciências sociais da emoção no país.

Ao traçar este panorama sobre as emoções nas ciências sociais, faz-se mister discutir como essa definição se articula a minha pesquisa.

1.3 EMOÇÕES, APRENDIZADO E BIOMEDICINA COMO CONCEITOS SENSIBILIZADOS: CONSTRUINDO UM ITINERÁRIO ANALÍTICO DE PESQUISA

No caminho analítico deste estudo, emoção aparece como um conceito integração, portanto interdisciplinar, que faz pontes entre os saberes; o foco, então, está nas mediações. Ao partir da premissa de Despret (1999) que argumenta que emoções são “feitas e fazem/criam e são criadas”, escapo dos reducionismos que acompanham as indagações sobre o que é emoção e como podem ser estudadas, para pôr em relevo a sua dimensão criativa e a sua

participação na formação social. A essa ideia de Despret (1999), soma-se o argumento de Le Breton (2019a) de que emoções são relações,

“os sentimentos e as emoções não são estados absolutos, substâncias que se pode transpor de um indivíduo ou grupo a outro. Elas tampouco são ao menos não exclusivamente, processos fisiológicos, cujos segredos estariam contidos no corpo. Trata-se de relações” (LE BRETON, 2019a, p. 9).

A experiência emotiva é marcada por uma complexidade, pois o mundo, as práticas, os contextos, os atores, a cultura e a natureza não podem ser claramente separados, são indissociáveis. As emoções vão sendo produzidas e transformadas nos cursos de ação. Não se trata de pensar a emoção como uma realidade única, nem como um somatório de diferentes interpretações, mas de distintos modos de vivenciá-las. Quero com isso dizer que a emoção está em relação, não é independente do que se pensa e do que se faz.

A noção de emoção está aqui associada a outros conceitos sensibilizados (BLUMER, 1998 apud CHARMAZ, 2009), como biomedicina e aprendizado, que orientam o itinerário analítico desta etnografia e aparecem como dimensões explicativas relevantes para a compreensão do mundo sociocultural. Trabalho a conjunção desses conceitos abordando, inicialmente, a forma como as emoções foram tratadas no Ocidente. Tomo então, como ponto de partida, a discussão de Elias (1994, 2001) sobre o processo civilizador, que tem, como característica fundamental, a crescente interiorização e a repressão das emoções em nome de um processo de racionalização do mundo.

Elias (1994, 2001) demonstra que as emoções individuais, e a própria cultura emotiva, derivam de processos coletivos de incorporação de formas de ser e estar no mundo. A insurgência de uma nova sensibilidade ocidental, resultante da racionalização, é aprendida por meio de um processo de longa duração, civilizador, em que formas sociais características são somadas a uma forma específica de economia psíquica das emoções (KOURY, 2013).

O processo civilizador aumenta o autocontrole do indivíduo sobre as emoções através da introjeção das coações, que se transformaram em autocoações, promovendo a privatização da subjetividade, o controle e o distanciamento do sensível (ELIAS, 1994). Da separação entre racional e emocional, derivou-se o estabelecimento de uma relação de hierarquização, em que o segundo elemento da relação deve ser reprimido em nome do primeiro. As concepções de emoções que são cultivadas em nossa tradição designam-nas não somente como processos que contradizem a razão, ou que lhe escapam parcialmente, mas, sobretudo, como processos essencialmente íntimos.

Como nos faz recordar Bonet (2004, 2006), a biomedicina não ficou à margem desse processo de racionalização. Assumiu uma participação ativa nesse fenômeno ao elaborar, na modernidade, um discurso racional sobre as noções de corpo e de doença no qual as emoções, por serem consideradas irracionais, comprometem as práticas e o saber médico. A objetificação do corpo moderno, que se torna alvo das intervenções médicas, e o lugar da doença situada no interior do corpo nessa medicina dos órgãos, das causas, dependeram de novas maneiras de saber e da primazia do olhar, a partir da construção de um modelo anatomofisiológico. Nesse modelo, as emoções e a experiência intuitiva aparecem como anomalia¹⁶.

Foucault (2011) localiza a mudança do discurso racionalista que marca o surgimento da medicina moderna em um processo analítico mais amplo de normatização da existência. Para o autor, a medicina moderna nasceu a partir de uma ruptura com a medicina teórica especulativa, centrada no relato do sintoma pelo paciente sobre o mal-estar. A exploração do cadáver funciona como uma representação dessa ruptura, uma vez que expressa a possibilidade de tornar visível a doença, revelada no interior dos corpos. Ao tomar esse direcionamento, a medicina moderna pode se engajar na construção de um projeto de cientificidade, rechaçando a subjetividade inclusa na sua antecessora. Do imaginário científico, adota um modelo explicativo e mecanicista para abordar seu objeto. A partir da fragmentação das partes, busca entender a “verdade” sobre a doença do indivíduo em detrimento da sua experiência de doença.

Bonet (2004), ao aproximar a discussão sobre emoções dos contextos de práticas do aprendizado da biomedicina, aborda a existência de uma tensão entre duas visões de mundo, experimentadas pelo indivíduo moderno e sua relação com o real: saber e sentir, que têm na biomedicina um dos seus principais exemplos. Essa tensão entre a dimensão ‘científico-racional’ e a ‘dimensão humano-passional’, que reinaugura a antiga dicotomia entre razão e emoção, pode ser nomeada de diversas formas no campo da biomedicina, como descreve Menezes (2001): competência-cuidado, objetividade-subjetividade, racionalidade-experiência, sinalizando de um lado os aspectos científicos-rationais que evocam uma “ciência da medicina” e do outro o que é convencionalmente chamado de a “arte da medicina” que diz respeito aos aspectos relacionais, afetivos, intuitivos da prática médica. A tensão entre

¹⁶O termo anomalia é aqui usado no sentido kuhniano. Kuhn (2003) afirma que as anomalias são problemas que não estão previstos e com os quais os cientistas não se encontrariam preparados para manejar. Assim como na ciência, na biomedicina, os médicos deparam-se com aquilo que escapa ao modelo paradigmático, com seus pontos cegos.

a busca do saber e as emoções despertadas nesse processo, segundo Bonet (2004), atravessa o aprendizado e a prática médica, ganhando relevo na formação da identidade profissional e na aquisição do *habitus* do trabalho médico.

Como argumenta Souza (2004), embora a medicina tenha caminhado na direção de uma crescente racionalidade científica, nela é possível identificar uma compreensão prática que a mantém ligada ao contexto social em que ela se dá, ao mundo da vida. Mesmo buscando responder com relativa eficácia e ter um escopo interventivo bastante limitado e específico (os aspectos biológicos da doença), a prática médica abarca mais dimensões do que essa pretenderia lidar: a experiência, os valores, os julgamentos e as emoções. Há assim uma série de supostos que os médicos e os aprendizes trazem e/ou compartilham com outros na prática médica, que têm um espaço, mesmo que reduzido, tornando irrealizável o ideal de cientificidade pautado na racionalidade, na neutralidade e na objetividade (SOUZA, 2004).

A questão da formação profissional na medicina certamente não é nova nas investigações em Ciências Sociais, como nos faz recordar Menezes (2001), e está articulada a um conjunto de temas clássicos nesse campo como socialização e formação de saberes especializados (profissões). Desde os estudos pioneiros de Merton et al. (1969 apud MENEZES, 2001) e Becker (2009), verifica-se que, mais do que uma aquisição de novos conhecimentos acadêmicos e técnicos, trata-se de um processo vivencial de aprendizado que envolve um engajamento prático, fundamental para que o estudante de medicina seja forjado enquanto profissional. Para Becker, tornar-se médico é então “atravessar um dos rituais de passagem mais longos do mundo ocidental” (2009, p.4). Bonet (2004) acrescenta que esse “vir a ser médico” significa transitar por uma medicina que também é vivida e que é cotidianamente produzida por cada médico ou aprendiz a partir de um conjunto de práticas associadas que, por vezes, transcendem a “medicina dos livros” com os seus conhecimentos apriorísticos.

Reconhecer o lugar das “práticas formativas” (GOOD, 2003) no treinamento médico nos permite discutir a noção de aprendizado como/na prática tal e como tem sido abordada em investigações mais recentes (LEAVE, 2015; INGOLD, 2000, 2010; RICE, 2012). Para Leave (2015), discutir o processo de aprendizado significa reconhecer que “um aprendiz não é alguém que não sabe, aprendendo (conhecimentos) provindos de alguém que sabe” (LEAVE, 2015, p. 40). O aprendiz também porta algum saber sobre o que está fazendo e o fato de estar engajado cotidianamente em múltiplos contextos de práticas, interagindo de diferentes modos com outros, complexifica esse processo. A noção de aprendizagem nessa

pesquisa parte das premissas de Ingold (2000; 2010), que propõe pensar a aprendizagem como treino da atenção, que pressupõe uma sensibilização para aspectos do mundo, em um envolvimento ativo, situado e atento, enfatizando a imbricação entre percepção e ação. O aprendizado acontece pela participação e pelo envolvimento processual do aprendiz em contextos de prática para que possa desenvolver as habilidades e a proficiência que são requeridas.

Etnografias construídas no universo de pesquisa brasileiro, como as de Menezes (2000), Souza (2004) e Uchoa (2010), que também elegeram o hospital como campo de pesquisa, têm problematizado a formação e o aprendizado da biomedicina a partir da análise das práticas médicas. Todavia, o trabalho de Uchoa (2010), que discute as noções de evidências e vivências nas decisões médicas em uma unidade de cardiologia de um hospital de referência do SUS no Rio de Janeiro, integra a essa discussão um modelo que ficou conhecido como Medicina Baseada em Evidências (MBE) e sua relação com os cenários de prática médica. Esse modelo também é levado em consideração na minha pesquisa, uma vez que aparece nos discursos e direciona ações que caracterizam o hospital escolhido como o meu campo de investigação; de modo que ser reconhecido como espaço de formação orientado pela racionalidade científica.

A MBE surgiu a partir do movimento da epidemiologia clínica anglo-saxônica, iniciado na Universidade McMaster no Canadá no início dos anos noventa. Pode ser definida como o “processo de sistematicamente descobrir, avaliar e usar achados de investigações como base para decisões clínicas” (Evidence Based Medicine Working Group, 1992 apud CASTIEL e PÓVOA, 2002). Castiel e Póvoa (2002) descrevem-na não como um novo paradigma pedagógico e assistencial da medicina, mas como um desdobramento da tentativa de ratificar a racionalidade médica ocidental já existente. Os critérios decisórios da MBE fundamentam-se na epidemiologia clínica e de modo complementar nas revisões sistemáticas da literatura. Parte-se da premissa de que a prática médica é construída a partir da integração entre experiência clínica e a capacidade de aplicar de forma racional a informação científica, na busca de reduzir as incertezas e os vieses.

A premissa defendida neste estudo é que nem o aprendizado e muito menos as emoções são autoevidentes, mas precisam ser permanentemente perseguidos, atentando para suas condições de possibilidades. O aprendizado sobre as emoções se dá na companhia de outros, em certa medida, representa uma experiência comunitária, contínua e que não se constitui definitivamente. Esse aprendizado também depende do ambiente onde está situado. É

configurado de acordo com os lugares onde se formula o questionamento. Neles adquire-se habilidades, capacidade de associar ou reunir diferentes elementos (outros humanos, objetos, técnicas, discursos) que lhe possibilitam agir e alcançar certos fins. Lugares que exigem, de alguma forma, um aprendizado prático para lidar com um conjunto de novos arranjos que aparecem no cotidiano. Reconhecer a relação entre aprendizado das emoções e o lugar, nos faz pensar em um elemento fundamental para a pesquisa etnográfica: o campo. Tratarei desse ponto na próxima seção.

1.4 O CAMPO E SEUS ATORES: DESCRREVENDO O DESENHO METODOLÓGICO

Apresentados os caminhos do esforço analítico que fundamentam esta tese é importante marcar que as histórias e eventos apresentados nesta pesquisa de desenho metodológico qualitativo são, em grande parte, situados em um hospital universitário, criado com o objetivo de atender às demandas acadêmicas do curso de Medicina de uma universidade na Bahia. Inaugurado em novembro de 1948, o hospital funciona como uma unidade docente-assistencial, referência na formação em medicina no estado. Seu primeiro Programa de Residência foi criado em 1958, foi o terceiro do país e o primeiro do norte-nordeste. Abrigar formalmente e em caráter permanente e contínuo todos os alunos do curso de medicina e residentes em atividades curriculares, garantindo acompanhamento diário de docentes e preceptores, são requisitos para que um hospital seja certificado como um Hospital de Ensino, tal qual prevê a Portaria Interministerial 2.400/2007 (BRASIL, 2007).

Este hospital compõe a rede de atenção à saúde de alta complexidade do estado e integra o Sistema Único de Saúde. Apresenta como missão: assistência centrada no paciente; ensino centrado no aluno; pesquisa articulada ao ensino e à assistência; serviços integrados; e gestão profissionalizada. Possui 13 enfermarias de clínicas e duas UTIs para pacientes adultos e uma pediátrica. Em outubro de 2012, o Conselho Universitário da universidade aprovou a adesão do hospital à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares¹⁷ – EBSEH, criada pela Medida Provisória nº 520 de 31 de dezembro de 2010 com a finalidade de administrar os

¹⁷ A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), estatal vinculada ao Ministério da Educação, criada em dezembro de 2011, administra atualmente 40 hospitais universitários federais. O objetivo é, em parceria com as universidades, aperfeiçoar os serviços de atendimento à população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), e promover o ensino e a pesquisa nas unidades filiadas. O órgão também é responsável pela gestão do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), que contempla ações nas 50 unidades existentes no país, incluindo aquelas que não estão filiadas à EBSEH.

Hospitais Universitários Federais no país por meio de novos modelos jurídico e organizacional.

Além do Programa de Residência Médica com vagas para diferentes especialidades, o hospital também criou em 2010 o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com 3 áreas de concentração: saúde do adulto com foco na atenção cardiovascular, saúde da criança e saúde mental. Conta com atividades desenvolvidas em oito áreas profissionais (enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social). O curso tem duração de dois anos e tem como objetivo capacitar profissionais de saúde, mediante a educação em serviço, para uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, com ênfase na prática hospitalar, mas integrado aos demais níveis assistenciais, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Nas enfermarias e unidades de terapia intensiva do hospital, residentes médicos e multiprofissionais se encontram durante seus rotatórios. Todavia, esses Programas de Residência não têm seus projetos políticos pedagógicos integrados, no que diz respeito à oferta de disciplinas comuns ou atividades compartilhadas. A visita multiprofissional, nas unidades em que ela acontece, é a única prática que promove uma integração com discussões e construções coletivas de planos de cuidado. Mas, a participação dos residentes, internos e estagiários das áreas de saúde nas visitas depende do incentivo e da presença dos preceptores. Durante o desenvolvimento desta pesquisa, acompanhei a ampliação do número de visitas multiprofissionais no hospital e da sua relevância para a assistência e o ensino.

O trabalho de campo foi realizado em uma enfermaria de cardiologia da instituição, na qual atuo como psicóloga e psicanalista. Estar no hospital era uma forma de me aproximar da biomedicina, então, entre os anos de 2016 e 2020, acompanhei ao longo da semana preceptores e aprendizes de medicina da enfermaria, em atendimentos, visitas médicas e multiprofissionais, comunicações de notícias difíceis e sessões de casos nas salas de aula do hospital. Em hospitais universitários, a figura do observador é uma constante: há sempre estudantes e profissionais de saúde em formação circulando nesse espaço que precisam aprender alguma coisa. Aprende-se a ser e a fazer, construindo uma identidade profissional a partir do desenvolvimento de um repertório de ações.

A enfermaria faz parte de uma das linhas de cuidado da Unidade de Atenção à Saúde, tem 19 leitos para a assistência de pacientes adultos portadores de doenças cardiovasculares com o perfil clínico e cirúrgico (cirurgias de implante de marcapasso ou troca de gerador do marcapasso, troca valvar por prótese biológica ou metálica e revascularizações). O tempo das

internações dos pacientes é variável, de acordo com a demanda para a hospitalização. Frequentemente, pacientes em cuidados paliativos¹⁸ e aqueles passíveis de correção cirúrgica (troca valvar e revascularização) eram os que tinham a permanência mais prolongada, por aspectos associados ao quadro clínico, às questões estruturais, como a falta de materiais para as cirurgias ou às condições de precariedade do centro cirúrgico e dos aparelhos para exames de imagem, fundamentais para a definição do diagnóstico e das diretrizes terapêuticas.

Essa unidade hospitalar possui uma organização voltada para o atendimento da rotina e para o enfrentamento de situações especiais, de urgência e emergência, que surgem quase cotidianamente, tais como: comprometimento nas vias aéreas/ventilação; instabilidade hemodinâmica progressiva e as paradas cardiorrespiratórias. No centro do corredor da enfermaria, fica localizado, de modo estratégico, o carrinho de emergência¹⁹, também nomeado pelos profissionais como “carrinho de parada”, fazendo alusão a situação de emergência mais frequente na enfermaria.

Durante parte do período de realização desta pesquisa, a Unidade Coronariana (UCO) e a Hemodinâmica estavam em reforma, então exames como cateterismo²⁰ e procedimentos como a angioplastia²¹ e a ablação²² não eram feitos no hospital, o que diminuía a capacidade resolutive da enfermaria; e ampliava o tempo de internação dos pacientes, que precisam aguardar para serem regulados para outros serviços hospitalares. A conjugação desses fatores reduzia a procura dos candidatos para o Programa de Residência Médica da especialidade,

¹⁸ O tempo prolongado de permanência de alguns pacientes em cuidados paliativos tinha relação com seus quadros clínicos, suas condições sociais e o seu acesso aos serviços de saúde. Existiam casos que diante da necessidade do uso contínuo de oxigênio ou medicações selecionadas, por exemplo, da precariedade do domicílio ou da ausência de internação domiciliar no município de origem, os pacientes não podiam ter alta hospitalar.

¹⁹ O carrinho de emergência é uma estrutura móvel constituída por gavetas providas com materiais, medicamentos e equipamentos necessários para o atendimento do paciente em situações de urgências ou emergências médicas.

²⁰ O cateterismo cardíaco - também conhecido como Cinecoronariografia ou Angiografia Coronária ou Estudo Hemodinâmico - é um exame invasivo que pode ser realizado de forma eletiva, para confirmar a presença de obstruções das artérias coronárias ou avaliar o funcionamento das valvas e do músculo cardíaco - especialmente quando está sendo programada uma intervenção (angioplastia, por exemplo).

²¹ A angioplastia coronária ou intervenção coronária percutânea é o tratamento não cirúrgico das obstruções das artérias coronárias por meio de cateter balão, com o objetivo de aumentar o fluxo de sangue para o coração.

²² A ablação é o procedimento de escolha para o tratamento de algumas arritmias cardíacas. É realizada por meio de cateteres, sem a necessidade de abertura do tórax para acesso ao coração, possibilitando uma recuperação mais rápida. No meu campo a ablação era um dos procedimentos mais esperados pelos pacientes pela dificuldade de acesso a esse tipo de tratamento no SUS em Salvador. Alguns deles relatavam um tempo de espera de até 8 anos.

que tem duração de dois anos. Como defendiam a máxima de que “a experiência ensina”, os preceptores e os residentes que fizeram parte da minha pesquisa consideravam que era preciso acompanhar muitos casos para aprender, essa era uma das justificativas para a existência de rodízios em outros hospitais. Mas, os rodízios na enfermaria, o meu campo, eram os mais longos.

Os pacientes hospitalizados chegavam à enfermaria através de dois caminhos: 1- transferidos das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) ou de outros hospitais, municipais e estaduais, pela Central de Regulação da Secretaria de Saúde da Bahia (BAHIA-SESAB, 2019); 2- encaminhados após avaliação da descompensação clínica durante os atendimentos nos ambulatórios da especialidade, sediados no ambulatório, unidade que também compõe o Complexo Hospitalar. Quando a internação era solicitada, passava a ser acompanhada pela Central de Regulação do hospital, que avaliava a disponibilidade da vaga para internação. Em sua maioria, os pacientes eram procedentes do interior do estado ou residiam em bairros populares da capital baiana. Todavia, o hospital assiste também estudantes e funcionários da universidade e seus familiares.

O maior fluxo de trabalho na enfermaria era no turno da manhã, com a concentração das atividades (avaliação do paciente, admissões, elaboração das altas, liberação das prescrições, visitas médicas e multiprofissional e sessões clínicas para discussão dos casos). À tarde, um residente ficava de Plantão de Enfermaria (PE), prática que dividia com um ou dois internos e, em alguns dias na semana, com preceptores que ficavam escalados na unidade. Aos finais de semana, o número de estudantes e profissionais circulando na unidade era menor. Um dos preceptores vinha à unidade para discutir o manejo clínico dos pacientes e orientar os residentes sobre as prescrições médicas.

Grande parte dos profissionais de saúde (equipe de enfermagem, assistente social, psicóloga, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional) da unidade eram empregados públicos, vinculados a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), e os demais eram trabalhadores estatutários da universidade, ou celetistas pela Fundação de Amparo à Pesquisa, Ensino e Extensão (FAPEX) que, posteriormente, finalizou o contrato com a instituição, ocasionando a demissão dos trabalhadores. A categoria médica da enfermaria era majoritariamente formada por profissionais estatutários com longo tempo de experiência naquele hospital. O corpo clínico era composto por um coordenador da linha de cuidado, um coordenador assistencial; um coordenador acadêmico, que juntamente com outros 3 médicos, exerciam a função de preceptores fixos na enfermaria; 5 cirurgiões (2 deles estavam mais

vinculados ao ensino), residentes da especialidade R1 e R2 e residentes de clínica médica, esses últimos faziam seus rodízios de apenas dois meses na unidade, um mês a cada ano da residência.

É interessante apontar que muitos preceptores da enfermagem tinham mais de 10 anos exercendo a preceptoria e iniciaram sua prática nesse hospital, como internos, passando a residentes e, após concurso, sendo efetivados. Em suas histórias expressavam uma relação afetiva com a instituição como contava este preceptor:

Eu comecei como estudante em 84. Fiz o internato e depois fiz residência aqui, aí eu fiz em seguida mestrado e fiz concurso para médico. Quando entrei na residência, eu realmente residi dentro deste hospital. Ficava direto, sempre almoçava aqui, não almoçava fora. Às vezes, até final de semana quando não estava eu vinha para o hospital para ver se tinha alguma coisa interessante. Eu sempre fui muito ligado a este hospital, muito ligado. (PRECEPTOR, Caderno de campo)

Decerto que essa vinculação favorecia o comprometimento desses profissionais com as atividades de ensino: eles orientam os aprendizes de forma atenta e aparentando satisfação. Respondiam com presteza as várias perguntas dos internos e dos residentes, explicando pacientemente como conduzir um caso, preencher prescrições de medicamentos e pedidos de exames. Muitas vezes propunham que os internos estudassem algum assunto, combinando discussões teóricas para os horários com menor demanda assistencial.

A equipe multiprofissional era formada ainda por uma coordenadora de enfermagem, 6 enfermeiros assistenciais, 23 técnicos de enfermagem, assistente social, psicóloga, farmacêutico, nutricionista, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta; fonoaudióloga e dentista que atendiam por interconsulta, além das outras especialidades médicas. A enfermagem é campo de prática: para o internato de medicina, um número variável de internos acompanhava o serviço ao longo de 2 meses, tempo dos rodízios realizados pelas enfermarias de clínica do hospital; estudantes das disciplinas de clínica médica; dos estágios da graduação de psicologia, farmácia, enfermagem; e da residência multiprofissional.

A escolha por essa instituição hospitalar baseou-se em dois critérios. O primeiro deles é a sua definição enquanto unidade docente-assistencial que desenvolve atividades de formação, uma vez que é o principal cenário de atuação (internato, extensões, estágios e rodízios da residência regularmente oferecidos) vinculado à universidade; e o segundo é o seu caráter público, que faz com que a prática médica esteja marcada por maiores tensões sociais, econômicas, políticas, em relação a um hospital privado, que podem repercutir na formação

médica. Já a escolha pela enfermaria se deu em virtude da minha inserção prévia nessa unidade e pela associação que tinha testemunhado entre emoção e cardiologia presente no imaginário dos atores que compartilhavam esse lugar. Especialmente me chamará atenção a existência de expressões em discursos e práticas que tomam o coração como um órgão relacionado às emoções, aspecto que tinha verificado já anteriormente a esta pesquisa.

A obtenção e a produção de dados foram realizadas por meio do trabalho etnográfico, que se estruturou a partir da observação de práticas concretas experienciadas no contexto da investigação. Esse material compôs o registro do diário de campo, em que foram compiladas ações individuais e coletivas, processos significativos que envolvem a complexa dinâmica relacional do aprendizado, a descrição dos contextos em que a ação acontecia, a linguagem utilizada pelos atores sociais no campo, o que esses definem como interessante e problemático sobre as emoções no hospital. Para efetivar a triangulação dos dados, outra técnica de coleta adotada foi a realização de entrevistas semiestruturadas com os aprendizes e preceptores médicos. As entrevistas ocorreram em sala própria do hospital-escola ou na varanda da enfermaria, todas foram gravadas com a permissão dos entrevistados, tendo sido transcritas posteriormente. Sua duração não foi preestabelecida, tendo um intervalo de tempo entre 40 minutos à 1 hora e 15 minutos aproximadamente, de acordo com o interesse dos entrevistados. De modo geral, os entrevistados mostraram-se disponíveis para as entrevistas, usando um tempo maior do que haviam determinado a priori. No contato inicial, foram informados de que se tratava de uma pesquisa cujo tema era o aprendizado sobre as emoções no hospital, e, em seguida, eram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em grande parte das entrevistas realizadas, meus interlocutores, sobretudo os aprendizes, expressaram suas emoções de modo mais livre, elaborando experiências com as quais se sentiram afetados nos encontros clínicos. Ao finalizar as entrevistas, escutei frases como: “(...) não imaginei que ia falar tanto, passou um filme na minha cabeça”; “nunca tinha conversado sobre como me sinto como médica, atendendo os casos, na residência muitos pacientes marcam, muitos atendimentos foram emocionantes”; e “eu pensei que ia ficar travado, mas aí fui falando, falando e quando vi, era você que estava me dizendo que a entrevista terminou (...). É frustrante, ver o sofrimento dos pacientes”. Alguns aprendizes ao final das entrevistas me deram sugestões: “você devia fazer aqui um grupo no hospital (...). É pra gente contar como se sente com os pacientes, um grupo de apoio psicológico”, disse um residente; e “quando sua pesquisa acabar, você devia propor um projeto de escuta lá na

faculdade de medicina para o internato, no internato o contato com o paciente é outro, diferente”, comentou uma interna.

O próximo passo na descrição do desenho desta investigação refere-se à caracterização do universo da pesquisa. Durante o estudo, interagi fundamentalmente com residentes, preceptores e internos de medicina. A composição do universo da investigação foi por acessibilidade e levou em consideração a saturação teórica, momento de interrupção da captação de informações devido à redundância dos dados (FONTANELLA et al., 2008). No planejamento da pesquisa, foram entrevistados 6 médicos, de um universo de 6, que assumem a função de preceptores da enfermagem e da cirurgia; 10 estudantes do internato entrevistados durante o seu rodízio na unidade; 5 residentes de cardiologia, apenas uma residente, do número total de residentes da especialidade que fizeram a formação no período desse estudo, não foi entrevistada, mas suas experiências estão registradas no caderno de campo em conversas e trocas que tivemos durante a pesquisa. O perfil dos entrevistados foi diverso, levando em consideração variáveis como idade e gênero. Houve predominância de homens (13) em relação às mulheres (8) no total de indivíduos entrevistados. A faixa etária variou entre 23 e 67 anos.

A escolha por traçar esse desenho para a pesquisa não se realizou sem antes me colocar atenta às características do objeto de estudo, que exige formas específicas de olhar e de proceder, e que também oferece pistas para as quais o pesquisador não deve fechar os olhos. Decidir o recorte de uma investigação, definindo o que é necessário ou acessório para explicar o problema que ela propõe, faz parte de um jogo que marca a própria economia intelectual. Demanda uma sensibilidade técnica, que advém da experiência, do conhecimento do campo e do método que, como enfatiza Heidegger, não é um mero instrumento já que “não apenas propõe o tema como o impõe e o subordina” (HEIDEGGER, 2003, p.137).

Estar no campo, coletar dados e assumir uma posição de abertura para se surpreender com os rumos da investigação, com seu movimento de idas e vindas, com o recorte mais acentuado que vai sendo dado ao estudo após ouvir o que o campo faz ecoar, permite perceber, como acrescenta Espinheira, que: “o pesquisador não é livre, ele depende do que pesquisar, é guiado pelo seu objeto de estudo que o leva [...] como um personagem de ficção leva o autor a seguir suas injunções no campo do desconhecido”. (2008, p. 41).

O projeto que deu origem à pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Complexo Hospitalar Universitário, sendo aprovado como consta no parecer número 1581252. Contou com um TCLE, que foi lido e assinado pelos participantes. Este estudo

seguiu as exigências éticas e científicas previstas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

1.5 AS IMPLICAÇÕES DE “SER DE DENTRO” E DE DEIXAR-SE SURPREENDER: O NASCIMENTO DE UMA PERGUNTA DE PESQUISA

Proponho, neste momento, agregar ao percurso uma reflexão tecida a partir da minha posição de pesquisadora no campo, com o qual já tenho aproximação desde que ingressei como estagiária e posteriormente como psicóloga do hospital. Ser nativa, como expõe Peirano (1999), não se configura como novidade nas abordagens sobre os limites e as possibilidades do fazer etnográfico. No Brasil, no campo da antropologia, como assinalam Gomes e Menezes (2008), essa discussão metodológica que problematiza a relação sujeito-objeto ganhou fôlego nas reflexões propostas por Velho (1978); DaMatta (1978); e Magnani (2002). Todavia, cabe frisar que “estar” ou “ser” de dentro (GOMES e MENEZES, 2008), expressão mais recente, aborda a inserção do pesquisador em um campo já conhecido, mas, sobretudo, vivenciado. Dito de outra forma, estar no universo da “familiaridade” requer uma “conversão epistemológica”, como argumenta Bourdieu (2005), que acentua a defesa contínua da reflexividade. Implica deixar-se imergir no campo, estar dentro, não diante, e, principalmente, sem desistir da sensibilidade que vem alimentar a escrita e a análise. O movimento de pôr em questão a minha posição e as possíveis implicações decorrentes parece ter me lançado na pesquisa e não a embotar.

Durante a minha trajetória no hospital, escutei com frequência dos aprendizes da medicina e dos preceptores médicos, após experienciarem no encontro clínico, uma sensação que eles identificam como emotiva, que não haviam sido preparados na sua formação para lidar com as emoções do paciente. Esse discurso ganhava eco na cena clínica que implicasse ameaça, sofrimento e a escuta das emoções: a raiva diante da impossibilidade da cura, a surpresa ao receber o comunicado de um diagnóstico, a tristeza diante do afastamento da família na internação, o medo do paciente de fazer uma cirurgia. Mas, a frase: “não somos preparados para lidar com estas experiências na formação” (a conjugação do verbo ser no plural, remetendo-se a um nós, sinalizava que se tratava também de um fenômeno que tem dimensão coletiva), vinha frequentemente acompanhada pelas emoções do preceptor ou aprendiz que apontavam para uma tensão entre saber e sentir, uma espécie de clivagem na prática da medicina alopática moderna, já assinalada nos estudos de Bonet (2004, 2006),

Menezes (2000) e Souza (1998). Um aspecto característico dessa tensão é a tentativa de negação da subjetividade não somente dos pacientes, mas também dos praticantes da medicina.

A máxima da formação, reafirmada nas narrativas da categoria médica sobre emoções, fez-me, a princípio, indagar: como a experiência emotiva modifica a situação de interação entre médico e paciente? Durante certo tempo, persegui a resposta dessa pergunta. Conversava com os aprendizes e os preceptores, observava seus sistemas de práticas, as visitas médicas, apresentações de caso e os encontros clínicos. Mas, nessas interações que se esboçavam, identificava um repertório de diferentes praticidades frente à experiência emotiva e um treino da atenção, como, por exemplo: explicar para o paciente como se emocionar pode influenciar a sua condição clínica ou impossibilitar a realização de algum procedimento médico; ser empático; omitir do paciente determinados acontecimentos²³; dizer que não se deve expressar as emoções frente ao paciente; antecipar a finalização do encontro clínico; voltar o foco do atendimento para a informação técnica sobre a doença/sinais/sintomas e para a queixa física.

As emoções dos pacientes apareciam com pouca frequência nas anotações dos prontuários nos registros médicos. Quando estavam presentes nas evoluções, compunham relatos que expressavam dois acontecimentos: 1- a tentativa de classificá-las ou descrevê-las na ordem do *pathos*; e 2- assinalar as dificuldades do paciente com o tratamento, o diagnóstico e o processo de internação hospitalar como aparece nas expressões: “paciente pouco colaborativo”, “reativo”, “poliqueixoso”, “nega uso das medicações prescritas”, “recusa o tratamento”. Fui observando assim como os aprendizes eram treinados e aprendiam a ser médico, e como parecia hegemônica a tentativa de amenizar ou traduzir em termos da biomedicina as questões consideradas “extras médicas” para as quais não se sentiam preparados. É no conhecimento tácito à beira leito; nos atendimentos supervisionados; nas discussões das sessões clínicas de cada unidade; nas orientações das visitas médicas; e na

²³Durante o trabalho de campo foram frequentes os casos em que algum acontecimento considerado mobilizador de experiências emocionais não era contado para o paciente durante sua internação, por decisão da equipe assistencial ou da própria família do paciente, tais como a morte ou o agravamento do quadro clínico de outro paciente da enfermagem que poderia motivar a sua transferência para a UTI, ou o adoecimento ou falecimento de um familiar. O prolongamento da hospitalização, sobretudo para aqueles que esperavam uma cirurgia cardíaca devido à falta de material e por problemas estruturais do centro cirúrgico, ampliava o tempo de convivência entre os pacientes que aguardavam pela operação. Trocas simbólicas e ajudas mútuas se estabeleciam entre os acompanhantes e os pacientes: empréstimos de celulares para ligações, dividir a alimentação com aqueles acompanhantes que não tinham direito à alimentação e compartilhar o cuidado.

maneira como se estabelecem a comunicação com o outro, seja com o paciente, familiares ou entre residentes, internos e preceptores, que essa aprendizagem do tornar-se médico e das emoções também acontece, apesar de muitas vezes invisível nos currículos das faculdades como nos lembram Stelet et al (2017).

Existia então um aprendizado sobre o lidar com as emoções que orientava as práticas no hospital. Essas práticas eram compartilhadas, revelavam uma história de saber-fazer inventando cotidianamente soluções para as questões concretas e para os dilemas que a experiência emotiva impunha naquele contexto. Apontavam ainda para o desenvolvimento de habilidades e para certa disposição para perceber e atuar. Embora técnicas direcionadas à singularidade e à subjetividade fossem colocadas em segundo plano, sobretudo, no que se refere ao saber, e mais especificamente ao ensino, um aprendizado sobre as emoções parecia se desenhar.

A partir desse quadro, a pergunta inicial foi cedendo espaço para outra ao me deixar surpreender pelo campo: como o aprendizado sobre as emoções acontece em um contexto de treinamento médico, o hospital universitário? Essa nova questão, que assumiu centralidade na pesquisa, direcionou-me para a redefinição do objetivo geral da pesquisa que passou a ser: compreender o aprendizado sobre as emoções em um contexto de treinamento médico, o hospital universitário. A aprendizagem das emoções foi analisada como parte das práticas sociais. Atentei então para o universo das ações, às relações entre os atores que dividiam a cena social nesse contexto, mostrando como estavam engajados no aprendizado.

Deixar-se surpreender significou, então, perceber que a questão com que se inicia uma investigação pode não ser aquela com que iremos terminar o percurso, até porque o campo também vai se reconfigurando, abrindo para direções e sentidos não previstos pelo pesquisador. A rigidez da pesquisa pode nos deixar surdos para essas pistas e mudanças, tornando-a inoperante, então sua função passa a ser confirmar o que o pesquisador já sabe através de suposições apressadas, tirando o que há de mais importante na pesquisa que é a possibilidade de se surpreender com o arranjo inusitado dos eventos, com o sistema de relevância dos atores, com o peso que dão às coisas que lhes tocam. Isso mostra que não se escutou o que o campo tem a dizer, porque, como em um diálogo, os atores não confirmam o tempo todo, nem todas as perguntas e respostas estão no *script*, há uma certa margem de improviso, um elemento surpresa que rompe com a linearidade por mais ensaiada que seja a cena social.

Estudar o aprendizado das emoções a partir das práticas formativas em saúde, em particular na medicina, é uma questão relativamente recente nas ciências sociais. A construção deste estudo se justifica primeiro pela incipiência de pesquisas que abordem esse aprendizado na formação médica no Brasil. As investigações sobre formação médica (BASTOS e PROENÇA, 2000; QUINTANA et al. 2008; GUEDES, 2007; SANTOS, 2009; e BECKER, 2009) desenvolvem-se a partir de uma negativa preliminar, que afirma que a questão das emoções não é /ou é pouco contemplada na formação. Os itinerários analíticos dos estudos se dividem entre aqueles que tomam apenas o arranjo curricular como objeto de atenção, abrindo mão das práticas que atravessam o processo de formação e da análise da situação em que a experiência emotiva acontece; e aqueles que elegem as práticas de formação como eixo fundamental de análise (GUEDES, 2007; SANTOS 2009; MENEZES 2000), abordando a questão da emoção e seu aparecimento no encontro clínico. Esse segundo grupo associa a discussão sobre emoções ao âmbito da subjetividade, sobretudo do paciente, mas segue partindo da negativa preliminar. O argumento que fica latente nos trabalhos em questão é que a dificuldade, o embaraço diante da experiência emotiva, acontece porque não se inclui a abordagem sobre as emoções na formação médica, o treino da atenção, do ensino e do saber devem ser para a doença.

O caminho investigativo que proponho diverge desse argumento e está mais próximo das premissas de Bonet (2004). Argumento que se aprende sobre emoções na formação médica, avanço sobre as práticas para discutir essa ideia. A questão é que esse aprendizado não é reconhecido como tal, não ganha um caráter formal como os conhecimentos sobre as classificações de doenças, ou tratamento farmacológico, por exemplo. A casuística desse não reconhecimento não deve estar no plano da obviedade, mas tomada como uma interrogação a ser perseguida, porque tal aprendizado sobre emoções faz fazer, tem desdobramentos que tanto reforçam a máxima de que a biomedicina com seu conjunto de práticas altamente institucionalizadas, tem como escopo interventivo e de interesse: a doença, como também expõe seus conflitos e sua permeabilidade com o mundo da vida.

A segunda justificativa para a elaboração desta pesquisa consiste no entendimento da contribuição que uma abordagem teórico-etnográfica pode ter para enriquecer a compreensão sobre a aprendizagem em um contexto de práticas como o hospital, uma instituição socializante, que se tornou a partir do séc. XVIII, como nos lembra Foucault (2010), um dispositivo fundamental de ensino e de tratamento. Estimula ainda a reflexão sobre dois movimentos na formação em medicina que ganham eco na contemporaneidade. Um que toma

como base a evidência, buscando, como discutem Uchoa e Camargo Jr (2010), tornar a prática médica mais objetiva e científica. E outro movimento que propõe uma discussão sobre integralidade do cuidado e a humanização em saúde, que como argumenta Campos (2005), visa repensar a formação, estabelecendo, como um dos seus princípios, a valorização do ser humano em todas as suas dimensões nas práticas de saúde, assumindo o desafio de interferir nas práticas e nos modos de cuidar e de gerir o cuidado.

A proposta é construir um caminho alternativo às análises panorâmicas que tomam a biomedicina e as emoções como realidades já dadas de modo apriorístico para entender como são aprendidas e feitas, sem perder de vista o que os atores envolvidos têm a dizer e o universo das práticas. Esse percurso está ancorado na premissa de que os atores sociais estão no movimento de fazer, de performar as realidades. A compreensão não lhes é alheia, na medida em que se configura como uma condição do nosso ser no mundo, como nos faz lembrar Heidegger (1997). Isso significa que atuam e constroem significados sobre os eventos com que estão envolvidos, os quais deixam suas marcas inscritas em seus engajamentos práticos.

1.6 TRANSFORMANDO PERGUNTAS EM CAPÍTULOS

Partindo dos objetivos que motivam a construção desta tese, estruturo-a em quatro capítulos. O primeiro deles, intitulado “Emoções no hospital: Construções da biomedicina sobre o sentir”, desdobra a pergunta: o que é considerado emoção em um contexto de treinamento médico, o hospital? O objetivo é inscrevê-la no espaço de uma cartografia dos nossos saberes, tomando o hospital como um lugar onde as emoções acontecem e se transformam, onde versões sobre elas são produzidas assim como seus objetos e sujeitos. O sentido das emoções não é separável da sua inerência no lugar, de sua existência prática para aqueles que são tocados por elas. Enquanto integrante da experiência, as emoções aparecem como dimensões vividas que convidam à ação. Proponho então uma análise sobre as concepções de emoção que aparecem no campo de pesquisa, chamando atenção para o fato de que as questões que são dirigidas às emoções, ou sobre emoções, apontam para construções que são situadas, bem como mudam suas definições a partir de um aprendizado prático. Falar sobre as emoções toca a maneira como se dão as relações entre preceptores e aprendizes e entre estes e os seus pacientes. Lanço o argumento de que a compreensão da aprendizagem sobre as emoções no hospital é parte do processo de se tornar um membro de uma comunidade de prática. A aquisição de uma identidade como médico se confunde com a aquisição das

habilidades do ofício. É em torno do contraste emoção/razão, com profundas raízes históricas na nossa tradição cultural, que as práticas médicas e as cenas de cuidado acontecem. A hegemonia dessa dicotomia que recorta e atualiza outros dualismos – mente e corpo; natureza e cultura; interioridade e exterioridade; público e privado e subjetividade e objetividade – expressa a desconsideração, ou pelo menos a banalização, da complexidade do conhecimento sensorial e emocional do mundo. Para responder a indagação que dá origem a esse capítulo, investigo duas categorias que ganharam relevo no meu campo de pesquisa, uma já conhecida e classificada na taxinomia médica nomeada como “Miocardiopatia de Takotsubo” ou “Síndrome do Coração Partido” (SCP); e outra categoria êmica “Emoção Forte”. Ambas trazem à cena as versões sobre as emoções e como essas orientam as práticas.

No segundo capítulo, intitulado “Falar de emoção nas visitas médicas? Aprendendo a contar sobre pacientes”, lanço um olhar sobre a visita, que é uma das práticas mais antigas da formação médica desde que o hospital se medicalizou e a medicina se tornou hospitalar. No hospital universitário em questão, a visita médica se configura como um dos principais recursos para o ensino médico tanto no internato quanto na residência. O objetivo desse capítulo é problematizar o que se aprende sobre emoções nessa prática a partir da apresentação e da discussão dos casos. Através dessa indagação preliminar, outra questão deriva para complexificar a análise: como se aprende sobre emoções na visita? É testada no aprendiz, ao engajar-se na visita, a habilidade de construir uma narrativa clínica, a qual é desenvolvida pela ação de contar sobre os pacientes, uma espécie de transformação da história e do relato do paciente em um texto médico, uma versão reconhecível e confiável. A participação na visita médica é analisada como um marco no processo de formação tanto do interno quanto do residente, na medida em que traz à cena os dilemas e os desafios de acompanhar sistematicamente pessoas reais, em enfermarias reais. Ponho em discussão a heterogeneidade na configuração da visita médica e exponho suas fissuras, argumentando que nessa prática as emoções dos preceptores, aprendizes e dos pacientes podem aparecer a partir da apresentação dos casos clínicos. No percurso desse capítulo, descrições e elaborações sobre as cenas de aprendizado são tecidas e organizadas em 5 subseções.

No terceiro capítulo, intitulado “A cirurgia como um acontecimento afetivo: notas sobre as emoções na cirurgia cardíaca”, apresento a discussão sobre como as emoções repercutem no contexto das cirurgias cardíacas. A proposta é pensar a cirurgia como uma prática que mobiliza afetos nos atores que dividem o cuidado, antes, durante e depois de sua realização. Ao invés de tomá-la apenas como um fazer especializado, que exige uma técnica

asséptica dos procedimentos e a precisão dos resultados, a discussão sobre cirurgia incluirá outra escala analítica, sendo investigada a partir das experiências emotivas. Esse capítulo está estruturado em 3 subseções. Na primeira, intitulada “Cirurgia cardíaca e as fragilidades da assistência à saúde: atravessamentos na cena emotiva” é abordada a assistência em cardiologia no nível terciário no SUS, especificamente no que tange às cirurgias cardíacas em Salvador, e as ressonâncias das fragilidades da assistência à saúde nas experiências emotivas dos atores que compartilham o cuidado no meu campo. Na segunda subseção “‘Operar é tocar um corpo vivo’: a cirurgia e a experiência emotiva”, são discutidas as implicações de tocar um corpo vivo e as emoções que “movem” os atores no contexto cirúrgico. Na terceira subseção, nomeada “Para fazer cirurgia tem que ter sangue frio? Elaborações sobre os afetos daquele que opera”, traço uma análise sobre a formação médica a partir das elaborações presentes no meu campo sobre os afetos dos cirurgiões cardíacos. Abordo como nos discursos aparecem o desenho de certo perfil emocional que um cirurgião deve ter e como as práticas de operar apontam para novas imagens sobre aquele que opera.

No quarto capítulo, nomeado “Urgências etnográficas: os afetos no tempo real da pandemia COVID19”, elaboro uma discussão sobre as transformações no meu campo de pesquisa que aconteceram na pandemia, incluindo a construção das sensibilidades e os modos de compreensão local dos afetos. Argumento que a experiência da pandemia produziu uma dobra, um ponto de inflexão sobre as práticas e os discursos sobre as emoções entre os praticantes da medicina. Essa dobra foi construída a partir de um contexto mais amplo de transformações mobilizadas pela pandemia, em que todos os atores do hospital precisaram aprender a lidar com a nova situação. O ponto de partida da análise são os registros etnográficos e ganham destaque as cenas clínicas entre praticantes da medicina, pacientes e familiares engajados no contexto do cuidado. O pano de fundo dessas experiências é o cenário político-sanitário, marcado pelo negacionismo e pela infodemia, que têm efeitos nas práticas. A premissa subjacente é que é preciso reconhecer a potência das emoções e como, enquanto categoria analítica, podem nos auxiliar a entender a experiência da pandemia em tempo real. As emoções movem e fazem fazer.

Este estudo, então, representa o esforço de construção de um ponto de vista que não é o único possível para a análise do fenômeno que compõe esta investigação. O modelo de análise apresentado nesta pesquisa pretende caminhar no sentido de elaborar novas hipóteses e categorias que possam abrir espaço para que estudos alternativos sejam realizados para aprofundar e traçar outros itinerários possíveis de investigação do fenômeno em questão. A

discussão proposta não se restringe ao campo das ciências sociais em saúde, mas toca questões e problemas nas áreas da medicina, educação e da psicologia. Isso sugere uma tentativa de traçar, com este estudo, diálogos com especialistas de outros campos e estimular desdobramentos desta pesquisa que iniciei, construindo novos modelos explicativos interdisciplinares, abrindo possibilidades de colaboração entre diferentes áreas do conhecimento.

Ilustração 01: O hospital



Fonte: Elaborada por Sérgio Bordim

Ilustração 2: A enfermaria



Fonte: Elaborada por Sérgio Bordim

2 EMOÇÕES NO HOSPITAL: CONSTRUÇÕES DA BIOMEDICINA SOBRE O SENTIR

(...) disse-lhe com ar pesaroso:
 Médico— Menina, isso faz-lhe mal.
 Marcelina— Isso quê?
 Médico — Sufoque o que sente, esqueça um sonho impossível e não vá adoecer por um sentimento sem esperança.
 Marcelina cravou os olhos nas teclas do piano e levantou-se a chorar.
 O doutor saiu mais pesaroso do que estava.
 Médico— Está morta, dizia ele descendo as escadas.
 (...) O médico, que sabia o fundo da doença de Marcelina, procurou curar-lhe a um tempo o corpo e o coração. Os remédios do corpo pouco faziam, porque o coração era o mais doente. O médico quando empregava uma dose no corpo, empregava duas no coração. Eram os conselhos brandos, as palavras persuasivas, as carícias quase fraternais. A moça respondia a tudo com um sorriso triste — era a única resposta. (Machado de Assis)

Uma das mais difíceis tarefas quando se intenta narrar um evento é transmitir o ritmo, o tom e as emoções que estão em jogo no que se está descrevendo. Machado de Assis nos conduz através de um mergulho literário à cena entre a personagem Marcelina²⁴ e o seu velho médico, em *Cinco Mulheres*. Nela, a clínica é atravessada pelos afetos, a aflição trágica da jovem e a frustração do médico que, mesmo diante dos recursos empregados, não conseguia curá-la da enfermidade para qual atribuía uma causa emocional. A escrita permite uma aproximação que é da ordem de um acontecimento. Assim como Machado de Assis, tentarei contar e arrumar em palavras o esforço analítico de abordar a vida emotiva.

As emoções aqui aparecem como caminhos para compreensão do outro, um modo de conhecimento da alteridade. Neste capítulo, desdubro a pergunta: o que é considerado emoção em um contexto de treinamento médico, o hospital? O objetivo é inscrevê-la no espaço de uma cartografia dos nossos fazeres, tomando o hospital como um lugar onde as emoções acontecem e se transformam, onde versões sobre elas são produzidas assim como seus objetos e sujeitos. A medicina é então apresentada como uma prática capaz de construir noções e códigos sobre sensibilidade.

O sentido das emoções não é separável da sua inerência no lugar, de sua existência prática para aqueles que são tocados por elas. Enquanto integrantes da experiência, as emoções

²⁴Marcelina é uma das personagens do texto *Cinco Mulheres* de Machado de Assis, publicado no ano de 1865, no *Jornal das Famílias*. Secretamente apaixonada por Júlio, noivo da mais velha de suas irmãs, a personagem adocece com o desenrolar do namoro, noivado e casamento do cunhado e acaba por morrer em virtude da impossibilidade de ver o seu amor concretizado. Na composição do perfil da personagem, há referências às tragédias de *Romeu e Julieta* e *Hamlet*.

aparecem como dimensões vividas que convidam à ação. Convite que também se inscreve na sua etimologia, já que a palavra emoção deriva do latim *movere*, mover, pôr em movimento. Proponho então uma análise das versões sobre a emoção que aparecem no campo de pesquisa, chamando atenção para o fato de que as questões que são dirigidas às emoções, ou sobre emoções, apontam para construções que são situadas, bem como variam suas definições a partir de um aprendizado prático.

A noção de emoção enquanto algo que fazemos e nos fazemos, desenvolvida por Vinciane Despret (1999), funciona como um insight para iniciar o itinerário analítico aqui traçado. A experiência emotiva, na perspectiva de Despret (2004), é um engajamento no mundo que pode produzir estranhamentos, desorientações e deslocamentos afetivos, levando a transformações na maneira de ser e pensar. As emoções não podem ser concebidas como uma interiorização da ordem social, pois assim os atores acabariam sendo considerados passivos nesse processo (DESPRET, 2004). Considerar as emoções desse modo é negar que elas podem resistir, transgredir, podem ser produzidas e negociadas, o que lhes dá um papel ativo na construção e transformação do social, um papel de resistência (DESPRET, 2002 apud ROCHA e KASTRUP, 2007).

Falar sobre as emoções toca a maneira como se dão as relações entre os preceptores e os aprendizes e entre esses e os seus pacientes no hospital. Aqui, noções como prática e performatividade ganham relevo, substituindo uma gramática representacionista. Como consequência, o aprendizado sobre as emoções na medicina não é tomado como dado, mas como construído e negociado. A medicina passa, a partir desse caminho analítico, a ser conhecida pelo modo como é feita, como ganha forma na ação. Lanço o argumento que a compreensão da aprendizagem sobre as emoções no hospital é também parte do processo de se tornar um membro de uma comunidade de prática. A aquisição de uma identidade como médico se confunde com a aquisição das habilidades do ofício. É em torno do contraste emoção/razão, com profundas raízes históricas na nossa tradição cultural, que as práticas médicas e as cenas de cuidado acontecem. A hegemonia dessa dicotomia que recorta e atualiza outros dualismos – mente e corpo; natureza e cultura; interioridade e exterioridade; público e privado; e subjetividade e objetividade – expressa a desconsideração ou, pelo menos, a banalização da complexidade do conhecimento emocional do mundo.

Para responder a indagação que dá origem a este capítulo, investigarei duas categorias que ganharam relevo no meu campo de pesquisa, uma já conhecida e classificada na taxinomia

médica como “Miocardiopatia de Takotsubo” ou “Síndrome do Coração Partido” (SCP)²⁵, que é a versão mais biologizada da relação entre emoção e cardiologia, embora também represente certa inflexão no discurso médico²⁶; e outra categoria êmica “Emoção Forte”. Ambas trazem à cena as versões sobre as emoções e oferecem pistas para discutir a associação entre órgãos e emoções, bem como a aproximação da medicina contemporânea com um objeto: a intensidade dos afetos. Ao traçar esse percurso, a partir do modo local de se fazer emoções, surgem as questões: onde está colocada e como é negociada a fronteira da normalidade e do sentir?; como a medicina participa da construção da sensibilidade na contemporaneidade?

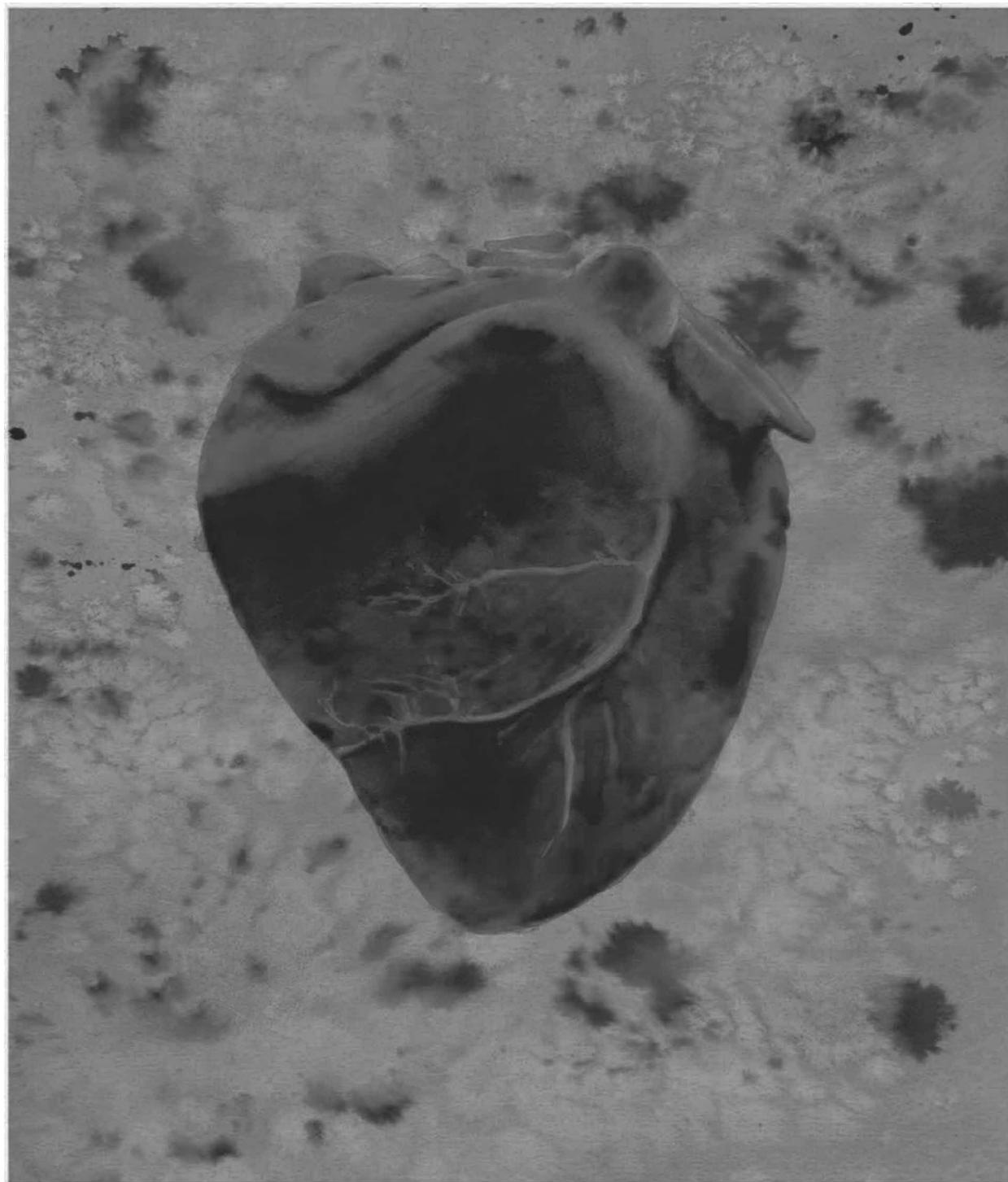
2.1 SÍNDROME DO CORAÇÃO PARTIDO: A TRANSFORMAÇÃO DA EMOÇÃO EM ESTRESSE

Em uma etnografia sobre a aprendizagem não se pode supor que apenas descrevemos e analisamos como o outro aprende. Há que se considerar que outros tantos aprendizados estão em jogo para que o pesquisador se lance na pesquisa. No meu caso, estar no campo era uma convocação para experimentar, por conta própria, a demanda pela aquisição de conhecimentos constantemente produzidos e que eram condição de sentido para me aproximar do modo como a medicina era feita e performada pelos seus praticantes. Entre classes funcionais, escores e métodos de estratificação de riscos cardiovasculares, fração de ejeção, diagnósticos diferenciais, exames físicos e complementares, ações dos medicamentos e um rol de doenças cardíacas, uma categoria nosológica desconhecida para mim até iniciar esta pesquisa, chamou-me atenção, a chamada SCP, ou Miocardiopatia de Takotsubo.

²⁵ Quando os atores do meu campo queriam mostrar a relação entre cardiologia e emoções, a SCP aparecia nas suas narrativas como um caso exemplar dessa relação.

²⁶ A expressão coração partido, que também dá nome a SCP, é carregada de uma dimensão afetiva na nossa linguagem. Funciona como uma metáfora para trazer à cena vivências emocionais, uma vez que partir o coração quer dizer magoá-lo, feri-lo. As emoções deixariam traços no coração.

Ilustração 03: O coração partido



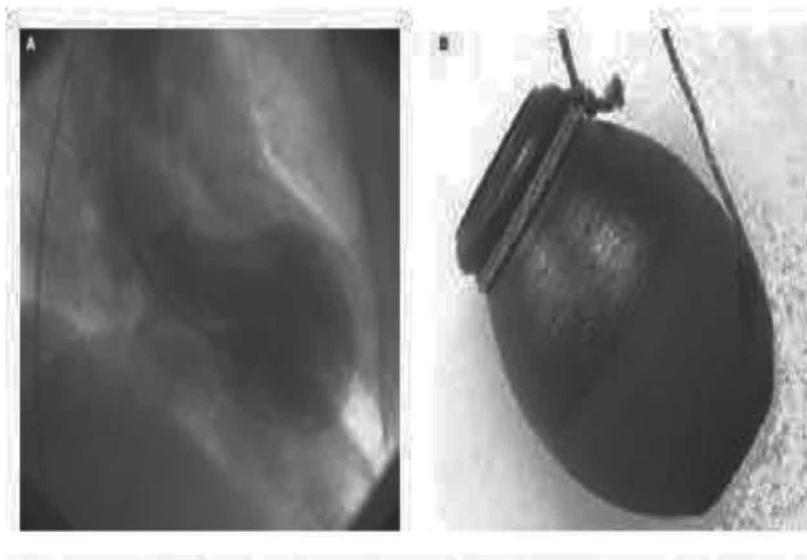
Fonte: Elaborada por Sérgio Bordim

Durante meu trabalho de campo na enfermagem, não houve nenhum paciente acompanhado que essa síndrome fosse aventada como suspeita diagnóstica. As justificativas para tal, na visão dos preceptores, dos residentes e dos internos, eram: 1- a ausência de uma unidade de emergência no hospital, lugar onde os pacientes com a síndrome geralmente são admitidos por apresentarem sintomas agudos; e 2- o caráter raro da doença. Mas, a SCP aparecia com frequência nas narrativas dos meus interlocutores ao tratarem da relação entre adoecimento cardíaco e emoção, sendo definida como uma doença da contemporaneidade, produto “do mundo de hoje onde as pessoas estão mais suscetíveis ao estresse emocional” (E. 10 - PRECEPTOR FERNANDO). Em 2020, na revista internacional JAMA NETWORK OPEN, foi publicado o artigo “Incidence of Stress Cardiomyopathy During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic”, que sugere um aumento na incidência da SCP relacionado à pandemia COVID-19 em dois hospitais nos Estados Unidos, em virtude do “estresse emocional, social e econômico” associado ao contexto da emergência sanitária (JABRI, et al, 2020). No meu campo, a pandemia da COVID-19 não trouxe mudanças em relação à SCP, não sendo notificadas a presença ou a elevação dos registros sobre tal diagnóstico.

A SCP foi inicialmente descrita nos anos 90 por Sato et al. (1990) e recebeu posteriormente diversas nomenclaturas como Miocardiopatia de Takotsubo, miocardiopatia induzida por estresse, síndrome da disfunção apical reversível, balonamento apical transitório do ventrículo esquerdo ou Síndrome de Takotsubo; alguns autores defendem que a SCP pode ser a Síndrome do Coração Feliz²⁷ (CHACON-DIAZ et al., 2019). Há a hipótese de que existe um tipo de Síndrome de Takotsubo, nomeada como “Síndrome do coração feliz”, que estaria associada a emoções “positivas”. Chamava-me atenção essas múltiplas nomeações para SCP. Os pesquisadores japoneses identificaram, como principais características dessa miocardiopatia, a alteração morfológica do ventrículo esquerdo, sobretudo em mulheres de meia-idade depois de acentuado grau de estresse emocional. Estabeleceram uma analogia entre a imagem do coração partido (Figura 01) e a de uma armadilha em forma de vaso (com colo estreito e fundo redondo), utilizada para capturar polvos no Japão (Figura 02). Daí deriva o nome Takotsubo (tako = polvo + tsubo = vaso, pote) pelo qual a doença também é conhecida.

²⁷ Em uma publicação mais recente, realizada por CHACON-DIAZ et al, em 2019, há o relato do primeiro caso de Takotsubo focal causado por uma “emoção positiva” (alegria). O caso em questão é de uma mulher de 61 anos que se queixava de dor precordial depois de saber que seria avó.

Figura 01: SCP- Representação morfológica do ventrículo e pote para capturar polvos, denominado "takotsubo"



Fonte: MACIEL, B et al (2013)

Legenda: Alteração morfológica do ventrículo - balonamento apical em sístole ventricular durante o exame cineangiocoronariografia. (B) Armadilha de polvo japonesa que deu origem ao nome da Síndrome.

Figura 02: Pote para capturar polvos, denominado "takotsubo", em japonês



Fonte: CARRILLO-ESPER et al (2017)

A SCP é descrita como uma forma de insuficiência cardíaca aguda, com disfunção súbita do ventrículo esquerdo, possivelmente reversível, já que tem evolução benigna e prognóstico favorável. Raros são os casos em que a doença pode levar o paciente à morte. Não está clara a sua etiologia, mas o seu desencadeamento aparece associado, tanto na literatura

médica quanto nas narrativas dos preceptores e dos aprendizes do meu campo, a uma causa emocional, uma espécie de gatilho. Há, então, a precedência imediata de um episódio de estresse intenso, que induz uma hiperativação adrenérgica, antes do desenvolvimento dos sintomas clínicos (LEMOS, et al., 2008; MACIEL, et al, 2013).

A apresentação da SCP aparenta ser similar às Síndromes Coronarianas Agudas (SCA), porém sem a obstrução vascular característica da doença coronariana. Esse aspecto se configura como um importante diagnóstico diferencial nas emergências. Estima-se que a SCP seja responsável por 1 a 2% das hospitalizações por SCA e, do ponto de vista epidemiológico, é mais prevalente em mulheres²⁸ na pós-menopausa, com poucos fatores de risco cardiovasculares. O que acontece na Síndrome do Coração Partido é um descompasso temporário no funcionamento do músculo cardíaco, com início súbito de dor anginosa. Para complexificar ainda mais o diagnóstico diferencial, o episódio é acompanhado por alterações registradas no eletrocardiograma e pela elevação discreta dos níveis de troponina no sangue, uma enzima indicativa de lesão ou insuficiência do músculo cardíaco, que ocorre tanto na SCP quanto nos infartos (LEMOS et al., 2008).

No editorial do ano de 2005, da revista *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, cujo título é “Miocardiopatia adrenérgica; o estresse pode causar uma cardiopatia aguda?”, a SCP é caracterizada por Mesquita e Nobrega (2005) como uma nova cardiopatia correlacionada ao estresse: “O estresse parece estar associado a um novo tipo de cardiopatia que vem sendo chamada no Brasil de “síndrome do coração partido” (MESQUITA E NÓBREGA, 2005, p. 283). Nessa revista, foi publicado o primeiro relato de caso descrito no país que adotou tal nomenclatura, o qual foi intitulado “Síndrome da disfunção apical reversível (Takotsubo)”. O trabalho em questão juntou-se ao conjunto de estudos que contrariavam a suposição inicial que a incidência e prevalência dessa síndrome estão circunscritas à Ásia, atribuindo-lhe uma causalidade geográfica e racial. Seus autores apontam que a publicação tem, como um dos maiores objetivos,

²⁸ Faz-se mister pôr em debate esse dado uma vez que pode reificar diferenças entre os gêneros, partindo de uma perspectiva biologizante, em que as mulheres estariam mais propensas, em relação aos homens, a desenvolverem adoecimentos relativos à esfera emocional. Reflexões como esta, aproximam-nos dos estudos que problematizam a categoria “amor patológico” ou “amor demais”, que é considerado um transtorno especialmente feminino, o que favorece a patologização do sofrimento da mulher que tem na contemporaneidade como uma das condições de possibilidade de medicalização do amor (SILVA, 2015; 2017).

aumentar o reconhecimento da síndrome em nosso meio, visto que esta forma de disfunção ventricular esquerda transitória desencadeada por estresse emocional ou físico é relevante para todos os médicos, particularmente cardiologistas e emergencistas (MESQUITA E NOBREGA, 2005, p. 283).

O caso descrito era de um homem de 64 anos com o diagnóstico de miastenia gravis²⁹. Não é feita menção nesse relato a uma vivência emocional desencadeadora; a SCP aparece relacionada ao estresse físico provocado pela doença de base. No entanto, Mesquita e Nóbrega (2005) enfatizam, no editorial da revista, a possível correção entre emoções, categoria que aparece no escrito como sinônimo de estresse, e as doenças cardíacas ao argumentarem que: “é chegada a hora do cardiologista voltar a considerar na sua prática cotidiana que processos emocionais podem participar concretamente dos complexos mecanismos envolvidos na fisiopatologia das doenças cardiovasculares” (MESQUITA E NÓBREGA, 2005, p. 284).

A noção de estresse, como assinala Castiel (2005), tem se constituído em um dos referenciais explicativos para as discussões sobre o processo saúde-doença. No entanto, vem sendo apropriada por distintos contextos de significação, o que contribuiu para sua polissemia. Castiel (2005) questiona se o conceito de estresse possui valor heurístico para fazer avançar o conhecimento sobre o adoecimento humano ou se operar com essa noção funciona como um obstáculo epistemológico para a produção de teorizações mais fecundas na compreensão das complexas questões que envolvem o adoecer na contemporaneidade.

A teoria do estresse, inicialmente formulada por Seyle (SELYE, 1936 apud CASTIEL, 2005) com a proposição da Síndrome Geral de Adaptação (SGA), foi posteriormente desenvolvida por seus seguidores que ampliaram a noção original de estresse físico até o campo emocional. Desde então, uma série de estudos tem apontado quadros de morbimortalidade em que o papel do estresse tem relevância. Ganham destaque as investigações sobre afecções cardíacas, como a Síndrome do Coração Partido, cerebrovasculares, até a influência na imunodepressão e em quadros dermatológicos³⁰. Todavia, a análise dessas investigações assinala ambiguidades: o termo estresse ora aparece

²⁹ A miastenia gravis é uma doença neurológica autoimune (KAULING et al, 2011).

³⁰ O preceptor Pedro, no relato que se desdobra a partir da vinheta etnográfica da introdução desta tese, comenta que a vermelhidão do rosto do residente, a qual aparecia quando se emocionava com os pacientes, podia ser um sintoma de rosácea, uma condição inflamatória, crônica da pele cujo desencadeamento e a exacerbação dos sintomas podem estar associados à aspectos emocionais. Ainda sobre os afetos e as doenças dermatológicas, Ramirez et al (2010), por um itinerário interpretativo que tem como referencial a teoria psicanalítica, abordam a partir do resultado de uma pesquisa histórica, clínica e biográfica, realizada no contexto do hospital, a relação entre afetos e o processo de adoecimento de pacientes com vitiligo e psoríase.

como causa, ora como efeito. A noção de estresse não distingue situações, respostas e/ou vivências. A ideia de estressor é tomada, por vezes, como um acontecimento no corpo fora da experiência e de sua ancoragem contextual.

No texto do editorial da revista, um dos pontos centrais para compreensão da Síndrome do Coração Partido é:

(...) a precedência imediata de um episódio³¹ de estresse físico ou psicológico **intenso** antes do desenvolvimento dos sintomas clínicos. São frequentes os relatos de falecimento inesperado de um parente próximo ou amigo, abuso doméstico, diagnósticos médicos catastróficos, perdas financeiras vultuosas e situações de extrema angústia. (MESQUITA E NÓBREGA, 2005, p. 283, grifo nosso).

Embora as narrativas sobre o estresse aparecessem com certa hegemonia no discurso científico sobre a SCP, os considerados estressores, eventos lidos como potencialmente capazes de causar a Síndrome, fazem advir à dimensão da alteridade quando essa categoria era apropriada pelos atores no meu campo. Cada preceptor acrescentava, nas suas explicações sobre a Síndrome, o que identificava como estressores:

É... a Síndrome do Coração Partido é uma miocardiopatia, que está correlacionada a uma emoção forte que a pessoa possa ter. Simula um infarto. Na verdade, existe uma ação orgânica que parece ser gerada pelos neuroreceptores e que é provocada pela emoção, por uma situação. O coração apenas sofre com isso, mas por conta desses neuromediadores que parecem acometer o coração, por conta dessa emoção. Noroadrenalina, adrenalina, etc, que estão correlacionadas com essas emoções que afetam o coração, organicamente. Mas, a explicação básica é: são esses neuromediadores que provocam... que são os mais correlacionados as emoções, que o próprio coração. (...) o mais comum é uma perda... **Um sentimento de perda está mais associado à Síndrome do Coração Partido, a morte de um ente querido, uma separação conjugal ou uma discussão familiar.** São as emoções mais fortes, que estão mais relacionadas com o desencadeamento da Síndrome. (E. 10-PRECEPTOR FERNANDO, grifo nosso).

Síndrome do Coração Partido é... porque se começou a observar que pessoas que tinham um coração perfeitamente normal, nos exames feitos há 1 mês atrás, depois, **por exemplo, de perderam um ente querido; esposas que com 60 anos perderam os maridos; maridos que perderam as suas esposas; pais que perderam filhos; pessoas com problemas financeiros; desemprego; violência; ou que perderam tudo, suas casas etc**, em uma semana, o coração saía de uma função perfeitamente normal para uma

³¹ Chama atenção nesse trecho do editorial que experiências de sofrimento, como o processo de luto, abuso doméstico e situações de extrema angústia, são renomeadas como um episódio, tal qual um sintoma clínico como sangramento e febre.

doença, uma dilatação total do coração, uma disfunção gravíssima com sintoma de insuficiência cardíaca. E são internadas. **Pessoas que estão tristes, arrasadas, e a única história que têm é que perderam alguém, que tiveram uma emoção forte naquela semana.** E a grande descoberta disso aí é que essas pessoas com duas semanas depois o coração está completamente normal; volta completamente ao normal. Simplesmente por ter assimilado melhor aquela situação e voltam à condição normal. (E. 1-PRECEPTOR PEDRO, grifo nosso).

A relação entre a vivência de luto pela morte de um ente querido e a emoção aparece de forma preponderante nas narrativas dos meus interlocutores ao descreverem o que é um estressor. Mas, outras situações também eram colocadas em cena, ampliando o leque de possibilidades interpretativas: tristezas, separação conjugal, desemprego, problemas financeiros, conflito familiar e violência. Sobre a expressão “perderam tudo”, presente na fala de Pedro, o preceptor descreve contextos de desastres: “pessoas que perderam suas casas em desabamentos³² ou que passaram por acidentes”.

As descrições dessas situações nos permitem abrir um leque de configurações e imagens em que a noção de “estressor” se singulariza como uma realidade, efeito de múltiplos elementos determinantes. Isso quer dizer que, conforme as analisamos, vamos percebendo que o que é nomeado como “estressor” pelos atores no meu campo pode ser tão vasto e múltiplo quanto suas tentativas de “enquadrá-lo” ou “controlá-lo”. O estressor é um dos múltiplos elementos que, por meio da etnografia, vemos se entrelaçar com aquilo que chamamos de categorias locais e, conseqüentemente, com um modo local de se fazer emoção.

Vivenciar uma situação estressora não corresponde imediatamente ao risco de adoecer e ter o diagnóstico da SCP. Entre possíveis sintomas e a constatação de possíveis diagnósticos, uma série de mediações coprodutoras de realidade corpo-social emerge no cotidiano daqueles e daquelas que se encontram no espectro antropológico da construção da SCP. Essas mediações não são meramente biomédicas ou institucionalizadas através univocamente dos serviços formais de saúde. Pacientes, familiares também participam desse processo com seus relatos em que aparecem as associações entre os sintomas e as vivências emocionais. Ao interrogar como a SCP é construída no contexto de um hospital da capital baiana, borram-se

³²O sentimento de perda decorrente do desabamento de moradias faz parte da vida emotiva das populações pauperizadas das capitais brasileiras. Em Salvador, os desabamentos aumentam no período de chuva, porém sua ocorrência na cidade é frequente, em virtude das condições precárias das moradias, que apontam para a desigualdade social e para necessidade de políticas públicas de habitação mais efetivas.

as transparências de categorias e classificações hegemônicas consideradas universais, como tendem a ser os diagnósticos médicos.

Como me explicava Pedro, a SPC era um tipo diferente de doença cardíaca em virtude da sua etiologia. Como não tinha uma causalidade, em seus termos, “estritamente física³³” o seu curso e o seu prognóstico eram diferentes das demais doenças cardíacas. Controlar as emoções, “os estressores”, era para o preceptor a condição ao retorno da normalidade, na maioria dos casos. Na descrição feita por Pedro, a emoção é a causa e o seu domínio o próprio tratamento.

Então, Síndrome do Coração Partido é aquela doença que ela... a... a... pode matar. Existe mortalidade relacionada a isso. **Mas, quando a pessoa se recupera emocionalmente, o estresse diminui, se recupera completamente a condição cardíaca. Diferente da doença estritamente física, uma Doença de Chagas, doenças que tenham uma bactéria lá, e que não voltam ao normal. Se a pessoa for afetada por algum agente causal que não seja emoção, não vai voltar ao normal, a não ser com um tratamento, muitas vezes de medicamentos.** Pode até voltar, mas tem situações que não vão voltar ao normal. E que **a Síndrome do Coração Partido, a própria emoção quando ela deixa de agir, ou ela é controlada, o estresse é controlado, o coração volta completamente a sua função habitual.** Um estresse, uma emoção quando ela é muito forte, leva a desencadear respostas orgânicas no ser humano. (PRECEPTOR PEDRO, Caderno de campo, grifo nosso).

A SCP figura nas narrativas dos praticantes da medicina como uma reação imediata às emoções provocadas por múltiplas situações que vêm associadas ao “estresse”. A pauta da temporalidade era o presente, daí também a referência a um quadro agudo que, por vezes, não era acompanhado de uma história pregressa de adoecimento. Para os preceptores, é o relato sobre o estresse emocional intenso, feito nos atendimentos, que diferencia um paciente com suspeita de SCP dos demais, além dos exames de imagem como sinaliza Pedro:

Às vezes não precisava nem perguntar no atendimento porque já chegavam relatando o que tinha acontecido muito emocionadas, chorando mesmo, e não tinham uma doença cardíaca prévia que justificasse aqueles sintomas. Foi o estresse emocional a causa. Tem que ser um médico experiente³⁴ para identificar e fazer o diagnóstico, para relacionar o relato, a clínica, com os exames de imagem. (E.1-PRECEPTOR PEDRO)

³³ “Estritamente física” é uma expressão que assinala a existência de uma compreensão reducionista sobre o processo de adoecer que têm múltiplas causalidades.

³⁴ A referência à experiência para a construção do diagnóstico de SCP, como resultado de prática, pode justificar porque apenas os preceptores relataram já terem atendido casos com suspeita ou confirmação de SPC.

Estresse emocional é uma das versões usadas pela medicina no meu campo para falar sobre emoções. Apresenta-se como um modo de incluí-las em uma gramática científica e de produzir uma constatação biologizada das emoções. Há assim as condições de possibilidade para a construção de um raciocínio etiológico, cujas bases são as explicações das neurociências. A equivalência entre emoção e estresse é narrada pelos preceptores que, em sua maioria, já tinham acompanhado na sua experiência clínica pelo menos um paciente com suspeita ou confirmação do diagnóstico de SCP:

Eu tive até um caso recente. De uma paciente minha, que já tinha problema cardíaco. Em que ela teve, não aqui no hospital, né? Isso foi outro lugar. Ela já tinha sido submetida há alguns anos (...) a cirurgia de revascularização miocárdica. Uma paciente que já sabidamente com doença coronariana. E teve um quadro muito semelhante de um infarto, e terminou em um hospital, aqui de Salvador. E inicialmente pensou se era um infarto. Ah... “vamos fazer cirurgia, deve ter sido algum problema nas pontes que foram inseridas na paciente na... pela cirurgia”. Uma senhora de já 60 e poucos anos de idade. Já tinha uns 5 ou 6 anos, se eu não me engano, de cirurgia cardíaca. E no final fez o cateterismo, as coronárias estavam normais, as pontes estavam ótimas. Ela tinha o... a imagem, né? Imagem típica do... da Síndrome do Coração Partido. Que é a Síndrome de Takotsubo. E foi desencadeada pelo falecimento do irmão, o evento agudo que desencadeou. O coração sofre com isso, os neuromediadores que parecem acometer o coração nesses casos de maior estresse. Então ela... 24 horas depois do... do falecimento do irmão ela teve o quadro agudo, e se recuperou e já tá ótima. (PRECEPTOR FERNANDO, Caderno de campo).

Ao contarem os casos, as tristezas, as aflições e a raiva, vividas pelos pacientes, tinham seus efeitos explicados em termos de desequilíbrios químicos, alterações fisiológicas, neuroreceptores e neurotransmissores, hiperatividade adrenérgica e ganhavam o nome de “evento desencadeador agudo”. As emoções eram relacionadas a circuitos cerebrais a partir de uma lente neuroanatômica que revelava a função do Sistema Límbico. Há então a concepção de que a experiência emotiva pode ser explicada pelos processos neuroquímicos do cérebro, adotando enunciados que utilizam a causalidade dos processos cerebrais para entender os afetos.

Nessa perspectiva, a emoção é compreendida como uma resposta do cérebro aos estressores. Resposta que ganha gradações e pode se manifestar como um potencial risco ao paciente, já que é lida como causalidade ou como condição desencadeadora do agravamento de um adoecimento cardíaco. Seguindo as bases explicativas do modelo anatomoclínico, as emoções são localizáveis, têm “um centro”, o cérebro, como me explica Fernando:

(...) O coração, talvez, do ponto de vista leigo, folclórico, é ligado às emoções. Então as pessoas acham, do ponto de vista popular, que sentiu uma emoção, aquela emoção está no coração. Mas a gente sabe que aquela emoção não é no coração, especificamente, né? A emoção é na verdade, é... cerebral, digamos assim. Mas, o fato dessa... dessa correlação com o coração é das pessoas leigas. (...) Como o coração do ponto de vista popular é o órgão central do corpo responsável por muita coisa, etc... então as pessoas, talvez, sintam... sintam mais, digamos assim, essa emoção quando é uma doença cardíaca. Mas, nós sabemos que existem doenças muito mais graves, muito mais relevantes, que têm tanto sofrimento quanto as doenças cardíacas, ou mais sofrimento³⁵ até que as doenças cardíacas. Por exemplo, câncer, doenças oncológicas, etc, são, às vezes, muito mais debilitantes que a doença cardíaca. E que talvez não tragam tanta emoção, quanto à doença do coração pelo fato de não ser no coração, por não ter esse folclore do coração, que é ainda visto como o centro das emoções. Não é! É o cérebro que é o centro, inclusive das emoções. (E. 10- PRECEPTOR FERNANDO)

De acordo com Azize (2010), não há ineditismo na atribuição de uma relação ou de uma hierarquia a respeito dos órgãos do corpo humano. Ao longo da história, diferentes órgãos e fluídos corporais já apareceram associados às emoções, aos humores, à personalidade ou características morais. Todavia, apesar do coração ainda ter, no imaginário social ocidental, uma relação com as emoções e o cérebro ser o lócus da razão, o que a narrativa de Fernando revela é como a medicina vem produzindo discursos que assinalam uma centralidade do cérebro e constroem uma determinada noção fisicalista de pessoa. Autores como o próprio Azize (2010), que aborda o “cerebralismo”, assim como Henriques (2014), Francisco Ortega e Fernando Vidal (2007) que vão utilizar a expressão “sujeito cerebral”, põem em discussão as narrativas biomédicas que constroem a concepção do cérebro como um órgão pessoal, ou seja, a pessoa é o seu cérebro. Ele é a sede da nossa personalidade, das emoções, inteligência, memória, ideias, da criatividade e da própria vida, se levarmos em consideração a construção do conceito de morte encefálica. De acordo com Rodrigues Filho e Junges (2015), antes dos avanços tecnocientíficos do século XX, a morte era reconhecida por critérios exclusivamente cardiorrespiratórios. Com o advento da ventilação mecânica, da medicina intensiva e, paralelamente, com o desenvolvimento dos transplantes de órgãos criam-se os critérios neurológicos de morte. O conceito de morte encefálica refere-se à interrupção definitiva da vida do organismo. A premissa que lhe dá fundamento é que o cérebro é reconhecido como

³⁵A narrativa de Fernando apresenta uma espécie de mensuração sobre o sofrimento, que é feita pelo tipo de doença (cardíaca e oncológica). Mas, será o sofrimento uma experiência mensurável pelo tipo de doença? E seguindo esse raciocínio, quais os critérios para essa construção? Segundo Fernando, o tipo de tratamento e a mortalidade são os parâmetros para traçar essa gradação do sofrimento.

órgão integrador de todo organismo; sem ele, ocorre a cessação irreversível das funções cardiorrespiratórias.

A ideia de que o sujeito é regido pelo cérebro, e a partir dele são determinados os seus comportamentos, suprime os processos de subjetivação e socialização, pois prevalece a hegemonia do sistema biológico. Ao escutar as narrativas dos meus interlocutores, fui percebendo no texto médico a correspondência entre o que é considerado um estressor com uma expressão: “emoção forte”, frequentemente referida no meu campo. É sobre essa categoria êmica, a qual faz ganhar relevo a noção de intensidade dos afetos, que aprofundarei o debate a seguir. Parto do pressuposto que esse termo do léxico afetivo devia ser relacionado ao contexto local de suas aplicações concretas. A descrição da categoria “emoção forte” pode funcionar como uma brecha do reducionismo fisicalista e do essencialismo biológico, presentes nos discursos e nas práticas médicas. A noção de intensidade dos afetos não é nova, muito menos restrita ao cenário da cardiologia. O caráter de novidade está nos seus desdobramentos práticos no cuidado e na adoção de recomendações e de condutas que fazem da pessoa com adoecimento cardíaco uma pessoa rara de lidar, traçando uma ideia de diferença, como pude observar no campo.

Uma pessoa com doença cardíaca deve ter incluído no seu repertório de cuidados orientações práticas sobre como sentir, as quais estão alicerçadas em uma noção de risco. Nos interstícios dos corpos e das emoções, a noção de risco nos revela que seu sentido depende das práticas a que está associada. Esse processo envolve um aprendizado para os pacientes e para os praticantes da medicina. Os primeiros recebiam indicações sobre manejos preventivos diante de emoções consideradas ameaçadoras “à saúde do coração”, traduzidas em frases como: “você não pode ser muito emocional porque não vai fazer bem para o seu coração”, “quem tem doença cardíaca não pode se aborrecer”, “tristeza demais é ruim pro coração” ou “você precisa evitar emoções fortes”. Os segundos, os praticantes, deviam aprender a incorporar essas recomendações nos atendimentos clínicos e associá-las ao discurso médico, na busca de uma racionalidade biológica e objetiva sobre o sentir. Essas orientações não estavam descritas nas fichas de anamnese e nos roteiros dirigidos aos exames clínicos, sua transmissão se dava a partir das relações tecidas entre aprendizes, preceptores, pacientes e familiares. Há um intenso e incessante processo de negociação da realidade da doença e do sentido sobre as emoções nas diferentes interações sociais travadas ao longo da trajetória de cuidado. Através dessas experiências no meu campo, foi possível identificar como a biomedicina tem se apropriado das construções práticas e discursivas para traçar as fronteiras

entre a normalidade e o sentir através da definição de uma norma emocional resultante das inibições impostas ou acarretadas como preocupações, trançando formas higiênicas sobre a vivência das emoções.

2.2. NOTAS ETNOGRÁFICAS SOBRE A EMOÇÃO FORTE: A CONSTRUÇÃO DO PACIENTE COM DOENÇA CARDÍACA COMO UMA PESSOA RARA DE LIDAR

Nesta subseção, discutirei a categoria êmica emoção forte a partir dos registros etnográficos sobre Geni, Lígia e Luiza, pacientes que estiveram internadas durante o meu trabalho de campo e os praticantes de medicina Iolanda, Carlos, Alfredo e Felipe. As histórias dessas pacientes compuseram certo acervo de memórias da equipe médica, de tal modo que suas personagens eram lembradas como “casos mobilizadores”, por suscitaram afetos e apontarem os desafios dos encontros clínicos. Destacam-se nessas histórias os dramas dessas mulheres em torno da internação e do adoecer, caracterizados como experiências de sofrimento frente aos temores dos procedimentos, as incertezas trazidas pelos diagnósticos, os desencontros e os vínculos com a equipe e os efeitos ora iatrogênicos e ora apaziguadores da vida no hospital. Aparecem também neste enredo as intervenções dos praticantes da medicina que as acompanham. O entrecruzamento dessas trajetórias e das intervenções médicas nos permite traçar uma análise das experiências de adoecimento e das práticas de cuidado estruturadas no meu campo de pesquisa. Colocar em cena esses atores é a chave interpretativa para compreender como os pacientes com doenças cardíacas tornam-se pessoas raras de lidar, a partir de um conjunto de praticidades que são performadas. A linha da investigação não se dá apenas pela narrativa destas histórias, mas em como, a partir delas, é possível traçar argumentos que coloquem a categoria “emoção forte” no universo público do saber, nesse exercício de produzir a experiência do conceito e o conceito da experiência.

2.2.1 Geni

Geni era uma mulher de 48 anos, negra, trabalhadora de um hospital atuando na função de auxiliar de nutrição, mãe de uma criança de 2 anos e moradora de um bairro popular da

capital. Depois de uma longa itinação³⁶ em busca de cuidados em unidades de pronto atendimento em Salvador, havia descoberto, recentemente, na sua internação no hospital, o motivo do seu cansaço aos pequenos esforços (banhar-se, vestir-se e caminhar) e da perda de peso. Tinha o diagnóstico de doença cardíaca, especificamente doença arterial coronariana (DAC). Na família, as narrativas sobre a cardiopatia já faziam parte da história transgeracional, formando uma mitologia familiar da doença que apontava tanto para uma repetição quanto para um traço de reconhecimento: “toda a minha família por parte de mãe fica doente e morre por problema de coração, então eu sabia que um dia ia ter também”. Sua irmã havia infartado e falecido há poucos anos e sua mãe também morreu por complicações da doença. Embora a experiência de sofrimento associada a esses lutos ainda estivesse latente, Geni experimentava a posição de sentir, por sua própria conta, o adoecer. A doença deixava de ser uma abstração para ser uma experiência encarnada.

Na enfermaria, Geni era acompanhada por Iolanda, uma residente jovem, branca, uma das únicas mulheres em formação nessa especialidade durante o meu trabalho de campo. Na cardiologia era escassa a presença de mulheres. Esse aspecto se acentuava, sobretudo em relação à cirurgia cardíaca, todos os profissionais dessa especialidade eram homens. Além do pequeno número de residentes do gênero feminino, havia ainda a ausência de representatividade feminina no corpo de preceptores da enfermaria, ao contrário de outras especialidades como a endocrinologia, a dermatologia, a ginecologia e a pediatria. Esse parecia ser um dos fatores que revelava à manutenção de desigualdades de gênero entre as especialidades médicas³⁷.

³⁶ A itinação em busca de cuidado pressupõe um movimento que envolve criatividade e improvisação, que se faz no próprio desenvolvimento da ação, no movimento dos agentes. Essa noção nos permite perceber o sistema de saúde como um espaço habitado por usuários e por profissionais, fluído e aberto (Cf. BONET, 2014a).

³⁷ De acordo Ávila (2014), em que pese o processo de feminização da medicina na educação médica, é possível verificar a manutenção de estereótipos de gênero quando se põe em análise o processo de escolha das especialidades médicas. Seguindo na discussão sobre o tema, Ávila (2017), em sua tese de doutorado, problematiza como a “socialização de gênero” repercute na interiorização de disposições quanto às aspirações profissionais e à escolha da especialidade médica por parte das mulheres egressas do curso de Medicina no Brasil, identificando um padrão de repetição entre as áreas consideradas “masculinas” e outras “femininas”. Sobre as “masculinas”, destacam-se as cirúrgicas que utilizam tecnologia avançada ou exigem maior força e resistência física. Argumenta que a suposta igualdade de gênero em termos de número de homens e mulheres cursando as faculdades de Medicina e ingressando no mundo do trabalho não pode ser entendida como sinônimo de equidade de gênero. Bourdieu (2007) ao tratar dessa condição de dominação entre os gêneros chama atenção para o fenômeno social da “permanência dentro da mudança e pela mudança”. Explana que quando uma profissão se feminiza, ocorria paralelamente uma deserção por parte dos homens. Isso porque, ao se tornar mais feminina, essa profissão passaria também a ser menos valorizada, sendo vista como inferior. Ao eleger como objeto de atenção a medicina, Bourdieu (2007) expõe que o fenômeno da permanência dentro da

Geni dizia para Iolanda: “uma coisa é falar da doença dos outros, mesmo se for da nossa mãe e olhe que eu cuidei da minha; ou falar da doença de um irmão, uma irmã; outra coisa é quando você adocece. A doença que parecia estar longe, agora está aqui. Muda tudo, a vida, os planos”. Sua narrativa sinaliza a existência de diferentes modos de dizer e sentir sobre o adoecer. Quando foi atendida por Iolanda, estava com os olhos marejados por uma inquietação vaga e pela incerteza do que o seu diagnóstico mobilizava em relação ao seu futuro. Contou que era a primeira vez que se afastava do filho pequeno e que não podia pensar em morrer, porque, no parto da criança, teve complicações que ameaçaram a sua vida, a internação parecia atualizar aquelas lembranças. Todavia, o comunicado do diagnóstico grave e a indicação clínica de tratamento cirúrgico (revascularização) fazia Geni defrontar-se novamente com a angústia de morte. A doença “não era qualquer uma”, como fazia questão de enfatizar, era do coração. E completava: “O coração é tudo, é ele que sustenta o corpo, se parar de bater a vida acaba; a gente sente tudo no coração, as alegrias, as tristezas... Você consegue viver sem um rim, sem um pulmão, mas sem o coração, não... Tanto que a gente só tem um”.

Há, na sua narrativa, uma espécie de hierarquia dos órgãos, na qual o coração parecia ter destaque, o seu pulsar é interpretado como sinal de vida, é a morada das emoções. Na experiência própria do corpo, observa-se, usando os termos de Leder (1990 apud Ortega, 2005), uma “anatomia fenomenológica do corpo vivido” em que seus diferentes órgãos e partes experimentam presenças e ausências, são sentidos de formas diversas. O corpo é percebido como um processo vivo, em movimento. Geni trazia uma familiaridade com o órgão que vinha dessa experiência sensível, ao comentar: “você não sente os rins, o fígado, nem os pulmões, mas o coração a gente sente, boto a mão no peito sinto e ouço ele bater”. A presença do coração é dada pela experiência tátil e sonora³⁸ que, como afirma Ortega (2005), exige um

mudança pode ser identificado através da evasão masculina de algumas especialidades que passaram a ser consideradas mais femininas, “[...] Nas faculdades de Medicina, a porção de mulheres decresce à medida que se sobe na hierarquia das especialidades, algumas das quais, como a cirurgia, lhes estão praticamente interditas, ao passo que outras, como a pediatria, ou a ginecologia, lhes estão quase que reservadas (BOURDIEU, 2007, p. 108 e 109)”.

³⁸ No meu campo, observava que não eram apenas os pacientes que, ao falarem do coração, descreviam essa relação com os sentidos. Na cardiologia, os sons e a experiência tátil são fundamentais para o aprendizado dessa especialidade, para definição de seus diagnósticos e suas terapêuticas. No capítulo seguinte desta tese falarei sobre como os aprendizes são estimulados a aprender a ver, discutindo a presença das tecnologias representadas pelos exames de imagem no ensino da medicina. Mas, merece ser objeto de atenção que o aprendiz também é estimulado a aprender a ouvir para registrar e para diferenciar os sons do coração, das valvas cardíacas. O aprendizado dessa sensibilidade expressa-se na linguagem da cardiologia – o ruflar de abertura da válvula mitral, o ritmo de três tempos, o galope, as extrassístoles bigeminadas, sincopadas. Sopros de todos os tipos em maquinaria, em gaiivota.

contato com aquilo que é percebido, o que nos mostra que o corpo é uma experiência que implica os sentidos.

Ilustração 04: O encontro clínico de Iolanda e Geni



Fonte: Elaborada por Sérgio Bordim

Ao longo do atendimento com Iolanda, Geni se permitiu chorar, a residente deixou-a falar, escutou-a sem pressa.

- Geni: O médico que me atendeu, disse pra mim que eu não podia ter emoções fortes (...) porque aqui eu choro muito, fico agoniada, com um aperto no peito. Ele me falou que meu coração já era fraco e que não ia fazer bem pro meu coração ficar muito emocionada, chorando. É doutora, meu coração parece que está fraco mesmo, eu sinto tanto cansaço, tudo que faço, eu canso, levantar, caminhar, tudo me cansa.

- Iolanda: É porque o seu coração está fraco, não consegue fazer o trabalho dele direito, por isso você se internou, para se cuidar.

(DIÁLOGO ENTRE GENI E IOLANDA, Caderno de campo)

A doença cardíaca é feita nesses encontros entre praticantes da medicina e pacientes³⁹. Pela história contada por Geni, percebe-se que a doença cardíaca produzia cansaço, limitações para fazer esforços, mas também é uma doença para a qual a emoção se configura como uma ameaça. Geni tinha obstruções severas das artérias, vistas depois com o cateterismo⁴⁰ que fez no internamento. Na narrativa de Geni, o encontro entre essas duas expressões “emoção forte” e “coração fraco” formam um par indissociável que parece justificar as recomendações médicas e a adoção de um repertório de práticas que devem ser seguidas pelo paciente com adoecimento cardíaco. A associação entre essas expressões “emoção forte” e “coração fraco” pode ser lida a partir de duas perspectivas: 1- quem tem o coração fraco não pode viver uma emoção forte, como fica descrito na narrativa de Geni; e 2- viver uma emoção forte pode deixar o coração fraco.

O adjetivo fraco era habitualmente pronunciado por outros pacientes e pelos praticantes da medicina na enfermaria, quando iam fazer os comunicados médicos, momentos que conversavam com o paciente sobre o seu quadro clínico. Funciona como uma tentativa de se fazer entender, tornar o diagnóstico e a severidade das condições clínicas mais compreensíveis para o paciente.

³⁹ Mol (2002), em suas discussões mostra os corpos que fazemos, como performamos, atuamos, encenamos nossos corpos em práticas cotidianas. A partir da pesquisa etnográfica sobre como a doença aterosclerose é feita no hospital, analisa como várias pessoas estão envolvidas nessas práticas, incluindo os pacientes que participam ativamente, além de aparelhos envolvidos. O fazer o corpo e o fazer a doença se entrelaçam.

⁴⁰ O cateterismo cardíaco é um exame muito importante para a cardiologia, porque contribui para definição do diagnóstico do tratamento dos pacientes cardíacos. Através dele, é possível diagnosticar obstruções das artérias coronárias, assim como outros problemas estruturais desse órgão, aperfeiçoando o diagnóstico das cardiopatias.

Então, expressões como “coração fraco”, “coração inchado” e “coração grande” são usadas para abordar as alterações na morfologia do órgão e na função cardíaca. Essas estruturas linguageiras têm efeitos. Por vezes, as nomeações para o coração tornavam-se da pessoa, são usadas para descrevê-las. Esse deslocamento sucede, sobretudo com a palavra “fraco” que ganha outras derivações: abatido, debilitado, incapaz, inútil, inválido. Frases como estas: “sou uma mulher fraca, depois desta doença do coração”; “com o coração debilitado, a gente é meio homem, homem fraco, inútil, não guenta nem passar raiva” apontam para tal deslocamento, que pode ser interpretado como uma expressão das mudanças na percepção de si e do mundo que chegam com a experiência do adoecimento.

Os danos e as limitações surgidos ao longo do adoecimento cardíaco provocam limitações nas atividades diárias, nos projetos de vida e nos relacionamentos, mas também revisões sobre as expectativas em relação ao futuro. O adoecer do coração não intervém pontualmente na vida dos pacientes, mas requisita modificações, por vezes, substanciais em seu cotidiano. Soma-se a essa reflexão outros termos também comuns na cardiologia como “morte súbita⁴¹”, “infarto fulminante” e “parada cardíaca”, que trazem à cena noções que caracterizam a doença cardíaca como imprevisível, abrupta, não controlável e inesperada. Esses conteúdos simbólicos funcionam como uma justificativa para a adoção das recomendações médicas preventivas sobre o sentir.

Sobre a advertência feita para não poder sentir emoções fortes, Geni acrescenta: “deve ser porque o coração é traiçoeiro, pode parar, você pode ter um infarto, tem gente que se deita e não acorda mais, tem morte súbita”. Durante o meu trabalho de campo, eram frequentes os relatos dos pacientes sobre o medo de morrer dormindo, principalmente entre aqueles que tinham um histórico de morte súbita na família. Nas manhãs, no momento do exame clínico, as falas sobre o medo de dormir, por vezes, eram interpretadas como insônia, que era tratada com o uso de fármacos indutores do sono.

Evitar emoções fortes é a recomendação que, para ser cumprida, necessita de certo automonitoramento por parte do paciente. E é em nome da vida que a recomendação é enunciada pela categoria médica e justificada a sua “adesão” por parte do paciente. Em nome da vida, muitas coisas são feitas no hospital, normatizar as emoções é uma delas. Cabe, aos praticantes da medicina, falar em nome da vida e, aos pacientes, lutar por ela. A minha

⁴¹ De acordo com a literatura médica, morte súbita cardíaca é definida como uma morte natural inesperada por causas cardíacas, que ocorre geralmente em até uma hora do início dos sintomas (PIMENTEL et al. 2014).

hipótese é que pode residir aí, por exemplo, a dificuldade que percebi por parte da equipe médica de manejar o cuidado de pacientes com ideação suicida e com pensamentos de morte, que não são raros na enfermaria. É como se esses pacientes estivessem infringindo uma questão fundamental. A leitura feita pelos praticantes da medicina no meu campo é que esse sujeito se recusa a cumprir o que se esperava de um paciente, estar disposto a defender a própria vida, além da ordem médica que se justifica em nome da vida (CLAVREUL, 1983).

Como Geni estava aprendendo, é preciso ter prudência para viver. Aqui a ideia de prudência recai não somente sobre o conjunto de restrições alimentares e físicas descritas nas orientações clínicas para pacientes cardíacos, alcança também a dimensão das experiências afetivas, do desenvolvimento de uma habilidade de prever os riscos emocionais. Preocupações em torno do sentir se constroem e estabelecem uma relação entre vida e emoções. Para manter a vida e não ser pega de surpresa pelo coração, devia evitar: tristezas, notícias ruins, “passar raiva”, levar susto, o que lhe fazia concluir que não poderia mais ir a enterros, cuidar de pessoas enfermas, brigar, “sentir alegria demais” ou “ter desgosto na vida”. Alguns pacientes internados não apenas ouviam essas recomendações, como repetiam aos seus familiares para os deixarem advertidos sobre sua condição: “você não sabe que eu não posso me emocionar com esse problema de coração?”, “não fique me trazendo confusão que não posso me emocionar, me aborrecer”.

As conclusões que Geni havia chegado a colocavam frente à ambivalência, precisava obedecer ao médico “porque ele sabe o que é melhor para nossa vida”, mas tinha aprendido com sua mãe⁴², que “era melhor colocar para fora o que sentia, se a gente não fala o que está sentindo, não chora de se emocionar, adoce ainda mais. Como uma pessoa vive sem se emocionar?”. O discurso de Geni fazia um acréscimo à análise sobre as emoções e o processo saúde-doença-cuidado. Evitar se emocionar é que podia adoecer, identifica-se assim um potencial terapêutico dos afetos. Sua fala revela que, embora haja um aprendizado sobre as emoções, tecido nos atendimentos entre os praticantes da medicina e os pacientes, esses atores não chegam a esses encontros sem portar um repertório biográfico e cultural sobre emoções, que é negociado nos contextos de cuidado. As emoções são experiências aprendidas nas diversas interações sociais que os atores se engajam, como argumenta Mauss (2005).

⁴²Essa fala de Geni, que incluía sua mãe, faz-nos pensar sobre o argumento de Bonet (2014) em relação à existência de vários sujeitos no encontro entre o profissional ou o aprendiz e o paciente, agenciando o processo de cuidado.

A orientação do médico, a quem Geni se referia no atendimento, era na verdade de um interno de medicina do sexto ano, Carlos. Um jovem, que queria prestar residência para cardiologia e ainda estava em dúvida se escolheria a especialização em cardiologia clínica ou em cirurgia cardíaca. Gostava do contato com os pacientes, aspecto que na sua visão lhe colocava mais próximo da especialidade clínica, mas ser cirurgião também tinha seus ganhos, e acrescentava: “é uma função complexa, você usa a técnica e efetivamente salva vidas, dá para ver como o corpo humano é uma máquina perfeita e o coração então!”.

Foi para Carlos que Geni falou no atendimento sobre o desejo de ver o filho durante sua internação no hospital. Diante da demanda trazida pela paciente, Carlos expressou certo receio. Havia escutado na visita médica sobre a gravidade da doença de Geni e sobre o seu risco de morte. Tentando dar uma resposta para a paciente, Carlos construiu um discurso que vinha acompanhado de uma explicação sobre o sistema nervoso autônomo, especificando os efeitos do estresse no coração. E acrescentou:

- Carlos: então é natural que quando a gente tem uma emoção forte ficar taquicárdico, as mãos ficarem geladas, os pés ficarem gelados, o coração começa a bater forte. Num momento desse, a pessoa pode ter uma arritmia, uma arritmia fatal, é um perigo. (...) Aumenta a pressão, a frequência cardíaca.

- Geni: é mesmo doutor (...)

(DIÁLOGO ENTRE CARLOS E GENI, Caderno de campo)

Desse modo, Carlos colocava em relevo o perigo⁴³ de uma “emoção forte” e o dano que podia gerar em um paciente cardíaco: elevação da pressão arterial; aumento da frequência cardíaca; além de poder provocar a morte. Para Carlos, como havia aprendido com seus preceptores, fazia parte da conduta médica advertir o paciente sobre os riscos e a magnitude dos seus efeitos, visando reduzi-los. À equação emoção forte e coração fraco, somava-se o discurso cerebral. As emoções iam recebendo nas suas explanações uma localização cerebral, contrária àquela dada por Geni, expressando o movimento de redução do corpo ao cérebro.

Explanou para a paciente em seguida sobre a fisiologia do coração, reproduzindo uma visão sobre o corpo fragmentada e objetificada, onde esse órgão aparecia como uma parte

⁴³ Podemos traçar um paralelo entre a fala de Carlos sobre como a emoção é lida como um perigo pela biomedicina e a discussão proposta por Douglas (1994) sobre o perigo. Douglas (1994) assinala que os perigos que uma cultura seleciona para preocupar-se ou tentar evitar são aqueles que melhor servem para tornar visíveis suas leis e valores. Então quando as emoções são identificadas e transformadas em perigo pela biomedicina, revelam não apenas os males que acreditasse que possa fazer a “saúde do coração”, mas sobretudo a constituição interna da biomedicina, suas práticas, seus modos de atuação e como dialogam como processo de racionalização do mundo.

isolada do seu contexto somático que não correspondia à experiência fenomenológica do corpo. Sobre essa discussão de parte e todo, Rabinow (1999) assinala que, para a ciência, as partes do corpo são mais valoradas que o corpo. A biomedicina ocidental contemporânea ratifica essa visão, pois o modelo de corpo que fornece está fundamentado na ruptura com qualquer experiência de totalidade, a ligação com a experiência corporal é posta em suspensão, observa-se “órgãos sem corpos”, como expõe Ortega (2005). Esse movimento de fragmentação acompanha a crescente especialização médica, cujas especialidades são definidas por partes do corpo. Enquanto Carlos explicava a doença à paciente e o funcionamento do coração, havia um esforço de distanciamento do caso específico, para a construção de um discurso que opera na lógica da generalidade: “os estudos mostram”, “o cardiopata é assim”, “o coração funciona deste modo”. Era o olhar, até então, sobre um corpo destituído da sua experiência subjetiva e por um observador descorporificado, uma vez que a emoção resgata essa noção de corpo enquanto sujeito da experiência e da ação. Mas, mesmo agregando ao seu discurso uma versão biologizante sobre as emoções, as perguntas que lhe dirigia inquietavam o aprendiz.

Quando concluiu o atendimento de Geni, Carlos me contou na saída do leito com certa aflição:

É difícil, até saber o que dizer... Quando ela começou a chorar, me perguntou se poderia ver o filho pequeno aqui ou se poderia carregá-lo quando voltasse para casa. E foi logo depois que havia dito que deveria evitar carregar peso... Quem tem doença cardíaca grave, como é o caso dela, tem que evitar peso... Disse que não precisava chorar, que ficaria bem e terminei o atendimento. Mas, ver o filho na condição em que ela está pode ser uma emoção forte e trazer riscos. Ela chegou tão grave que tinha recomendação de ficar restrita ao leito. Você fica dividido, num conflito, entre o receio dela ver o filho e passar mal ou o medo dela não ver e saber que pode acontecer alguma coisa na cirurgia, ela pode morrer sem ter visto o filho pequeno. O médico é chamado a opinar sobre muitas coisas, que não apenas o diagnóstico e o tratamento do paciente. Quem sabe ver o filho agora na internação possa ajudar Geni a sair bem da cirurgia. Não tem como saber. (INTERNO CARLOS, Caderno de campo).

A emoção de Geni, expressa pela demanda que dirigiu ao interno sobre a possibilidade de ver o filho, produz enigmas para o atendimento. A emoção forte tanto pode trazer riscos, quanto dar recursos a Geni para passar pela cirurgia cardíaca. Vista a questão sobre esse âmbito, quando a emoção acontece, os aprendizes e os preceptores de medicina são convocados a respondê-la, e há um aprendizado a se construir a partir dessa insurgência das emoções. Renato, um dos preceptores da enfermaria e qualificado pela equipe como um

médico “humano”, também ouviu de Carlos essa história repetida na sala de prescrição. Justificou para o interno a importância da visita da criança no hospital, mesmo que aquela situação provocasse uma emoção forte. Argumentou que faria bem para Geni ver o filho. Ganha relevo o potencial terapêutico das emoções.

Renato prosseguiu dizendo: “se Geni passar mal, o que não acredito que aconteça, o hospital é o melhor lugar para manejar uma intercorrência, aqui tem suporte”. E comentou que “nem sempre as respostas estão dadas. Em situações como essa, é melhor ouvir a paciente, ela pode decidir o que fazer”. Considerou que saber como falar com o paciente não era uma habilidade que se aprendia lendo os livros de medicina, repetiu depois uma frase de Carl Jung: “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”. Usando os termos de Bonet (2004), a descrição dessa cena assinalava a existência de uma diferença entre a “medicina dos livros” e dos guidelines, e a “medicina vivida”. Essa diferença pressupõe a possibilidade de refletir sobre a ampliação da clínica, do seu objeto e objetivo: pensar o sujeito, a doença e o seu contexto de vida; transitar da perspectiva meramente curativa para o cuidado (CAMPOS, 1997). Os demais preceptores não estavam tão convencidos sobre o efeito terapêutico que a visita poderia ter para Geni e pediram que Carlos conversasse com o Serviço Social e a Psicologia para discutir a questão da visita.

A preocupação com o que foi chamado de “emoção forte” não era apenas da categoria médica, representada aqui por Carlos, mas partilhada pelos demais profissionais que compunham a equipe de cuidados (enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêutica, residentes multiprofissionais) e pelos familiares (marido), assinalando o quanto as ideias que sustentam a racionalidade biomédica são atravessadas e reforçadas pelo conhecimento e experiências cotidianas que ligam a medicina ao mundo da vida. Sobre esse ponto, o comentário do marido de Geni iluminou novas questões:

Eu acho que ela ficou doente depois de três acontecimentos na vida dela: a morte da mãe, foi aí que descobriu que tinha pressão alta; a morte da irmã; e quando nosso filho nasceu e ela quase morreu. É emoção demais, emoção forte, não tem coração que suporte. Agora não sou só eu que digo isso, o médico mesmo falou, que essas coisas podem ter influenciado. (MARIDO DE GENI, Caderno de campo)

“Emoção forte” é uma expressão que transitava pelos discursos e pelo corredor da enfermaria. Comecei a me questionar se essa expressão tinha o mesmo sentido ou portava interpretações distintas entre os atores sociais. Para residentes, internos e alguns preceptores

que acompanham os casos, a emoção forte em pacientes cardíacos é imediatamente associada à noção de risco. Risco para o paciente que pode descompensar frente à situação “estressora”. Esse primeiro discurso tem um caráter hegemônico, mas guarda inflexões expressas pela narrativa de Renato, para quem a emoção forte pode ter um potencial terapêutico. Em que pese a interpretação dos seus efeitos, a manifestação da emoção no atendimento coloca-os diante da totalidade desse paciente, antes reduzido a doença, e da sua totalidade, do que sentiam nesse encontro. Os praticantes da medicina precisam lidar com o que está além da fisiologia do órgão e com o conjunto de sinais e sintomas físicos. Bonet (2004) aborda a existência de uma tensão, entre duas visões de mundo, experimentada pelo indivíduo moderno e sua relação com o real, saber e sentir. Essa tensão seria a razão de ser do modelo biomédico que atravessa o aprendizado e a prática médica: entre a dimensão científico-racional e a dimensão humano-passional, entre o que é preciso saber para fazer e o que sentem ao fazer.

Essa pluralidade nas narrativas sobre a emoção forte não é restrita, como assinali, ao corpo médico da enfermagem, circula entre pacientes e familiares. Para o marido de Geni, a emoção forte explica a origem do seu adoecimento. A doença é a expressão do sofrimento, das experiências insuportáveis da vida, por isso é preciso fazer a gestão das emoções. Já para Geni, não manifestar as emoções fortes é, pelo contrário, uma porta de entrada para o adoecer e a catarse uma prevenção possível, o que me faz lembrar do poema de Viviane Mosé, receita para arrancar poemas presos⁴⁴, no qual a poetisa associa o adoecer a poemas presas, fazendo uma analogia com as emoções.

⁴⁴“A maioria das doenças que as pessoas têm são poemas presos.

Abscessos, tumores, nódulos, pedras são palavras calcificadas,

Poemas sem vazão.

Mesmo cravos pretos, espinhas, cabelo encravado.

Prisão de ventre poderia um dia ter sido poema.

Mas não.

Pessoas às vezes adoecem da razão

De gostar de palavra presa.

Palavra boa é palavra líquida

Escorrendo em estado de lágrima

Lágrima é dor derretida.

Dor endurecida é tumor.

Lágrima é alegria derretida.

Alegria endurecida é tumor.

Lágrima é raiva derretida.

Raiva endurecida é tumor.

Lágrima é pessoa derretida.

Pessoa endurecida é tumor.

A história de Geni nos mostra que as práticas e discursos médicos que tentam fixar determinadas condições operativas para evitar as emoções, recomendando ao paciente restrições afetivas, veem-se comprometidas nos encontros clínicos. Neles o que é reprimido retorna na prática. Retomo à questão de Geni: “como uma pessoa vive sem se emocionar?” para assinalar esse caráter de resistência dos afetos à ordem médica. As emoções nos dão um estatuto de existência, é também o que nos torna humanos. Reconhecer essa premissa é o que faz Renato resgatar a dimensão da humanização do cuidado tanto por parte do médico, quanto do paciente. No decorrer do trabalho de campo na enfermaria, outras situações colocaram-me diante do exercício reflexivo sobre a emoção forte e suas variações interpretativas. Foi assim com o caso de Lígia.

2.2.2 Lígia

Tempo endurecido é tumor.
 Tempo derretido é poema
 (Viviane Mosé, 2006)
 Você pode arrancar poemas com pinças,
 Buchas vegetais, óleos medicinais.
 Com as pontas dos dedos, com as unhas.
 Você pode arrancar poemas com banhos
 De imersão, com o pente, com uma agulha.
 Com pomada basilicão.
 Alicate de cutículas.
 Com massagens e hidratação.
 Mas não use bisturi quase nunca.
 Em caso de poemas difíceis use a dança.
 A dança é uma forma de amolecer os poemas,
 Endurecidos do corpo.
 Uma forma de soltá-los,
 Das dobras dos dedos dos pés, das vértebras.
 Dos punhos, das axilas, do quadril.
 São os poemas cóccix, os poemas virilha.
 Os poemas olho, os poemas peito.
 Os poemas sexo, os poemas cílio.
 Atualmente ando gostando de pensamento chão.
 Pensamento chão é poema que nasce do pé.
 É poema de pé no chão.
 Poema de pé no chão é poema de gente normal,
 Gente simples,
 Gente de espírito santo.
 Eu venho do espírito santo
 Eu sou do espírito santo
 Trago a Vitória do espírito santo
 Santo é um espírito capaz de operar milagres
 Sobre si mesmo.”
 (Viviane Mosé, 2006)

Lígia tinha 32 anos, era separada, evangélica e mãe de duas filhas. Tinha o diagnóstico de cardiopatia reumática e valvopatia e estava internada para realizar sua segunda cirurgia cardíaca. Lígia chegou a passar dois meses de espera pela sua cirurgia no hospital. No pós-operatório, apresentou complicações devido à ocorrência de um AVC que deixou sequelas, evento que ampliou a sua internação na UTI, onde ficou por 10 dias. Depois da alta da UTI, Lígia voltou para a enfermaria com comprometimento motor do lado direito e com dificuldade no reconhecimento das cores, um quadro não esperado pela equipe médica.

A juventude de Lígia, associada à condição clínica, sensibilizava a equipe da enfermaria. Em geral, os casos que mais mobilizam as equipes são os de pessoas jovens. Escutando seus relatos, percebi que está intrínseca a ideia de que a doença crônica não é um acontecimento esperado na juventude, do mesmo modo que a morte também não o é, embora tantos jovens fossem hospitalizados na enfermaria no período do meu trabalho de campo, principalmente com diagnóstico de doença valvar com etiologia reumática.

A reflexão sobre esses casos coloca as equipes em contato com a necessidade de desconstruir duas ideias: a primeira é que adoecer cronicamente é algo exclusivo ou predominante entre as camadas mais idosas da população; e a segunda que a doença cardíaca é resultado de estilos de vida ou de desgaste do organismo. Na maioria das vezes, o adoecimento e o agravamento dos sintomas desses jovens estão associados a aspectos que ganham menos relevo nas análises dos casos, as condições de vida dessas pessoas. Atentar-se para os determinantes sociais em saúde nos ajuda a compreender porque no Brasil a etiologia reumática predomina como principal causa de valvopatia, diferentemente do que ocorre na Europa e nos Estados Unidos, onde as doenças degenerativas representam a principal causa (Moraes et al., 2014; Müller, 2011). Em virtude das dificuldades de acesso aos serviços encontradas em nosso sistema de saúde, os pacientes que devem receber cuidados preventivos em fases consideradas iniciais da doença valvar nas unidades básicas de saúde acabam chegando aos hospitais em estágios avançados da cardiopatia, necessitando de intervenções em caráter emergencial e, por vezes mais invasivas, como foi o caso de Lígia que foi submetida a uma intervenção cirúrgica.

Durante a internação de Lígia, sua mãe, Lily, que a acompanhava no hospital, relatou para a equipe que a família havia sido vítima de violência e que o crime acontecera na casa em que as filhas de Lígia estavam no período da sua hospitalização. Uma familiar da paciente foi baleada e dois outros parentes morreram, após uma briga com os ciganos que moravam na

região. Lily me contou sobre o seu dilema de falar ou omitir para a filha sobre o ocorrido, pois já havia escutado de familiares que acompanhavam outros pacientes na enfermaria que “quem é cardíaco não pode receber estas notícias ruins, porque uma emoção forte prejudica o coração”. E me explicou: “a pessoa pode até morrer com uma notícia dessa, se emociona e morre”. A enfermeira e a técnica de enfermagem que cuidavam de Lígia naquele dia, comentaram entre si que a notícia iria provocar uma emoção forte para a paciente no hospital, que poderia ficar chorosa diante de mais uma perda, além daquelas provocadas pelo AVC. Achavam que a mãe só deveria contar quando Lígia fosse para casa. A mãe da paciente, por sua vez, não queria dar a notícia sozinha e justificava sua posição dizendo que se acontecesse alguma intercorrência, Lígia teria suporte médico no hospital, já na Ilha o acesso ao serviço de saúde seria mais difícil. Lily contava que Lígia já tinha passado por muitos sofrimentos. Meses antes de ser internada, sofreu violência doméstica pelo companheiro, evento que Lily associava à piora do seu quadro clínico.

Lily pediu ajuda para dar a notícia ao Alfredo, um jovem residente que acompanhava sua filha na internação. Queria o médico por perto para atender Lígia se passasse mal. Ao retornar para a sala de prescrição, Alfredo comentou com o preceptor Pedro o que ocorrera com a família de Lígia e o pedido da mãe da paciente. Diante do relato de Alfredo, Pedro considerou:

O paciente que tem problema do coração e a família tem uma notícia pra dar que não é boa, a perda de um irmão ou perda de um filho, deixa a família preocupada e nós também. Já me chamaram algumas vezes, até pra eu ficar próximo, não na hora, mas ficava próximo assim depois, dizia: “soube que tinha acontecido isso”, para sentir ele e tal. Então, é isso, isso é a medicina. Na medicina, você não pode desvincular o doente, atender e liberar assim sem um vínculo, não tem como. Ele tem que sentir em você uma pessoa que ele confia senão... Eu sempre digo se você não tiver uma reciprocidade com o médico não vai valer a pena, por melhor que ele seja, por mais técnico, por mais hábil que ele seja, mas não vai ser uma pessoa em quem você vai confiar pra um momento mais difícil. (PRECEPTOR PEDRO, Caderno de campo)

Dois aspectos da narrativa de Pedro merecem atenção e são aprendizados sobre emoções. O primeiro refere-se à construção de práticas de cuidado por parte dos médicos e dos familiares dirigida às pessoas com doença cardíaca, na tentativa de controlar os riscos a que estariam submetidas. Ter uma doença no coração é um marcador que coloca em questão a normalidade do sentir, tem-se assim a construção de uma categoria: “o risco dos afetos”. O paciente “cardíaco” não pode sentir de qualquer modo, ou qualquer emoção, sentir é arriscado.

O segundo aspecto é que a fala de Pedro autorizou Alfredo a estar com Lily durante a notícia e chamou atenção para presença enquanto um indicador de uma prática médica solidária e empática. A presença permite o vínculo que deve se construir entre médico e paciente para que o cuidado aconteça. O vínculo seria então parte da prática médica e não uma dimensão extraterritorial da medicina.

Lily e Alfredo conversaram no corredor e até chegarem ao leito de Lígia, Lily fez perguntas ao residente. Indagou-lhe primeiro quem deveria contar. O residente respondeu que era mais apropriado que ela o fizesse, pois se tratava de um assunto familiar, ainda ponderou: “se fosse sobre a doença dela, ou sobre o tratamento eu deveria dizer, porque são condutas médicas, cabe a mim falar, como não é o caso, vou ficar próximo ao leito e vamos ver como Lígia reage”. Questionou-lhe ainda sobre como deveria falar, se era melhor fazê-lo aos poucos, não dizer todo o ocorrido naquele dia. Alfredo expressou certo embaraço com a pergunta, fez silêncio e depois perguntou para Lily como tinha pensado em dar a notícia. Lily disse que achava que a filha já estava percebendo que algo havia acontecido e que pensava que era melhor contar toda a história e comentou: “notícia ruim só se dá de uma vez”. Alfredo respondeu que como mãe Lily saberia dizer da melhor forma porque conhecia bem a filha. Mas, propôs que, antes da familiar começar a conversa, ele pediria à técnica de enfermagem para aferir a pressão da paciente e a examinaria. Então, se Lígia estivesse estável, como nos últimos dias, Lily poderia contar porque seria uma emoção forte para a paciente. Ao final da conversa Lily, ainda fez um comentário:

Oh doutor pior é o senhor que tem que dar tanta notícia ruim... Que o paciente tem doença, que piorou. Quando o paciente morre são vocês médicos que falam para famílias. Eu me lembro de quando o médico da UTI disse que minha filha tinha tido um AVC depois dessa cirurgia do coração que ela fez. É horrível ouvir, mas para vocês também não é fácil, eu sei. Ninguém quer dar uma notícia dessas, ser portador de má notícia. Vocês querem é dizer que o paciente está curado, que deu tudo certo, que a cirurgia foi um sucesso. E é isso também que a gente da família quer ouvir, quando chamam a gente para conversar. Eu me lembro do senhor mesmo, quando falou comigo aquele dia que Lígia tinha ficado com essas dificuldades... E que não podia me garantir que ela poderia voltar a ser como antes, recuperar o movimento totalmente. (LILY, Caderno de campo)

Quando soube por sua mãe dos acontecimentos, Lígia reclamou:

Não entendo. Por que me escondem as coisas? para que esconder? Eu vou saber do mesmo jeito depois. Pior notícia já ouvi aqui do médico cirurgião que ia precisar fazer uma cirurgia, que tinha risco. Depois esse problema do

AVC...E eu não estou aqui? Chorei de me acabar, me emocionei. (LÍGIA, Caderno de campo)

E Alfredo comentou:

Mas tem notícia que você tem que saber. Como vai para uma cirurgia sem saber? O médico precisa informar sobre os riscos de qualquer procedimento, um AVC. Outras notícias podem esperar... Você ouve, descompensa, fica emocionada, aumenta a pressão.... É pior.”. (RESIDENTE ALFREDO, Caderno de campo)

A fala de Lígia pôs em relevo uma questão: os comunicados sobre as condutas terapêuticas, diagnósticos, procedimentos (cirurgia, exames) e seus riscos bem como a espera pela sua realização também são considerados pelos médicos e pelos aprendizes como experiências associadas à emoção forte. Inclusive a própria literatura em saúde tem se apropriado do termo notícia difícil⁴⁵ para nomear esses comunicados (BRASIL, 2010; SOMBRA NETO et al, 2017; AFONSO e MINAYO, 2013). A notícia difícil remete a algo que poderia ser difícil de dizer e difícil de escutar. É definida como uma informação que tem grande valência emocional, afeta adversa e negativamente a rotina e tem o potencial de mudar a visão de futuro de uma pessoa, o seu projeto terapêutico e a sua experiência de doença, configurando-se como um desafio para os médicos (AFONSO e MINAYO, 2013). Embora se suponha que uma notícia difícil mobiliza afetos, pode ser interpretada, como fica expresso no discurso de Alberto, como uma emoção forte “necessária”, uma vez que, por vezes, funciona como condição para o tratamento ser informado sobre os exames, os diagnósticos e as intervenções.

Cotidianamente, os pacientes recebiam notícias da indicação para colocar uma sonda; realizar o cateterismo; fazer uma cirurgia; usar o oxigênio; tomar anticoagulantes e outras medicações de uso contínuo; ter restrições como carregar peso; em alguns casos deixar de trabalhar devido ao esforço associado ao tipo de ocupação; e evitar engravidar porque poderiam ter uma gestação de risco. Seguia-se o *script*, as notícias eram dadas usando uma linguagem técnica, por vezes, em um tom mais coloquial para se fazer entender ou transformando as informações em dados quantificáveis, mantinha-se o esforço de afastar daquele encontro as emoções. Mas, com frequência viam-se tomados de assalto por elas.

⁴⁵ Existe uma publicação que está disponível no site do Conselho Medicina da Bahia que aborda esse tema, intitulada “Como dar notícias difíceis pelo protocolo Spikes?”. O documento foi elaborado por Lara Torreão, docente da Faculdade de Medicina da UFBA. Durante o meu trabalho de campo, poucos estudantes citaram conhecer essa publicação.

2.2.3 Luiza

Luiza, assim a chamei, era uma das pacientes mais lembradas pela equipe. Tinha 60 anos na ocasião, morava em um município do interior da Bahia, tinha 3 filhos e um deles, Francisco, cursava o internato de medicina. Luiza foi internada no hospital para realizar uma cirurgia de aneurisma de aorta, um procedimento que envolve uma complexidade considerável. A sua chegada era conhecida pelos preceptores que sabiam que a mãe de um aluno iria ser admitida na unidade. Era uma prática frequente no meu campo a internação de estudantes vinculados à universidade; residentes médicos e multiprofissionais; trabalhadores do hospital; e dos seus familiares. Muitos internos e residentes procuravam os preceptores para pedir ajuda em relação à hospitalização de um parente, como também discutiam os casos clínicos familiares esperando suas avaliações.

No dia posterior a admissão de Luiza, o cirurgião advertiu-lhe sobre os riscos associados ao procedimento, que eram muitos, todavia menores do que a sua chance de morrer cedo se não fosse submetida à intervenção. Esperou 2 meses e 28 dias pela realização do procedimento, o hospital aguardava a compra e a chegada do material cirúrgico. Durante o tempo de espera, Luiza dedicava-se ao artesanato: tricô, crochê, fuxico e outras invenções que tecia como um modo de minorar a angústia de morte que sentia, que, por vezes, tirava-lhe o sono. No pequeno móvel disposto próximo ao seu leito, havia linhas coloridas agulhas e moldes que serviam para que pudesse dar continuidade ao enxoval da sua neta que esperava com avidez, tal qual esperava sair viva da cirurgia. O artesanato era também uma via para construção do laço com a equipe da enfermagem e um modo de ser reconhecida para além do seu diagnóstico cardíaco.

No hospital, uma cirurgia não é apenas um ato clínico, médico, mas um acontecimento atravessado também por afetos, como discutirei de modo mais aprofundado no Capítulo III desta tese. Faz diferença o fato de acontecer ou não, se demorará de ser agendada, se haverá material para realizá-la ou não. Havia um embaraço a cada vez que Luiza perguntava sobre a chegada do material. A paciente sabia que a espera prejudicava a sua condição clínica, a equipe médica também. Seu filho, Francisco, acompanhava as visitas médicas com preocupação, perguntava ao residente, Felipe, sobre os aspectos clínicos e as condutas adotadas, queria contribuir com as decisões médicas. Felipe era um residente, que havia

ingressado no Programa de Residência após uma experiência prolongada na prática clínica em instituições militares. Após o término de uma visita médica Felipe me fez a seguinte sugestão:

Acho que deveria conversar com Francisco. Ele é estudante de medicina daqui, fica olhando os resultados dos exames todo dia, perguntando sobre os exames, isso não é bom pra cabeça dele. Acho que ele tem que se comportar como filho e não como médico. Tem que separar as coisas o médico e a pessoa, filho. Porque ele está envolvido, é familiar dele, sinto que ele fica emocionado. O que a gente discute aqui pode ser até muito forte para ele, já que o caso da mãe dele é complicado, tem muito risco. (RESIDENTE FELIPE, Caderno de campo).

Um dos internos interveio após a fala de Felipe:

Mas é a mãe dele, a pessoa que colocou ele no mundo, não dá pra separar as coisas, ele é filho e é também estudante de medicina, qualquer um de nós aqui ia querer ver os exames, saber das condutas e até estudá-las, este é o modo como a gente lida com a doença seja de A, de B, de um paciente nosso ou de alguém da nossa família. (INTERNO, Caderno de campo).

No início da internação de Luíza, Francisco estava constantemente às voltas com o seu prontuário, posteriormente a sua preocupação se dirigiu para o que chamou de condição psicológica de sua mãe. Dizia que já tinha escutado dos seus professores de cirurgia que quando um paciente não quer fazer a cirurgia, tem muito medo de fazê-la, embora assine o termo consentindo o procedimento, essas experiências emocionais podem interferir no desfecho da cirurgia e/ou no pós-operatório.

Quando o paciente tem muito medo, quando está deprimido, perdeu a vontade de viver ou sente que não deveria fazer a cirurgia por algum motivo, você vê muitas vezes a cirurgia ter um desfecho ruim ou vê o paciente complicar no pós-operatório. Já quando o paciente está esperançoso, vai para cirurgia confiante, quer viver, estas emoções protegem ele, porque fazer uma cirurgia já é uma emoção forte em si. Você entra na sala de cirurgia e não sabe se volta, digo cirurgia assim grande e complexa como cirurgia cardíaca. Isso é muito forte com paciente cardíaco. (FRANCISCO, Caderno de campo).

Aqui a narrativa sobre a emoção forte revela uma nuance: uma emoção forte pode ser experienciada de modo diferente e não é isolada das outras vivências emocionais. Se por um lado, a emoção aparece associada no discurso médico ao desencadeamento de adoecimentos ou complicações do quadro clínico do paciente, por outro a emoção pode ter um caráter protetivo, podendo ser até vista como decisiva para os desfechos clínicos. Ao incluir essa

nuance, é possível identificar a polissemia que há na medicina, no meu campo, sobre as experiências emocionais e ainda atentar para uma certa classificação emocional, que parece indicar quais as emoções são protetivas e quais não cumpririam essa função. Desesperança, tristeza, angústia, medo intenso, frustração e raiva não seriam “emoções protetivas” para um paciente cardíaco submetido a uma cirurgia. Esperança, confiança, segurança, destemor já seriam emoções capazes de favorecer que o paciente sustente o tratamento cirúrgico. Dessa classificação, deriva uma norma emocional para os pacientes cardíacos.

Francisco queria saber o que Luiza sentia, era uma tentativa de construir uma certeza imaginária que apaziguasse a angústia que a não garantia da cirurgia de Luiza mobilizava. Luiza não respondia em alguma medida a norma emocional “prescrita” para pacientes cirúrgicos. Durante a internação, passou por fases em que sentiu esperança e confiança, em outras, medos, tristeza e desesperança. A vida no hospital era atravessada por comunicações, atos, que lhe faziam experimentar uma perda do controle. Fez uma metáfora para significar a hospitalização. Dizia que quando bordava era só contar os pontos, a quantidade de linha para saber se o bordado ficaria como tinha planejado, mas que na hospitalização não adiantava contar os dias, “era esperar e esperar o dia da cirurgia chegar”.

2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ELABORAÇÃO DE UMA NORMA EMOCIONAL PELA BIOMEDICINA

As narrativas sobre a emoção forte, descritas nos registros etnográficos, apontam para dois eixos de discussão: a noção de intensidade dos afetos e a construção do paciente com doença cardíaca como uma pessoa rara de lidar. O ponto central é a análise de como a biomedicina tem traçado fronteiras entre o normal e o sentir, através da construção de uma norma emocional. Começarei com o primeiro eixo, a intensidade dos afetos que, no meu campo, era descrita com a expressão “emoção forte”. Na descrição das histórias das pacientes Geni, Lígia e Luíza, é possível observar que essa categoria êmica não orienta apenas condutas e recomendações médicas, mas transita nos discursos e nas práticas de outros atores que estão no meu campo: pacientes, familiares e demais membros da equipe de saúde, os quais estão envolvidos no cuidado. Todavia, o que quero assinalar é como a biomedicina se apropria da noção de emoção forte.

Através dessa ideia de gradação emocional, a biomedicina tem inscrito a experiência emotiva na gramática dos riscos. Destaco o papel da quinta edição do Manual Diagnóstico e

Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) nesse processo de avanço da medicina sobre o campo da afetividade, que tem, como um dos seus efeitos, a multiplicação de categorias diagnósticas que se circunscrevem em torno dos afetos e das experiências afetivas. Casos exemplares são: o amor e o luto, que passam a ser inscritos nas insígnias do *pathos*: “amor patológico”, diagnóstico de pessoas que amariam “em demasia”, e transtorno do luto complexo persistente (TLCP), também nomeado como “luto complicado” ou “luto patológico”, cuja classificação se daria a partir de um critério cronológico.

“Demasiado”, “complicado”, “persistente”, “intensa”, “forte” são adjetivos que passaram a acompanhar os afetos e as experiências emocionais que lhes são contornadas. Esse acréscimo na linguagem, quando observado pelo prisma da biomedicina, tem desdobramentos práticos. A biomedicina que não está fora da cultura participa da disputa simbólica e da construção do que são cada um desses adjetivos, produzindo práticas, saberes e aprendizados sobre o sentir. Uma característica dessa norma emocional traçada pela biomedicina, aplicada em seus manuais diagnósticos como o DSM-5 ou nas suas práticas, como descritas neste capítulo, é o seu caráter de exterioridade ao sujeito que sente. É uma norma heteronômica e padronizada que não é percebida por meio da experiência do próprio sujeito, observada pelo clínico dentro do âmago da existência do paciente.

A racionalidade diagnóstica do DSM, considerada hegemônica na contemporaneidade, funciona como um dispositivo de segurança que passa a reduzir as emoções à lógica da intervenção biomédica, da prevenção e da detecção de riscos, uma vez que define quais emoções devem ou não ser evitadas, por quanto tempo podem ser vividas e de que modo. A análise das emoções, lidas na biomedicina pela lente do risco, mostra que aquilo que é evitado, é o que também torna visível o modo como se constitui a medicina contemporânea, caracterizada pela lógica hiperpreventiva (CASTIEL et al, 2011; 2017). Assim, a biomedicina engendra técnicas de administração seletiva dos riscos oferecidos aos (pelos) indivíduos, borrando os limiares entre o normal e o patológico no que diz respeito às emoções.

Esse ponto aproxima a discussão aqui traçada com o mosaico crítico em torno do tema do luto, que sofre uma recodificação psiquiátrica no DSM V, expressa pela sua retirada dos critérios de exclusão para o diagnóstico de depressão. Nas versões anteriores do Manual, o luto aparecia como uma reação esperada às perdas e não era interpretado como um “transtorno”. Oliveira (2017) argumenta que o debate em torno do tema do luto e o modo como está figurado no DSM V oferece um quadro interpretativo privilegiado para análise do esmaecimento das fronteiras entre normal e patológico, apontando assim para dois aspectos

fundamentais: 1- A gestão dos riscos na contemporaneidade e suas repercussões nas experiências emocionais e 2- as táticas normatizadoras engendradas pela biomedicina, cujos objetos, práticas e discursos têm experimentado descolamentos históricos. Como ocorre com as emoções no discurso médico no meu campo, o luto ganha, no DSM V, a qualidade de um estressor, ora sendo lido como desencadeante de um transtorno, o transtorno do luto complexo persistente, ora como efeito deste, como uma reação à perda.

O discurso sobre a emoção forte aparece na enfermaria quando a manifestação da emoção pelo paciente faz o estudante ou profissional sair do *script*, da esfera do esperado, abrindo para direções e sentidos não previstos. A experiência emotiva é uma convocação diante não apenas do sentir ao fazer, mas também do não saber, porque as respostas para questões postas na interação não estão prontas. A manifestação da emoção parece abrir um novo elemento na tensão expressa por Bonet (2004), atravessando o aprendizado e a prática da biomedicina.

Nesta seção, realizei a discussão sobre como preceptores e aprendizes manejam o conceito de “emoção forte” enquanto evento a ser evitado a depender do tipo de emoção que se expressa na experiência emotiva. Por meio do fazer etnográfico, foi identificado que para além da tensão entre saber e sentir existe mais uma questão compondo agora uma tríade, ‘o não saber’, que coloca a categoria médica e a equipe de cuidados diante do não previsto, da espontaneidade da ação, do horizonte de possíveis do vivido. Os atendimentos, embora tivessem os mesmos elementos presentes (a doença do coração, o hospital, os exames), quando a experiência emotiva acontecia, chama a atenção para os atores engajados nessas cenas: o profissional ou o aprendiz, o paciente e/ou a família, e o seu encontro. Assim foi possível interrogar quem são os que se encontram e como se engajam na construção de uma noção de sensibilidade?

3 “FALAR DE EMOÇÃO NAS VISITAS MÉDICAS”: APRENDENDO A CONTAR SOBRE PACIENTES

Conto ao senhor é o que eu sei e o senhor não sabe; mas principal quero contar é o que eu não sei se sei, e que pode ser que o senhor saiba (Guimarães Rosa, 1988).

Neste capítulo, lanço um olhar sobre a prática da visita médica a partir do trabalho etnográfico realizado em um hospital universitário em Salvador. A visita se configura, nesse espaço de treinamento, como um dos principais recursos para o ensino da medicina a partir das apresentações e discussões de casos clínicos entre preceptores, residentes e internos. O objetivo é problematizar o que se aprende sobre emoções nas visitas para, a partir dessa questão fundamental, tecer novas interrogações complementares, mas não menos importantes: como se aprende? e por que se aprende dos modos identificados? Começarei meu itinerário analítico a partir da descrição de eventos do campo que podem funcionar como chaves explicativas para a construção de respostas possíveis às indagações que propus. E, no final da travessia desse encontro com a escrita, espero ser possível aprender, como disse Guimarães Rosa, em “Grande Sertão: Veredas”, a fazer outras maiores perguntas.

Hospitais universitários são instituições que recebem não somente aprendizes em distantes fases de formação, como também de diferentes lugares. Nos primeiros anos que iniciei meu trabalho de campo, observei a chegada de jovens intercambistas no curso de medicina. A inserção desses estudantes nas práticas médicas, na enfermagem, chamava a atenção para as especificidades e as generalidades do aprendizado sobre as emoções na biomedicina naquele cenário de pesquisa, desnaturalizando o que a priori estava no plano da obviedade. Ao engajarem-se nas atividades de ensino e da clínica, aprendiam como a medicina era feita, desemaranhavam suas práticas. Mostravam que a biomedicina não é um campo de conhecimento e de fazeres unitários, realidade única, mas há distintos modos de vivenciá-la e produzi-la concretamente. Acompanhar os intercambistas me ajudava na tarefa de construir o exercício metodológico de estranhar o familiar e tornar familiar o estranho. Não só os preceptores e os aprendizes lhes ensinavam sobre o aprendizado das emoções; mas também os pacientes e os familiares durante os encontros clínicos; e a própria vivência em outro sistema de saúde. Proponho, como ponto de partida deste capítulo, a construção narrativa de um percurso, o de Beatriz, e o seu engajamento com o acompanhamento de uma paciente na

enfermaria. Nesse percurso, descrições e elaborações sobre as cenas de aprendizado são tecidas e organizadas em 5 subseções.

3.1 SOBRE AFETOS E AFETAÇÕES NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES: O ENCONTRO CLÍNICO DE BEATRIZ E BALBINA

Durante o ano de 2016, a enfermaria recebeu estudantes intercambistas portugueses do sexto ano de medicina, que, no período de um mês, faziam seus rodízios correspondentes às especialidades clínicas. Nas suas narrativas, a busca pelo intercâmbio no Brasil era motivada pela ênfase prática dos cursos de medicina no país nos últimos anos da graduação, mencionada por outros colegas portugueses que, anteriormente, passaram pela experiência do intercâmbio nos anos finais do curso nas universidades brasileiras. Já nas primeiras semanas, compartilhavam a ideia de que os alunos de medicina no Brasil tinham mais autonomia e de que os professores eram atenciosos no ensino das condutas médicas.

Em Portugal, os chamados anos clínicos eram observacionais. Os graduandos estavam, geralmente, acompanhados por um preceptor e dificilmente teriam oportunidade, como comentavam, de iniciar sozinhos um atendimento ou uma entrevista com o paciente. No rodízio na enfermaria, que era o meu campo de pesquisa, os quatro jovens intercambistas, 3 mulheres e um homem, brancos, que tinham entre 23 e 24 anos, participavam das práticas associadas ao fazer e ao aprendizado médico: frequentavam as visitas médica e multiprofissional, em que discutiam os casos com os preceptores; atendiam pacientes e compartilhavam seu acompanhamento com os residentes; faziam as evoluções que, posteriormente, seriam avaliadas para serem inclusas no prontuário; e apresentavam casos nas sessões clínicas.

Beatriz tinha 24 anos, estudava medicina em uma universidade na Covilhã, em Portugal, e estava na sua segunda semana na enfermaria. Quando a conheci, falou sobre os sentimentos ambivalentes de iniciar o acompanhamento do seu primeiro paciente em um hospital no Brasil: medo de conduzir um atendimento; a preocupação de não entender o relato do paciente, reconhecendo a existência de diferenças culturais; e a alegria de poder praticar a medicina, aprender atendendo. Animava-lhe a experiência do intercâmbio:

Nós próprias fazemos as evoluções, fazemos todo o acompanhamento do paciente, fazemos exames complementares, diagnóstico. Ou seja, temos pacientes que são nossos, dá pra fazer seguimento, chegar em casa, ler o caso, porque eu acho também que é praticando que se aprende, não é só ler

sem o exemplo prático que vamos saber o mínimo. Já na primeira semana, tínhamos estado sozinhas com o paciente. Foi bom saber conduzir uma consulta, saber como dizer determinadas coisas, saber reagir em determinadas situações que não estamos a esperar que o paciente tenha determinada reação. Em Portugal, temos sempre que estar com alguém do lado e não somos nós que estabelecemos a relação; o médico, que está a nos acompanhar, que faz a ponte. (INTERCAMBISTA BEATRIZ, Caderno de campo)

Desde que começou o rodízio na enfermaria, Beatriz passou a acompanhar o caso de Balbina, uma senhora de 66 anos, negra, aposentada, que morava em um bairro popular de Salvador com o esposo e as 2 filhas, e estava internada para realização de uma cirurgia de implante de marcapasso. No seu primeiro atendimento à paciente, a estudante falava pausadamente tentando se fazer entender e certificava-se de que Balbina havia compreendido antes de lhe dirigir uma nova pergunta. Para anamnese, questionou-a como vinha se sentindo, se tinha dor, falta de ar, cansaço e tontura; recolheu informações sobre a história da doença; ouviu os sintomas e o relato da paciente sobre a doença cardíaca na família, seus pais e um irmão haviam falecido em decorrência de “problemas cardíacos”; fez o exame clínico, apalpou e auscultou; olhou os resultados dos exames trazidos e pediu-lhe para levá-los porque seriam vistos pelos seus professores, médicos preceptores da enfermaria. Beatriz demonstrava certo embaraço na condução do atendimento, mas foi ganhando mais desenvoltura ao longo do encontro clínico, que foi favorecida pela receptividade de Balbina.

A idosa contava com detalhes sobre os episódios de desmaios e a pressão baixa, que lhe deixava menos ativa em casa. Conhecia o motivo da sua internação. Dizia que estava no hospital para colocar um relógio no peito, como “um vigilante que saberia se seu coração estava batendo bem” e não o deixaria parar. Esse era o modo como falava sobre o marcapasso. Sua família se manteve presente durante o seu tratamento. Balbina tinha uma indicação cirúrgica, já informada desde a sua internação em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), no Subúrbio Ferroviário, de onde fora regulada. A sua cirurgia estava prevista para o dia posterior a sua admissão no hospital. Pacientes internados para realizar cirurgia de implante de marcapasso deveriam ter um tempo de hospitalização estimado entre 48 a 72 horas⁴⁶, era a informação repetida nas visitas médicas da enfermaria. Mas, a cirurgia de Balbina fora duas vezes remarçada, estendendo a sua permanência no hospital.

⁴⁶ Os preceptores, com frequência, assinalavam nas visitas os desafios para atingir essa estimativa, não somente pelas condições estruturais que contribuía para as remarcações cirúrgicas, mas também porque um paciente que internava para implantar o marcapasso dificilmente tinha apenas essa demanda clínica. Na internação outros problemas clínicos eram diagnosticados e necessitavam ser tratados.

Ilustração 05: O encontro clínico de Beatriz e Balbina



Fonte: Elaborada por Sérgio Bordim.

Os relatos sobre como o fluxo assistencial deveria acontecer, contrastando com o modo como ocorria no cotidiano da enfermaria, vinham acompanhados de emoções compartilhadas por aprendizes e por preceptores: constrangimento; frustração; impotência; e assinalavam também um hiato entre o SUS Constitucional e o SUS Real, traduzindo a questão nos termos de Paim (2018). As emoções experienciadas apareciam como um conector que põe em relação a dimensão dos afetos com a dimensão das políticas públicas, nesse caso a política de saúde. Reconhecer essa premissa nos permite perceber o cotidiano dos serviços como um processo em que afetos e políticas interagem para a construção de uma rede de cuidados, o que não ocorre sem tensões em decorrência do desmonte do SUS, que tem se asseverado diante das políticas de austeridade fiscal adotadas pelo governo brasileiro⁴⁷.

As remarcações cirúrgicas eram frequentes por problemas estruturais: aparelhos quebrados, defeito no ar-condicionado do centro cirúrgico, falta de materiais e de recursos humanos, que envolviam desde o funcionamento do centro cirúrgico até os setores de engenharia, licitação, finanças, recursos humanos e a regulação que não podia liberar um novo leito de admissão, já que o paciente permanecia na enfermaria à espera pelo procedimento. Cancelar cirurgias envolvia custos para o hospital, comprometia o financiamento e o Plano Diretor Estratégico (PDE), no qual constava a meta de ampliar o número de procedimentos cirúrgicos.

Há uma prática, no meu campo, chamada *standby*, que funciona como uma tentativa de impedir ou contornar as causas das remarcações cirúrgicas. Dois pacientes eram preparados para a cirurgia, mas apenas um fazia o procedimento, aquele que não apresentasse alguma mudança no quadro clínico que a contraindicasse e cujo material para sua intervenção cirúrgica estivesse disponível no hospital. Essa prática, que objetivava garantir a realização das cirurgias, produzia diferentes afetos nos pacientes que tinham seus procedimentos remarcados: raiva, desamparo e frustração, mas também tinha ressonâncias na equipe médica (profissionais e estudantes) da enfermaria.

Relendo meu caderno de campo, vejo que se posso destacar um ponto de repetição nas minhas observações sobre as práticas médicas em que a experiência emotiva aparecia de modo comum tanto para aprendizes quanto para os preceptores, são os relatos de situações que necessitavam comunicar ao paciente sobre a remarcação de uma cirurgia ou procedimento por

⁴⁷ Um caso exemplar, como argumenta Paim (2018), que traduz essas medidas de austeridade econômica é a Emenda Constitucional 95, aprovada no governo de Michel Temer, que enfraquece e limita os investimentos em políticas sociais, congelando os gastos públicos por 20 anos, fragilizando a rede proteção de social, atingindo, sobretudo, direitos sociais como saúde e educação.

ausência de recursos. Geralmente essas notícias eram dadas pelos aprendizes, sendo que os preceptores estavam mais envolvidos com o ensino das condutas e com a discussão dos casos clínicos nas visitas. Beatriz precisou comunicar a Balbina sobre o adiamento da cirurgia. Era a primeira vez que conversaria sobre esse tema com um paciente. Na remarcação anterior, o residente havia assumido essa tarefa. Queria mostrar empatia diante da comunicação da notícia difícil. Beatriz se sentou na cadeira que estava ao lado do leito de Balbina e posicionou-a de frente para a paciente

- Beatriz: Senhora Balbina como está a passar hoje?
 - Balbina: Daquele jeito, querendo ir pra casa logo minha filha.
 - Beatriz: Quer ir para casa... Vou falar sobre a cirurgia da senhora, tivemos cá uma notícia hoje que a cirurgia não vai acontecer como falamos antes. (Beatriz falou com ar pesaroso)
 - Balbina: Oh minha filha não diga isso não! (choro). Tenho medo de demorar muito aqui internada e passar meu aniversário, o dia dos meus anos aqui. Minha família toda está me esperando, eu que faço minhas coisinhas, o bolo, minha filha faz os salgados.
 - Beatriz: Mas, olha, vamos tratar, não vai ter que pensar em mais nada disso, vai ter uma vida melhor! Já viu como está sol lá fora? Não quer ir lá fora? (a essa altura Beatriz já estava ainda mais próxima de Balbina)
- (DIÁLOGO ENTRE BEATRIZ E BALBINA)

No domingo, dia do seu aniversário, à noite, a idosa apenas tomou metade do mingau no café, disse a filha de Balbina para Beatriz durante o atendimento na manhã seguinte. Nesse mesmo dia, Balbina começou a recusar a alimentação e, ao ser examinada por Beatriz, na segunda-feira, falou que acordou em sobressalto no meio da madrugada e não voltou a dormir, também comentou que não sentia vontade de comer. Estava angustiada, triste e exausta, sem delimitar ao certo com o quê, mas atribuía a vivência desses afetos ao fato de ter passado o aniversário enquanto estava hospitalizada e ao sentimento de incerteza que a espera da cirurgia despertava. Era a primeira vez que passaria por um procedimento cirúrgico e afirmava: “falar esse nome ‘cirurgia’, dói”. Pensar no aniversário significava celebrar a vida, que ali se encontrava ameaçada, já que, como repetia, não havia garantia se suportaria ou não aquela intervenção. Balbina confrontava-se ainda com o não saber sobre como seria (con)viver com aquele aparelho no peito⁴⁸. Chorou mais uma vez ao longo do atendimento. Dizia que a

⁴⁸ Em sua tese de doutorado, a psicanalista Maria Livia Moretto discute a noção do “outro em si” expressão que utiliza para falar sobre a experiência de estranheza que o transplante atualiza. Moretto (2006) aborda teoricamente o transplante de fígado como uma experiência de corporeidade e subjetividade. Chama atenção para a diferença entre acontecimento, aquilo que se refere ao fato - no caso à cirurgia de transplante - e a experiência do sujeito transplantado. No meu campo ter o peito aberto, seja por um pequeno corte para implantar o marcapasso, seja por um corte extenso em uma

garganta estava apertada e perguntou se podiam lhe dar um remédio para ajudar a dormir, porque tinha a sensação de que a noite demoraria a passar, assim como aqueles dias de incertezas no hospital. Beatriz a escutava atenta e não podia lhe dar confirmações sobre a data do seu procedimento, só previsões. Como me contou depois do encontro clínico com a paciente, tinha dúvida se compartilharia com Balbina as possíveis datas de agendamento da cirurgia, pois supunha que antecipar a notícia poderia trazer novas tristezas para a paciente.

A suposição sobre como Balbina se sentiria, ou seja, qual emoção teria, foi considerada para sua tomada de decisão, fez fazer, assim como o seu receio de não saber o que aquela notícia poderia mobilizar em termos de repercussões somáticas na paciente. Decidiu não abordar o assunto naquele momento. Balbina se dirigia a Beatriz como se essa última fosse a sua médica, mesmo sabendo da sua condição de estudante. Era para Beatriz que expressava seus afetos, que lhe endereçava as perguntas sobre o seu quadro clínico, a cirurgia, as dúvidas relacionadas ao marcapasso: se poderia passar na porta giratória do banco, ligar aparelhos elétricos, ou falar ao celular, porque suas vizinhas haviam lhe dito que era perigoso.

Beatriz era também o nome de uma das filhas de Balbina, informação que a idosa mencionava para assinalar uma relação de vinculação com a intercambista. Um vínculo havia se estabelecido, que vinha acompanhado pela ideia de corresponsabilidade. Beatriz desenvolvia um senso de responsabilidade pelo acompanhamento de Balbina que era diferente das suas outras experiências em Portugal, dizia sentir-se “médica de Balbina”. Do outro lado, a idosa também distinguia Beatriz dos estudantes das disciplinas de clínica médica que, vez por outra, acessavam o seu leito e dos demais pacientes da enfermaria, solicitando colher suas histórias clínicas para construção de uma anamnese. Balbina autoriza Beatriz a ser sua médica.

O percurso de Beatriz fazia-me perceber que acompanhar pacientes na enfermaria incluía outros aprendizados além do atendimento; da comunicação; da relação médico-paciente, atravessada pelos afetos e pelas afetações. Envolve a participação em uma prática: a visita médica, na qual os aprendizes eram convocados a transformar os atendimentos ao paciente em um caso clínico.

cirurgia de troca valvar, provocava nos pacientes diferentes modos de narrar àquela vivência, de incorporar suas repercussões no corpo. Alguns pacientes, após realizarem a cirurgia de implante de marcapasso nos encontros clínicos, passavam a nomear-se de homens biônicos, “metade máquina, metade homem”, ou dizer que tinham uma bomba relógio, já que agora possuíam um relógio no peito. Latentes a essas nomeações e expressões estavam às perguntas: “quem eu sou agora?”; “como será a minha vida com este outro (o marcapasso, a válvula)?”.

3.2 O TREINAMENTO DE BEATRIZ NA VISITA MÉDICA: DOS ATENDIMENTOS À APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

No final daquela manhã de segunda-feira, em que soube da recusa alimentar de Balbina, Beatriz participou da visita médica, na sala de prescrição. Nem sempre as visitas eram ‘passadas’ pelos participantes (preceptores, residentes e internos) naquela sala, localizada no final do corredor da enfermaria. Também aconteciam percorrendo os leitos, discutindo e avaliando os pacientes. Todos com jalecos brancos dividiam os assentos de um velho móvel e as cadeiras acomodadas em volta de uma mesa comprida com prontuários e exames dispostos, onde estavam sentados dois preceptores médicos. A distribuição dos atores na sala não era aleatória, chamava atenção para uma hierarquia da formação médica que se materializa na cena social em questão. Os internos ficavam em pé ou sentavam ao redor dos preceptores e cediam seus assentos a cada vez que um novo preceptor chegava à visita. Os dois residentes ocupavam as cadeiras mais próximas dos lugares da preceptoria.

O tempo de duração da visita era variável, de acordo com o que suscitava cada caso clínico, mas costumava ser de 1h a 2h. No decorrer do meu trabalho etnográfico, foi cada vez mais frequente que o lugar dessa prática fosse a sala de prescrição, também chamada por alguns aprendizes de “aquário”. Essa mudança de lugar não ocasionou, como poderia se cogitar, uma alteração no nome dessa prática, já que a expressão visita pressupõe uma presença tanto de quem visita quanto de quem é visitado. O paciente sobre quem se falava estava aqui virtualmente ausente, mas sempre presente como objeto de referência, era construído e reconstruído pelo discurso médico. A visitação ao corpo e à doença se dava pelo olhar às imagens dos exames, o que me fazia lembrar da explicação de uma interna sobre o termo “aquário” atribuído aquela sala

Aquário é um lugar onde você olha e vê tudo que tem lá. Mas você não precisa pôr a mão no aquário para saber o que tem dentro dele⁴⁹. De fora você vê. É como se o vidro deixasse transparente, né? Aqui, nesta sala pelas imagens a gente enxerga o paciente, diferente da visita à beira leito. A gente vai mais profundo, enxerga o paciente em profundidade. Você pode ver o filme do cateterismo, congelar a imagem para aprender melhor. E esta sala tem esta porta de vidro, não parece um aquário mesmo (risos)? (INTERNA, Caderno de campo)

As justificativas para a mudança do local da visita para a sala de prescrição na ótica dos participantes eram: 1- a facilidade de acessar os exames de imagem e laboratoriais no sistema ou consultar seus achados e laudos no prontuário eletrônico⁵⁰ durante a apresentação dos pacientes; e 2- poder realizar as alterações das prescrições e atualizações das evoluções, logo após a discussão com os preceptores, o que contribuía para a celeridade do repertório de atividades. Poucos aprendizes consideravam como causa da mudança os efeitos que a visita médica à beira leito poderia ter nos pacientes, questão problematizada por Sancovski (2002)⁵¹ em sua tese, que chama atenção para as possibilidades de iatrogenia dessa prática.

Há um ponto aqui digno de nota: a centralidade da relação médico-tecnologia que tornava os aprendizes mais hábeis no modelo da MBE. Grande parte do tempo da visita médica era ocupado com a avaliação dos exames dos pacientes, eletrocardiograma, cateterismo, ecocardiograma e raio X. Avaliá-los define condutas: terapêuticas (cirurgia ou tratamento clínico), alta hospitalar, mudanças na prescrição, mas também assinalava o cumprimento das orientações médicas ou a não aderência prévia ao tratamento pelos pacientes. Para aprendizes e preceptores, os exames refletem a "verdade" sobre a doença do paciente, permitem enxergá-la melhor, limitando e, por vezes, reduzindo a necessidade do olhar clínico, subjetivo; e do exame clínico, percebidos como imprecisos. Diante de exames

⁴⁹ Essa fala aponta para uma posição de observador externo que vem sendo cultivada na biomedicina e que se apresentava no meu campo. Pareceu interessante a frase “você não precisa pôr mão pra saber o que tem dentro dele”, que pode ser lida como uma expressão do avanço da biomedicina em relação às tecnologias médicas, as imagens, e do afastamento gradual em relação ao toque, ao contato direto com o paciente.

⁵⁰ A ênfase na tecnologia médica também é objeto de atenção das investigações de Guzmán e Iriart (2008) sobre a relação médico-paciente e os exames de monitoramento CD4 e CVP no contexto da AIDS. Os autores defendem que essa ênfase nos exames tem repercussões na relação terapêutica e na desatenção por parte dos médicos à subjetividade dos pacientes, as suas narrativas sobre a experiência de doença, na medida em que seriam reveladores do interior do corpo e superaríamos a incerteza dos relatos.

⁵¹ O objetivo do trabalho de Sancovski (2002) é avaliar os efeitos da visita médica em grupo ao leito dos pacientes de uma enfermagem da Clínica Médica Geral. Argumenta-se que a visita pode melhorar ou piorar a ansiedade e a depressão já contidas e instaladas no paciente. Fundamentado nessa hipótese, o estudo propõe um modelo piloto de visita médica hospitalar que priorize o paciente enquanto sujeito, cuidando do que e do como se fala, olhando e ouvindo o paciente.

satisfatórios que mostravam uma melhora clínica-laboratorial, as emoções e os sintomas dos pacientes passam a ocupar um lugar secundário. Há que se reconhecer que a hegemonia dessa prática traz efeitos para a relação médico-paciente que pode ser traduzida nos binômios: objetividade - subjetividade; sujeito - objeto; falsidade - verdade.

Porém, o contato com as imagens não isentava preceptores e aprendizes das emoções, porque como me contava o preceptor Renato “o cara lá do ECO, o médico do ECO vê a imagem, faz o trabalho dele, emite o laudo. Beleza! Acabou o trabalho dele ali. Mas a gente aqui na enfermaria é que acompanha o paciente, somos nós que vamos dizer para ele o que deu no exame”. Nas visitas escutava comentários como: “olhe a fração de ejeção de Geraldo, do leito 12, é 22%, muito baixa, seria um caso para transplante, mas aqui na Bahia ele não tem chance, é triste mas é a realidade”, dizia o preceptor Paulo; e “esse paciente aqui, nem angioplastia, nem cirurgia a gente pode fazer por ele, está tudo obstruído, com uma doença tão grave, é de arrombar! Lastimável”, comentava o preceptor Renato. As imagens não eram neutras, muito menos suas interpretações, que estavam também atravessadas por conteúdos emocionais.

Beatriz escutava a apresentação dos pacientes na visita, que seguia a ordem dos leitos⁵². Era a sua vez de apresentar o caso de Balbina e estava com suas anotações na prancheta. O uso da prancheta era um recurso comum entre os internos e os residentes, anotava-se dados dos exames físico e complementares, da história da doença e da evolução na enfermaria. Mas, na visita, os preceptores os corrigiam quando apenas liam os achados e recomendavam que os internos e residentes deveriam gravar, saber a história do paciente. Beatriz começou ainda tateante, não dominava o jargão específico daquela especialidade:

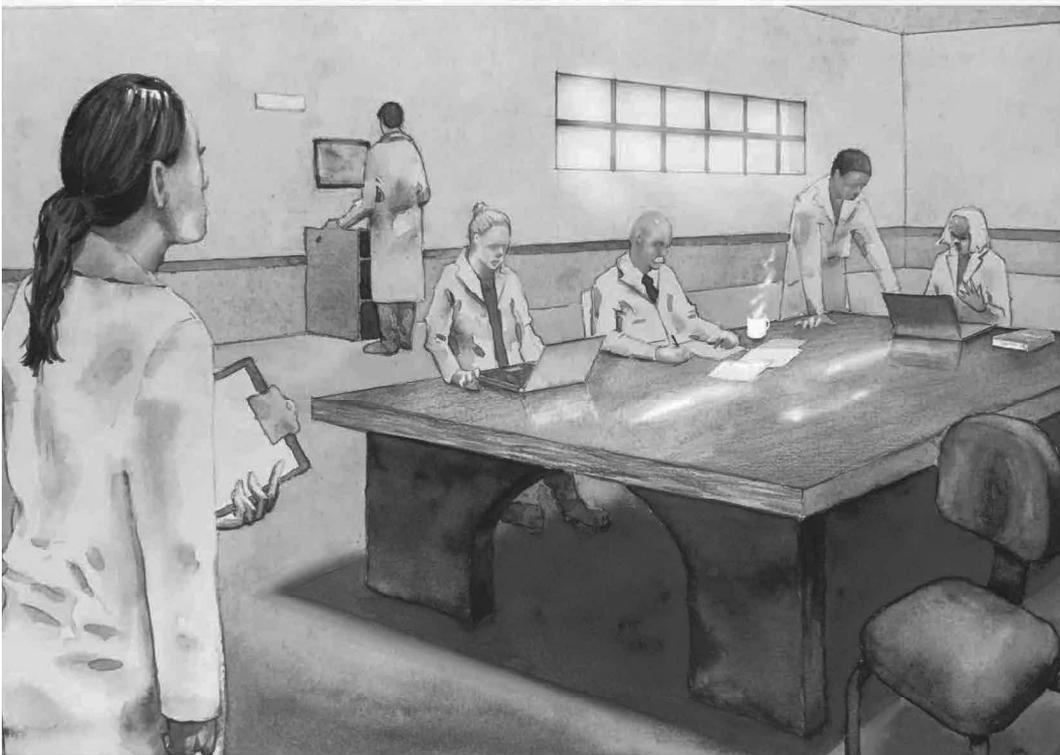
- Beatriz: Leito 12, a senhora Balbina tem 66 anos, internada para cirurgia de marcapasso, mas a cirurgia não ocorreu. Na admissão, relatou desmaios, dispneia e no eletrocardiograma feito cá apresentou bradicardia. Ao exame físico PA 100x70, tem outro eletrocardiograma mais atual [...]. Fez aniversário domingo, está triste, a chorar e sem querer alimentar (expôs com um tom de preocupação).

- Preceptor Fernando: E a prescrição dela? Vamos ver aqui o que ela está usando.

O preceptor fez a pergunta para Beatriz, enquanto analisava a bradicardia identificada no eletrocardiograma de Balbina com os internos e os residentes. (DIÁLOGO ENTRE BEATRIZ E FERNANDO, Caderno de campo)

⁵² A apresentação dos pacientes nas visitas poderia seguir a ordem dos leitos ou começar pelos pacientes novos e, posteriormente, por aqueles que tinham maior gravidade. A sequência das apresentações dependia do preceptor que iniciava a visita.

Ilustração 06: A visita médica



Fonte: Elaborada por Sérgio Bordim.

Aprender a ver e a interpretar os exames é uma prática estimulada nas visitas, desde o Raio-X; os traçados do eletrocardiograma para reconhecer o ritmo cardíaco; as imagens das coronárias no cateterismo; até o ecocardiograma que avalia algumas características do coração, como tamanho, forma das válvulas, espessura do músculo, a capacidade de funcionamento e o fluxo sanguíneo. Uma cultura visual se desenha nas visitas médicas a partir de uma noção de transparência do corpo mediada pelo uso de tecnologias, produtoras de imagens sobre o coração. O apelo ao visual funciona também como um elemento distintivo da especialidade. Esse aspecto, por exemplo, foi ressaltado na fala de um preceptor na visita, depois de ver o resultado satisfatório da angioplastia de uma paciente no cateterismo: “na cardiologia a gente mostra o que faz, não tem esse negócio de molécula”.

A visão era o sentido mais solicitado na visita para mediar a relação dos internos e dos residentes com o aprendizado sobre enfermidades e diagnósticos. Le Breton (2016), ao discutir a antropologia dos sentidos, aborda que a visão é associada ao conhecimento, uma coisa deve ser acessível à visão para ser vista como verdadeira. A palavra “ver” tem origem no latim *videre*, que significa “sei”, de onde derivam outros termos como evidência (que é visível). O modelo de uma medicina anatomoclínica e científica, baseada em evidência, reforça essa primazia do olhar. O preceptor Paulo, durante a entrevista que concedeu para pesquisa, explanou que, embora a cardiologia fosse uma das especialidades mais sonoras da medicina (fez referência à ausculta cardíaca onde se procura encontrar os “sons cardíacos”: primeira e segunda bulha e ruídos adventícios), era crescente o interesse dos aprendizes pelo aprender a ver e a insistência dos preceptores em mostrar a importância da habilidade visual, que era evocada em explícitas injunções: “olhe aqui o eletro! Está vendo a onda P!”. Frases como essas eram orientações ouvidas constantemente pelos aprendizes durante as visitas. A ênfase na necessidade de olhar tinha, em contrapartida, um outro lado: a dificuldade de ver, sobretudo dos internos, que entre si relatam, por vezes, a sensação de não conseguirem ver nada⁵³, ou melhor, não ver como os mais experientes. A análise desse hiato assinala que a visão do médico é resultado de um processo longo de expansão e reformatação perceptiva. Falo aqui sobre uma educação da visão na medicina, da incorporação de uma nova maneira de voltar-se para o mundo e interagir com as coisas.

⁵³ Essa diferença entre os aprendizes e os médicos mais experientes, no que diz respeito à habilidade visual, parecia similar a experiência do personagem Hans Castorp no romance “A montanha mágica”, de Thomas Mann. Refiro-me a cena do encontro de Hans com o raio X, que põe em relevo a relação da visão com a legibilidade. Diante pela primeira vez do raio X, Hans não consegue ver nada. Somente quando o conselheiro Behrens, o médico, decodifica as imagens, mostrando as diferentes partes anatômicas, o personagem afirma que consegue ver.

Mesmo supondo a precisão dos exames de imagem em uma hierarquia de objetividades, não se podia prescindir de uma hermenêutica para sua interpretação. Era o olho treinado do intérprete, o preceptor, o crivo da sua experiência que diferenciava o que parecia uma mancha de um sinal ou sintoma clínico, os traçados de um ritmo sinusal, para o de uma arritmia ou de uma bradicardia. Todavia, as imagens pareciam não falar somente sobre o coração para seus intérpretes, davam elementos para revelar quem era o paciente: jovem ou idoso, se supostamente era fumante ou se tinha um histórico de tabagismo, se era homem ou mulher. Uma construção social da pessoa aparecia associada àquelas imagens. Essas descobertas no campo me fizeram revisitar a etnografia de Lilian Chazan (2005) “Meio quilo de gente! Produção do prazer de ver e construção da Pessoa fetal mediada pela ultrassonografia. Um estudo etnográfico em clínicas de imagem na cidade do Rio de Janeiro”, que aborda um acontecimento similar: como um conjunto de manchas acinzentadas, expressas nas imagens da ultrassonografia, transforma-se em um ‘neném’. A autora nos convoca a pôr em análise a (re)configuração da noção moderna de pessoa, a centralidade da visualidade na contemporaneidade e seus desdobramentos na biomedicina, que, a partir das tecnologias médicas, vêm assumindo o papel de (re)definição do corpo e da realidade⁵⁴.

Ao serem chamados para olhar o eletrocardiograma de Balbina na visita, os aprendizes eram ensinados a ver. Para além de uma pedagogia mais explícita, cria-se neles o desejo de ver e de produzir verdades sobre os pacientes⁵⁵. Após a avaliação do exame de Balbina, o

⁵⁴ O ponto em comum entre nossas etnografias afirma-se no campo: reconhecer que a intervenção médica é cada vez mais mediada pelo uso da tecnologia. Mas, há uma diferença fundamental entre os meus achados e os de Chazan (2005). No meu campo, o processo de produção da pessoa, que se dava por meio da ação e dos discursos dos preceptores e dos aprendizes, acontece pela via da fragmentação, é a partir do coração, das veias, artérias, valvas, pulmões que se esboça a noção de pessoa, de quem é o dono(a) daquele coração. A ultrassonografia fetal já aparece como uma tecnologia totalizante, no sentido de produzir um ser humano inteiro, onde antes não havia um.

⁵⁵ O preceptor Pedro em sua entrevista ponderou sobre os impactos do ensino dessa clínica do olhar e da tecnologia aqui representada pelos exames. A sua fala chama atenção para o comprometimento da eficácia da tecnologia se na prática médica abre-se mão da propedêutica: “Isso tem dois lados. Tem um lado bom, porque pode, em muitas circunstâncias, ajudar o médico a fazer um diagnóstico mais preciso e uma intervenção mais imediata quando necessária. Mas, tem um lado que eu não diria ruim, mas um lado que realmente não me parece tão importante, é que focar nos exames, na tecnologia, isso tem afastado o médico do paciente, sobretudo os mais novos. Eles já entram nesse [...] na [...] na fase de graduação, a palavra correta seria ‘apaixonados’, ficam deslumbrados, a palavra certa: deslumbrados, por esses métodos de investigação de alta tecnologia. E eles acabam, é [...], fazendo uma formação afastada do paciente. Deixam de estar próximo ao doente, examinar bem o doente e tirar do exame propedêutico as maiores informações possíveis. Quando eu falo exame propedêutico isso inclui conversar com o paciente, ouvir o paciente, sentir as queixas do paciente [...]”. Pedro considera então que, para fazer uso da tecnologia diagnóstica, não é necessário se afastar do método clínico tradicional, que consiste no médico ouvir a queixa do paciente e investigar os seus sintomas.

preceptor comentou que a cirurgia deveria acontecer na quinta-feira e que a intervenção resolveria o problema da paciente. Ao final daquela visita, Beatriz manteve o tom de preocupação e conversamos na varanda da enfermaria; Ana, outra estudante intercambista, de 24 anos, muito próxima de Beatriz, nos acompanhou. Beatriz dizia que havia criado uma ligação com Balbina que se construiu desde a sua admissão. Relatou que se sentir ligada a um paciente era uma experiência nova, porque não havia estado em contato direto na condução de um caso em Portugal:

Mas cá é diferente, cá quando o paciente está triste, eu também me sinto triste por saber que não está bem, porque, na minha formação acadêmica atual, eu posso fazer muito pouco. Posso dar conforto, posso identificar se está bem, se está mal, mas ainda não consigo fazer nada muito prático. Acho que as emoções são um pouco recíprocas, depende se for uma forma empática, eu acho que sentimos um pouco aquilo que o paciente está a sentir. Ainda não consegui distanciar essa emoção da pessoa, da emoção que tenho que ter, porque, às vezes, parece que tenho a emoção da pessoa e depois fico a pensar nas situações que vejo. E não sei até que ponto isso faz bem, pois levo pra casa muita coisa. (INTERCAMBISTA BEATRIZ, Caderno de campo).

Depois de escutar Beatriz, pedi que me falasse mais sobre o “fazer muito pouco”. Foi então que me explicou que, nessa fase da formação, o internato, o conhecimento médico dos diagnósticos, das condutas terapêuticas ainda são aquém da competência técnica especializada exigida diante da complexidade dos casos clínicos. Na experiência de Beatriz, esse ponto se exacerba ainda mais porque, na sua graduação, o componente prático era menor em comparação aos cursos no Brasil. Diante da insegurança com a técnica e o saber especializado, os internos ocupam menos o lugar de mestria e podem assumir uma posição mais permeável e horizontal na relação de cuidado, que chamarei de um *saber sensível*, no qual reivindicam menos a hegemonia do saber biomédico e reconhecem, mas não sem tensão, os afetos que se expressavam nas práticas de saúde. Essa maior horizontalidade permite que o saber do paciente e sua experiência de adoecimento sejam incluídos no cuidado sem tantas resistências bem como os afetos daquele que participa do seu cuidado. Dar conforto, escutar, tocar, acolher as emoções como um modo de se conectar com o paciente, a dimensão conhecida como arte da medicina (Menezes, 2001) constitui essa posição do *saber sensível*. Nele afeta-se e sabe-se afetado pelo encontro com o outro.

Outro aspecto na narrativa de Beatriz também chamou minha atenção. Perguntei a ela qual emoção achava que deveria ter. Beatriz respondeu: “não estar ligada ao paciente, aprender a lidar com os casos. Em Portugal era mais fácil”. Estabelecer a relação com o

paciente e deixar-se afetar pelo encontro, essa era uma das diferenças entre a sua vivência em Portugal e no Brasil. Comentou que, no seu país, as pessoas expressavam menos as emoções nas consultas e que talvez isso tivesse a ver com o lugar simbólico do médico no Brasil: um “Deus, um herói que vai salvar as pessoas de condições de vida difíceis”.

Ana também atribuí uma justificativa cultural ao modo como as emoções aconteciam no encontro clínico:

Em Portugal acho que há um distanciamento muito grande. É [...] por exemplo [...] mas, acho que também é cultural. Não só [...] não só profissional, mas, cultural. Aqui as pessoas tocam mais, se emocionam mais[...] chegam, põem a mão no braço, põem a mão no cabelo ou dá um abraço [...]. Lá é impensável, assim no hospital[...]. O mais próximo será, provavelmente, um aperto de mão. Principalmente entre médico e paciente. A não ser que seja um médico que tenha um vínculo grande com o paciente [...] extremamente raro. Isso foi uma das coisas que nós sentimos diferença em tudo, não só no ambiente hospitalar, mas lá fora também. Mesmo com os nossos amigos [...] nós até achávamos estranho. As pessoas tocam mais cá e lá em Portugal não, as pessoas são muito mais introvertidas, parece. (INTERCAMBISTA ANA, Caderno de campo)

A fala de Ana assinala que o ideário de objetividade da medicina no Brasil esbarra na cultura, uma vez que as pessoas expressam mais as emoções, mesmo em contextos clínicos nos serviços de saúde. O estranhamento que a experiência emotiva produz entre os intercambistas também aparece na participação de Beatriz nas visitas. A estudante explicou-me que, como era interna e estrangeira, sentia vergonha⁵⁶ de expor aquilo que pensava, sobretudo no ambiente da visita médica, que tem muitos profissionais, preocupados em discutir tantas questões da assistência ao paciente:

Acho que a senhora Balbina está sem se alimentar porque não tinha festejado o aniversário e não fez a cirurgia, o que eu noto é que, por exemplo, o fisioterapeuta nota, assistencial social nota, psicólogo nota, fonoaudiologista nota, mas o médico em si fica tão focado nos sinais e sintomas da doença, pois acaba por esquecer que tem outras variáveis do paciente que irão também influenciar muito o seu estado. (INTERCAMBISTA BEATRIZ, Caderno de campo)

⁵⁶ De acordo Le Breton (2019a) nas sociedades ocidentais sentimentos como vergonha, culpa ou embaraço chamam atenção para um julgamento alheio que pode ser real ou potencial. Entre os aprendizes a vergonha vinha acompanhada do receio de perder diante dos preceptores e dos demais aprendizes uma imagem positiva sobre si.

Na terça-feira de manhã, Balbina manteve a recusa alimentar. Ao apresentar o caso na visita médica, Beatriz expôs os dados do exame físico e relatou que a idosa seguia sem querer comer. O preceptor que conduzia a visita naquele dia, Fernando, um homem de meia idade, que se preocupava em discutir os casos e em referenciar as condutas com as evidências da literatura científica, expôs a possibilidade da introdução de uma sonda nasogástrica para evitar um quadro de desnutrição da paciente, se a recusa persistisse nos próximos dias. Perguntou se a paciente estava deprimida e se havia sinais de labilidade emocional, de demência ou delirium. Beatriz então falou: “Penso que a senhora Balbina está a recusar alimentar por vontade própria, porque está triste, queria muito festejar o aniversário em casa, não tinha festejado e não fez a cirurgia”. Esse conteúdo não ganhou relevo na discussão.

Fernando deu uma resposta que levava a singularidade do caso para o campo da generalidade: “Idoso é assim, quanto mais tempo internado, mais coisas vão aparecendo, aparecem outras doenças”. Mas, como acolher a emergência da condição singular de cada caso, sem cair no geral da categoria diagnóstica? Que espaço há para a escuta da experiência irreduzível das emoções de Balbina? A situação de Balbina ilustra bem uma das características mais marcantes da medicina anatomoclínica: trata-se de uma clínica centrada no diagnóstico pragmático da doença, visando a eficácia do controle dos sintomas.

Os residentes e preceptor concordavam que deveria ser passada a sonda nasogástrica e que era preciso ser mais interventivo com o caso porque a recusa alimentar poderia estender ainda mais a internação de Balbina. O sofrimento da paciente pela internação que se prolongava, como não podia ser nomeado pelo registro do *pathos*, por uma rubrica nosográfica, parecia não ser considerado relevante para a condução do processo diagnóstico e terapêutico a priori. Não é que o sofrimento não era percebido, ele era subjugado pelo referencial biológico⁵⁷. Era um sofrimento não “nosologisável”; explorarei mais esse ponto ainda neste capítulo.

Ao final da visita, Beatriz foi ao leito de Balbina e a família lhe falou que gostaria de festejar o seu aniversário no hospital e que havia pedido autorização à equipe de enfermagem e a nutricionista para levar o bolo dos parabéns. A autorização da nutrição se justificou porque Balbina não tinha restrição alimentar. Beatriz concordou com a ideia da família, após discutir com o residente que também acompanhava o caso. Disse para as filhas da paciente que poderia

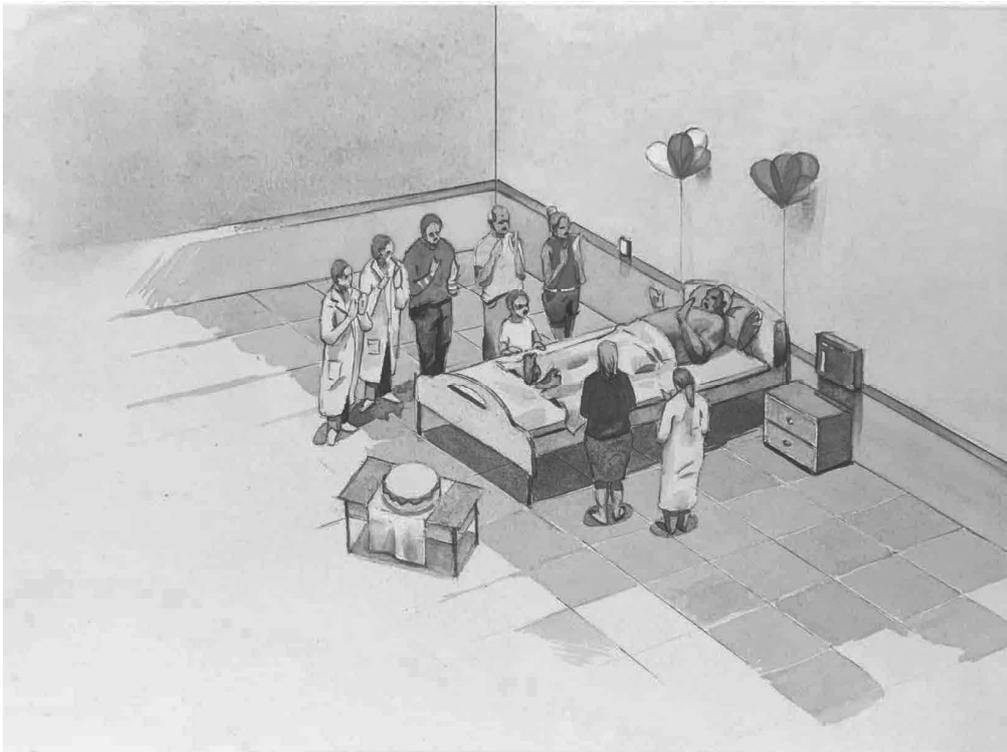
⁵⁷ Um sofrimento é tido como legítimo quando apresenta uma concretude em regularidades orgânicas classificáveis, as quais tomam como referência critérios anatômicos, fisiológicos e moleculares. Ou seja, para ser validado precisa se encaixar em referenciais taxonômicos da biomedicina.

ser uma boa iniciativa. Ouvir o residente lhe deu mais segurança porque não sabia, como me explicou, o quanto a emoção de comemorar o aniversário também podia interferir na sua condição clínica. Circulava na enfermaria a noção de que as emoções podem desencadear desestabilizações no quadro clínico⁵⁸ dos pacientes. Esse conteúdo aparece também nas visitas médicas e nas orientações que eram dadas pelos preceptores para minorar “esses efeitos emocionais” no manejo dos casos: “Deixa para dizer sobre a alta mais para frente, no dia, se não ela fica emocionada, a glicemia sobe e a paciente termina ficando aqui mais um dia”; “A PA dele aumentou desde ontem, ele ia fazer a cirurgia, não fez, está ansioso, é melhor dizer que a data da cirurgia é uma previsão, mas tanta coisa pode acontecer[...]”. O contrário também ocorre, a ideia de que o adoecimento cardíaco podia ter como uma de suas causas precipitantes uma emoção forte, questão que trato no capítulo antecedente a este. Ora a emoção aparece como causa, outra como efeito nas narrativas dos meus interlocutores. Tem-se então uma questão complexa: os eventos causam as emoções ou as emoções desencadeiam os eventos? Os argumentos de Despret (2004) ajudam a compreender o motivo de nenhuma das alternativas encerrar a indagação, já que a emoção é uma experiência em que o corpo e aquilo que nos afeta se produzem mutuamente.

No horário de visita da tarde, os familiares festejaram o aniversário de Balbina na enfermaria. Levaram um bolo com seu nome, enfeitaram seu leito com balões coloridos e surpreenderam a idosa cantando os parabéns junto com os membros da equipe, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Naquele mesmo dia, Balbina voltou a comer. Acompanhar a experiência de Beatriz nas visitas ajuda a esboçar o meu percurso analítico, mantendo a indagação preliminar: o que se aprende sobre emoções nas visitas?

⁵⁸ Pacientes e familiares compartilhavam também a noção de que as emoções podiam repercutir na condição clínica. Enquanto estava no campo, muitos familiares procuravam a equipe médica (sobretudo, os residentes) trazendo o dilema se deveriam contar para o paciente sobre a morte ou o adoecimento de algum parente durante a internação. Havia o receio de que aquela notícia pudesse desencadear novos eventos cardíacos e piorar o quadro clínico. As famílias solicitavam a presença do médico durante a comunicação, como fez Lily no capítulo I, ou que esse profissional ou o psicólogo fossem responsáveis por dar a notícia. Quanto aos pacientes, era comum ouvir na enfermaria que quem tem “problema de coração não pode se emocionar”; “raiva, tristeza, até alegria demais podem fazer a gente que já tem o problema enfartar”. Essas narrativas pareciam traçar uma associação entre a experiência emocional e a doença cardíaca, supondo uma certa relação de causalidade, mas sem eliminar a complexidade etiológica do processo de adoecimento cardíaco. O coração aparecia nas falas dos familiares e pacientes como um órgão binário, de vida ou morte, mas também como o “lugar das emoções”, onde eram sentidas pela pessoa. Como nos lembra Oliveira (2008), “o coração é um órgão que no imaginário social tem conotações e implicações afetivas que ultrapassam a sua função anatômica” (OLIVEIRA, 2008).

Ilustração 07: Aniversário de Balbina



Fonte: Elaborada por Sérgio Bordim.

3.3 A VISITA MÉDICA E AS EMOÇÕES: DA MEDICINA DOS LIVROS AO APRENDIZADO DA MEDICINA DOS VIVOS

Contar sobre os pacientes na visita é uma prática que acompanha a história de uma medicina hospitalar e o aparecimento do hospital na tecnologia médica enquanto um dispositivo para transmissão e para o ensino. Na visita, o contato com a doença e com o corpo deixa de ser mediado pelas ilustrações dos livros e pelas chamadas peças, apresentadas nas aulas de anatomia, para trazer à cena a experiência de acompanhar, de modo sistemático, os casos de pessoas reais, em enfermarias reais. Supõem-se que, ao engajar-se nesse tipo de aprendizado, o estudante pode pôr em prática o que foi visto nas diversas disciplinas que compõem os eixos teóricos, adquirir habilidades para agir no atendimento com o paciente (SINCLAIR 1997; HOBBS 2002; GELLER et al, 1990). Os corpos despersonalizados, estudados nas matérias de anatomia, fisiologia, histologia, bioquímica etc., são agora de alguém, seus pacientes⁵⁹, que atendem durante os rodízios. A entrada no mundo da medicina, que começa pelo corpo cadáver, morto e exposto em fragmentos (QUINTANA et al, 2002), dá lugar na visita ao relato sobre o aprender a lidar e a contar sobre os vivos, na medida em que se passa a estar em relação com pacientes em hospitais (GOULART, 1998).

Na sua etnografia sobre a aprendizagem da biomedicina, Otávio Bonet (2004) chama a atenção para as “informações valiosas” que abrem caminhos para a inserção no campo de pesquisa. Descreve os desdobramentos simbólicos que a pergunta “trouxe o jaleco?” revelam no seu primeiro dia de pesquisa. Colocar o jaleco aparecia nas narrativas dos seus informantes como uma condição para o entendimento do ser e do tornar-se médico. No meu caso, a senha não era o jaleco, usá-lo era uma prática que compartilhávamos no hospital, mas a visita sim.

A visita era um lugar para os iniciados, a participação nessa prática representa um marco da entrada nos anos clínicos no hospital, mais especificamente, no internato para os estudantes. Na residência, ela também ganha centralidade para a aprendizagem do ofício e para a construção de uma identidade profissional mais específica, uma vez que o residente deve incorporar o modelo da especialidade, que configura uma mudança na hierarquia. Renato, um dos preceptores mais ligados à assistência na enfermaria, explicava-me porque a visita era uma prática que assinalava uma transição:

⁵⁹ No meu campo, na sala de prescrição havia uma lousa onde constava uma tabela com o nome do paciente, o número do seu leito e os nomes dos internos e residentes que o acompanhava. Geralmente, os internos ficavam com 2 pacientes durante o rodízio e o quantitativo por residente variava entre 6 a 9 pacientes.

O residente já foi *testado* nisto, na visita, enquanto estudante, mas agora ele vai tomar as decisões sobre o paciente, o grau de exigência é maior; e o interno está começando, ele viu medicina muito estudando nos livros, é a primeira vez que ele é o médico, quase o médico do paciente, que examina, que toca. Quando ele colhe uma história anteriormente, ele pede ao paciente para colher a história, pede para examinar e agora o paciente o recebe, ele agora é **meio médico** (PRECEPTOR RENATO, Caderno de campo, grifo nosso).

Testado significava que os aprendizes deveriam exibir as habilidades que lhes eram exigidas na participação dessa prática. Do interno, esperava-se desde a aquisição de um estilo narrativo e argumentativo, sobre o qual tratarei mais a diante, que ao ser performado deveria convencer a audiência formada por preceptores e residentes, até um senso prático no desempenho das condutas médicas, do exame físico à terapêutica. Do residente, a expectativa girava em torno do auxílio nos processos de tomada de decisão sobre o diagnóstico e sobre o tratamento, já que ainda não eram plenamente autorizados pelos preceptores. Os aprendizes deveriam se preparar para serem questionados⁶⁰, ter os conhecimentos postos à prova, pois a visita era uma prática formativa de avaliação que tinha repercussões na carreira⁶¹. Os preceptores, na visita médica, deixavam tanto os internos quanto os residentes advertidos sobre a responsabilidade de acompanhar um caso. Era frequente escutar frases como: “o paciente é seu, o que pensou em fazer para ele?”; “você concorda com o pedido de cateterismo para o seu paciente ou acha que não é necessário?”. Os pacientes dos livros, dos artigos descritos nos estudos randomizados ou sobre os quais se discutia apenas as anamneses, agora, eram sujeitos encarnados, que podiam melhorar ou piorar o quadro clínico e para os quais era preciso traçar condutas terapêuticas, tomar decisões que seriam avaliadas pelos preceptores.

No decorrer do tempo do rodízio, os estudantes e os residentes aprendiam a apresentar os casos e a visualizá-los incluindo a sequência proposta pelos preceptores e, como mencionou Beatriz ao final do seu rodízio na enfermaria: “com o tempo começamos a ver o que é mais importante para aquela especialidade médica”, construía-se assim uma hierarquia de relevâncias. Além da cardiologia e de seus jargões específicos, os internos engajados nesse tipo de prática aprendem outras habilidades, tais como lidar com o paciente, preencher receitas

⁶⁰ No campo observei que os aprendizes eram arguidos sobre os aspectos fisiopatológicos, farmacológicos relacionados aos casos acompanhados.

⁶¹ Residentes e internos bem avaliados pelas suas performances na visita com a apresentação e condução dos casos gozavam de um prestígio social com os preceptores, geralmente, médicos reconhecidos pela sua expertise e influência na sua especialidade.

médicas levando em consideração as medicações que estão disponíveis no SUS, evoluir prontuários, acompanhar as altas hospitalares, fazer relatórios, solicitar interconsultas, relacionar-se com os preceptores e entre si. A fala de Beatriz também apontava para um elemento novo: a especialidade, outra variável que interfere na prática de contar a história clínica, por isso há um aprendizado que também acontece para o residente que tinha feito a escolha por aquele ramo da medicina. Em sua etnografia sobre a educação médica na saúde da família, Bonet (2015) aborda as especificidades do ensino-aprendizado nessa área, analisando como o saber e o sentir estão integrados no processo de conhecimento que se faz na prática, diferente de outras especialidades médicas.

Fazer a observação participante da visita médica me permitia desenvolver o exercício metodológico e epistemológico de estranhar o familiar e tornar familiar o estranho. Começava assim a colocar como ponto de discussão a minha dupla identidade de psicóloga-psicanalista e de pesquisadora. Durante o acompanhamento das visitas médicas, por vezes, eram dirigidas questões sobre as emoções. Havia, nos meus interlocutores, uma suposição de que os profissionais psis (psicólogos, psicanalistas e psiquiatras) eram os mais habilitados⁶² para tratar desse tema no hospital e para acolher aos pacientes. Embora a Política Nacional de Humanização, criada em 2004 no Brasil, discuta a necessidade de reconhecer os afetos e a subjetividade no processo de cuidado, atribuindo a todos os trabalhadores da saúde a tarefa de ter o acolhimento⁶³ enquanto diretriz, a fragmentação na assistência à saúde ainda é uma realidade. A ideia de que as emoções não fazem parte do trabalho do médico é afirmada por frases que escutei no campo do Miguel, residente da especialidade: “a gente acaba atendendo sem pensar muito nas emoções, não tem nem tempo para isso”; “se o paciente se emociona, eu chamo logo a psicologia”. O efeito da fragmentação é a divisão do paciente em pedaços, gerando uma responsabilidade parcial sobre “procedimentos”, “diagnósticos”, comprometendo o cuidado da pessoa na sua integralidade.

A suposição de saber sobre as emoções, a mim atribuída pelos meus interlocutores, por um lado favorecia que, sobretudo, os aprendizes me procurassem para conversar após a visita ou no seu decorrer quando vivenciavam uma experiência emotiva que os tocava nos

⁶²No hospital universitário que foi o lócus da minha pesquisa, valorizava-se a figura do especialista não apenas na categoria médica. Os profissionais “psis” eram reconhecidos naquele contexto como especialistas da subjetividade, das emoções e do comportamento humano.

⁶³O Acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização. É construído a partir da escuta qualificada das demandas do usuário dos serviços de saúde, reconhecendo o seu protagonismo no processo de cuidado; da valorização do vínculo entre a equipe de saúde e o usuário; e da resolutividade (BRASIL, 2007).

encontros clínicos. Inicialmente, pareciam querer orientações técnicas sobre como proceder, procuravam modelos de respostas como um recurso para dirimir as dúvidas. Mas, mantive o exercício de não me colocar nesse lugar de mestria⁶⁴, o que poderia gerar uma inibição nos participantes e produzir um viés na pesquisa, porque, enquanto pesquisadora, ao ceder a essa demanda, tomaria o campo das emoções como um lugar apriorístico, já certificado, sem abertura, portanto, para deixá-lo ser contado pelo outro.

Com o tempo, percebi que a busca pela orientação era por sua vez uma demanda de fala, de poder compartilhar as experiências emotivas que os colocavam diante da sua subjetividade e do outro (paciente e familiar), das incertezas cotidianas, presentes na prática clínica no hospital. Abria-se assim um caminho entre a experiência e sua possibilidade de ser contada. Ao partilhar das suas presenças e ao prestar atenção aprendia com eles, engajava-me na produção de um saber não sobre, mas com as pessoas.

Por vezes, narrar as experiências mobilizava afetos nos meus interlocutores, situação também mais frequente entre os aprendizes. A minha posição no campo era escutar de forma atenta suas histórias, suas emoções e o que elas fazem fazer. No decorrer da investigação, ao assumir essa posição de escuta, as perguntas dirigidas foram cedendo espaço para a produção de narrativas, o reconhecimento das suas experiências de aflição e para a descrição das práticas de aprendizados sobre as emoções, de modo mais espontâneo, tanto quanto é possível com a presença de um pesquisador. Ao autorizá-los na fala, o que parecia ser, por vezes, da ordem do indizível se transformava em uma experiência audível no campo da alteridade. Escutar, nesse sentido, configurava-se em uma atitude de vigilância que afastava a imposição de um esquema interpretativo aos eventos, como se esses últimos tivessem que se adequar, a todo custo, aos seus rígidos limites. Indo mais além nesse ponto, escutá-los significava me distanciar de uma falsa comodidade, de uma certeza que mantém o pesquisador preso, mas que não está ali por acaso, sua razão de ser é a oferta de uma relativa segurança. Todavia, não se pode perder de vista de que a pesquisa é um caminho com traçados sinuosos, as expectativas que ela suscita podem desabar como um castelo de cartas quando colocadas diante das experiências e dos significados que dão cadência às situações sociais.

Pensar a visita dissociada do repertório de práticas médicas no hospital produz tanto estranhamento quanto descolar a medicina da cena hospitalar na modernidade, dada a

⁶⁴Por vezes em pesquisa assistimos a tendência à monologização, a falta de disposição para a escuta, para perceber as possíveis vantagens que podem chegar quando o pesquisador se abre para ouvir o que os atores no campo fazem ecoar.

importância de que o hospital assumiu na formação e no fazer médico, tornando-se um espaço privilegiado para pôr em contato o aprendiz com a enfermidade. Mas, de acordo com Foucault (2010), o hospital, como instrumento terapêutico medicalizado, é uma invenção relativamente nova, do final do século XVIII. Antes desse período era uma instituição administrada por religiosos que cumpria a função de prestar assistência material e espiritual, assim como de separação e de exclusão, recolhendo os pobres e protegendo os outros do perigo da contaminação. As práticas não eram destinadas à cura dos doentes e o seu personagem ideal eram os pobres moribundos (FOUCAULT, 2010).

Não só o hospital se modifica como também a medicina: o século XVIII representou uma ruptura na história da medicina ocidental, porque é nesse momento que surge uma episteme médica que se mantém hegemônica até os dias de hoje. A incorporação de um novo equipamento, o hospital, e de uma nova técnica, a necropsia, configura-se, como aborda Foucault (2011), em dois marcos que determinariam a sustentação epistemológica de saber médico. A experiência clínica passa a se converter no olhar anatomoclínico. Engendra-se o processo de constituição da clínica como disciplina científica sobre o indivíduo e sua doença. A observação sistemática à beira do leito no hospital, enquanto um exercício de aprendizado prático, torna-se fundamental na construção da identidade profissional do médico.

A reforma do hospital aparece fortemente associada a uma tecnologia política, de exercício de poder que lhe oferece as condições de possibilidade: a disciplina. Funcionam como seus eixos estruturantes: a vigilância; o reordenamento do espaço; e o registro contínuo. O hospital moderno passa ser então um espaço de formação e acúmulo de saber e a prática da visita contribui para esse fim. Foucault (2010) argumenta que, juntamente com a instituição hospitalar médica, surge a figura do grande médico de hospital que terá seu conhecimento validado quanto maior for o seu tempo de experiência nessa instituição. O poder médico tem a prática da visita como expressão, funcionando como um “desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc.” (FOUCAULT, 2010, p. 64). A visita médica se constitui então como um campo documental de informações codificadas sobre a doença, assinalando a transição do saber médico, que até o início do século XVIII era suposto nos livros, nos tratados de medicina para o hospital.

Na literatura médica, a visita é identificada como um clássico método de ensino aos estudantes e aos residentes de medicina. Mesmo quando é alvo de críticas, não se põe em discussão o seu potencial didático de transmissão, mas questiona-se o modo como é realizada.

Considerá-la uma manifestação da medicina moderna não significa que a sua configuração ocorra de modo homogêneo. A complexidade está no reconhecimento de que existem distintas formas de exercer e se engajar nessa prática. No decorrer do trabalho de campo, fui me dando conta dessa pluralidade⁶⁵ que ganhava relevo a partir dos preceptores que a conduziam e de quem participava (os aprendizes); dos casos apresentados (os casos de pacientes jovens, geralmente, produziam mais afetações entre os participantes assim como os de cuidados paliativos); do tempo (a duração das visitas e o tempo de chegada dos novos residentes e dos internos a cada rodízio, por exemplo); e do lugar em que acontecia, no corredor passando os leitos ou na sala de prescrição.

Os relatos sobre as emoções tanto dos pacientes e familiares quanto dos aprendizes e preceptores eram mais frequentes quando a visita era realizada na sala de prescrição. A visita no corredor é uma tradição na medicina; a apresentação dos pacientes segue a ordem dos leitos e quando surgiam dúvidas do exame físico o paciente era avaliado pelos participantes, geralmente, os residentes. Ao percorrer os leitos encontravam-se pacientes e familiares nas portas dos quartos atentos as discussões, na tentativa de escutar alguma informação sobre o seu caso ou do seu familiar. O sigilo dos relatos estava na maioria das vezes, ameaçado, fator que segundo os aprendizes e preceptores, os desencorajava de abordar determinados temas, as emoções eram um deles. Chamava atenção o fato que era possível falar sobre a doença, os resultados dos exames e os tipos de tratamento indicados na frente dos pacientes, entretanto tanto as emoções dos aprendizes quanto as dos pacientes eram vistas como algo que não podia ser dito ou revelado ali, mantendo-se no âmbito da intimidade. Outra justificativa para esse fato aparecia no comentário do preceptor Paulo:

Quando fazemos a visita no corredor é para ser mais rápido, mais célere a discussão, dispersamos menos em outros temas, focamos no que é mais importante para o tratamento do paciente, não dá para falar tudo, como o paciente se sente. E se a gente falar na frente dele, ele pode ficar pior ainda. Além disso (risos), estamos todos em pé, o próprio corpo... é menos confortável do que fazer a visita com todo mundo sentado, o corpo cobra a rapidez. (PRECEPTOR PAULO, Caderno de campo).

Nas visitas de corredor a experiência emotiva embora, por vezes, fosse barrada nos discursos das apresentações dos casos, apareciam nos atendimentos nos leitos. Fazia parte dessa prática passar leito a leito e ir até o paciente para examiná-lo ou indagá-lo quando uma

⁶⁵A especialidade também era um elemento que assinalava a pluralidade no modo de exercer e se engajar na prática da visita. No hospital onde realizei minha pesquisa, na enfermaria de psiquiatria, existe um tipo de visita médica na qual o paciente era chamado para relatar sua história clínica e suas queixas para uma audiência formada, sobretudo por residentes e preceptores.

dúvida surgia em relação aos seus sintomas, o que permitia o confronto dos aprendizes com os dramas enfrentados pelos pacientes.

Embora fosse uma prática semanal, que ocorria em todos os dias úteis da semana, o que pressupõe a existência de uma rotina, vale ressaltar que as experiências da visita variavam. Em alguns dias, as discordâncias de condutas terapêuticas⁶⁶, as aulas⁶⁷ e as discussões extensas sobre os diagnósticos ganhavam mais relevo; em outros dias, havia uma permeabilidade maior para brincadeiras e trocadilhos. Nos intervalos entre a apresentação de um caso e de outro, as conversas seguiam, por vezes, outras direções, não ficando restritas apenas a questões ligadas à vida profissional, debatiam-se temas que extrapolavam a linguagem médica codificada. Os participantes falavam sobre política, história pessoal, estilo de vida e entretenimento. Paulo, um dos preceptores mais experientes do hospital na especialidade, frequentemente, na visita, expressava seu posicionamento sobre a conjuntura política do país e a sua crítica aos governos de direita, “que ameaçavam a democracia e seguiam um discurso fascista”.

O humor e as comemorações⁶⁸ de encerramento dos rodízios no final da visita eram recursos aos quais preceptores e os aprendizes recorriam para lidar com os impasses da assistência e os dilemas que os casos suscitavam, na tentativa de criar um espaço mais ameno.

⁶⁶ Durante o trabalho de campo, fiquei atenta ao manejo das discordâncias sobre os diagnósticos e as terapêuticas nas visitas médicas. Os preceptores comentavam nas visitas que as discordâncias entre eles eram pequenas, mas que, quando aconteciam, tinham importância. Essa fala do preceptor Paulo expressa o lugar das divergências: “divergir é bom, se não vira um endogenia e criamos uma tribo só nossa”. Quando havia divergências ou dúvidas nas visitas sobre terapêuticas e sobre diagnósticos, o caso era discutido na sessão clínica da especialidade, que ocorria semanalmente. Participavam dessa atividade: internos, residentes, cardiologistas clínicos, cirurgiões cardíacos e hemodinamicistas. A justificativa era de que as decisões complexas e difíceis deveriam ser tomadas em grupo para minorar as possibilidades de erros. Era também, como observava, uma forma de reduzir a angústia dos preceptores que tinham o seu saber posto em questão, diante da experiência concreta do adoecer que insistia em não ser reduzida aos estudos randomizados. Os hospitais universitários são serviços em que casos considerados raros ou de difícil manejo aparecem, o que faz com que essas decisões difíceis sejam mais frequentes. Paulo costumava dizer que: “Um paciente para implante de marcapasso, um procedimento simples, nunca era só o marcapasso”. Tinha sempre algo a mais que era incluído na internação à lista de problemas: uma neoplasia, uma infecção grave, desnutrição, quadros neurológicos, questões sociais que retardavam a internação, dentre outros.

⁶⁷ Era comum que, nas visitas médicas, ocorressem “aulas” anunciadas por frases como: “prestem atenção porque vai cair na prova de residência de vocês” ou “vocês podem viver essa situação atendendo na UPA”, ditas pelos médicos mais experientes. Aulas sobre a leitura dos exames nas quais se discutia o parâmetro de normalidade desejado naquela circunstância; os métodos possíveis para diferenciação diagnóstica; e as possibilidades de tratamento.

⁶⁸ A afetividade expressa-se também nas comemorações, revelando os laços sociais construídos durante o rodízio entre internos, residentes e preceptores.

Os conteúdos das piadas⁶⁹ eram diversos. Abordavam a “rivalidade” entre clínicos e cirurgiões, a hierarquia médica entre preceptores, residentes e internos e o tema da morte. Ousava-se rir do desamparo vivido diante das difíceis decisões clínicas, como, por exemplo, nessa expressão constantemente pronunciada entre risos por um dos preceptores: “Se não pode jogar o bote, jogue a âncora”; ou quando outro preceptor fazia o sinal da cruz com os dedos para se referir à morte. A palavra morte era evitada, a substituição da sua pronúncia pela gestualidade assinalava isso. Evitar o uso do termo morte fazia aparecer um paradoxo. Lembrei do comentário do preceptor sobre o que Marcelo deveria aprender para ser um cardiologista, já que a escolha por essa especialidade pressuponha a experiência com casos complexos e com um índice de mortalidade alto. Então se Marcelo deveria aprender a lidar com a morte, por que a sua menção era evitada? Havia pontos de inflexão no aprendizado da medicina.

Quero afirmar que, embora o objetivo didático da visita seja comum e se busque certa padronização que permite incluí-la em uma rotina acadêmica e assistencial, há, nas visitas, uma margem para a diferença e para o imponderável. Supor a diferença traz desdobramentos; significa também observar as contradições que a prática da visita assinala. Por um lado, um espaço de formação do *habitus* do trabalho médico, do saber e do aprender sobre enfermidades, diagnósticos e terapêuticas; e por outro lado, um espaço com fissuras, onde as subjetividades do médico e do paciente podem aparecer a partir do contar, da apresentação dos casos. Dito em outros termos, uma batalha entre o processo de racionalização, que vem se constituindo há séculos no Ocidente pela institucionalização e profissionalização dos conhecimentos e dos cuidados médicos, e a resistência dos afetos, das pessoas e de suas vidas que insistem em ressoar.

No meu campo, quando as fissuras ganhavam a cena nas visitas médicas, apontavam para um aprendizado sobre emoções que se dava de modo explícito e outro que ocorria de maneira mais implícita. Desdobrarei esse argumento elegendo como objeto de atenção o que chamarei de “roteiro de apresentação dos pacientes”.

⁶⁹ Como diz Bergson (1987), para se apreciar uma piada é preciso identificar-se com os ideais e crenças daqueles que constroem o gesto humorístico, caso contrário, as piadas não provocam o riso

3.4 “ROTEIRO DE APRESENTAÇÃO DOS PACIENTES”: CONHECIMENTO NARRATIVO E A TRANSFORMAÇÃO DAS EMOÇÕES NUMA VERSÃO MÉDICA

A visita é uma prática em que se aprende a contar sobre pacientes, a apresentá-los em um roteiro que traga elementos (sinais, sintomas, hipóteses) para o desenvolvimento do raciocínio clínico, que subsidiará as condutas orientadas pelos preceptores. Forma-se assim um conhecimento narrativo, conhecer é saber contar a história, que, por sua vez, cria mundos de prática. Há uma dimensão de temporalidade que o ato de contar concretiza: as ocorrências do passado são tornadas vivas no tempo presente dos ouvintes. Como assinala Byron Good (2003), aprender medicina não é apenas incorporar novas informações, mas é habitar um novo mundo de modo experiencial; significa a entrada em um sistema específico da realidade. Pondera que a apresentação dos casos não se configura apenas como uma descrição da realidade, mas é um modo de construí-la. As histórias médicas são meios de organização e interpretação da experiência.

Quando iniciei a observação das visitas, construí a suposição de que havia um roteiro para relatar os casos, porque parecia existir certa padronização que revelava quais informações deveriam ser incluídas: nome do paciente, leito, idade, motivo da internação, história da doença colhida na anamnese, outras comorbidades se houvesse, a evolução na enfermaria, os achados dos exames e as prescrições dos medicamentos. Algumas informações eram consideradas obrigatórias: “se teve infarto, quando tiver apresentando a história do paciente, você é obrigado a dizer se é infarto com supra ou sem supra; se tem pneumonia dizer se é bacteriana”, lembrava o preceptor Paulo, na visita, corrigindo um interno que subtraiu esses dados do seu relato. A clínica se desenhava a partir da narrativa sobre as enfermidades.

A padronização é real e o roteiro não está impresso em um papel, é um aprendizado vivido de modo explícito por preceptores, residentes e internos. Há um esforço para manter esse *script* e um embaraço quando a apresentação do caso não cabe nessa espécie de estrutura normatizadora. Os relatos dos casos na visita médica são feitos por internos e, com menos frequência, pelos residentes que completam as descrições e discutem as dúvidas sobre as condutas a serem traçadas. Os preceptores ouvem as histórias, fazem correções na sua forma, apontando aspectos que devem ser incluídos ou excluídos; orientam sobre como reconhecer certos sinais e sintomas; direcionam perguntas sobre as patologias; e questionam aos estudantes o que se sugere para a programação terapêutica. No convívio da visita, alguns

preceptores se tornavam modelos para os aprendizes de como um médico deveria ser e de como se portar no exercício da profissão, aprendia-se assim um certo estilo.

Mas, quero recuperar uma premissa que mencionei anteriormente: a visita marca uma transição do aprendizado médico porque, embora a entidade perseguida continue sendo a doença, aqui a experiência do acompanhamento de pessoas reais em suas experiências de adoecimento faz advir outras nuances, que insistem em modificar o roteiro e aparecem no ato de contar sobre os pacientes. Como argumenta Ingold “histórias sempre, e inevitavelmente, reúnem o que as classificações separam” (INGOLD, 2015, p. 236), isso para dizer que contar a história é relacionar contextos, eventos e experiências. Conhecer uma coisa é saber a sua história e juntar essa história a sua. Então, embora intencionassem falar sobre a doença que acometia ao paciente, nessa narrativa os aprendizes também contavam sobre si pelas suas trajetórias em movimento. Beatriz, diante do conflito emotivo provocado pela recusa alimentar de Balbina, contou sobre a tristeza da paciente em passar o aniversário no hospital. Essa não é uma informação esperada, é uma anomalia para aquele modelo paradigmático, logo há a tentativa de traduzi-la em termos assimiláveis para os iniciados: depressão, delirium, demência. A emoção é capturada pela insígnia do *pathos*. Configura-se assim uma tentativa de transformação do sofrimento da paciente em uma versão médica reconhecível e “confiável”. A partir dessa ação, estão dadas as condições de possibilidade para se estabelecer um raciocínio etiológico sobre as emoções: o que as causou?; como tratá-las?

Há, nesse acontecimento, um aprendizado sobre emoções nas visitas: é preciso traduzi-las em termos nosológicos, associá-las a classificação das doenças, como sintomas. A tristeza e o sofrimento são, com frequência, lidos como estados do humor, tais como depressão ou como humor deprimido; e a raiva e a angústia, como ansiedade. No entanto, essas expressões “tristeza”, “angústia”, “raiva” e “sofrimento”, pouco pronunciadas nas visitas por ganharem uma interdição velada, aparecem nos encontros clínicos com os pacientes, nas conversas informais sobre os casos entre aprendizes e residentes: “Seu João ficou com raiva, porque remarcou o cateterismo dele novamente, ficou irritado, está respondendo as enfermeiras no posto, disse que vai pedir alta”; e “acho que essa insônia que ela tem desde ontem é tristeza, fica triste não dorme no hospital, chora muito preocupada com o filho, ela me contou”.

A partir desse aprendizado de descrever as emoções em uma versão médica, outro caminho se faz possível: a prática das intervenções farmacológicas, que também é discutida na visita. A prescrição de medicamentos, refiro-me aos psicofármacos, aparece enquanto um recurso terapêutico frente às emoções vividas durante a internação. Na cena da enfermaria,

alguns pacientes demandavam da equipe médica que prescrevesse medicamentos para ajudar a dormir. Aquele pedido era, por vezes, atendido na sua literalidade. Em alguns casos, até se escutava as narrativas dos pacientes sobre a insônia, que geralmente vinham acompanhadas dos afetos mobilizados na hospitalização. Todavia, alguns preceptores e residentes atribuem pouco potencial terapêutico ao ato de escutar e maior resolutividade ao uso dos fármacos. O que ocorre de modo mais habitual não é a demanda da prescrição por parte do paciente, mas a decisão do uso da intervenção farmacológica por parte dos preceptores e dos residentes diante das manifestações emotivas dos pacientes: angústia, tristeza, medo, choro e desesperança. Na visita médica ouve-se frases por parte dos preceptores como: “prescreva, mas coloque uma dose baixa, essa dose é abaixo da recomendação; é só para ver se ela melhora”. A ação de prescrever em uma dose abaixo da recomendação chama a atenção para outro aspecto: a experiência emotiva dos internos, residentes e preceptores, ou seja, como eles se sentem diante daquele caso, assinalando o quão difícil pode ser lidar com o sofrimento. A intervenção farmacológica, por vezes, funciona como uma tentativa de “fazer algo” diante do sofrimento do paciente e de sair da condição de impotência.

Não só as emoções de Balbina como as de Beatriz (o sentimento de impotência da estudante diante das remarcações da cirurgia e o medo de falar na visita sobre os afetos mobilizados na relação com a paciente) escapam ao *script*. As emoções do médico e do aprendiz devem ser excluídas da composição do raciocínio e do fazer clínico, uma vez que podem comprometê-los, contaminá-los, desviando-os da suposta objetividade esperada, que aproxima a biomedicina da ciência. Há uma preocupação de purificar a prática médica. O compromisso da medicina com os ideais de neutralidade, racionalidade e objetividade na ciência é o que parece sustentar a sua busca pelo progresso contínuo, como enfatiza Good (2003). Acontece que, nem na ciência nem na prática clínica, a efetivação desse compromisso se dá sem hiatos. Entre os elementos supostamente alheios à ciência, mas que se revelam na prática médica estão as emoções.

O narrador ideal do enredo da apresentação dos casos no meu campo devia ser isento da intromissão das relações interpessoais e dos fluxos afetivos. Capaz de transformar pessoas enfermas em pacientes, os casos em problemas médicos, ressaltando as características da doença e o funcionamento fisiológico por meio de valores de laboratório em uma linguagem codificada. Constrói-se assim uma versão objetiva do adoecimento para dar uma resposta supostamente racional ao problema da patologia situada no corpo. Esperava-se que uma linguagem habite os participantes da visita, possuí-la significa pertencer a uma compreensão

comunitária de sentidos e de fazeres. Quero afirmar então que há um caráter hermenêutico nessa prática. O texto clínico surge a partir da transformação da interpretação do doente em uma história médica. Saber narrar essa história é considerada uma habilidade clínica. A pluralidade de sentidos presente na fala dos pacientes dá lugar a uma pretensa univocidade legível para os aprendizes no discurso médico.

Como nem todos os temas que contornam o atendimento do paciente devem aparecer na apresentação do caso, institui-se uma espécie de economia narrativa, na qual devem ser excluídos aqueles considerados poucos relevantes para a condução do tratamento para iluminar os aspectos fisiopatológicos. Então se aprende na visita médica a remover o que se considera supérfluo e a falar, de forma concisa, sobre o que é avaliado como importante de modo persuasivo, até porque há que se considerar o tempo relativamente curto para contar sobre os casos, como fica anunciado na fala de Renato:

Vocês precisam aprender a dizer o que é mais importante. Vocês precisam saber quem é pessoa que vocês estão atendendo, a condição de vida dele, saber se o cidadão vai ter acesso aos remédios... Mas aqui na visita precisa ser objetivo, falar brevemente quem é o paciente e focar no que é mais importante para tratar o que trouxe ele aqui, se não ele não volta para a vida dele lá fora. Pensar na etiologia da insuficiência cardíaca, falar do histórico da doença, dos sintomas atuais, checar os exames e pensar no que vamos fazer por ele aqui. As outras coisas podem esperar. Aqui a gente precisa decidir, pensar em como compensar o paciente. (PRECEPTOR RENATO, Caderno de campo).

A aflição que leva grande parte dos pacientes a procurar atendimento, o medo da cirurgia cardíaca e a espera pela realização do procedimento⁷⁰, por exemplo, aparecem pouco na visita, uma vez que são formatados em um recontar médico, versão editada da história original. Precisa-se assegurar a objetividade, para tanto os relatos e os sintomas são depurados daquilo que eles têm de subjetivo e as evidências são buscadas nos exames e em estudos científicos. A destreza do aprendiz em realizar essa separação parece funcionar como um indicador que revela não apenas o aprendizado do estilo narrativo da apresentação dos casos,

⁷⁰Nas visitas, quando era o momento de apresentar os casos dos pacientes que tinham um tempo prolongado de internação por conta da espera pela cirurgia, mas não tinham alterações consideradas relevantes para desestabilização do quadro clínico, os preceptores pediam para que os internos e os residentes dessem notícias do caso e não estendessem a discussão. Esse diálogo entre preceptor e residente em uma das visitas ilustra o que quero fazer ganhar relevo:

- Preceptor: Leito 12, Maria, a paciente da troca valvar, só *news* então.
- Residente: Está estável, esperando para fazer a cirurgia, mas não chegou o material ainda.
- Preceptor: Vamos pro próximo. Leito 13.

(Caderno de campo)

mas o seu grau de amadurecimento. Regular as emoções na visita, manifestas na apresentação dos pacientes pelos aprendizes, é uma das formas de objetificação efetuada pela medicina. Efetiva-se a partir de dois acontecimentos: a transformação da pessoa adoecida em uma entidade que porta uma lesão, um corpo objetivo; e a transformação do aprendiz em alguém que, ao longo da formação, irá aprender a controlar os afetos. Todavia, esse processo não acontece sem furos ou paradoxos. Há aí um hiato que se acentua no próprio desamparo dos preceptores e dos aprendizes expostos à impossibilidade de garantir a efetivação do modelo ideal de objetividade em suas práticas, afinal os pacientes têm nomes, feições, endereçam-lhes demandas e mobilizam afetos.

Existiam aprendizados que não se restringiam aos conteúdos e a aplicação do conhecimento científico, mas de atitudes que eram formadas e que se desenvolviam nesse encontro com profissionais com diferentes graus de experiência e em momentos distintos da vida e da carreira. Nessa convivência, lições eram extraídas sobre como tornar a pessoa um caso médico (GOOD, 2003). Analisar a visita com sua apresentação de casos, prática formativa essencial, como argumenta Good (2003), para formação do médico, nos permite tomar a objetificação não como um dado, mas uma realização prática. A partir daí, torna-se então visível à complexidade e à multiplicidade de conhecimentos, de contextos e de modos de atuação dos médicos e dos aprendizes envolvidos no processo da objetificação.

Há um pressuposto, aprendido desde a formação que ecoava no meu campo: a eficiência dos médicos também depende do quanto conseguem evitar as emoções, uma vez que perturbam um certo distanciamento requerido para uma prática vista como científica. É preciso controlá-las para suportar as situações extremas as quais são expostos: dor, morte, sofrimento e o adoecer. O controle emocional é visto pelos meus interlocutores como um recurso aparentemente protetivo, de sobrevivência e mantenedor do estatuto de ciência da medicina ali feita. As emoções são consideradas intrusas e podem atrapalhar a atuação clínica, já que conformam modos de compreensão sobre os acontecimentos e o que se faz com isso. Embora os afetos estivessem presentes, o curso, o currículo e o modo como se aprende sobre emoções favorece que os aprendizes neguem e tentem se descolar delas, aspecto que aparece retratado nos estudos de Quintana (2002); Menezes (2001), Souza (2004) e Hoffmann (1993). Fica subentendida a clivagem decisiva entre razão e emoção, uma vez que essa última representa uma emersão na irracionalidade, errância e a falta de autocontrole. As falas de Fernando e de Pedro, dois dos preceptores mais presentes nas visitas, abordam o caráter “perigoso” das emoções. Todavia, o relato de Pedro assinala uma ambivalência: a

inevitabilidade da experiência emotiva na prática médica. Vivenciar emoções também aparece como uma condição para torna-se médico:

Mas a gente tem que deixar o máximo de lado pelo risco que é tomar uma decisão médica baseada em emoções. A decisão clínica, do médico, do profissional, ela não deve ser influenciada por emoções. Isso eu acho que é bem característico. A gente tem que ter [...] eu acho que é difícil. Por isso, é uma coisa difícil da medicina [...] porque, se você coloca a emoção em uma decisão técnica, você pode tender para um lado ou para o outro que talvez possa não ser o mais adequado naquele momento. Então a gente tem que ter muito cuidado. Não tem que deixar que suas emoções influenciem no tratamento que você vai tá indicando (E. 10 - PRECEPTOR FERNANDO).

Porque, naquele momento que você tá com o paciente, você tem que segurar as emoções, não tem jeito, você tem que tratar o paciente. Agora, depois que passa dá uma tristeza, viu? Sobretudo, quando você não consegue o resultado que você deseja, vem uma tristeza, aquela coisa... passa dias pra você absorver aquela coisa. Não tenha dúvida. Sobretudo, naqueles pacientes que você se liga mais. Aí [...] é difícil, é como se fosse um ente da família. É preciso segurar as emoções porque a outra forma é chorar. Você tá vivendo um problema que você não pode mais resolver e lhe deixa triste, abatido, um pouco deprimido. É [...] é [...] isso é do próprio ser humano, né? Agora o tempo vai. É [...] é [...]. Eu acho que é aquela coisa, você tem que vivenciar, senão você não vai ser médico. Não tem como. Você vai perder paciente, por melhor que você seja, por melhor que você faça (E.1 - PRECEPTOR PEDRO).

Ao obstruir a percepção de suas emoções e as dos pacientes na tentativa de afastá-las, arriscam comprometer uma interação que, quando conduzida de modo advertido, pode favorecer a relação médico-paciente. Ao tomar a emoção como um risco, deixa-se de perceber que o arriscado é justamente a sua exclusão/repressão. Não se trata, por exemplo, de se identificar com o sofrimento do paciente, de tomá-lo como seu em uma espécie de fusão com outro. Mas da disponibilidade de entrar em contato com o sofrimento de quem se cuida e de deixar que ele o nomeie, ao contrário de nomear por ele; ou se dar conta de qual sentimento se experimenta nos encontros clínicos, poder falar sobre eles e perceber que as afetações se expressam no cuidado. Essa posição que indica uma abertura à experiência de alteridade é uma antítese da indiferença desautorizadora do sofrimento do paciente e do seu⁷¹, enquanto aprendiz ou preceptor. No entanto, apesar de acreditarem que podem controlar as emoções

⁷¹A disponibilidade para a alteridade exige dos aprendizes e dos preceptores a condição de cuidar de si, pois para acolher e para reconhecer o sofrimento daqueles que são cuidados, sem precisar recorrer a mecanismos defensivos como a negação, é preciso lidar com os próprios afetos, suscitados pelas experiências com as quais se deparam em suas práticas.

durante uma situação de atendimento, ou subtraí-las das decisões terapêuticas, não parecem perceber o quanto são influenciados por elas ou não admitem essa influência.

O que era excluído acabava retornando, reaparecendo nas práticas médicas. As discussões sobre as altas hospitalares nas visitas são um exemplo desse retorno. Por vezes, a saúde da família e o sofrimento para sustentar a internação funcionavam como justificativas para se pensar na alta, permitindo dessa forma que o paciente pudesse esperar pelo procedimento no domicílio até que uma nova internação ocorresse mais próxima a data da cirurgia; ou quando há casos de pacientes considerados agressivos ou resistentes aos cuidados da equipe em que se discutia sobre a alta com mais frequência, como uma espécie de defesa frente à ameaça que um paciente não aderente ao tratamento representa para o modelo biomédico.

Preceptores, residentes e internos compartilham a ideia de que a maturidade e os anos de experiência clínica os tornariam menos afetados pelas emoções, ajudariam a melhor manejá-las. Conjecturava-se a existência de um saber prático, uma primazia da experiência entre os médicos diante das emoções. Mas, manejá-las não era ser indiferente, surgia então a ideia de tonalidades afetivas que se circunscreviam em relação à temporalidade. A experiência forma, na medida em que através dela é possível o desenvolvimento de habilidades e a modificação da própria maneira de perceber do médico, uma mudança na estrutura do seu comportamento e da sua percepção. Subentende-se que cada vez que se lida com as situações que mobilizam emoções aprende-se a responder a elas. Os mais experientes aparecem, então, como mais entendidos que os aprendizes. Mais uma vez Fernando traz à tona no seu discurso essa suposta transformação do eu que ocorre no tornar-se médico:

A gente percebe neles, nos internos e nos residentes, esses momentos que eles têm de frustrações e de alegrias. Igual como eu também tive, e os preceptores também passam, mas como a gente tem mais experiência, a gente consegue lidar melhor com essas emoções. E eles estão na fase, começando, às vezes, a gente percebe isso [...] (E. 10 - PRECEPTOR FERNANDO).

A tentativa de tornar a visita uma atividade mais asséptica, menos invadida pelas emoções, parece ser melhor manejada pelos preceptores. A maioria deles conhecia o paciente primeiramente pelos resultados dos exames e pela história contada pelos internos e pelos residentes. A situação era diversa apenas quando o paciente já era acompanhado nos ambulatórios da especialidade no hospital onde atendiam, ou nos casos de reinternações, que ocorriam com certa frequência. Esse distanciamento que se dava também em virtude da

hierarquia entre preceptores, residentes e internos no hospital, uma vez que o grupo de preceptores era formado por um corpo técnico altamente especializado⁷², permitia que essa categoria estivesse mais atenta ao diagnóstico e à doença, estando menos confrontados com os dilemas ou as situações que suscitavam emoções no encontro clínico.

É responsabilidade do residente e do interno fazerem o atendimento do paciente, que consistia no exame físico diário e na passagem das informações sobre condutas e sobre os procedimentos do plano terapêutico. Apenas quando havia dúvidas sobre algum aspecto do exame físico, o preceptor fazia o atendimento junto com os aprendizes, como, por exemplo, se na ausculta cardíaca os aprendizes não conseguissem ouvir o flutter atrial típico; se houvesse uma indicação de um procedimento mais interventivo como uma cardioversão elétrica⁷³; ou se o paciente evoluísse com gravidade. Dois preceptores do meu campo se diferenciavam dos demais por atenderem os pacientes internados com ou sem a presença dos residentes e dos internos. Tal aspecto de distinção os fazia ter uma vinculação maior com a equipe multiprofissional da enfermagem, com os pacientes e com os familiares; ganhavam também o adjetivo: “humanos”, eram chamados no campo de “médicos humanos”⁷⁴ pelos profissionais, pacientes e familiares em virtude do envolvimento direto no cuidado, da postura diante dos pacientes que permite que uma relação se estabeleça nos encontros clínicos. Consequentemente, eram os mais solicitados frente aos impasses da assistência: orientações sobre as prescrições, intercorrências, comunicação de notícia difícil, dentre outras situações como mostra o diálogo desta enfermeira com o preceptor Renato:

- Enfermeira: Estava esperando o senhor chegar para conversar com a paciente que o senhor pediu o exame ontem, o resultado saiu.
- Renato: Eu vi, vai precisar reabordar. Saí do ambulatório pensando nisso, em conversar com ela. Difícil a situação dela, mas eu acredito que ela tem

⁷² Todos os preceptores que integram o meu universo de pesquisa têm uma inserção acadêmica, com curso de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado ou doutorado), sendo que 3 deles são docentes na universidade, um deles é pesquisador com publicações nacionais e internacionais na medicina.

⁷³ A cardioversão elétrica é um procedimento feito com o paciente sedado, é utilizada uma carga de energia elétrica para promover um choque no coração. O objetivo desse tratamento é converter uma arritmia em um ritmo sinusal.

⁷⁴ O adjetivo humano não aparecia associado a nenhuma outra categoria profissional no meu campo: fisioterapeuta humano, fonoaudiólogo humano ou enfermeiro humano. A exclusividade do seu uso para os médicos parece apontar para essa separação na medicina entre a dimensão científica-racional que evoca uma “ciência da medicina” e o que é convencionalmente chamado de a “arte da medicina”, que diz respeito aos aspectos relacionais, afetivos, intuitivos da prática médica. O médico humano seria aquele que não abriria mão dessa segunda dimensão no exercício do seu ofício. A noção de humanidade está aqui relacionada à proximidade, ao contato com o paciente, e a existência de um envolvimento relacional (afetar-se, interessar-se pelo outro) no âmbito do cuidado.

chance, ela me contou que trabalha na roça, é uma mulher forte, me contou a história dela.

– Enfermeira: O senhor é a melhor pessoa para conversar com ela, porque não vai dizendo de qualquer jeito, o senhor escuta o paciente. Imagine como ela vai ficar quando souber que vai precisar operar de novo depois de tudo que passou no pós-operatório?

– Renato: É o inesperado da vida... A gente não quer, mas acontece. Vou lá conversar com ela. Eu que prometi que ela ia ter alta logo... Mas é isso... (Falou com o tom pesaroso). Vou perguntar primeiro como ela está se sentindo, ver se ela falou com a família esses dias, depois vou introduzindo com calma o assunto.

(DIÁLOGO ENTRE ENFERMEIRA E PRECEPTOR RENATO, Caderno de campo)

As emoções no cuidado, na maioria das vezes, solicitam essa relação com o campo da alteridade, do outro; é uma experiência com. Em virtude do afastamento de grande parte dos preceptores da cena primária de cuidado, as emoções chegam até eles na visita por quem está na linha de frente, nos atendimentos diários na enfermaria. São os residentes e os internos que, diante das experiências emotivas, endereçavam-lhes perguntas sobre como agir, demonstravam incômodo, faziam a emoção acontecer e aparecer, abordando suas angústias, o sofrimento do paciente, suas histórias de vida e suas preocupações existenciais, porque estão envolvidos na relação médico/aprendiz-paciente/família de modo direto. Ao endereçarem perguntas os aprendizes supõem um saber emocional aos preceptores. O encontro entre aprendiz e paciente, por mais dirigido que seja o atendimento à doença, parece trazer imponderáveis que colocam em questão a pretensa neutralidade. As falas dos aprendizes mostram que, nos atendimentos, confrontavam-se com uma pessoa e não com um conjunto de sintomas e de órgãos. As emoções vividas e sentidas pelos aprendizes rasuravam a cena, a suposta pureza da visita médica enquanto um espaço operado apenas pela lógica da evidência científica, da MEB.

Embora os preceptores pareçam estar mais distanciados das experiências emotivas que surgem na relação com o paciente, entram em contato direto com outros afetos, os dos aprendizes. Um dos momentos de maior embaraço⁷⁵ que vivi no campo tem relação com esse

⁷⁵ Estava advertida que não podia ocupar esse lugar de “especialista das emoções”, pois se assim o fizesse repetiria uma concepção do meu campo de que médicos lidam com a doença e psicólogos com a subjetividade, a qual tem efeitos práticos que exacerbam a fragmentação do cuidado e a separação do profissional dos seus afetos. Sobre este último ponto, vale dizer que o saber na biomedicina não apenas estrutura um paradigma explicativo sobre as doenças. Mas participa da produção de sujeitos, que se identificam com esse modelo teórico e estão expostos quando os limites da biomedicina aparecem. A discussão sobre humanização do cuidado e sobre clínica ampliada feita por Campos (2007) mostra a importância da inclusão da subjetividade e da construção de uma clínica ampliada e compartilhada, a clínica do sujeito.

ponto. Estava no corredor da enfermaria quando um interno me chamou, dizendo que seu preceptor havia pedido para que fosse à sala de prescrição. Ainda não tinha iniciado a visita médica. Quando entrei, Paulo me perguntou quais orientações poderia dar aos internos para que pudessem lidar melhor com a perda de um paciente. Explicou-me que um interno lhe contara que estava frustrado por não ter conseguido cumprir o que prometera ao seu paciente que estava em cuidados paliativos: dar a alta para que pudesse morrer em casa como era o seu desejo. A frustração do interno afligiu Paulo. Recordou que, na sua formação, aprendeu a lidar sozinho com os afetos mobilizados pela morte de um paciente. Queria fazer diferente, mas não se sentia habilitado para abordar sobre esse tema, precisava do auxílio de uma especialista. Perguntou-me como deveria fazer, mas suponha que era preciso tratar desse assunto fora do contexto da visita.

A visita parece ser também uma prática que produz um saber sobre como tornar a emoção um evento privado, não partilhado, submetido à regra da discrição. Os preceptores da enfermaria compartilham a ideia que a visita não é a cena de ensino mais adequada para falar sobre emoções ou para expressá-las e, quando acontecia, borrava-se a linha entre o público e o privado. Entre os iniciados, o saber sobre as enfermidades é da ordem do público, quando a questão são as emoções chega-se ao terreno do privado. Essa configuração de um espaço mais íntimo e privado para os afetos não é exclusiva do treinamento médico. Koury (2001), em sua obra “Ser Discreto”, situa esse processo de privatização das emoções, do sofrimento, em uma perspectiva mais ampla, da modernidade brasileira. A partir da construção de uma análise sobre a vivência do luto, o autor aborda a constituição da pessoa no complexo contexto urbano brasileiro e o crescente processo de individuação em que se estabelece o afastamento cada vez mais acentuado entre o espaço público e o privado de interação. Problematiza a emergência de uma nova sensibilidade: “o ser discreto”, apontando as mudanças nas vivências do luto e de expressão do sofrimento em relação à perda, expondo como esses fatos sociais desnudam uma constituição do *self*. Na sua descrição densa das experiências concretas de luto, enfatiza o embaraço, a vergonha, o desamparo, a solidão, a depressão, o sentimento de fracasso e a desilusão.

Renato, preceptor da enfermaria, descreve como conduzia as situações em que os aprendizes falavam sobre as experiências emotivas, aqui aparece a ideia da emoção como uma experiência da ordem do privado:

Na visita é mais difícil, porque eles (o estudante, o residente) estão na presença de outras pessoas, então é mais difícil expressar essas emoções. Mas eventualmente acontece, né? Durante a visita, às vezes é mais difícil lidar naquele momento, então tem que dá (sic) uma pausa e pedir para que isso seja tratado de uma forma mais particular. E algumas vezes nos procuram de uma forma, é [...]com um grupinho [...] grupo menor ou individualmente para relatar o que estão sentindo ou... percebendo em relação ao paciente. Isso varia dependendo de contexto. Mas, a forma ideal da gente lidar com essas situações é de uma forma individualizada, e não em grupo ou na visita. (PRECEPTOR RENATO, Caderno de campo)

O “eventualmente acontece” aponta a suposição que a emoção não é (ou não deveria ser) um evento esperado na visita, e quando é trazida à cena produz uma certa ruptura no seu curso, “então tem que dar uma pausa”. Nesse sentido, as emoções têm uma dimensão política, uma vez que se regula a atuação dos aprendizes, definindo o momento de expressá-las e como devem ser sentidas e mostradas. Nas visitas, observava que a necessidade dos aprendizes de serem reconhecidos como médico impõe restrições à expressão das emoções, sobretudo, aos residentes, e, às vezes, levava à repressão de afetos percebidos como ‘inadequados’ a algumas situações vivenciadas no hospital, como me contava um interno.

A gente é levado de alguma maneira a não pensar tanto, a não pensar sobre isso, achar inadequado falar sobre as emoções do paciente ou no que a gente sente, o foco é pensar em uma questão técnica. (...) É e a gente também tá em processo de formação ali e a gente se sente inseguro, quer ser bom, precisa tá mais focado de certa forma no grosso. (...) O grosso mesmo é a parte técnica, diagnóstico, exames que você pode pedir e condutas, digamos assim, o grosso é isso (INTERNO, Caderno de campo).

Tratar de uma forma individualizada a experiência emotiva expressa pelos aprendizes, como sugeriu o preceptor Fernando, parece ter um teor de ambiguidade que quero chamar a atenção dada as suas potências e as suas fragilidades. Escutar no “um a um” pode promover um acolhimento do aprendiz e garantir a confidencialidade do seu relato. Por outro lado, tratar de modo individualizado não deve excluir a possibilidade de reconhecer a coletividade envolvida na experiência emotiva que aparece como expressão não apenas de uma dimensão particular, mas comunica algo sobre as relações sociais. Compartilhá-la, assumindo sua presença no encontro clínico e no aprendizado sobre tornar-se e ser médico, em alguma medida, aproxima a medicina do mundo da vida. As emoções ligam os preceptores e os aprendizes as suas trajetórias pessoais, histórias de vida, valores, concepções, aos vínculos construídos entre pessoas, colocando em cena a subjetividade do médico e as relações.

3.5 APRENDENDO NA VISITA MÉDICA SOBRE REGISTRO NO PRONTUÁRIO: AS EMOÇÕES NA ESCRITA MÉDICA

As histórias contadas nas visitas médicas são matéria-prima para o que é registrado no prontuário. Do mesmo modo que, na apresentação dos pacientes, há um aprendizado sobre quais informações são fundamentais ou acessórias, na escrita também existe uma espécie de roteiro que revela visibilidades e invisibilidades. Aprender o que registrar no prontuário faz parte da experiência de tornar-se médico. Na visita, os preceptores chamam a atenção para a lista de problemas dos pacientes, a história clínica, a evolução do paciente na enfermaria com a descrição do seu exame físico diário, os resultados dos exames complementares e, por fim, as condutas terapêuticas. A escrita do prontuário deve permitir a reconstrução do caso de maneira clara, concisa e objetiva, portanto, a história deve ser contada e organizada de modo linear. Mas, as emoções dos pacientes pouco aparecem nos registros. E, quando isso acontecia, são reduzidas a estados do humor: deprimido e irritado ou a frases como: “paciente choroso”, “choro fácil”.

O registro do humor representa um esforço de tradução das emoções por uma expressão do vocabulário médico, uma vez que, como me explicavam os aprendizes, emoção é um termo impreciso e mais próximo do campo da Psicologia. A inclusão do humor nos prontuários revela uma história de não-ditos, já que, por exemplo, por trás do termo humor deprimido estão os relatos dos pacientes sobre a tristeza com a internação e com o diagnóstico; o sofrimento com a separação dos familiares; a angústia; o fato de que o adoecimento é, para muitos, uma experiência de perda e de contato com a finitude. O choro aparece como espécie de medida do sofrimento. Chorar é um sinal de piora. Embora haja diferentes interpretações para o choro dadas pelos pacientes, nas evoluções de prontuário em que era descrito, tenta-se construir um raciocínio etiológico e nosológico. O choro perde a sua característica de manifestação humana para ser associado a um quadro clínico.

Nas evoluções do prontuário, o paciente aparece como aquele que refere ou nega: “refere dispneia”, “nega dor” e não como aquele que sente. As dificuldades do paciente com o tratamento, o diagnóstico e o processo de internação hospitalar são reduzidas em expressões: “paciente pouco colaborativo”, “reativo”, “poliqueixoso”, “nega uso das medicações prescritas”, “recusa o tratamento”. Embora a construção do registro no prontuário ocorra também a partir da conversa com o paciente, há uma edição do que é escrito nesse documento de modo que possibilite a sua função de comunicar aos pares e aos demais profissionais de

saúde a história da doença, o quadro atual e as condutas deliberadas nas discussões dos casos. Internos e residentes não são orientados ou estimulados a incluir as emoções nos registros. Beatriz, por exemplo, contou-me que não registou a tristeza de Balbina com o tempo prolongado de internação e a necessidade de passar o aniversário no hospital. O residente que também acompanha o caso considerou desnecessário introduzir esse aspecto no registro. Aprende-se, de forma implícita, que as emoções não devem compor as evoluções dos prontuários sem que possam ser traduzidas em uma versão médica.

Quando as expressões “humor deprimido”, “humor irritado”, “choroso” ou “choro fácil” são registradas no texto do prontuário são frequentes as descrições das seguintes condutas terapêuticas: a solicitação de acompanhamento com a psicologia; o pedido de interconsulta para psiquiatria nos casos considerados mais graves em que já havia um diagnóstico psiquiátrico anterior; e a prescrição de medicamentos. Durante todo o período do meu trabalho de campo, não encontrei registros médicos (de outros profissionais da equipe de saúde havia) em que o acolhimento ou a escuta dos afetos apareceram como condutas, embora pudessem ocorrer nos encontros clínicos.

Para se fazer um bom registro de prontuário, adverte o preceptor Renato, é importante saber colher a história. Essa expressão pronunciada nas visitas compõe o repertório da linguagem médica no meu campo. Colher significa extrair da narrativa do paciente indícios de que auxiliem na definição diagnóstica do quadro clínico. A partir desses relatos, os pacientes podem ser nomeados como bons ou maus informantes⁷⁶, depende do quanto sabem contar sobre sua doença e seus sintomas físicos, sendo demandada certa cronologia dos fatos. Tinha-se um embaraço quando a história narrada pelo paciente trazia um sofrimento não “nosologisável”, que escapava aos sinais e aos sintomas que poderiam classificar essa experiência nas insígnias do *pathos*, ou quando não era possível mensurá-lo ou verificá-lo a partir de outros mecanismos para além do relato.

Frequentemente, esses pacientes eram chamados na visita de poliqueixosos, aqueles que queixavam-se de sintomas que supostamente não tinham correspondência com a apresentação clínica da enfermidade ou que tornam-se um problema para o diagnóstico, colocando em cheque o saber médico, já que sua queixa e o seu sofrimento não se encaixam nos referenciais taxonômicos da biomedicina. A dor é, geralmente, um elemento presente nas histórias contadas pelos ditos poliqueixosos. Embora se tente objetivar a dor em escalas,

⁷⁶ Ser um bom, regular ou ruim informante é uma questão que inclusive consta no registro de admissão do paciente.

verificar a expressão do paciente para observar se tem face de dor, não há um exame de imagem, por exemplo, que possa constatar com exatidão sua presença. O “manejo da dor” era um modelo exemplar de como os praticantes da medicina se engajavam na tentativa de transformar uma experiência tão atravessada pela subjetividade em uma construção objetivamente mensurável pelas tecnologias médicas. Nas visitas os aprendizes desenvolviam a habilidade de sugerir modos para que os pacientes pudessem falar sobre a dor, na tentativa de caracterizá-la (“Como é essa dor? Um aperto? Queimação?”⁷⁷). Os registros sobre a dor no prontuário são acompanhados dessa caracterização, apenas nos poliqueixosos essa correspondência era questionável.

Identificar a dor depende do relato subjetivo de quem a sente. A maior ou menor validação desse relato está condicionada a quem é esse paciente. As dores dos poliqueixosos eram chamadas na visita e descritas nos prontuários como dor atípica, dor indefinida ou desproporcional. Como a dor é um sintoma cardíaco relevante, é preciso caracterizá-la bem para saber se é uma angina. Os aprendizes contam na visita sobre as dificuldades em estabelecer essa caracterização nos poliqueixosos, fator que, por vezes, mobiliza resistência, no que diz respeito à relação terapêutica, naqueles que acompanham o caso. Essa resistência nos faz perceber a prática médica como uma hermenêutica, tal qual nos diz Drew Leder (1990), pois interpreta sinais, sintomas e comportamentos dos pacientes. Mas, essa interpretação não é isenta de subjetividade, interesse, ambiguidades e discordâncias.

Quando não se encontrava, a princípio, uma etiologia orgânica para a dor ou outro sintoma descrito pelos pacientes nos atendimentos, aprendia-se, nas visitas médicas, a atribuir, habitualmente, o seu desencadeamento a uma causa emocional ou a interpretar a sua ocorrência como uma tendência desses pacientes à maximização de suas queixas. Nessas situações, as condutas sugeridas e registradas no prontuário são, mais uma vez, solicitar o acompanhamento psicológico e/ou a interconsulta com a equipe de psiquiatria do hospital.

O processo de objetificação na medicina que foi discutido ao analisar a apresentação dos casos também tinha como via de efetivação os registros nos prontuários. Havia uma recusa a se ater a questões consideradas como subjetivas, extra médicas. Pela via da escrita as histórias dos pacientes atendidos eram divorciadas dos afetos e motivações que as

⁷⁷ Quando um paciente se queixava de dor, aprendizes e preceptores, na tentativa de caracterizá-la, pediam para falar sobre como era dor. Indagavam se a dor era em aperto, se irradiava para o braço, se acontecia quando em repouso e se tinha queimação. Havia uma solicitação para que o paciente falasse em uma língua local em relação a qual era estrangeiro. Lembro-me de um paciente que disse em um dos atendimentos que acompanhei: “dor, é dor, como é que a gente explica uma dor? De 0 a 10, a minha é mil”. As gramáticas sobre a dor que ali se revelavam eram distintas.

atravessavam. Todavia, esta separação entre a doença e a experiência de doença, entre o objetivo e o subjetivo, não se dava sem dificuldades, o relato sobre os pacientes poliqueixosos expressavam essa tensão latente.

Tim Ingold (2010), ao se debruçar sobre como as pessoas conhecem e participam da cultura, discute a noção de mostrar. Para o autor, mostrar alguma coisa a alguém é fazê-la se tornar presente para essa pessoa, de modo que ela possa apreendê-la olhando, sentindo ou ouvindo, para que possa “pegar o jeito da coisa”. Tomarei de empréstimo essa noção para descrever como os praticantes mais experientes criavam situações que permitiam o envolvimento ativo dos iniciantes para que tomassem como objeto de atenção esse ou aquele aspecto na visita, construindo um saber sobre as emoções. Os preceptores buscam indicar um caminho, demonstrar para os aprendizes como se faz, ou seja, mostrar como as emoções não são parte do real objeto da biomedicina.

A experiência de aprendizagem se desenvolve através dos intercâmbios com os outros e da singularidade de uma relação com o acontecido. Discussões ou aprendizagens específicas modificam ou afinam as percepções e as sensibilidades. O outro é uma condição do sentido e, como nos lembra Le Breton, “um mundo sem outrem é um mundo sem vínculo, fadado ao não sentido” (LE BRETON, 2016, p. 32). Reconduzir a narrativa sobre a emoção experienciada para a discussão sobre os sinais, os sintomas e as condutas; não incluí-la no roteiro de apresentação dos pacientes ou nas evoluções dos prontuários, embora insistam em aparecer nos relatos; lançar mão das intervenções farmacológicas, a partir da prescrição dos psicofármacos; solicitar acompanhamentos com a psicologia e a psiquiatria; tentar interpretar e traduzir as emoções em uma gramática médica pautada nas classificações nosológicas; aprender a “controlar” os afetos porque eles representam um risco ao raciocínio clínico; e tornar a emoção um evento privado, que não deve ser partilhado na visita são formas de mostrar como se faz, educar a atenção. Assim, a educação da atenção é um processo de “sintonia fina ou sensibilização” (INGOLD, 2010, p. 21) perceptiva. Internos e residentes veem, ouvem, sentem e experimentam esses modos de aprendizado, de percepção do mundo da cultura epistêmica da medicina moderna anatomopatológica.

4 A CIRURGIA COMO UM ACONTECIMENTO AFETIVO: NOTAS SOBRE AS EMOÇÕES NA CIRURGIA CARDÍACA

(...) É muito bonito dizer que o Dr. Fulano salvou uma vida, sacrificou-se pela Humanidade... Ficamos comovidos, queremos ser também heróis, esperamos o nosso dia de salvar vidas, de fazer sacrifícios. Oh! Mas como na realidade tudo muda... Está claro que desde que eu comecei a ver as coisas com mais profundidade descobri a ilusão. Mas é que eu tinha confiança em que com o tempo e com o estudo eu adquirisse uma personalidade, tu compreendes? - confiança em mim mesmo, uma coragem serena, uma qualidade absolutamente adulta... uma... eu sei que tu compreendes... qualquer coisa que me fizesse operar um homem com a mesma calma com que um menino corta figurinhas de papel... E sabes o que sinto quando estou operando? (Érico Veríssimo⁷⁸)

A palavra *cirurgia* provém do latim *chirurgia*, que deriva do grego *kheirourgia*, de *kheír*, mão + *érgon*, trabalho. Etimologicamente, cirurgia significa trabalho manual, arte, ofício, no qual se empregam as mãos para a sua execução. Na medicina, seu uso designa tanto uma prática que se dá através de procedimentos terapêuticos que exigem trabalho manual, quanto uma especialidade médica que se dedica ao tratamento das doenças, lesões, ou deformidades através de processos denominados operações ou intervenções cirúrgicas. A cardiologia é uma especialidade tanto clínica quanto cirúrgica e tem um amplo rol de procedimentos considerados invasivos (REZENDE, 2005).

A cirurgia cardíaca é um acontecimento relativamente recente na história da medicina. Segundo Prates (1999), já foi vista como um limite para a prática médica por importantes cirurgiões do século XIX como Theodor Billroth e Stephen Paget. É de Billrot a afirmação de que todo cirurgião que tentasse suturar uma ferida cardíaca deveria perder o respeito de seus colegas (BRAILE e GODOY, 2012). No trecho do seu livro “Surgery of the Chest”, Paget também expôs que:

A cirurgia do coração provavelmente atingiu os limites impostos pela natureza a todas as operações: nenhum método novo e nenhuma nova descoberta pode vencer as dificuldades que acompanham um ferimento no coração. É certo que suturas destes ferimentos tenham sido vagamente propostas como procedimentos possíveis e que eles têm sido realizados em

⁷⁸ A obra de Érico Veríssimo foi publicada em 1938, é um romance moderno que apresenta uma complexa narrativa de enredo psicológico que traz o registro do personagem Eugenio Fontes, médico, de origem popular. Além de envolver temas como amor, individualismo e compromisso social, a obra também aproxima o leitor dos dramas associados à prática médica, pondo em relevo a subjetividade do praticante da medicina.

animais, mas eu penso que isto jamais tenha sido realizado na prática. (PAGET, 1896 apud PRATES, 1999, p.178).

O primeiro caso de intervenção cirúrgica no coração ocorreu no mesmo ano da publicação do livro de Paget, em 1896, e foi atribuído a Ludwing Rehn, médico que realizou uma sutura cardíaca bem sucedida no ventrículo direito de um jovem de 20 anos. No Brasil a primeira cirurgia cardíaca foi também uma sutura de um ferimento cardíaco, feita pelo cirurgião paulista João Alves de Lima, em 1905. O paciente sobreviveu apenas uma hora (PRATES, 1999).

O avanço científico do século XX produziu o que Braile e Godoy (2012) vão chamar de uma “desmistificação” do coração como sede da alma, o que, conseqüentemente, o colocou para medicina em um patamar hierárquico não muito distante dos demais órgãos do corpo. Desde meados do século XX, a cirurgia cardíaca tem sofrido transformações⁷⁹, principalmente com o desenvolvimento e a incorporação de novas tecnologias que ajudaram a reduzir a mortalidade cirúrgica. O número de cirurgias cardíacas no Brasil é crescente, mas cerca de 300 mil brasileiros ainda morrem todos os anos vítimas de doenças cardíacas.

O trecho do livro “Olhai os Lírios do Campo”, que está na epígrafe neste capítulo, traz a narrativa do médico Eugênio Fontes, personagem principal da trama, após perder um paciente na mesa de operação. Sua fala nos permite mirar a cirurgia como uma prática que mobiliza afetos nos atores que dividem o cuidado, antes, durante e depois de sua realização. Então, no itinerário analítico que traço neste texto, ao invés de tomá-la apenas como um fazer especializado, que exige uma técnica precisa e a eficácia dos resultados, a discussão sobre a cirurgia cardíaca incluirá outra escala analítica. Será investigada a partir das experiências emotivas, dos sentidos atribuídos por pessoas concretas frente a sua execução, a sua espera e aos infortúnios que lhes afligem. Nessa perspectiva, a cirurgia não é uma entidade abstrata, independente e universal em sua forma, mas uma prática situada atravessado pela cultura, pelas condições materiais e simbólicas, pelas trajetórias, trânsitos e emoções dos sujeitos.

Este capítulo está estruturado em 3 subseções. Na primeira, intitulada “Cirurgia cardíaca e as fragilidades da assistência à saúde: atravessamentos na cena emotiva” é abordada a assistência em cardiologia no nível terciário no SUS, especificamente no que tange às

⁷⁹ Em que pese às transformações que podem ser observadas na história da cirurgia cardíaca, sobretudo com a incorporação de novas tecnologias, no meu campo, os procedimentos de maior complexidade como as revascularizações e as cirurgias de troca valvar ainda eram descritos pelo preceptor Renato como intervenções pouco avançadas: “você ainda precisa serrar o osso esterno, uma coisa inimaginável nos nossos tempos com tanta tecnologia, mas precisa”.

cirurgias cardíacas em Salvador, e as ressonâncias das fragilidades da assistência à saúde nas experiências emotivas dos atores que compartilham o cuidado no meu campo. Na segunda subseção, “Operar é tocar um corpo vivo: a cirurgia e a experiência emotiva”, a cirurgia é identificada enquanto uma prática de tocar um corpo vivo de pessoas que se emocionam e mobilizam emoções naquele que opera. Na terceira subseção, nomeada “Para fazer cirurgia tem que ter sangue frio? Elaboraões sobre os afetos daquele que opera”, traço uma análise sobre a formação médica a partir das elaborações presentes no meu campo sobre os afetos dos cirurgiões cardíacos. Abordo como nos discursos aparece o desenho de certo perfil emocional que um cirurgião deve ter e como a prática de operar aponta para novas imagens sobre aquele que opera.

4.1 CIRURGIA CARDÍACA E AS FRAGILIDADES DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: ATRAVESSAMENTOS NA CENA EMOTIVA

Eu lembro que ele tão preocupado com a saúde, ele olhou pra gente e perguntou: você acha que eu devo ficar instalado aqui no hospital? Na primeira cirurgia cardíaca dele, ele fez isso. Ele queria dormir na portaria, só que a gente disse “não, ficar dormindo na portaria? Vá dormir em casa”. E aí quando ele ficou mal é que ele procurou a UPA. A filha dele ficou bem chateada com a gente, porque a gente não conseguia puxar o paciente pela regulação. Hoje em dia é uma das coisas que eu fico pensando, talvez se a gente tivesse mandado ele dormir na portaria, quando ele passasse mal, tinham que ter dado um jeito dele entrar. E aí no momento em que ele foi pra UPA a gente perdeu. Chegando na UPA, não desqualificando, mas acho que existem médicos de todos os níveis, não sei o que foi feito com ele e tal. Ah, mas ele estava sob supervisão médica, mas estava sob supervisão médica (...). Mas a patologia dele era cirúrgica, não ia operar, não tem cirurgia cardíaca na UPA. Então eu acho que levo isso de Sr. Nelson, pessoa resiliente e tudo mais, educadíssima. Mas, às vezes, a gente tem que se impor; aprendi isso. Às vezes, transpor mesmo essas questões, porque a gente foi muito orientado a não deixar ele ficar lá. Podia ter deixado. Ele poderia ter morrido também, mas pelo menos se morresse ia morrer tentando operar e tal. Porque, em algum momento, ele ia entrar na urgência e na urgência a gente ia tentar operar ele sem sangue. E aí ele pelo menos tinha morrido tentando, porque ele morreu na UPA sem nem tentar ser operado. Não tinha falado sobre isso ainda, sobre estas lembranças, o sofrimento e as imagens que viver essas coisas fez brotar na minha mente. (E. 14 - RESIDENTE IOLANDA).

O trecho que inicia esta subseção foi extraído da entrevista da residente Iolanda. A sua narrativa apresenta, de forma minuciosa, o seu sofrimento ao acompanhar a aflição do paciente Nelson diante da espera pela realização da cirurgia cardíaca. Nelson, no período da sua internação, tinha 38 anos, era trabalhador rural e aguardava há dois meses internado, na

enfermaria de cardiologia, a transferência para outro hospital, onde realizaria uma nova cirurgia cardíaca de troca valvar, com implante de válvula mecânica. O relato de Iolanda é o ponto de partida para a discussão sobre cirurgias cardíacas e as ressonâncias das fragilidades da assistência à saúde em Salvador nas experiências emotivas dos atores no cuidado. Apesar do Sistema Único de Saúde (SUS) ter como um dos seus princípios a universalidade do direito à saúde, há um hiato entre as necessidades de saúde da população e o modo como se tem respondido a essas demandas (MENDES, 2011). Em Salvador a questão dos leitos hospitalares para especialidades como a cardiologia, mais especificamente os leitos cirúrgicos, revela-se como uma manifestação desse nó assistencial.

A partir da análise da versão mais recente do Plano Municipal de Saúde de Salvador, verifica-se que há uma baixa oferta na rede SUS de leitos cirúrgicos e clínicos na cardiologia. O SUS dispõe de 66 dos leitos clínicos na cardiologia, 37,29%, em comparação com a rede Não SUS que conta com 111 leitos clínicos, 62,71%. (SALVADOR-SMS, 2018). Já no tange aos leitos cirúrgicos, o SUS possui 84 dos leitos, 44,92%, em comparação com a rede Não SUS, que tem 103 leitos cirúrgicos, 55,08%. (Salvador, 2018). Em dados ainda mais atuais, extraídos do Departamento de Informação do SUS, o DATASUS, através do acesso ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil (CNES), em dezembro de 2020, em Salvador, há 177 leitos clínicos em cardiologia. Desse quantitativo, 70 são da rede SUS e 107 da rede Não SUS. Quanto aos leitos cirúrgicos, o número de leitos na capital baiana é 190. Destes, 101 são da rede SUS e 89 da rede Não SUS (BRASIL, 2020a). Embora se possa falar de uma discreta expansão dos leitos em cardiologia em Salvador na rede SUS, o setor privado, em comparação ao setor público, ainda responde por uma participação expressiva na atenção terciária para as condições cardiovasculares. Os reflexos dessa configuração da rede são o recebimento de mais recursos pelo setor privado para o fornecimento de serviços de saúde e uma relação de dependência entre o Estado e o mercado.

Expandindo essa análise para o contexto nacional, Oliveira et al. (2019), em estudo sobre a relação público-privada na Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade no Brasil, identificaram que, nas últimas décadas, a participação do setor privado aumentou no nível terciário, inclusive na atenção especializada em cardiologia no país. Há desse modo uma contradição entre a organização dos serviços de saúde e os objetivos da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (PNACAC), a qual busca garantir os princípios da saúde pública. A universalidade é então um desses princípios, o que significa que toda a população deve ter acesso a todos os serviços de saúde, incluindo a atenção integral

e especializada para doenças cardiovasculares. Em seu rol de ações, os serviços deveriam ter práticas para prevenção de doenças cardiovasculares, promoção da saúde e reabilitação, bem como realizar procedimentos diagnósticos e cirúrgicos (OLIVEIRA et al., 2019).

Tal relação público-privado, na qual a saúde especializada é oferecida pelo setor privado sob regulamentação e financiamento público, não é nova. Como argumentam Solla e Chioro (2014), desde a década de 1950, é possível localizá-la e, mesmo com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), essa incoerência permaneceu na gestão do SUS que tem privilegiado o setor privado. Como expõe Scheffer e Bahia são

determinantes a forma e o grau de intervenção estatal na regulação da oferta e da demanda, e na definição de recursos públicos e privados envolvidos com as redes de cuidado e serviços de saúde. A maior intensidade das ações desempenhadas pelo estado normalmente mantém correspondência com a extensão direito à saúde (SCHEFFER et al, 2019, p. 219)

Diante da avaliação dos dados e das considerações, argumento que a diferença na oferta assistencial entre a rede SUS e a rede Não SUS, na atenção especializada em cardiologia, além de ser um nó nevrálgico da saúde pública, traz atravessamentos na cena emotiva nos serviços de saúde.

Existe uma vasta literatura no Brasil, sobretudo no campo da psicologia, que descreve as repercussões emocionais da cirurgia cardíaca para o paciente (OLIVEIRA, 2008; FRAYHA, 2014; SILVEIRA, 2015; WOTTRICH, 2013, 2015; PEREZ, 2016), mas pouca ênfase se dá à influência da fragilidade da assistência à saúde na experiência emotiva tanto de pacientes quanto dos praticantes da medicina no contexto da cirurgia. Não recuar frente à realidade que o meu campo apontava, foi conferindo singularidade para esta pesquisa, que poderia ser diversa se fosse feita em um hospital privado da cidade. A experiência de Iolanda, enquanto residente médica, seria diferente, assim como uma parte dos seus aprendizados sobre emoções no hospital. Um exemplo do quero chamar a atenção tem a ver com a angústia de não ter deixado Sr. Nelson dormir na porta do hospital, ou com o fato de não ter tido vaga naquele momento para conseguir interná-lo. Essas fragilidades da rede são efeitos dos sucessivos desmontes e das políticas de austeridade fiscal, que comprometem a materialidade dos princípios e das diretrizes do SUS.

Destaco então que as experiências emotivas que as cirurgias mobilizam não estão neste texto apenas circunscritas ao que tem sido objeto de interesse dos estudos sobre emoções e sobre a cirurgia. Incluo nesta análise a organização do sistema de saúde, que se expressa no

cotidiano dos serviços, trazendo à cena novas camadas dessas experiências. Agregar ao registro etnográfico essa outra variável sinaliza o compromisso ético-político que contorna a prática da pesquisa em saúde no Brasil, de defesa da Reforma Sanitária, da consolidação do SUS que aparece como um sistema contra-hegemônico em uma sociedade que se estrutura pela desigualdade (PAIM, 2018).

No campo, observava que os pacientes não sofriam apenas com a indicação ou com o ato cirúrgico, ou com o temor quanto ao seu desfecho, mas também com: a incerteza de suportar o tempo prolongado até que o procedimento fosse feito; a espera pela transferência para outro hospital da rede SUS, quando a cirurgia não podia ser realizada naquele serviço; e a falta de material. Do mesmo modo que aprendizes e preceptores também precisavam lidar: com o medo do paciente ter complicações clínicas enquanto aguardava a vaga da regulação; a frustração de não conseguir oferecer o melhor tratamento para aquela demanda em virtude dos entraves da rede; e a construção constante de avaliações de “viabilidade” dos pacientes para o procedimento.

Aquele paciente que discutimos a revasc na sessão, que está aguardando a vaga da transferência, já descompensou função renal, agora apareceu a anemia, ficou mais complexo pensar em cirurgia pra ele, vamos precisar rever (...) a mortalidade é muito alta. Mas é isso a gente sempre tenta (expressou com frustração). (...) A gente não tem condições de assumir, não vai ter benefício. Pode ser um caso inoperável, e que não há... não há nenhum benefício mais em operar. (PRECEPTOR DA CIRURGIA, Caderno de campo)

Por vezes, davam-se conta que, com o tempo e com o agravamento da doença, os pacientes perdiam o “*timing* da cirurgia”, como diziam, deixavam de ser elegíveis por falta de condições clínicas. Esse emaranhado de afetos e de desafios tão cotidianos não pode ficar subsumido nas análises, uma vez que as experiências emotivas destes atores são situadas, vinculam-se a um contexto mais amplo.

Durante o meu trabalho etnográfico, acompanhar aprendizes e preceptores nas cenas clínicas com seus pacientes que tinham indicação de tratamento cirúrgico colocava à prova certo potencial empático que me pareceu a condição de possibilidade à construção da pesquisa. Empatia aqui não quer dizer, como nos lembra Dunker (2019), colocar-se no lugar do outro, porque, se assim o fizermos, ocupamos o seu lugar, mas pensar e sentir com o outro a partir dos seus próprios termos, ser afetado era um percurso de reconhecimento. Sentia-me nessa posição empática no decorrer da construção desta etnografia diante da longa espera dos

pacientes pelo procedimento ou pela sua transferência para outro serviço de referência que realizasse a cirurgia de que necessitavam. Alguns pacientes morreram aguardando a intervenção cirúrgica nos anos em que estive no campo, a maioria deles por “morte súbita”. A ideia de que “o coração era traiçoeiro e podia parar a qualquer momento”, tão enunciada pelos pacientes no tempo de espera, tinha uma dimensão de realidade, afinal como ressalta Perez (2016), a principal causa de mortalidade no Brasil são as doenças cardiovasculares. No estado da Bahia, esse indicador epidemiológico se repete como descreve o Plano Estadual de Saúde (SESAB, 2020).

A baixa resolutividade frente às demandas crescentes pela cirurgia estava presente nas narrativas dos preceptores e dos aprendizes, era preciso aprender práticas para minorar suas repercussões. Um dos aprendizados adquiridos por um residente de cardiologia e pelos internos, que cumprem seus rodízios no meu campo, é atualizar diariamente o relatório dos pacientes com indicação de cirurgia cardíaca e enviar para o setor de regulação do hospital, que se comunica com a central de regulação do estado. Um aprendizado que também tem conotações emotivas:

É uma burocracia, relatórios e mais relatórios, mas a resposta é lenta ou nenhuma. Eu me sinto impotente (...). Não quero me acostumar com isso, ficar insensível ou achar natural um paciente esperar dois meses para operar, ver o outro hospital demorar tanto para aceitar a transferência (...). É despeitoso, chega a ser desumano (...). Não quero me acostumar com isso. É absurdo! Um abandono dos pacientes, as pessoas não um número na regulação. (RESIDENTE IOLANDA, Caderno de campo)

O reconhecimento do sofrimento do paciente expresso na narrativa de Iolanda é um aprendizado empático, afetivo. “Não querer se acostumar com isso” é dar a esse sofrimento um lugar de reconhecimento, ao invés de silenciá-lo. Da condição de número, de uma estatística da regulação, o paciente aparecia como pessoa. Esse aprendizado revela como há um aprendizado afetivo que é atravessado pelos nós da rede de saúde e pela precariedade dos insumos.

Há ainda um desafio posto para se aprender: operar em condições difíceis. Gabriel, um dos preceptores da cirurgia cardíaca, reconhecido pelos seus pares por sua performance enquanto cirurgião, enfatiza essa questão:

Nós lemos artigos com protocolos de cirurgias cardíacas, com evidências, que traçam um perfil de pacientes e condições para realização das cirurgias que não são os nossos. Aí, às vezes, você vê que a taxa de mortalidade é X, mas você precisa aprender a fazer uma leitura, perceber que existem diferenças abissais, que você não está operando na Inglaterra, ou em um grande centro nos Estados Unidos, que tem os indicadores e rotinas bem monitorados. Então a taxa de mortalidade que era X vai se tornar Y e você precisa se perguntar: Nestas condições que tenho e levando em consideração o quadro clínico do paciente, que não é aquele descrito no artigo, a cirurgia é uma boa indicação? O paciente tem mais chances de viver bem, de ter qualidade de vida? Pensar que o paciente não é uma estatística, porque submeter alguém a uma cirurgia, precisa ser algo muito bem pensado, discutido. Caso contrário é só aumentar o sofrimento ou... mesmo a morte do paciente. E ninguém quer ser o responsável pela morte de um paciente, ninguém quer que ele morra em sua mão. Os clínicos podem indicar a cirurgia, mas a responsabilidade maior é do cirurgião. **Quando você toca o corpo de alguém você é o responsável.** A família vai cobrar de você se o desfecho for negativo. Foi o cirurgião tal que fez a cirurgia do meu pai ou do meu filho. Por isso, aqui discutimos tanto e tento sensibilizar, educar os meus colegas, quanto ao fato de que nem sempre a cirurgia é o melhor tratamento pelo quadro do paciente, que já chega muitas vezes sem condições de suportar a cirurgia ou pela ausência do material mais adequado, são tantas coisas... Hoje mesmo faltou luva, tinha uma cirurgia programada, o paciente está internado já há mais de um mês. A cirurgia teve que ser desmarcada (E. 19- PRECEPTOR GABRIEL, grifo nosso).

A narrativa de Gabriel dialoga com as considerações de Uchoa (2003) em sua tese de doutorado, na qual aborda essa diferença entre uma medicina das evidências e a medicina baseada nas vivências, em que o profissional precisa construir uma reflexividade sobre aquilo que lê como evidência e de como pode ou não incorporar isso na sua prática clínica. Mas a fala de Gabriel vinha acompanhada também de um sentimento de frustração que, como nomeava, é inevitável, pois, apesar “do hospital ter um corpo técnico qualificado, operava pouco”. Desse modo, marca-se a distância entre as expectativas de um corpo profissional treinado para medir o sucesso em termos estatísticos e a reiterada e crua experiência. Apesar do número inexpressivo de cirurgias⁸⁰ mais complexas, em média de oito por mês, quantitativamente oscilando de acordo com as condições materiais e atingindo o ápice da redução⁸¹, há um investimento dos profissionais para a incorporação de novas tecnologias

⁸⁰ O reduzido volume cirúrgico não é um problema exclusivo da cardiologia, já se torna um problema crônico no hospital em que fiz a pesquisa mesmo que algumas iniciativas sejam criadas para enfrentar esse nó, como: a reforma do centro cirúrgico; as contratualizações com o governo do estado para ampliação de recursos; e o planejamento de implantar um terceiro turno para que as cirurgias pudessem ocorrer no período noturno. Esta última iniciativa aparece para a gestão do hospital como uma solução possível para equacionar o número de especialidades cirúrgicas e o quantitativo reduzido de salas do centro cirúrgico disponíveis para as equipes. Há especialidades que operam mais do que outras, o que evidencia relações de poder e de disputas.

⁸¹ Durante meses da pandemia as cirurgias eletivas foram suspensas.

cirúrgicas como o uso da técnica de cardioplegia de dose única⁸², conhecida como Cardioplegia Del Nido, criada no Boston Children Hospital, da Harvard, nos EUA. O investimento não é somente técnico, é também afetivo e mostra o compromisso da equipe de cirurgia. Os cirurgiões tentam conseguir empréstimos de materiais para as cirurgias, incentivam o paciente a não desistirem da espera pela cirurgia, vão construindo arranjos frente aos desafios,

(...) eu opero também em hospital privado, mas mesmo com as dificuldades eu gosto de operar no SUS. Os pacientes que chegam para nós (...) foi negado tudo a eles. São trabalhadores, a maioria do interior, tem gente de Salvador também. Eu me sinto feliz de poder oferecer algo a estes pacientes, isso tem a ver com devolver a vida. Acho que somos mais tocados pelas histórias de vida dos pacientes aqui. Mas, é sempre uma responsabilidade grande operar, tocar o corpo de alguém. Cirurgiões tem essa responsabilidade. (PRECEPTOR GABRIEL, Caderno de campo).

Para além dessa síntese sobre os problemas estruturais que contornavam a prática da cirurgia cardíaca em um serviço de atenção terciária no SUS, as falas de Gabriel fazem ganhar relevo outro ponto que quero eleger como objeto de atenção: a responsabilidade de tocar o corpo de alguém no ato cirúrgico, que é um elemento de distinção entre os clínicos e os cirurgiões na cardiologia. O toque, de que fala Gabriel, não é apenas físico, mas simultaneamente semântico. O clínico podia indicar o tratamento cirúrgico, mas era o cirurgião que, ao concordar com a indicação, executava-o. São as suas mãos que operam e aí reside o confronto permanente com a vida e com a morte, com as complicações cirúrgicas, os êxitos e com os afetos.

Os cirurgiões⁸³ achavam que, embora os clínicos também pudessem opinar sobre a indicação cirúrgica, faltava-lhes o conhecimento particular, que somente a experiência

⁸² Consiste em uma solução utilizada durante a cirurgia para promover a parada dos batimentos cardíacos, mas, que tem a função de proteção cardíaca. Como me explicava os cirurgiões, uma cardioplegia de dose única, é mais rápida e possibilita ao cirurgião trabalhar de forma mais fluida, sem necessidade de interrupção do fluxo de pensamento, nem no ritmo da cirurgia. A utilização desse protocolo no procedimento aumenta a segurança durante a cirurgia e reduz os custos para o hospital.

⁸³ Embora se reconheça que no hospital a autoridade profissional centra-se naquele que detém o conhecimento especializado para o problema do paciente e no manejo de recursos tecnológicos, o prestígio dos cirurgiões no meu campo é menor em relação a outros serviços hospitalares que trabalham por causa do número reduzido de cirurgias cardíacas que realizam. Na enfermaria há um chiste que habitualmente os clínicos repetiam para os aprendizes para marcar certas disputas entre as especialidades:

Você pergunta ao cirurgião como foi a cirurgia, ele responde:

– A cirurgia foi um sucesso.

advinda do ato de operar lhes dá. A experiência cotidiana com o corpo anestesiado, mas vivo e que não é isenta de implicações afetivas porque há uma vida em jogo. Como referia Gabriel, o paciente que está “desacordado/anestesiado”:

(...) confia a vida a você e espera acordar vivo. É o momento que o paciente está anestesiado, que ele está entregue ali, todo inconsciente, sem respirar. A não ser à custa dos aparelhos que estão ali. Este é um momento em que a vida está entregue diretamente ao médico cirurgião, exige uma responsabilidade muito grande, uma responsabilidade de tentar melhorar com a cirurgia a vida daquele paciente, trazer qualidade de vida. Principalmente o cirurgião cardiovascular, a gente vai operar o coração do paciente (PRECEPTOR GABRIEL, Caderno de campo).

Ao contrário do contato que um praticante da medicina tem nos seus anos iniciais da graduação com o corpo morto, fragmentado, as chamadas “peças”, o cirurgião ao operar encontra-se com um corpo vivo. Discuto os desdobramentos dessa questão para uma análise etnográfica.

4.2 OPERAR É TOCAR UM CORPO VIVO: EXPERIÊNCIA EMOTIVA E A CIRURGIA

Examinar uma peça, observá-la, tocá-la não exige do graduando ou do docente uma autorização prévia, faz parte do processo de tornar-se médico, ensinar e aprender a partir de fragmentos do corpo morto, objeto de experimentações e de conhecimento (QUINTANA et al 2002, 2008; FOUCAULT, 2010). Na medida em que se desmembra e sob ele se lança uma visão anatomofisiológica, a noção de humanidade desse corpo é suspensa. Perde-se o seu valor moral e, em contrapartida, cresce o seu valor técnico (LE BRETON, 2012). A peça é uma propriedade da universidade e preserva um anonimato. Não há uma vida em jogo para ser cuidada.

Quando se fala em cirurgia, enquanto prática de operar um corpo vivo, uma das suas condições preliminares⁸⁴ é a expressa concordância do paciente, ou de seu responsável, quanto

Se o cirurgião disser que foi um sucesso, pergunte mais. Ao invés de só saber como foi a cirurgia, vocês devem perguntar como está o paciente, se ele sobreviveu. A cirurgia pode ter sido um sucesso, mas o paciente pode ter morrido.

⁶³ O Código de Ética Médica, no capítulo IV, artigo 22º, registra que “é vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado” (CFM, 2018), salvo em caso de risco iminente de morte, quando o paciente está em emergência ou em urgência ameaçadora à vida de forma que possa ser submetido a um tratamento sem necessidade de consentimento informado, ou senão existe um mandato duradouro, diretivas avançadas

à realização do procedimento. Como consta no art. 15 do Código Civil: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”. Para tocar esse corpo, faz-se mister uma autorização prévia que vem acompanhado por uma noção de responsabilidade, pois

o corpo desenha o contorno do eu, ele encarna o indivíduo. Suas fronteiras epidérmicas são duplicadas por uma não menos pejada fronteira simbólica que o distingue dos outros e funda uma soberania pessoal que ninguém transcende sem um assentimento (LE BRETON, 2016, p.269).

O hospital expõe preceptores, aprendizes e pacientes a uma situação rotineira de ruptura desses códigos de intimidade relacionados ao tocar. Nas cenas de cuidado, o toque aparece de distintas formas: acompanha o diagnóstico pela apalpação, a ausculta cardíaca, a cirurgia e outras práticas médicas. Essa acessão ao corpo, em que se invade a esfera íntima, é feito em nome da vida. Mas a linguagem médica diz algo sobre essa “invasão”, escutava dos praticantes da medicina do meu campo frases como: “a cirurgia é um procedimento invasivo”, “Essa angioplastia é menos invasiva que uma cirurgia”. “mais invasivo” ou “menos invasivo”, além estar associado aos riscos de um procedimento tinha a ver com o grau de manipulação do corpo pelo médico. Na enfermaria, o consentimento para tocar e tratar o corpo pelo ato cirúrgico também se materializava em um documento chamado termo de esclarecimento, ciência e consentimento para cirurgia⁸⁵, que deve ser assinado. Nele constam informações sobre a operação, a possibilidade de transfusão de sangue⁸⁶, a exposição dos riscos cirúrgicos e, após a sua leitura, o profissional médico deve se dispor a esclarecer as possíveis dúvidas.

de vontade nem outro documento substituto na tomada de decisão. A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.232, de julho de 2019, ainda enfatiza, em seu artigo Art. 3º, que “em situações de risco relevante à saúde, o médico não deve aceitar a recusa terapêutica de paciente menor de idade ou de adulto que não esteja no pleno uso de suas faculdades mentais, independentemente de estarem representados ou assistidos por terceiros” (CFM, 2019). Mas quando a capacidade de tomada de decisão do paciente está preservada, o modelo de decisão médica deve então estar baseado no respeito à autonomia do paciente.

⁸⁵ Durante a pandemia de COVID-19, foi elaborado pela instituição um novo termo esclarecimento, ciência e consentimento para cirurgia, que está em anexo nesta tese. No documento o paciente ou o responsável legal declara estar ciente sobre o risco de eventual contaminação pelo novo coronavírus.

⁸⁶ Esse era um ponto habitualmente conflitante entre a equipe médica e os pacientes Testemunhas de Jeová, os quais expressavam a não concordância com o trecho do termo de cirurgia que tratava do tema da transfusão de sangue. Havia um termo específico no hospital para transfusão de sangue, como apresento em anexo nesta tese. Os pacientes aceitavam realizar a cirurgia, mas se recusavam a assinar o termo que autorizava a transfusão. Durante o meu trabalho de campo observei a transformação dos manejos da equipe de cirurgia e da instituição quanto a essa questão. Atualmente já se discute e se realiza adaptações no termo da cirurgia. Mas, houve períodos em que ser Testemunha de Jeová já integrou a lista de problemas no prontuário do paciente e escutei narrativas que sugeriam que os

O momento de abordagem sobre a assinatura do termo ou de esclarecimentos sobre a cirurgia, habitualmente, era um acontecimento no qual as emoções ganhavam a cena, seja por parte do paciente ou do praticante da medicina. Além da assinatura do termo ter um vínculo afetivo e de confiança era determinante para o consentimento de tocar o corpo de alguém, para construção de práticas de cuidado⁸⁷ por isso muitos pacientes queriam conhecer e conversar com os cirurgiões que fariam sua cirurgia.

O paciente que terá o seu corpo operado, tocado, faz perguntas, expressa sua angústia, as dúvidas sobre fazer ou não a cirurgia, qual válvula irá colocar e sobre como será sua vida após o procedimento. Ser operado evoca estados afetivos. Reivindica uma consubstancialidade ao corpo, pois se sabe de carne e de emoções e não se reconhece bem nesse paradigma da fragmentação corporal que fundamenta a prática médica. Um corpo morto pode mobilizar emoções em quem cuida, um corpo vivo não somente as mobiliza como também se emociona, é atravessado pelos afetos e endereça uma demanda de cuidado ao outro. A emoção faz fazer, é também o vetor semântico da evidência da relação entre cirurgiões, aprendizes e pacientes. Solicita-se então, desses praticantes da medicina, habilidades relacionadas à dimensão afetiva da relação médico-paciente, que estão para além da descrição precisa da técnica utilizada, dos riscos e dos benefícios do procedimento. Nos meus registros etnográficos, a história da paciente Angélica e o seu encontro clínico com Daniel trazem importantes desdobramentos para a construção de um exercício reflexivo sobre essa questão.

4.2.1 O encontro clínico de Daniel e Angélica

Angélica era uma mulher jovem, de 30 anos, estudante universitária, evangélica, negra, com um quadro de doença autoimune, mas também diagnosticada com doença valvar, que exigia o internamento no hospital um mês antes da segunda fase da prova de um exame que lhe permitiria o exercício de sua profissão. O motivo da internação era a necessidade de realizar uma cirurgia de troca valvar. Desde a sua admissão, os médicos alertaram a paciente e a equipe sobre o risco de morte súbita, Angélica também tinha um aneurisma de aorta⁸⁸ para ser tratado. Nos meses que passou na enfermaria à espera da sua cirurgia, Angélica tentava

praticantes dessa religião deveriam ter seus próprios serviços de saúde e serem atendidos apenas por profissionais dessa religião.

⁸⁷ Sobre a discussão da importância do vínculo nas práticas de cuidado ver Merhy et al. (2003) e Onocko-Campos et al, (2007), que amplia o debate para o tema da coprodução da autonomia.

⁸⁸ Aneurisma é o principal distúrbio da aorta. Trata-se de uma dilatação que aumenta o calibre do vaso.

estudar pelo notebook para a prova, mas referia dificuldade de se concentrar em virtude da rotina hospitalar. Trouxe pertences pessoais e fotos para colocar na cômoda ao lado do leito. Como mencionava, aquele era um modo de dizer que não era o leito x, mas que tinha uma vida lá fora, família, amigos e planos, ser juíza era um deles. Estava na hospitalização afirmando a sua condição de sujeito. Com frequência, usava as fotos para mostrar aos profissionais de saúde que a assistiam como era antes da internação e da intensificação dos seus sintomas. A medicação que usava para o controle do lúpus, os corticoides, ocasionava alterações corporais visíveis como o inchaço do rosto, por exemplo.

Angélica, ao contrário de alguns pacientes, queria saber com detalhes sobre a cirurgia. Vivia a ambivalência entre o desejo e o medo da operação. Compreendia os riscos e que o seu quadro clínico era grave, mas o procedimento lhe colocava frente a escolhas que poderiam ter repercussões definitivas na sua vida. O dilema de Angélica dizia respeito à necessidade de opinar sobre o tipo de prótese valvar. Em uma cirurgia de troca de valva cardíaca, pode ser usada tanto uma bioprótese⁸⁹ (prótese biológica) ou uma prótese metálica (mecânica). Uma diferença fundamental entre as próteses tem a ver com a durabilidade, uma prótese biológica dura em média 8 anos e, posteriormente, precisa ser substituída. Uma prótese metálica é permanente, apenas é trocada em casos de complicações clínicas se não estiver normofuncionante. No entanto, quem possui a prótese metálica precisava fazer uso regular de anticoagulantes para prevenir eventos tromboembólicos (formação de coágulos que podem se desprender e atingir algum órgão alvo); lidar com restrições alimentares mais severas, realizar sistematicamente exames laboratoriais para acompanhar o Tempo de Protrombina (TP)⁹⁰; e no caso das mulheres, havia uma contradição expressa para a gestação. A gravidez de mulheres com prótese metálica é considerada de alto risco (KYOSE, 2019; SAMPAIO, 2019).

Muitas variáveis relativas ao paciente, a sua condição clínica e ao seu contexto de vida são analisadas pela equipe médica para a indicação do tipo de prótese valvar: o gênero, no caso de mulheres, em que se pergunta sobre o desejo de ter filhos; a idade, em pacientes idosos,

⁸⁹ A bioprótese é de tecido de porco ou de boi, os pacientes geralmente ficavam surpresos ou assustados com essa informação.

⁹⁰ O TP é um exame que possibilita o controle periódico do valor da anticoagulação do sangue. Para garantir a segurança dos pacientes com prótese metálica, os quais fazem uso de anticoagulante, é preciso avaliar se esse medicamento está produzindo os efeitos esperados ou se algum ajuste precisa ser feito na dose, evitando assim a formação de trombos, coágulos no sangue. Uma das frações avaliadas no TP é o RNI (Relação Normalizada Internacional), cuja faixa terapêutica deve estar entre 2,5 e 3,5. O médico deve determinar, caso a caso, a periodicidade do exame. Em geral, costuma-se indicar exames laboratoriais a cada 30 ou 40 dias, mas essa frequência pode variar de pessoa para pessoa.

pois geralmente o tipo de prótese escolhida era a biológica, que tendia a ter mais durabilidade nessa fase do desenvolvimento; o autocuidado do paciente e sua “condição emocional”; a necessidade de realizar anticoagulação após a cirurgia, se o paciente tivesse fibrilação atrial; a condição social; e o acesso aos serviços de saúde. Havia certo consenso entre a equipe médica que a prótese mais indicada para Angélica seria a metálica, porque avaliavam que, embora fosse jovem, dificilmente suportaria realizar uma nova cirurgia para troca da valva pela sua condição clínica.

A angústia de Angélica não estava circunscrita à preocupação médica de viver ou morrer: perguntava-se que vida valia a pena ser vivida. Ao abordar o assunto, trazia na palavra o desejo pela maternidade. A maternidade vinha acompanhada da ideia de continuidade. Acreditava ainda que não poder gerar um filho teria repercussões nas relações afetivas, na possibilidade de encontrar um parceiro. Queria também saber como seria sua vida após a cirurgia, porque tinha planos de continuar trabalhando e estudando, “não queria ficar inválida”. A cicatriz cirúrgica era outra preocupação anunciada no seu discurso. No convívio com outras mulheres na enfermaria que estavam no pós-operatório, notava que, em algumas delas, a cicatriz ficava “grosseira”. A ideia de ter uma marca permanente e visível lhe assustava e conferia a visão de um corpo desintegrado⁹¹. O conflito psíquico que se instaurava para Angélica com a cirurgia fazia com que endereçasse a equipe médica o pedido incessante de conversar com o cirurgião que iria lhe operar, antes de assinar o termo de cirurgia. Queria conhecer quem iria realizar a intervenção cirúrgica, “quero saber quem vai mexer no meu coração, abrir meu peito”.

O encontro com o cirurgião foi remarcado algumas vezes. A espera angustiada de Angélica pela cirurgia também mobilizava a equipe, faltava material para que o procedimento fosse feito. Um dos cirurgiões cardíacos, Daniel, com extensa experiência como cirurgião naquele hospital e em outros serviços de referência em cardiologia, dispôs-se a ir conversar com a paciente. Daniel não era o responsável por realizar a operação de Angélica, mas compunha a equipe de cirurgiões.

– Daniel: Vim conversar com você sobre sua cirurgia. Eu me chamo Daniel, sou cirurgião. O residente já explicou alguma coisa da cirurgia? (...) Você já sabe alguma coisa?

–Angélica: Conversou um pouco. Como vai ser a minha cirurgia? Abre o peito não é:

⁹¹ Havia na enfermaria pacientes que mostravam a marca cirúrgica, sobretudo os homens, e atribuíam a ela um sentido de renascimento e a condição de ato heroico frente à morte.

– Daniel: A cirurgia é aberta, serra este osso aqui do peito (Daniel apontava para o peito), mas você vai estar sob efeito da anestesia, não vai sentir dor, não precisa ter medo da dor (...). Quando acordar, provavelmente já vai estar na UTI. Como o seu problema é na valva, precisa trocar a sua que não está funcionando bem (...) por isso estes sintomas. Trocar por uma prótese valvar. Tem a metálica, que, se você se cuidar direito, tomar o remédio, dificilmente precisa trocar, fica a vida toda, e outra que a gente chama de biológica, que dura menos tempo e precisa substituir, fazer outra cirurgia depois de um tempo. Mas, com essa prótese biológica, você terá menos restrições. No seu caso, tem o aneurisma ainda (...). Você pensa em ter filhos?

– Angélica: Eu penso, mas agora não, eu não sou casada, não tenho um relacionamento.

– Daniel: Você é jovem ainda (...) A depender do caso, geralmente, pacientes da sua idade, mulheres e que ainda não tiveram filhos, nós indicamos mais a prótese biológica (...) porque com a metálica tem riscos para gravidez, tem o anticoagulante também. Mas, no seu caso, nós discutimos na sessão e achamos que a indicação, mesmo você sendo uma mulher jovem, seria a metálica. A sua cirurgia já envolve muitos riscos (...), um retroca seria aumentar ainda mais estes riscos. Essa é opinião da equipe médica, mas a gente também escuta o paciente.

– Angélica: Eu preciso dar uma resposta? (...) Você pode explicar de novo? (DIÁLOGO ENTRE DANIEL E ANGÉLICA, Caderno de campo)

Daniel explicou novamente com detalhes o procedimento, a diferença entre as próteses e a indicação médica pela prótese biológica, mesmo reconhecendo que era jovem e que poderia querer ter filhos. Como não tinha previsão para a chegada do material cirúrgico, Angélica perguntou se poderia receber alta e esperar em casa pela cirurgia porque no hospital não conseguia se concentrar para estudar. Explicou que iria fazer a segunda fase da prova, falou sobre a expectativa de continuar estudando para concurso público e do seu sonho de ser juíza. O cirurgião Daniel ouviu-a com atenção, mas foi categórico em dizer como me explicou:

Disse que não poderia dar alta a ela (...) porque se fosse para casa, poderia complicar ainda mais e morrer em casa, uma morte súbita. Aqui, se tiver qualquer intercorrência, tem uma equipe de plantão para atender. Expliquei que estávamos tentando salvar a vida⁹² dela, que queríamos que vivesse e que fizesse a sua cirurgia. A prova que ela vai fazer é importante, mas tem todo ano, parece que mais de uma vez por ano, não é? Ela pode fazer de novo. Eu disse não pense na prova agora, não é a sua prioridade, não deve ser pelo menos neste momento. Fui honesto quando disse para ela que realmente acho que ela não vai conseguir fazer a prova porque depois da cirurgia, tem o pós-cirúrgico, tem um caminho pela frente e precisamos ver como ela vai caminhar nele. É preciso dizer a verdade para o paciente, se não ele perde a confiança. Não posso dizer com certeza, afirmar, quantos dias ela vai ficar internada, temos só previsões. (PRECEPTOR DANIEL, Caderno de campo).

⁹² Diferentes noções de vida estavam em jogo nas narrativas de Daniel e Angélica. A paciente interrogava-se sobre como seria sua vida após a cirurgia, não bastava apenas estar viva.

Após terminar a conversa com Daniel, Angélica ficou chorosa e, nos diálogos com a equipe (enfermeiras e técnicas de enfermagem) que tentava acolhê-la, frisava que o cirurgião não conseguia entender a importância que aquela prova tinha na sua carreira. No ano anterior havia tentado sem êxito a aprovação naquela prova, mas dessa vez havia conseguido. Rememorou sua experiência de hospitalização desde a adolescência, fase em que descobriu a doença valvar decorrente da febre reumática que teve na infância. Contou que aquela não era a primeira vez que a doença interrompia seus planos. Foi assim que abordou as perdas decorrentes do processo de adoecimento, a dificuldade de se manter na escola e como a doença atrasou os seus estudos em virtude das sucessivas internações. Mencionou que reconhecia que poderia não fazer a prova, mas pensar nela era algo que lhe conectava com a vida, a vida que queria ter. Esses conteúdos da sua história e dos seus afetos não apareceram na conversa com Daniel, não havia vínculo entre o cirurgião e a paciente. Mas, havia outra coisa, recorrerei a uma discussão de Mol (2002), em uma das suas vinhetas etnográficas do encontro clínico de um paciente com o cirurgião vascular: “como ‘um bom médico’, o cirurgião pode explicar alguns fatos na tentativa de tranquilizar seu paciente. Mas ‘medo’ não é parte da doença vascular do Sr. Trevers, nem do seu diabetes” (MOL, 2002). Embora Daniel identificasse o medo de Angélica de operar, aquele medo não era o objeto real da sua prática, salvar vidas era, a sua doença cardíaca era.

Ao final daquela tarde, dialogando com a equipe, Daniel perguntou como Angélica estava e pôde escutar das enfermeiras sobre a tristeza da paciente depois da conversa sobre a cirurgia. Então, voltou ao leito de Angélica e, novamente, foi conversar com a paciente com a intenção que ficasse mais esperançosa.

Ilustração 08: O encontro clínico de Daniel e Angélica



Fonte: Elaborada por Sérgio Bordim

Falar sobre a cirurgia aparece como uma tarefa embaraçosa que, embora pudesse ter um roteiro prévio, costumeiramente, pode ser modificada no encontro com cada paciente pela sua singularidade. Alguns pacientes querem saber detalhes sobre a cirurgia (o tamanho da incisão que será feita no seu tórax, o tempo de duração da cirurgia, se o coração será parado, se ficarão intubados); outros não suportavam escutar que o esterno⁹³ será serrado e que ficarão com uma marca extensa no peito⁹⁴. Eram frequentes perguntas sobre a dor, o risco de morte, a rotina de vida após o procedimento e se haverá possibilidade de cura da doença após a intervenção.

A forma de abordagem dos médicos era heterogênea, havia os que conduziam de modo mais estruturado o seu discurso, fazendo uma longa exposição técnica da cirurgia; outros perguntavam o que o paciente já conhecia sobre sua condição clínica para, a partir daí, chegar ao tema da cirurgia, numa espécie de retrospectiva que recuperava a noção de história da doença; e alguns acolhiam melhor as emoções do paciente, pois conseguiam escutá-las e incluí-las no atendimento. Existiam também os que, diante da dúvida do paciente, enfatizavam a sua autonomia quanto à escolha de se submeter ou não ao procedimento; ou que lidavam com a dúvida confrontando o paciente com a morte “se você não operar, você pode morrer; se operar você pode ter uma chance”. Solicitar interconsulta para que a psicologia pudesse acompanhar os pacientes mais angustiados também funcionava como um tipo de manejo. Mas, ao final da cena clínica, era comum que os praticantes da medicina enunciasses frases de apoio e de incentivo ao paciente: “vai dar certo! A cirurgia vai trazer mais qualidade de vida para você”; e “vamos manter a confiança e acreditar que vai correr tudo bem”.

O medo, a angústia, a descrença, a desesperança e a não aceitação da cirurgia são interpretadas, por vezes, pelos aprendizes e pelos preceptores, como atitudes pessimistas e consideradas maus preditores da operação e do pós-operatório. Esses conteúdos emocionais são incluídos na avaliação de viabilidade para a cirurgia, mas não de um modo explícito. As emoções também indicam quem são os pacientes viáveis e os não-viáveis para o

⁹³ A palavra esterno origina-se do grego *sternon*, que significa peito. O esterno é um osso em forma de T localizado na parte anterior do tórax. Como parte da prede óssea torácica o esterno ajuda a proteger órgãos como o coração e os pulmões. Os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, grande parte das vezes, precisam serrar o osso esterno, por se encontrar na linha média do peito, para ter acesso ao coração e ao mediastino. Os procedimentos são realizados com anestesia geral, e conseqüentemente, é necessário um período de ventilação mecânica (respiração com a ajuda de aparelhos, porque o paciente anestesiado não respira sozinho).

⁹⁴ A marca ou a cicatriz cirúrgica é uma preocupação mais presente na narrativa das mulheres. Muitas delas, após a cirurgia, deixam de usar roupas que as expusessem. Essas falas vinham, por vezes, acompanhadas de queixas sobre inibições sexuais que surgiam depois da realização do procedimento.

procedimento. Existe uma ideia compartilhada por clínicos e por cirurgiões que, quando o paciente sobe para o centro cirúrgico pessimista, isso pode interferir no desfecho, entre viver e morrer. Do mesmo modo que a aceitação do procedimento, a sua compreensão e a expressão de uma posição esperançosa são vistas como fatores protetivos que tinham influência não apenas no resultado cirúrgico, mas também na própria emoção do médico e na sua percepção sobre o procedimento a ser realizado. A emoção não é apenas o que é sentido, mas também o que faz sentir, como nos lembra Despret “a emoção, eu diria, não é somente aquilo que nos faz acolher o mundo, é também a maneira como solicitamos ao mundo nos acolher, pedindo-lhe mesmo, às vezes, de nos dar um coração” (DESPRET, 2011).

Ao analisar o contexto da cirurgia, observa-se então como a emoção tem uma função tanto na elaboração do paciente sobre a operação e no pós-operatório, quanto no fazer médico contagiando-o ou gerando resistência. As emoções ora aparecem como uma ameaça ao raciocínio clínico do médico e como um risco para o paciente, ora assumem uma dimensão terapêutica para esse último, que ressoava na prática cirúrgica. A ideia de que a emoção move, faz fazer, construindo e integrando práticas se ratificava. A narrativa de Daniel na entrevista aborda essa premissa:

A impressão de que quando o paciente acredita... que vai ficar bem, ele geralmente fica bem, né? A... e ele lhe move... a emoção, a energia dele positiva, a emoção dele, parece que faz com que a sua emoção também seja outra, diferente. Você vem com disposição enorme, entendeu? Eu diria que... naquele momento ali... a... a... você tem que acreditar no que você está fazendo. **Mas quando o paciente entra muito pessimista, não é uma boa coisa. Eu não gosto de entrar com um paciente assim.** Às vezes, a família quer que o paciente opere, mas o paciente não quer operar. Então o paciente não aceitou aquilo ali. Porque são situações graves, extremas. E que, muitas vezes, a família... ‘não, mas você tem que fazer, meu pai você tem que fazer, porque não sei o que...’. Mas o pai ou a mãe com 70 anos... ‘eu não quero fazer’. E eu respeito isso aí. Então a... **eu acho que o paciente, ele tem que querer, ele tem que tá preparado emocionalmente pra querer. Porque isso influencia muito. Não só no intra-operatório, como no resultado inicial. Ele vai ter que ficar na UTI, ele vai ter que fazer o acompanhamento como um todo, né? E a gente precisa entender que o médico, principalmente o cirurgião, ele precisa entender que nós não... é... tratamos ou curamos doenças, nós tratamos e curamos doentes, entendeu? Então se a pessoa não tiver ciente que é uma trajetória, um caminho, você não vai resolver aquilo ali. Que ali tem uma emoção dele. E a gente percebe, muitas vezes, que os pacientes que são pessimistas, aqueles que não entenderam a cirurgia como um todo, eles não vão ficar bem. Eles não vão acordar bem.** A gente procura a... a gente procura fluir as duas emoções, né? Se ele tá acreditando naquilo a gente procura a... isso ajuda a ter pensamentos, ali, bons, né? Sempre é... somar as duas coisas. Nós estamos entrando juntos. Então a gente tem que formar um time naquele

momento ali, né? É... um time. Já teve casos que a gente deixou de fazer de proporcionar a... aquele tratamento, porque o paciente não quis. Ele não estava preparado emocionalmente, e talvez tenha sido a melhor opção. Por que veja bem... a... a gente não sabe o que vai acontecer no futuro, não tem como saber, né? A gente imagina, a gente tem dados objetivos, talvez, baseado em estatísticas internacionais, que aquela doença vai ter 10 ou 15% de chance... é... ou vai ter 80% ou vai ter 90%... na... O resto é incerteza. Mesmo assim são estatísticas, são... não tem certezas disso aí. Então eu diria que... que em uma situação dessa, é... se o paciente não tiver preparado para aquilo e não quiser, isso influencia muito. Deve influenciar. Eu acho que sempre deve influenciar. A opinião do paciente sempre deve ter influência sobre a opinião médica. Sempre sobre a decisão médica, sempre deve. Volto a dizer, nós tratamos de pessoas e não de doenças, entendeu? Então sempre tem isso. Se a pessoa não está se... é... com certeza daquilo ali, deve se mudar, e deve ser proposta outros tipos de tratamento. Lembrar que o tratamento médico nem sempre segue por uma vertente só: tem tratamento, cirúrgico, tem tratamento clínico, em alguns casos ao invés da cirurgia pode ser feita uma angioplastia, que é um procedimento menos invasivo, com risco menor. O resultado pode não ser igual, mas tem resultado também. (E. 20 – PRECEPTOR DANIEL, grifo nosso).

Embora existam estudos na literatura médica com critérios e escores definidos para a indicação cirúrgica, o que Daniel aponta é que a decisão de operar um paciente também é marcada pelo sentimento de incerteza, há o desafio da manutenção da vida. Ali, nas cirurgias, ela, a vida, entra literalmente por um fio. Situação similar foi descrita por Menezes (2000), em sua etnografia sobre as práticas médicas no CTI, local especialmente dedicado a pacientes com grande risco de morte, no qual os profissionais estão expostos à incerteza e à permanente impossibilidade de garantir a efetivação do modelo ideal de sua prática.

A margem de incerteza em relação a cirurgia tentava ser minorada no meu campo por duas vias. Primeiramente, pelas discussões de casos entre a equipe médica da cardiologia, formada por clínicos, cirurgiões e aprendizes, em que havia a tentativa de construir um consenso sobre a definição da terapêutica a partir da análise da história da doença do paciente, do diagnóstico, de exames físicos e complementares e da avaliação desse conjunto de dados com os achados da literatura médica, sobretudo artigos científicos internacionais. Posteriormente, pelo compartilhamento da escolha pelo tipo de tratamento com o paciente.

A ideia de “formar um time”, expressa por Daniel na entrevista, vem nessa direção de partilha de um objetivo: a cirurgia, que demanda um investimento emocional, de quem opera e de quem é operado. O cirurgião é afetado pela emoção do paciente. Ao indicar o tratamento cirúrgico para o paciente, frequentemente, é dito pelo residente e/ou pelo preceptor que essa decisão havia sido tomada coletivamente, por um grupo de médicos da cardiologia. Compartilhar a tomada de decisão, através da interlocução com os pares e com o próprio

paciente, reduz a angústia e a atribuição a si mesmo da única responsabilidade pelos resultados do tratamento ou de um dado procedimento. Esse era um aprendizado sobre as emoções e, ao mesmo tempo, construía vivências de corresponsabilização na prática cotidiana dos serviços de saúde.

Outro aspecto que merece ser objeto de atenção, trazido por Daniel, tem relação com a distinção presente nas expressões “paciente emocionalmente preparado” e “paciente pessimista”. Essa distinção traz à cena uma noção anterior: a de preparação cirúrgica, que estende a compreensão do que é a cirurgia. Nesses termos, a intervenção cirúrgica não se limita ao ato da operação. A preparação cirúrgica não é uma categoria êmica. Na literatura sobre cirurgia, esse tema é amplamente discutido. No que tange a cirurgia cardíaca, a preparação cirúrgica é uma expressão apropriada por distintas áreas da saúde: medicina, psicologia, nutrição, fisioterapia, enfermagem, odontologia e farmácia. Abrange desde o grau de apropriação do paciente sobre a doença e o seu tratamento, exames físicos e complementares (laboratoriais e de imagem); avaliação dos medicamentos a serem administrados ou suspensos; uma dieta nutricional adequada; orientações sobre a higienização do corpo; avaliações odontológica e fisioterapêutica; e o acompanhamento psicológico do paciente. Nas narrativas dos atores do meu campo, a preparação emocional aparece como uma das dimensões da preparação cirúrgica.

Como um desdobramento do exercício reflexivo de que a ideia de preparação emocional apresenta, uma pergunta passou a ecoar durante o meu trabalho de campo: quais manejos eram realizados frente aos pacientes considerados “não preparados emocionalmente?” Pois, eram esses, como pude observar os que mais mobilizavam emoções na equipe médica pelo endereçamento das suas demandas e aflições, pelo temor intenso da morte, pela posição ambivalente de realizar ou não a cirurgia, o que fazia ganhar relevo, mais uma vez, os dilemas de tocar um corpo vivo, um corpo de alguém que se emociona. Os aprendizes compartilhavam suas práticas, algumas delas não estavam registradas nos protocolos de preparação cirúrgica, mas eram construídas na relação a partir das trocas simbólicas com os pacientes, os familiares, os preceptores e com os demais aprendizes. Esse caráter relacional do aprendizado faz com que haja abertura para invenção e para transmissão de novas práticas solicitadas pelo próprio contexto e pelos seus atores, o que nos faz pensar mais uma vez, tal qual nos lembra Merhy (2002), que o trabalho em saúde é vivo em ato.

Para exemplificar essa relação entre o aprendizado nas cenas clínicas e os pacientes considerados não preparados emocionalmente, trago narrativas de Iolanda sobre os encontros

clínicos com duas pacientes que acompanhou durante o seu rodízio na enfermaria, Aurora e Rosa.

4.2.2 Iolanda, Aurora e Rosa

Aurora tinha 57 anos, morava em um município da Região Metropolitana de Salvador, tinha 4 filhos e era dona de casa. Tinha um histórico de violência doméstica e atribuía o seu processo de adoecimento ao sofrimento que essas experiências de violência mobilizavam. Repetia que guardava muita raiva e mágoa e que esses sentimentos não ditos fizeram o seu coração ficar “doente” e “maltratado”. Quando Iolanda conversava com Aurora sobre a cirurgia e perguntava se estava preparada, respondia que sentia que não iria aguentar “não tem como eu sair viva, uma cirurgia que corta a gente toda, um coração que já está maltratado, eu não estou preparada”. Chamava-me a atenção à expressão “maltratado”, que usava para se referir ao coração.

Rosa tinha 70 anos, havia ficado cega há 20 anos, tinha 3 filhos, residia com uma filha, o genro e uma neta em uma cidade do interior da Bahia e era viúva. Sua internação na enfermaria foi motivada pela identificação de um derrame pericárdico. Era sua primeira hospitalização prolongada e não havia ainda realizado uma intervenção cirúrgica. Rosa precisava fazer um procedimento chamado janela pericárdica. Expressava medo ao saber que lhe cortariam o corpo. Ao escutar o nome da intervenção, concluiu que fariam uma janela no seu peito, que ficaria abrindo e fechando. Passou a ter insônia na internação, após receber a indicação do procedimento. Iolanda, em dos atendimentos que fez à paciente, perguntou por que Rosa estava sem dormir. A partir dessa pergunta, escutou as fantasias e os medos da paciente sobre o procedimento.

A residente em sua entrevista mencionava que Aurora e Rosa foram as pacientes que mais lhe solicitaram uma participação ativa na preparação cirúrgica em virtude das mobilizações emocionais que apresentavam:

(...) Dona Aurora era uma paciente bem ansiosa. Eu tentava sentar, sentar e conversar mesmo, tire suas dúvidas, o que é que lhe deixa com medo, o que é que você está pensando. Ela ia ser submetida a uma cirurgia enorme, trocar a parte inicial da aorta, ia tirar as coronárias da aorta, reimplantar e trocar a valva. E a filha dela me perguntando se era tipo um marcapasso. Veja só, super diferente. Um marcapasso um procedimento que é pra bater mortalidade zero, ela ia fazer uma cirurgia enorme com muito risco. Quando eu comecei a explicar que ela ia fazer isso e aquilo, para preparar ela para a

cirurgia, porque você tem que se perguntar: O que está acontecendo? Por que a paciente está pessimista? Não é assim, ela não quer fazer e acabou. Precisa conversar, escutar, dar um tempo pra ela também digerir... Então, Dona Aurora ainda tinha arritmia cardíaca e ela ia ficando nervosa e dava mais arritmia e passava mais mal. Eu lembro que... eu tentava desarmar ela e a família ... Eu tenho o hábito de sentar com o paciente, eu não converso com o paciente em geral pra tirar dúvida de pé, ele no leito e eu de pé do lado dele. Eu tenho o hábito de sentar, aprendi isso vendo alguns preceptores e achei que fazia sentido. É o conhecimento que não está no livro, nos artigos e que você aprende na prática. Eu acho que você vê o paciente no mesmo nível, deixa o paciente mais tranquilo. Mostra que você não está com pressa e te deixa com menos pressa, porque ficar em pé conversando não sei quanto tempo pra mim não é nada confortável. Então, eu tenho o hábito de sentar com o paciente, sento e começo a tirar as dúvidas. E faço o que eu posso realmente pra tirar dúvida. Eu acho que o que deixa o paciente mais com medo, com medo de tudo e mais emotivo é não saber o que se passa. Eu acho que se você explicar tudo pro paciente, disser o que é a doença, como é a doença, como seria, por exemplo, a cirurgia, aos poucos também, e escutar, isso pode melhorar bastante os medos dele e da família. Então, eu lembro bastante que com Dona Aurora eu não sentei uma vez só não, eu lembro que a família inteira veio pra eu poder conversar com a família inteira e ela tinha uma estrutura familiar bem ruim. O marido não era presente e tudo mais, então, eu acho que desmistifica mesmo essa emoção do paciente, o pessimismo, você se abrindo, abrindo e tirando dúvidas mesmo, dizendo como é, como deixa de ser e escutar os medos mesmo. (E. 14 - RESIDENTE IOLANDA).

Sobre Rosa Iolanda dizia:

(...) por exemplo, Dona Rosa que a gente dizia que ia fazer uma janela pericárdica nela, esse procedimento super tranquilo. Mas, ela imaginava que era uma janela que ia ficar, abria e fechava e era uma janela no peito permanente, ela imaginava isso. Então eu acho que, quando você tem uma boa relação médico-paciente, quando você consegue parar pra escutar eles, eles conseguem confiar mais em você e os outros medos vão diminuindo, os medos do procedimento, porque você vai explicando vai dizendo a história, vai reconhecendo o sofrimento da pessoa e que não é fácil fazer uma cirurgia, apesar de ser a melhor opção, às vezes. Porque se não fosse melhor, o procedimento não seria feito, e isso e aquilo. Eu acho que muita coisa muda realmente se eles, os pacientes confiam ou não em você. (E. 14 - RESIDENTE IOLANDA).

Então, se considerarmos nesses termos que uma cirurgia cardíaca demanda uma preparação emocional, há que se reconhecer que esse preparo incluiria um componente relacional que não está elencado nos *checklists* cirúrgicos dos hospitais. Mas, de acordo com as experiências de Iolanda e de outras praticantes de medicina da enfermagem, parecia fazer diferença no modo como cada paciente lidava com os afetos que o procedimento fazia advir. Tocar o corpo de alguém, parece pressupor uma relação de confiança, um vínculo, e uma posição de co-construção. A preparação não é um processo que se dá aprioristicamente, sem

o envolvimento dos atores do cuidado, dos seus afetos e negociações. Envolve uma dimensão alteritária, de relação com o outro, tão própria à estética do cuidado e contrária a uma lógica solipsista de pensar as práticas de saúde. Preparar faz-se no percurso e tem um caráter dinâmico, com graus variáveis e relativos a um padrão do próprio sujeito, a padrões sociais e históricos estabelecidos.

A incorporação desse aspecto relacional-emotivo exige uma reformulação ampliada das práticas e dos sistemas de conceitos que orientam a preparação cirúrgica. A principal dessas mudanças refere-se a pensar a preparação como uma ação construída por sujeitos concretos. Essa valorização do sujeito e de sua subjetividade altera o campo de conhecimento sobre a cirurgia. Vale sublinhar que a preparação não se dá em uma única via, existe uma coprodução, deve-se discuti-la tanto para os pacientes quanto para os praticantes da medicina. Para esses últimos, essa preparação pode ser uma via para pensar a formação. Uma formação que inclua as subjetividades e possa se valer de recursos como a escuta e das tecnologias vinculares, tal qual preconiza a Política Nacional de Humanização (2007). Retomo, na subseção seguinte, a discussão sobre a formação médica a partir das elaborações presentes no meu campo sobre os afetos dos cirurgiões cardíacos. Parto desta indagação: haveria no meu campo um desenho de um perfil emocional daquele que opera?

4.3 PARA FAZER CIRURGIA TEM QUE TER SANGUE FRIO? ELABORAÇÕES SOBRE OS AFETOS DAQUELE QUE OPERA

Por que se escolhe a cirurgia? Quais habilidades são preciso desenvolver para ser um cirurgião cardíaco? Há um perfil emocional para aqueles que exercem esse ofício? Essas perguntas norteiam o percurso que pretendo traçar nesta subseção. Escolher em qual área da medicina irá se especializar se configura em uma das principais questões para os aprendizes no processo de tornar-se médico. Realizar uma etnografia sobre os aprendizados das emoções na biomedicina, especificamente na cardiologia, exige também do pesquisador estar atento ao universo das escolhas que aparecem emaranhadas por narrativas afetivas.

A medicina tem muitas especialidades, de acordo com a Resolução 2.221, de 2018, do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2018), são 55 especialidades médicas⁹⁵ e 59 áreas de

⁹⁵ De acordo com a Resolução 2.221, de novembro de 2018, do Conselho Federal de Medicina do Brasil, são especialidades médicas reconhecidas no Brasil: 1. Acupuntura; 2. Alergia e imunologia; 3. Anestesiologia; 4. Angiologia; 5. Cardiologia; 6. Cirurgia cardiovascular; 7. Cirurgia da mão; 8. Cirurgia de cabeça e pescoço; 9. Cirurgia do aparelho digestivo; 10. Cirurgia geral; 11. Cirurgia

atuação⁹⁶ reconhecidas no Brasil. Há uma expansão e uma diversificação dos conhecimentos médicos que se desdobram em uma variedade altamente especializada de serviços. Mas, a decisão pela especialidade passa de antemão por uma opção pela clínica médica ou pela cirurgia⁹⁷. No convívio com os aprendizes internos no meu campo, observava que a escolha da especialidade médica era um tema em pauta, tanto nas conversas com os pares, na interação com os preceptores nas visitas médicas, nas sessões clínicas, quanto nas comemorações de

oncológica; 12. Cirurgia pediátrica; 13. Cirurgia plástica; 14. Cirurgia torácica; 15. Cirurgia vascular; 16. Clínica médica; 17. Coloproctologia; 18. Dermatologia; 19. Endocrinologia e metabolismo; 20. Endoscopia; 21. Gastroenterologia; 22. Genética médica; 23. Geriatria; 24. Ginecologia e obstetrícia; 25. Hematologia e hemoterapia; 26. Homeopatia; 27. Infectologia; 28. Mastologia; 29. Medicina de emergência; 30. Medicina de família e comunidade; 31. Medicina do trabalho; 32. Medicina de trânsito; 33. Medicina esportiva; 34. Medicina física e reabilitação; 35. Medicina intensiva; 36. Medicina legal e perícia médica; 37. Medicina nuclear; 38. Medicina preventiva e social; 39. Nefrologia; 40. Neurocirurgia; 41. Neurologia; 42. Nutrologia; 43. Oftalmologia; 44. Oncologia clínica; 45. Ortopedia e traumatologia; 46. Otorrinolaringologia; 47. Patologia; 48. Patologia clínica/medicina laboratorial; 49. Pediatria; 50. Pneumologia; 51. Psiquiatria; 52. Radiologia e diagnóstico por imagem; 53. Radioterapia; 54. Reumatologia; e 55. Urologia.

⁹⁶ 1. Administração em saúde; 2. Alergia e imunologia pediátrica; 3. Angiorradiologia e cirurgia endovascular; 4. Atendimento ao queimado; 5. Cardiologia pediátrica; 6. Cirurgia bariátrica; 7. Cirurgia crânio-maxilo-facial; 8. Cirurgia do trauma; 9. Cirurgia videolaparoscópica; 10. Citopatologia; 11. Densitometria óssea; 12. Dor; 13. Ecocardiografia; 14. Ecografia vascular com doppler; 15. Eletrofisiologia clínica invasiva; 16. Emergência pediátrica; 17. Endocrinologia pediátrica; 18. Endoscopia digestiva; 19. Endoscopia ginecológica; 20. Endoscopia respiratória; 21. Ergometria; 22. Estimulação cardíaca eletrônica implantável; 23. Foniatria; 24. Gastroenterologia pediátrica; 25. Hansenologia; 26. Hematologia e hemoterapia pediátrica; 27. Hemodinâmica e cardiologia intervencionista; 28. Hepatologia; 29. Infectologia hospitalar; 30. Infectologia pediátrica; 31. Mamografia; 32. Medicina aeroespacial; 33. Medicina do adolescente; 34. Medicina do sono; 35. Medicina fetal; 36. Medicina intensiva pediátrica; 37. Medicina paliativa; 38. Medicina tropical; 39. Nefrologia pediátrica; 40. Neonatologia; 41. Neurofisiologia clínica; 42. Neurologia pediátrica; 43. Neuroradiologia; 44. Nutrição parenteral e enteral; 45. Nutrição parenteral e enteral pediátrica; 46. Nutrologia pediátrica; 47. Oncologia pediátrica; 48. Pneumologia pediátrica; 49. Psicogeriatria; 50. Psicoterapia; 51. Psiquiatria da infância e adolescência; 52. Psiquiatria forense; 53. Radiologia intervencionista e angiorradiologia; 54. Reprodução assistida; 55. Reumatologia pediátrica; 56. Sexologia; 57. Toxicologia médica; 58. Transplante de medula óssea; e 59. Ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia.

⁹⁷ Beatriz, intercambista portuguesa de medicina que aparece no capítulo II desta tese, explicava-me a diferença entre Portugal e Brasil no que diz respeito à escolha pela especialidade. No seu país, havia uma prova de seleção, a qual Beatriz julgava como injusta porque “não direcionava as vocações”. A partir de sua nota, o aprendiz podia escolher qual seria sua especialidade. Então, ao invés de uma opção, como acontece aqui no Brasil, que o candidato presta uma prova para uma especialidade, em Portugal você escolhe a especialidade por sua nota. Por isso, o aprendiz, como era o caso de Beatriz e dos outros intercambistas, pensava em várias áreas da medicina. Aqui no Brasil, as seleções para os programas de residência médica têm seleção unificada. De acordo com a sua classificação, o candidato aprovado para uma especialidade, deve, obrigatoriamente, indicar uma ordem de preferência para todos os hospitais que ofereçam o Programa para o qual se inscreveu. Caso não siga essa recomendação, é considerado desistente do Processo Seletivo, perdendo o direito à matrícula. Estão, são desobrigados de realizar esse procedimento os candidatos que estejam concorrendo ao programa oferecido por apenas uma instituição. Os candidatos serão alocados nos respectivos hospitais seguindo os critérios de classificação e de preferência de Escolha do Hospital, até o limite de vagas disponíveis.

final de rodízio. Frequentemente, nas visitas escutava-se falas dos preceptores como: “você que vai fazer cardio, precisa prestar atenção neste caso, ele é muito rico” (o preceptor se referia a condição clínica de paciente jovem, 30 anos, do interior da Bahia, que tinha o diagnóstico de Síndrome de Marfan⁹⁸); “cadê a endrocrino? Venha! ‘Você que quer ser endócrino, é bom ver acompanhar a discussão desta paciente. Precisa ajustar melhor a insulina dela, a glicemia está muito alta’”; “tem alguém aqui que quer fazer cirurgia? A admissão que chegou é cirúrgica, complexo o caso”.

O que esses enunciados apontam é que a decisão do aprendiz pela especialidade é considerada nas cenas de aprendizado no hospital⁹⁹. Entre os aprendizes existiam diferenças significativas no momento de escolha entre a clínica médica e a cirurgia. Aqueles que optavam pela cirurgia escolhiam mais cedo a especialidade, por vezes, antes mesmo do início do curso. Já os que queriam a clínica, a decisão se dava de modo progressivo, ao longo da graduação, e principalmente nos anos do internato, no qual cumpriam os rodízios. Os aprendizes que escolhiam a cirurgia, as principais razões se referiam ao tipo de intervenção prática e objetiva, ao gostar de atividades manuais e ter destreza para elas, e aos resultados obtidos na área, rápidos e concretos. Nas turmas de rodízio que acompanhei, uma minoria escolheu a cirurgia. Entre os futuros aspirantes a cirurgiões, um número ainda menor expressava a opção pela cirurgia cardíaca. Os discursos sobre a busca de qualidade de vida associada à preocupação com a remuneração e a demanda do mercado de trabalho eram cada vez mais presentes e pareciam justificar a não escolha pelas especialidades cirúrgicas. Mas para além destas variáveis, querer ser clínico ou querer ser cirurgião se configurava como uma decisão que também era atravessada por discursos sobre as emoções. É sobre esse ponto que proponho uma discussão mais aprofundada nesta seção.

⁹⁸ De acordo com Graffunder et al. (2017), a síndrome de Marfan (SMF) é uma doença genética, causada principalmente por mutações no gene *fibrilina-1* (*FBNI*). Caracteriza-se pela presença de aneurisma e/ou dissecação da aorta torácica, subluxação do cristalino e anormalidades sistêmicas. O maior risco de morte na síndrome é associado às doenças cardiovasculares, em especial o aneurisma progressivo da raiz aórtica, levando à dissecação e ruptura se não tratado cirurgicamente.

⁹⁹ Há ainda, por parte dos preceptores, uma expectativa de que o rodízio pela especialidade influencie na escolha pela cardiologia e que esse interno, conseqüentemente, possa, ao final do curso, voltar ao hospital na condição de residente. O convívio e a afetividade com cada preceptor nos rodízios também contribuem para opção que os aprendizes fariam. Foi assim com Iolanda que me contou sobre a sua escolha pela cardiologia: “Na cardiologia eu meio que me encontrei. Tinha um preceptor que tudo dele era pra Iolanda laudar o eletro, era pra Iolanda explicar o caso, então ele me incentivou bastante, junto com outros preceptores. Então eu me senti acolhida por eles e para mim que vindo de um outro estado foi importante. Quando eu cheguei, cheguei dizendo que eu queria fazer endócrino, mas ele disse: ‘Iolanda você tem que fazer cardiologia, você vai voltar para o Piauí sendo uma cardioendócrino, faça cardio’”.

No itinerário analítico, mais uma vez partirei das narrativas, trazendo à cena a minha interlocução com o interno Rafael, um jovem do interior da Bahia, que havia ingressado em medicina após cursar o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Neste diálogo, Rafael tenta me explicar por qual razão não escolheu a cirurgia:

Antes de entrar na universidade, eu até pensei em fazer cirurgia, achava um máximo ser um cirurgião, via nos filmes, séries também, sempre tem um personagem que é cirurgião. Mas, quando comecei o curso, logo vi que não era para mim. Acho que cirurgia exige sangue-frio e eu não tenho. Uma vez eu pedi para acompanhar uma cirurgia cardíaca e ficava me perguntando: de onde vem essa calma dos cirurgiões? De onde vem esta frieza de manter a mão firme segurando o bisturi e cortar o paciente? Cortar a carne do paciente é como se tivesse cortando a minha. E os cirurgiões lá estavam calmos, todos calmos, horas concentrados. Exige muita atenção, controle emocional. Todo mundo paramentado, máscara, gorro, luva. Digo que estavam calmos porque olhava a expressão deles, não se conversa muito no centro. Tinha um amigo meu que foi comigo que achou incrível, acompanhou outras cirurgias depois, desde que ele entrou no curso queria fazer cirurgia. Naquele dia, depois que saí da cirurgia, eu tive náusea, foi impactante, ao mesmo tempo em que achei também bonito, o resultado é concreto, você pode dizer que salvou uma vida quando tudo sai bem. Mas vi que não é para mim, prefiro ser clínico ficar com meus pacientes que estão falando, não estão anestesiados e não preciso abrir ninguém todo dia. (INTERNO RAFAEL, Caderno de campo).

A expressão “sangue-frio”, na fala de Rafael, me chamou a atenção, embora não fosse a primeira vez que a escutava no hospital associada ao desenho de certo “perfil emocional dos cirurgiões” e de uma identidade específica e excêntrica no que diz respeito aos seus modos de comportamento e as suas emoções. Identificar ali uma repetição fez com que em me indagasse: o que quer dizer sangue-frio? Surgia uma categoria êmica. Foi então que fui percebendo os sentidos dessa noção no meu campo e como os atores se apropriavam deles. A expressão “sangue-frio” diz respeito a gerir as emoções e não deixar que interfiram no seu fazer, uma espécie de “domínio de si” diante de situações difíceis e complexas, como as cirurgias; aparece também como uma expressão associada à serenidade, à capacidade de concentrar-se. Os cirurgiões, por vezes, são descritos como aqueles que precisam ser “menos emotivos” e desenvolverem o autocontrole.

Essa normatização do sentir dos cirurgiões parece ter relação com a natureza do seu trabalho que exige precisão dos movimentos, concentração e respostas rápidas frente às adversidades, além de um caráter mais “pontual” se comparado com o trabalho do clínico, como me explicava o residente Felipe:

Se eu for escolher um cirurgião para me operar um dia, vou escolher pela técnica, pela experiência. Vou analisar os resultados da cirurgia dele, não se ele é mais ou menos humano. A intervenção dele é pontual, diferente do clínico que vai acompanhar o paciente, ter mais convívio com o paciente, acompanhar no ambulatório. Lá na hora H da cirurgia, a técnica e a experiência do cirurgião são soberanas. (RESIDENTE FELIPE, Caderno de campo).

Vale dizer que a configuração dessa norma emocional atribuída aos cirurgiões não é exclusiva do meu campo. Menezes (2000) também a identificou em seu estudo com os intensivistas, outra especialidade médica em que os profissionais precisam lidar com situações de extrema gravidade e de instabilidade, que os pressionam a tomar decisões com rapidez. Ao cirurgião cabia a competência, o conhecimento, a técnica, o fazer e a ação. Não se pressupunha a justaposição da competência e do cuidar, expresso na linguagem dos valores, das relações, da compaixão e empatia. A ideia subjacente é que ter um distanciamento afetivo funciona como uma condição para que o cirurgião consiga fazer a intervenção cirúrgica. Esse perfil emocional, de acordo com os aprendizes (internos e residentes) é aprendido através da prática de operar, cuja execução exige longa ascese e particular destreza. As justificativas do porquê os cirurgiões precisam ter sangue-frio também pude escutar de Rafael:

Cirurgião não pode ser alguém assim muito emotivo, emocional, precisa ser alguém mais contido. Já pensou se um cirurgião for se emocionar com cada paciente que opera? Como iria conseguir operar as pessoas? Não pode. Por isso precisa ter sangue-frio, é sangue-frio. A prática de todo dia uma cirurgia, todo dia uma cirurgia, acho que a ajuda a aprender isso. Quando ele entra no centro cirúrgico, ele precisa pensar na técnica que ele vai usar, na precisão do que vai fazer, na função que está pronto para cumprir, se não a mão pode tremer (risos), ele pode se desconcentrar. Precisa ter serenidade, ficar tranquilo. Uma cirurgia envolve muitos riscos e os pacientes, às vezes já chegam muito graves, o caso é muito grave. Cirurgia cardíaca mesmo, uma revascularização, uma troca de válvula, um cirurgião cardíaco não faz sozinho. Imagine que eles estão operando o coração, tem os vasos, um erro pode ser fatal. Então não pode pensar muito se a cirurgia vai ser de uma criança, de um idoso, a história de vida do paciente. O que o cirurgião precisa ver ali é aquele coração, que precisa da sua intervenção para resolver o problema, para salvar a vida do paciente. Porque, se ele for ficar pensando muito em quem é o paciente e tal, pode ser tomado pela emoção e não conseguir operar bem. É difícil! Talvez, até por isso o contato do cirurgião com o paciente seja menor do que com o clínico. A gente brinca dizendo que clínico gosta de gente, cirurgião de sangue, de anatomia. (INTERNO RAFAEL, Caderno de campo).

De fato, os cirurgiões tinham menos contato com os pacientes do que os clínicos na internação. A enfermaria não era o lugar em que mais circulavam, pois o tempo maior de

trabalho era dedicado ao centro cirúrgico, apesar de participarem de atividades comuns com os clínicos na unidade como sessões clínicas e visitas médicas. Mesmo com os entraves existentes no meu campo para a realização de cirurgias cardiovasculares, cirurgias de menor complexidade eram feitas de modo mais sistemático, como o implante de marcapasso ou troca de gerador do marcapasso. Na rotina da enfermaria, podíamos encontrar os cirurgiões em horários e dias específicos. O encontro com o paciente acontecia, geralmente, de modo pontual, sem uma visita mais sistemática ou diária. No campo, atribuía-se ao cirurgião uma menor competência relacional em comparação com os clínicos e considerava-se que eram menos preparados para realização de comunicação de notícias difíceis.

Alguns pacientes internados na enfermaria já conheciam os cirurgiões antes da internação, porque haviam sido atendidos em consultas no ambulatório da cirurgia cardíaca do hospital. Já os pacientes que eram regulados das UPAS, tinham na hospitalização o seu primeiro contato com aquele que faria a sua cirurgia. Esses pacientes eram os que mais demandavam dos aprendizes, dos residentes e dos internos, conversar com o cirurgião cardíaco. A solicitação era atendida pela equipe de cirurgia, embora, algumas vezes, acontecesse poucos dias antes da intervenção cirúrgica, prática que podia mobilizar, em certos casos, o sentimento de insegurança no paciente e comprometer a construção do vínculo entre este último e o cirurgião.

Ilustração 09: A cirurgia



Fonte: Elaborada por Sérgio Bordim.

Essa diferença do contato entre os cirurgiões e os pacientes na internação, em comparação com os clínicos, não isenta os primeiros das experiências emotivas, pois o encontro com o paciente no centro cirúrgico também mobiliza afetos. Os clínicos estavam mais dedicados às práticas de ensino do que a assistência direta ao paciente em relação aos aprendizes. Ter uma residência em cardiologia clínica favorecia essa condição. Mas os cirurgiões precisavam estar no front da cena cirúrgica, não podiam dividir essa atribuição com residentes porque no hospital não havia uma residência em cirurgia cardíaca. A partir das narrativas dos cirurgiões, observei que existiam nuances nas emoções vividas no centro cirúrgico que merecem ser objeto de atenção, uma vez que indicavam que é nesse lugar onde a emoção do médico aparece de modo mais expressivo em relação à emoção do paciente. Como me explica Daniel:

Eu diria que na... no... a emoção do paciente no centro cirúrgico a gente não... não convive muito com ela, quero dizer, não do mesmo jeito como acontece no pré-operatório, que vamos falar sobre a cirurgia, conversar, expor os riscos. Ele já chega no centro mais ou menos um pouco sedados já... ele já chega praticamente anestesiado. Então a partir de... em torno de 10-15 minutos ele deixa, ele fica inconsciente, né? Tem diferença. A não ser quando o paciente chega chorando... chega triste. Mas geralmente, a... a gente... a gente prepara antes para não chegar nesse sentido, né? A gente conversa¹⁰⁰ antes... aquela coisa toda. Tem a equipe multi, que também atende na enfermaria, a psicologia. Então eu diria que a emoção no centro cirúrgico é mais do médico. De... de saber que é... que ele, tá lembrando o tempo todo que atrás daquela pessoa tem uma história, que atrás daquela pessoa tem um pai, tem uma mãe, tem um filho, um irmão, uma esposa, um esposo que acabaram de deixar o paciente na porta do centro cirúrgico, que tiveram no ambulatório há 3 semanas atrás, há 2 meses atrás, há 3 meses atrás. Então a emoção é mais nossa, do médico. A emoção é de querer retribuir, de querer devolver isso aí, salvar a vida daquele paciente. Um cirurgião tem que aprender a conviver com a vida, com o limite entre a vida e o sofrimento das pessoas. Isso, às vezes, ultrapassa o limite e entra no... no nosso eu, também, né? No sofrimento do dia-a-dia. Então, às vezes, eu diria que eu não sei se eu consigo, eu já sonhei com paciente que operei, foi uma cirurgia com desfecho ruim. Não sei se consigo fazer isso. Talvez, às vezes, a gente precise de terapia... algumas coisas pra... pra ajudar, né? A seguir em frente. Isso desgasta mesmo o dia a dia no centro cirúrgico... E, às vezes, tendo um resultado a... ruim... saber que no outro dia tem outro paciente que a gente vai tentar resolver o problema. Então a... e tem que si recompor, ali, emocionalmente, pra tentar é... resolver essas coisas, essas são as emoções que a gente sente no centro cirúrgico. Mas eu fico muito feliz também no centro quando a gente... muito gratificante quando a gente consegue dar a esse... a essa... vida, né? Voltar a ter uma vida normal a pessoa. Pessoas que estavam com... com... a possibilidade de sobrevida muito baixa em 5 anos e vão passar a viver de uma maneira... é... com excelente qualidade de vida.

¹⁰⁰ A conversa com o paciente, o atendimento da equipe multiprofissional, especificamente da psicologia, aparece na fala de Daniel como uma preparação emocional.

Então essa é uma emoção fantástica que vivemos no centro cirúrgico, traz felicidade. (E. 20 – PRECEPTOR DANIEL).

A fala de Daniel traz outro eixo discursivo, diferente daquele apresentado por Rafael. Para Daniel, operar um paciente também é uma prática atravessada pelas emoções. Não é possível, como menciona, que os afetos que os pacientes mobilizam no cirurgião fiquem de fora do centro cirúrgico. O ideal de distinção entre corpo e homem, entre coração e paciente não se torna plenamente exequível, porque a prática cirúrgica é também um aprendizado sobre sensibilidades. Aspectos tão constitutivos da dinâmica do centro cirúrgico, como o dilema entre a vida e a morte e a própria condição de vulnerabilidade do paciente, compõem as cenas afetivos. Não são somente os sinais vitais, mas a insurgência dos afetos que fazem com o médico reconheça que há ali uma vida que pulsa.

O discurso de Daniel sobre sua experiência afetiva no centro cirúrgico traz elementos para refletir sobre uma premissa proposta por Christophe Dejours (2012), quando afirma que “não há ‘trabalho vivo’ sem sofrimento, sem afeto, sem envolvimento pessoal. Reside aí a importância de enfatizar o reconhecimento das emoções como um instrumento valioso de trabalho. Só saber e técnica não dão conta da abrangência da prática médica, pois a experiência, o sentir e a subjetividade do médico são extremamente relevantes para o êxito do seu fazer. Cabe, nesse aspecto, ressaltar que a reserva da qual o profissional precisa fazer-se valer em sua prática, tanto quanto a sua implicação, não estão na dureza, no recrudescimento, no entorpecimento, na analgesia, na insensibilidade ou em qualquer outro adjetivo dessa espécie, mas na possibilidade de, ao afetar-se, se haver com isso.

A referência à terapia, feita por Daniel, pode ser reveladora da necessidade de construção de espaços de partilhas (individuais ou em grupo) sobre os desafios na atenção à saúde. Ao invés de criar imunidade ou defesas contra todo e qualquer afeto desencadeado no encontro do cuidado, saber até que ponto se pode, se consegue e se deve ir e, mais ainda, o aspecto em que fomos tocados e o porquê. Só assim, poderemos lançar mão do afeto de modo potencial, ao invés de nos afastarmos do paciente ou nos aproximarmos de maneira rápida e informativa simplesmente (FIGUEIREDO, 2000). Mais uma vez, volto à política Nacional de Humanização (2007) que discute que pensar a humanização é reconhecer a tríade usuários, trabalhadores e gestão. Se a humanização não alcança os trabalhadores, se não inclui suas experiências afetivas, sua capacidade de mudar as formas de gerir e de cuidar, precariza-se.

O contexto da cirurgia cardíaca e as experiências dos atores do cuidado mostram que é preciso reconhecer a potência das emoções de fazer agir. Elas são vividas pelos praticantes da medicina e são capazes de colocar esses sujeitos em movimento seja pelas esperanças, pelas angústias e pelos medos dos pacientes frente à cirurgia, seja pelas tristezas ou pelas alegrias que se expressam a depender do desfecho cirúrgico.

Pacientes e praticantes da medicina são afetados pelo contexto cirúrgico e há aprendizados que são construídos. Isso significa que podemos pensar a emoção como um complexo prático-relacional: a capacidade de emocionar os outros está intrinsecamente ligada a suscetibilidade de ser afetado pelas emoções. Comover-se com um paciente que espera a cirurgia ou sentir-se contagiado pela sua esperança de enfrentar o procedimento são versões distintas da mesma capacidade de ser afetado e, nisso, afetar. As emoções põem a cirurgia em questão, no sentido de colocar, para aprendizes, preceptores e pacientes em relação, o problema de como se deve agir em face dos afetos que circulam. Os afetos e as práticas vividos não são uma consequência natural do cuidado no processo de cirúrgico, são construídos.

Existe ainda dois aprendizados emotivos sobre a cirurgia que envolvem seus personagens: 1 - quais emoções deve sentir aquele que será operado, de modo a favorecer o tratamento; e 2 - quem é aquele que opera e de que forma deve estar atento as suas emoções para não comprometer a responsabilidade do seu fazer, tão bem expressa na frase que ouvia no campo “ele opera o coração, fica com o coração na mão, a vida na mão”. Pela observação desses aprendizados sobre sensibilidade no contexto da cirurgia, é possível vislumbrar a articulação entre normatividade, emoções e cuidado.

Nas práticas afetivas, é possível enxergar diferenças entre os atores sociais na cena cirúrgica. Afirmar que aprendizes, preceptores e pacientes afetam e são afetados não significa afirmar que são afetados e afetam igualmente. Mas, há um aprendizado mútuo sobre o sentir que só se constrói a partir da relação.

5 URGÊNCIAS ETNOGRÁFICAS: OS AFETOS NO TEMPO REAL DA PANDEMIA COVID-19

Os flagelos, na verdade, são uma coisa comum, mas é difícil acreditar neles quando se abatem sobre nós. Houve no mundo tantas pestes quanto guerras. E, contudo, as pestes, como as guerras, encontram sempre as pessoas igualmente desprevenidas.... (A peste, Albert Camus)

Na descrição densa que proponho neste capítulo, abordo as transformações no meu campo de pesquisa que aconteceram durante o período da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2, denominado de COVID-19, em 2020, incluindo a construção das sensibilidades e os modos de compreensão local dos afetos no hospital. O ponto de partida da análise são os registros etnográficos nos quais ganham destaque as cenas entre praticantes da medicina, pacientes, familiares e outros profissionais de saúde que compartilham o cuidado. A pandemia representou uma dobra, uma mudança de direção nos discursos e nas práticas sobre as emoções no hospital. As emoções apareceram diante do risco real de contaminação¹⁰¹, do adoecer e das incertezas e dos aprendizados, todos os seus atores tiveram que aprender a lidar com a nova situação. A dobra de que trato aqui é ruidosa e modula os interstícios da experiência de atores concretos. O pano de fundo dessas experiências é o cenário político-sanitário brasileiro, marcado pelo negacionismo¹⁰² e pela infodemia, que têm efeitos na ação dos atores sociais, pois produziram um antagonista para o enfrentamento da COVID-19: a negação da própria existência do vírus e da doença, minimizando o seu potencial de letalidade. Enquanto fenômeno social, a pandemia mobilizou afetos que estão diretamente associados ao contexto vivido. Argumento sobre a importância de reconhecer a potência das emoções e como, enquanto categoria analítica, essas podem nos auxiliar a entender a experiência da pandemia em tempo real.

¹⁰¹ Cf. Teixeira et al (2020), que discute os impactos na saúde mental dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19, expostos ao risco real de contaminação.

¹⁰² A pandemia do novo coronavírus se mostrou como uma catástrofe de grandes proporções humanitárias, sociais, econômicas, mas ao mesmo tempo culturais e ecológicas que atingem simultaneamente, mas de modos distintos, todos os países do mundo. As mortes se multiplicam e em dezembro de 2020, período em que escrevo este capítulo, o Brasil registra 193.875 mil mortos segundo os recenseamentos realizados nos Estados Unidos pela Universidade John Hopkins e pelo consórcio brasileiro estabelecido pelas empresas jornalísticas Folha de S. Paulo, O Estado de S. Paulo e O Globo. O negacionismo no Brasil foi o eixo norteador de gestão da pandemia, asseverando os efeitos da política de morte do governo brasileiro. É preciso considerar que o negacionismo é um fenômeno político e social, e ainda que sua análise requer reconhecer a importância central dos afetos e emoções na sua constituição e propagação (DUARTE et al, 2020; DUNKER, 2020).

“Não quero ficar anestesiada”

Você já viu tantos vídeos e fotos públicas de profissionais de saúde chorando nos hospitais? Médicos chorando assim com essa exposição? Eu já vi colegas chorarem no hospital, mas não choramos assim em público, no máximo com um colega, dois. A gente acha que se a gente chorar, vamos desabar e perder o controle da situação. Essa não é uma doença simples, não é uma doença fácil, não tem um tratamento específico, as evidências não estão prontas, e agora aqui em Salvador está atingindo um número de casos maior. Eu venho pra cá e tenho medo, medo de me contaminar. Agora a gente pode dizer que sente medo; é aceito, é humano. Ninguém vai dizer que não é normal, lhe censurar ou dizer que você é um médico, uma médica que não tem controle emocional. Todo mundo está sentindo medo. Essa máscara me protege do vírus, mas não me protege do que eu estou sentindo. Não me sinto exposta sobre o que sinto agora, me sinto exposta ao vírus. Médicos não são heróis, a gente até se engana, fantasia que pode ficar imune ao sofrimento (...) o nosso sofrimento na profissão não começou com a pandemia, só aumentou. Talvez também a gente reconheça mais agora porque (...) nunca nos sentimos tão vulneráveis a um vírus como esse antes. Eu acredito que chegará a vacina para COVID, mas não vai ter uma vacina para o sofrimento, pro que a gente sente. Mas, eu também não quero ficar anestesiada. Os pacientes sentem e nós também (RESIDENTE, Caderno de campo).

Essa vinheta etnográfica, que traz a narrativa de uma médica residente, expõe como a pandemia alterou a norma emotiva para os praticantes da medicina no meu campo. Antes dela, a expressão dos afetos e seu manejo na relação com os pacientes e com os familiares eram diversos. Ao invés da busca pelo controle das emoções e da privatização da subjetividade, construiu-se, no contexto pandêmico, diante da vulnerabilidade ao vírus, uma posição de inclusão das emoções, o que abriu espaço para um saber sensível que reconhece a condição de afetar e ser afetado nas práticas de cuidado. Isso mostra que surtos, epidemias e pandemias não são passíveis de serem analisados apenas a partir de teorias epidemiológicas e ultrapassam o campo estrito do discurso biológico. Por serem eventos críticos¹⁰³, seus efeitos sobre a vida e sobre a morte, a produção da subjetividade, as relações sociais e os modos de vida fazem-nos reconhecer o seu caráter eminentemente social. As emergências sanitárias não são democráticas, colocam em evidência muitas camadas de desigualdades e de vulnerabilidades, pois as pessoas não são afetadas da mesma forma e estão engajadas na construção de modos locais de enfrentá-las. (PELLECCHIA, 2017; PIMENTA, 2019; SEGATA, 2020; SILVA et al. 2020; MALUF, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no dia 11 de março de 2020, caracterizou como pandemia a disseminação em escala global do novo coronavírus (SARS-CoV-2), agente

¹⁰³ Ver em DAS (1996).

etiológico da doença denominada como COVID-19. A declaração de alerta da OMS sobre a ameaça do novo coronavírus já havia sido feita desde janeiro de 2020, quando foi abordado que o surto constituía uma emergência de saúde pública internacional. Os primeiros casos do novo coronavírus foram registrados em Wuhan, capital da província de Hubei, na China, ainda em 2019. Quando foi descoberto, pouco se sabia sobre sua natureza e suas formas de contágio, mas logo se identificou uma alta taxa de transmissibilidade do vírus. Nos meios de comunicação, o novo coronavírus foi anunciado como vírus chinês, o que nos mostra que “o vírus como as pessoas são racializados e evocam materialidades e imaginários de exclusão e ódio” (SEGATA, 2020, p. 280). Em seu pronunciamento, o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunciou que a pandemia se configura como o maior desafio sanitário do século 21:

Pandemia não é uma palavra a ser usada de forma leviana ou descuidada. É uma palavra que, se mal utilizada, pode causar **medo** ou aceitação injustificada de que a luta acabou, levando a **sofrimento** e morte desnecessários. Descrever a situação como uma pandemia não altera a avaliação da OMS sobre a ameaça representada por esse vírus. Não altera o que a OMS está fazendo e nem o que os países devem fazer. Nunca vimos uma pandemia provocada por um coronavírus. Esta é a primeira pandemia causada por um coronavírus. E nunca vimos uma pandemia que, ao mesmo tempo, pode ser controlada. A OMS está em modo de resposta completa desde que fomos notificados dos primeiros casos. E pedimos todos os dias que os países tomem medidas urgentes e agressivas. Tocamos a campanha do alarme alta e clara. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 11 de março de 2020, grifo nosso)

Chama a atenção, no discurso de Tedros Adhanom Ghebreyesus, a existência de duas palavras: medo e sofrimento, as quais fizeram parte da cultura afetiva do meu campo. No hospital, também foi tocada uma campanha de alarme. Proponho escutá-la a partir das emoções produzidas na pandemia. Este capítulo faz parte do conjunto de investigações que tem como objetivo contribuir com esse esforço de elaboração sobre esse fenômeno social. Está organizado em 4 subseções. Na primeira, teço considerações sobre o fazer etnográfico no contexto de urgência. Na segunda, abordo as transformações que se engendraram no hospital e, especificamente, na enfermaria de cardiologia com a pandemia, as quais nos convocam a um exercício reflexivo sobre o entrelaçamento das emoções com outras categorias analíticas como tempo, lugar, corporeidade e sociabilidade. Na terceira subseção, proponho uma discussão a partir dos registros etnográficos da confirmação do primeiro paciente com COVID-19 no hospital, que ocorreu na enfermaria de cardiologia. A análise se dirige às

repercussões do diagnóstico na cena afetiva entre praticantes da medicina e paciente. Na quarta subseção, o itinerário analítico será construído a partir da descrição etnográfica do encontro clínico entre Camila, Gilberto, Mercedes e Renato. A discussão é feita em torno da expressão dos afetos, ganham destaque os seus manejos. Quando falo sobre a existência de uma mudança na direção dos afetos para a categoria médica não suponho que esse processo se deu de forma isolada. A posição de uma maior abertura para emoções ocorreu porque o hospital e o cenário político-social e sanitário mudaram, outras variáveis foram incluídas à cultura emotiva participando desse movimento de inflexão. As emoções precisam ser analisadas no seu contexto.

5.1 FAZENDO ETNOGRAFIA NA PANDEMIA COVID-19: AS EMOÇÕES E O DIÁRIO DE CAMPO COMO UMA VIA DE ELABORAÇÃO

Continuar a pesquisa em tempos pandêmicos tem se configurado como um caminho de traçados sinuosos. Seguindo esse ponto, faço um destaque para os impactos dessa pandemia na pesquisa etnográfica, que tem, como uma das suas condições de possibilidade, a inserção no campo, em uma relação de partilha do tempo e do espaço. Estar presente em contato direto, face a face, com os interlocutores parecia vir na contramão das recomendações sanitárias de distanciamento físico. Era uma prática arriscada e em estado de risco. Muitos pesquisadores precisaram recuar a entrada ou a permanência no campo, outros redimensionaram suas investigações e, através do uso das redes sociais, teceram possibilidades de estar com seus informantes, engajando-se na construção de etnografias online, mostrando que a distância deve permanecer física, mas não social. Essa pandemia não fez insurgir a discussão sobre o fazer etnográfico e o risco, antes dela etnografias eram feitas em cenários com limites marcados pela guerra, pela violência, pelo trauma e pelo contágio. E é também aí, na experiência dessas situações arriscadas, que as emoções do pesquisador ganham à cena.

Desde a sistematização do método etnográfico, coloca-se em debate as vicissitudes e os imponderáveis da pesquisa de campo como parte constitutiva do conhecimento produzido (FLEISCHER et al, 2010). Ao longo desse debate, o risco aparece como uma dimensão associada a diferentes ordens: metodológica, epistemológica, política, pessoal, epidemiológica, dentro outros, mostrando a polissemia dessa categoria, conforme o conjunto de atores, cenários, circunstâncias e eventos envolvidos. Embora seja importante, na pesquisa etnográfica, partir da noção dos “riscos” implicados naquele campo específico, existe,

entretanto, um sentido lato, de fundo para o risco: o da ameaça. Parece-nos ser insuportável conviver ameaçados pelo risco e, por isso, nos precavemos constantemente. Todavia, por vezes, não se pode eliminá-lo do campo de pesquisa. Então, apesar da pandemia não inaugurar a reflexão sobre o risco na prática etnográfica, ela traz uma preocupação renovada sobre como conviver com o risco, no meu caso como conviver com o risco do novo coronavírus, o temor da contaminação e quais recursos tinha em mãos.

Quando iniciei o meu trabalho etnográfico, não estava no horizonte a expectativa de experienciar uma pandemia, talvez porque, como nos lembra Camus (2017), no trecho em epígrafe neste capítulo, a peste sempre nos pega desprevenidos, produzindo um efeito de surpresa e de inesperado. Também porque incluir essa possibilidade me faria pensar em uma questão que parecia improvável até 2020: como fazer uma pesquisa etnográfica em tempos de pandemia no hospital? Mas agora estava no *front* dessa emergência sanitária, inserida no campo e afetada por ele, na dupla posição de psicóloga-psicanalista e de pesquisadora. Precisava lidar com o risco e a urgência etnográfica. Mas, o que é uma urgência? É preciso saber, em primeiro lugar, em torno de que há urgência. Em torno de quais questões então podemos dizer que uma resposta urge?

A noção de urgência parecia familiar para mim. No hospital, deparava-me com as urgências subjetivas e as urgências médicas. Na psicanálise, a urgência subjetiva remete, de acordo com Sotelo (2007), ao sujeito e ao aparecimento da angústia que caracteriza uma ruptura da linha do tempo, com o modo como a vida transcorria antes. Põe em crise a relação do sujeito com o mundo. Atender um sujeito em urgência subjetiva demanda do analista escutá-lo na irrupção da sua angústia (SELDES, 2006). Já as urgências médicas dizem respeito ao que é considerado grave, requer um atendimento rápido, o que justifica a adoção de uma intervenção que pode influenciar em um prognóstico vital (AREDES, 2018). Guardada as devidas distinções entre esses conceitos, há um aspecto que ambas noções fazem ganhar relevo: o termo urgência indica uma temporalidade própria. É sobre esse ponto que a discussão da Sônia Maluf (2020) sobre o tema da urgência etnográfica parecia se dirigir ao quanto uma etnografia feita no contexto pandêmico nos coloca diante dos problemas emergenciais do campo da saúde e da sociedade e nos convoca a construir respostas rápidas, resguardando a profundidade dos dados etnográficos e de sua compreensão.

Via-me enquanto pesquisadora também às voltas com a questão do tempo. Argumento que, se a pesquisa tivesse terminado antes da pandemia, certamente não teria acompanhado a dobra, as mudanças afetivas que viver esse tempo pandêmico trouxe, pois, como pontua Das

(1999), o tempo não é algo meramente representado, mas um agente que “trabalha” nas relações, permitindo que sejam reinterpretadas, reescritas, modificadas. Percebia-me dividida pela angústia que o não saber da pandemia fazia despontar e pelo desejo de investigar os afetos mobilizados pela experiência da pandemia no hospital. Escolher seguir com a pesquisa incluía também o exercício reflexivo de pôr em relevo a minha própria afetividade enquanto pesquisadora e as estratégias que precisa construir para lidar com o risco: visibilizá-los e compartilhar as angústias do campo.

Ao longo dos meses que a pandemia se estendeu, o cansaço, as marcas no rosto pelo uso constante da máscara que havia se tornada minha segunda pele, o medo da contaminação, a incerteza quanto ao futuro, a insegurança pessoal e coletiva e a relação mais estreita com a morte me colocou em contato direto com o sofrimento, o meu e o do outro. E o sofrimento é absolutamente pertinente à situação, através dele era possível construir um conhecimento, como lembra Das (2011), e descobrir meios de falar sobre a experiência de testemunhar a pandemia. O caderno de campo foi a minha via de elaboração e de compartilhamento, o que me permitiu forjar bordas para o inominável e pela via da escrita instaurar um antes e um depois, uma pausa para o tempo de compreender. A inscrição dessa temporalidade me impulsionava a seguir. Ao escrever, dava ao que aconteceu um lugar ao invés de sucumbir ao silenciamento. Como psicanalista, mas também como pesquisadora, estava advertida que havia um entrelaçamento entre falar, ser, escrever e elaborar.

Fazer esta etnográfica se configurou, então, como um exercício radical de afirmação da vida: a minha, a dos aprendizes e a dos preceptores, a dos pacientes e a dos familiares, uma forma de me contrapor ao negacionismo que estava presente. Foi ainda, em alguma medida, uma via para o necessário trabalho de luto, que também é alteritário, coletivo. Luto do mundo que conhecíamos; da normalidade normativa do cotidiano vivido; das inúmeras mortes anunciadas todos os dias e que aconteceram no hospital; e de um modelo cultural de proximidade (física e emocional) para a adoção de um distanciamento dos corpos, pois a pandemia trouxe, como um dos seus imperativos, a criação e o fortalecimento de barreiras entre pessoas e entre as coisas e as pessoas. Construiu ainda uma noção de reconhecimento de fronteiras entre o que estava ou não contaminado, que deveria ser objeto de constante preocupação e de vigilância. Ao final de cada registro no diário de campo, percebia que era preciso inventar a vida com o que se perdeu e com aquilo que ficou. Questionava-me: o que de específico esta etnografia pode dizer e trazer sobre a pandemia COVID-19?

5.2 (CON)VIVENDO COM O VÍRUS NO CAMPO: UM PREÂMBULO SOBRE A PANDEMIA NO HOSPITAL E AS EMOÇÕES

Longínqua origem tem a pandemia. A palavra provém do grego, reunindo *pan* que significa todos, e “*demos*”, povo. Uma pandemia é um evento singular, emergente e complexo, como assinala Almeida Filho et al (2020), tem o potencial de transformar com radicalidade a vida. Desde março de 2020, mês em que foi anunciado o primeiro caso confirmado da doença COVID-19 no estado, o hospital entrou em um estado de alerta, revelando a proximidade da convivência com o vírus. Nesse contexto que engendrou mudanças no hospital e que os seus atores precisaram aprender com a nova situação, a discussão sobre as emoções ganhou outros desdobramentos. Noções como temporalidade, lugar, corporeidade e sociabilidade articulavam-se no debate com categorias emotivas como medo e sofrimento.

A lógica do tempo no hospital era diversa na pandemia. O medo organizava o tempo no hospital e as narrativas dos seus atores. Discutir a temporalidade nesse contexto é importante porque como pontua Espinheira (2008) a partir da análise dos usos do tempo se pode compreender os investimentos emocionais que as pessoas estabelecem, como orientam suas vidas. O relógio parecia girar os ponteiros arrastado, a hipervigilância com os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e a rotina de medidas preventivas incrementadas pelo discurso sanitário alongavam as horas. Os atos de paramentar-se e desparamentar-se se transformaram em rituais, cujos passos precisavam ser seguidos com atenção e com técnica. Entre os profissionais de saúde, havia níveis distintos de propriedade sobre esses processos e do tempo dedicado a sua execução.

Mas, mesmo entre aqueles que, pelo contato mais direto com o corpo do paciente (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas), a paramentação e a desparamentação eram abordadas desde a formação, os temores com o uso e o descarte dos EPIs também eram frequentes. As narrativas de Vera, uma das técnicas mais antigas da enfermagem, e de Laura, residente de clínica médica revelavam estava dimensão:

(...) para mim o pior é desparamentar, tirar. Não que paramentar seja bom. Nada nessa pandemia é bom. Primeiro, faço na minha cabeça o passo a passo, o que vou tirar primeiro, o que vem depois. Tudo isso leva muito tempo, a sensação que tenho é que trabalho mais agora, mais horas (...) Mas, no decorrer do processo, eu vou ficando nervosa (...) e vem a dúvida: será que fiz certo? Será que me contaminei agora? Você vive com a dúvida. É um sofrimento sem fim. E não adianta você já ter feito isso antes, não é a primeira vez que uso luva, que uso máscara, a capa. Sim, não é igual, mas a

gente usa em outros casos luva e máscara também. A diferença é que agora usa o tempo todo. Mas, eu nunca me senti tão ameaçada antes porque essa doença (...) a gente sabe muito pouco dela. Só sabe que pega no contato, na saliva, mas esse bicho não é qualquer vírus, dá medo. (TÉCNICA VERA, Caderno de campo).

A sequência do processo está na minha cabeça, mas é na hora que você está tirando, que você se perde. O medo de ter se contaminado, faz a gente duvidar o tempo todo até da nossa memória (...) você perde a certeza. Eu sou cuidadosa, levo um tempo checando tudo, mas não tem jeito, o medo vem (RESIDENTE LAURA, Caderno de campo).

Não é muito difícil perceber a mobilização das emoções nesse ritual. Paramentar e desparamentar produzia emoções. O corpo, objeto de cuidado, aparece imerso em contextos de prática e de atenção atravessados pelo medo. Diante de um vírus invisível que ameaçava a segurança parecia tênue a linha entre se contaminar e se proteger. O tempo da experiência era o tempo das emoções. O erro podia ter como desdobramento a convivência com a dúvida da contaminação. O conhecimento reduzido sobre o novo coronavírus acentuava o temor e a sensação de exposição ao risco. Além disso, a maior frequência com que essas práticas de paramentar e de desparamentar passaram a ser feitas contribuía para esse medo constante. Era um tempo de medo, convivia-se com ele, como se convivia com o vírus. O medo tanto revelava o risco, quanto era uma bússola que assinalava a necessidade de proteção diante da condição de vulnerabilidade.

A pandemia acentuava ainda uma incerteza sobre a temporalidade. Não saber a sua duração ou quando chegaria a vacina ocasionavam uma ambivalência entre os atores no meu campo. Então, se por um lado desconhecer o curso da pandemia comprometia e colocava em suspensão seus projetos de vida¹⁰⁴, por outro esperar sobre o futuro era um recurso para permanecer na assistência e não manter os olhos presos na ameaça do presente. Frases como “quando essa pandemia acabar”, “quando a pandemia passar” ou “quando chegar a vacina”, habituais nas suas narrativas, sinalizavam essa noção de condicionalidade para o planejamento da vida que a pandemia trazia.

¹⁰⁴ Sobre essa questão da suspensão do projeto de vida dos profissionais de saúde do meu campo, incluo a discussão proposta por Velho (2008) sobre a categoria analítica projeto. Para Velho (2008), o projeto é construído dentro de um campo de possibilidades. Quando falamos em projeto, não estamos nos referindo a um fenômeno estritamente interno, subjetivo, mas em uma ação à vista, que é elaborada a partir de uma teia de experiências, de códigos compartilhados que ganham sentido nas interações e que, portanto, está atravessado por dimensões biográfica e temporal. O contexto pandêmico e sua temporalidade repercutiam nos projetos.

O medo não modificou apenas o ritmo do tempo no hospital, a sua paisagem sonora também foi reconfigurada. A cacofonia que se construía pela variedade e pela densidade das vozes das pessoas que circulavam nesse lugar foi substituída pelo silêncio nos corredores. Além da atenção aos zumbidos mecânicos dos monitores, tosses e espirros transformavam-se em sinais de alerta ao ouvi-los nos leitos ou na convivência com os colegas, com os pacientes e com os seus familiares. Esses sintomas audíveis, provocados pelo novo coronavírus, eram anúncios do risco. A audição se afinava de modo que era possível diferenciar os sons para os quais se devia estar atento e quais se podia ignorar. Em momentos de crise ou de mudanças, nossos sentidos são reajustados (MATTERN e LUERSEN, 2020). Quando uma tosse ou um espirro acontecia logo era feito um esclarecimento “eu tô com a minha rinite atacada, não é COVID não”, dizia uma residente médica, ou “isso aqui é alergia, viu, gente? Não precisa ninguém ficar assustado, é alergia”, comentava outro residente da clínica médica.

Já em relação aos pacientes, os residentes médicos contavam que com frequência esses negavam na admissão qualquer tosse ou espirro. O medo mudava os encontros entre praticantes da medicina e pacientes. Era o medo que fazia os pacientes negarem os sintomas e passou a ser importante considerar esse conteúdo emotivo no encontro clínico, incluí-lo nos atendimentos. O residente Samuel, reconhecido pelo seu compromisso com os pacientes, explicava-me essa questão:

(...) eu pergunto, sempre pergunto, se tem tosse seca, se tem sintomas gripais, febre. Eles sempre dizem que não, negam. Mas, depois a gente fica sabendo, ouve ou vê que estão tossindo. Acho que é medo que eles sentem, sentem medo da doença por isso escondem, é difícil, eles sabem do risco. É difícil porque você confronta o relato do paciente. Ele diz: “não estou tossindo”. Aí, como você diz que você está? A gente tem que considerar o medo, perguntar sobre como o paciente se sente. (RESIDENTE SAMUEL, Caderno de campo).

Os familiares e os acompanhantes também escondiam as informações sobre os sintomas pelo medo de que o paciente fosse considerado suspeito, precisasse ficar em isolamento, ou fosse transferido para uma unidade COVID. Não somente os sintomas audíveis não eram revelados como também os inaudíveis: febre e diarreia. Mas, como nos lembra Foucault (2010), o hospital é um espaço regido pelo poder disciplinar, a distribuição interna do espaço hospitalar e o estabelecimento de um sistema de registro permanente e exaustivo que estrutura a sua rotina. Assim, o segredo sobre as informações tornava-se passível de ser revelado. A distribuição dos pacientes por leito, as visitas médica e da equipe enfermagem à

beira leito, os relatos dos outros pacientes que, temerosos com a contaminação, contavam para a equipe o que ocorria, faziam a notícia circular. Logo, identificava-se quem era o paciente que estava espirrando ou tossindo.

A distribuição espacial dos atores também foi orientada pelo medo, havia uma nova cartografia. As salas de aula e a biblioteca, lugares tão característicos do hospital universitário, costumemente ocupadas pelos aprendizes e pelos preceptores, estavam vazias. Os elevadores eram evitados e as escadas se tornaram as principais vias de acesso. Os espaços compartilhados como as copas, os confortos e o refeitório adquiriram outro funcionamento. Era preciso fazer uma escala para o almoço, havia a orientação que cada profissional almoçasse sozinho na copa. Os confortos, os lugares de descanso dos profissionais (trabalhadores do hospital e residentes médicos), também seguiam essa orientação. No refeitório do hospital, as mesas e as cadeiras estavam afastadas, cumprindo a orientação de distanciamento. Os corredores, antes movimentados, agora estavam esvaziados, tentava-se manter à distância; caminhar mais depressa sem as pausas para os encontros. Unidades específicas para o tratamento de pacientes com suspeita ou contaminação pelo vírus foram abertas, como uma enfermaria e uma UTI, e eram nomeadas pelos atores como lugares de risco.

Passou a ser um hábito, entre as pessoas no hospital, perguntar se havia um “caso suspeito” e qual unidade o paciente estava internado. Essa busca pela informação não estava apenas circunscrita ao âmbito da curiosidade, mas também funcionava como uma prática pautada no medo e, em certa lógica preventiva que modificava o engajamento com o lugar. As alas com casos suspeitos eram evitadas, marcando a construção de uma geografia da contaminação. Mudavam-se os percursos para construir uma noção de distância. Para Ingold (2005), com relação ao distanciamento, esse é o sentido que usamos para precisar os contornos de um caminho, para percebê-lo no tempo. Mais do que uma medida que, a princípio, parece gozar de certo teor de exatidão, a distância também se relativiza, é sentida no singular pelo caminhante que a decalca pelo seu engajamento corporal, pelas suas emoções. A distância depende então de quem a percebe, de quem a nomeia como tal. É sempre distância de alguma coisa ou para alguém, o que garante uma intencionalidade nessa relação.

Dispensadores de álcool ganharam mais pontos no hospital. O álcool em gel que, no contexto pandêmico, tornou-se para a maioria dos atores do hospital um artigo privado, assumia um protagonismo ao ser investido da missão de protegê-los contra o medo da

contaminação, como me contava a residente de clínica médica Laura, que fazia o seu rodízio na cardiologia:

(...) eu não saio sem meu álcool em gel. É a primeira coisa que pego quando me arrumo para o trabalho. Passo toda hora, minha mão já fica ressecada. (...) Mas é também o que me protege desse vírus, porque aqui no hospital tudo é contaminado. Você pega em qualquer coisa com medo (...). Pego em uma coisa, passo álcool, pego em outro álcool de novo (...). Já tenho cheiro de álcool (RESIDENTE LAURA, Caderno de campo).

Além do álcool em gel, outros elementos foram agregados a proteção do corpo, os quais dificultavam o reconhecimento das pessoas no hospital. Com as máscaras, os gorros, os óculos e as roupas privativas que substituíram os jalecos brancos, não era fácil identificar quem era quem. O reconhecimento do rosto que, como expõe Le Breton (2019b) é o primeiro elemento de identificação de si e do outro, era comprometido pelo uso das máscaras. Os residentes da enfermaria de cardiologia aderiram às roupas privativas, cujo uso se justificava pelo risco de exposição do corpo. Chamou a atenção o fato de um preceptor também ter adotado a vestimenta, já que o modo de vestir dos preceptores, por exemplo, com o uso da gravata feito por alguns deles, funciona como um fator de distinção na hierarquia da categoria médica. Isso aponta para o esmaecimento de alguns símbolos de *status* na categoria médica durante a pandemia.

No contexto em que o medo era o principal mobilizador de práticas, o corpo do outro humano se tornava um risco, assim como o próprio corpo. Os movimentos eram mais contidos entre as pessoas, não se tocava no corpo como antes. Outras ritualidades sociais ganhavam mais relevo: o fato de tocar-se ou manter-se unido ao outro pelo toque era em parte substituído pela palavra, pela troca de olhares, por gestos à distância ou por mímicas na tentativa de construir uma afetividade posta em prática. Uma frase exemplar do que quero chamar atenção escutei da residente Laura: “eu aprendi a sorrir com os olhos, porque a máscara impede isso, de ver o sorriso como antes e eu falo sorrindo com meus pacientes”. Um aprendizado sobre afetividade se construía. Nesse contexto sensível, era preciso apostar na eficácia simbólica que emergia com essas novas ritualidades. Mas, a substituição ora efetuada não era sem efeito, pois “o homem marca sua presença no mundo por seu corpo. Perder o toque dos outros, às vezes, é perder o mundo” (LE BRETON, 2016, p. 277).

Mesmo com novas ritualidades, o toque não foi perdido nos circuitos afetivos no hospital. Os abraços e os apertos de mão deram lugar para uma prática que se tornou muito comum entre os profissionais e entre os profissionais e os pacientes: encostar os cotovelos

para cumprimentar, saudar alguém. Os cotovelos, que são partes do corpo tão pouco incluídas ou até excluídas dos encontros sociais e das trocas afetivas, passaram a ser protagonistas. Indagava: por que os cotovelos? Os atores do meu campo me respondiam que assim se “pode tocar mantendo à distância”, dizia o residente Samuel. Preceptores e residentes passaram também a se cumprimentar com os cotovelos pelo corredor da enfermaria ou na sala de prescrição. Mas, essa prática não ficava restrita à relação preceptor-aprendiz, pois, como comentava a residente Laura, “se o paciente me estende a mão, agora eu dou o cotovelo, mostrando para ele como se faz”. Uma outra noção de gestualidade afetiva era elaborada, não se esgotava no tocar das mãos, tão temido na pandemia.

Todavia, a construção dessa outra gestualidade afetiva não eliminava os antigos modos de usos do corpo para expressão da afetividade, mas isso não se dava sem censura. Por vezes, era possível ver profissionais se abraçando. Mas, esse acontecimento era, de um modo geral, alvo de comentários: “olha lá! Se abraçando, não sabe que não pode abraçar. E um deles é médico ali (...) será que não têm medo do vírus?”. O medo organizava os comportamentos e se supunha um repertório de condutas para aqueles que tinham medo da contaminação e para aqueles que não tinham.

O hospital e, conseqüentemente, a enfermaria perderia ainda, no primeiro momento, um dos seus principais atores em número e em importância: os estudantes dos diferentes cursos de graduação em saúde da universidade. Antes da pandemia, os estudantes circulavam pelas unidades cumprindo seus estágios. Os internos, que eram maioria no quantitativo de alunos, aglomeravam-se nas varandas, nos corredores ou nas salas durante as visitas médicas e multiprofissionais. Mas, em março, saíram dos seus campos de práticas, após o comunicado oficial da universidade sobre a suspensão das aulas e dos estágios. O internato de medicina só retornou suas atividades no hospital no mês de julho. Entretanto, esse retorno preocupou os profissionais da assistência. O pano de fundo era a ameaça sempre presente de desabastecimento em relação aos EPIs e o temor da contaminação, mostrando uma classificação de quem eram os atores essenciais para estarem no hospital naquela cena pandêmica. Elvira, uma das enfermeiras, comenta:

a gente não sabe nem se vai ter EPI pra gente e os internos voltam, como é que vai ser? Vai ficar cheio isso aqui, eles são muitos, aumenta o risco de contaminação. Eu acho, na minha opinião, que não era hora de interno voltar, eles não são essenciais neste momento, são estudantes ainda. Os residentes sim, que prescrevem, que atendem, precisam estar aqui. (ENFERMEIRA ELVIRA, Caderno de campo)

Com os residentes médicos, o processo se deu de outro modo, permaneceram no hospital, em virtude da necessidade de força de trabalho especializada para o enfrentamento do novo coronavírus. Os residentes seguiram nos seus rodízios e, como incentivo, o governo federal adotou como medida o aumento do valor da bolsa dos residentes médicos e multiprofissionais de todos os programas de Residência do Brasil¹⁰⁵.

Mas viver a residência na pandemia, trazia outras nuances. Além do medo da contaminação, ao longo da pandemia, os residentes diziam conviver com outro temor, o de estar no hospital. A presença dessa emoção aparecia associada, principalmente, ao negacionismo do presidente Jair Bolsonaro, que também se expressou através de falas veiculadas na mídia nacional que incentivavam a invasão dos hospitais

tem um hospital de campanha perto você, tem um hospital público, arranja uma maneira de entrar e filmar. Muita gente tá fazendo isso, mas mais gente tem que fazer, para mostrar se os leitos estão ocupados ou se não, se os gastos estão compatíveis ou não. Isso nos ajuda. (ESTADÃO, 11 de junho de 2020a).

O hospital passou a ser visto como um lugar perigoso não apenas pela ameaça do vírus, mas também porque poderia ser alvo de violências, como aconteceu no estado do Rio de Janeiro. Nessa cidade, as instituições hospitalares foram invadidas por pessoas que, munidas de seus celulares, filmaram a estrutura interna do hospital para saber se havia leitos ocupados e pacientes com COVID. Uma prática mobilizada pelo discurso negacionista sobre a pandemia. Na enfermaria de cardiologia, a residente Laura chegou a considerar que pudéssemos vivenciar uma invasão: “já pensou se invadem o hospital? Agora estão invadindo hospitais. Um perigo! É para ter medo”.

As principais atividades coletivas de ensino médico presenciais como as sessões de caso clínico e as visitas, além de reuniões e eventos foram temporariamente suspensas, o que impactava a sociabilidade e a função do hospital enquanto um lugar de treinamento. Este ponto sobre a função merece destaque porque o ensino da medicina no hospital é realizado, em

¹⁰⁵No dia 27 de março de 2020, foi criada a Portaria 580 que dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19), que tinha como objetivos: “I - ampliar a cobertura na assistência aos usuários do SUS em todos os níveis de atenção, especialmente no enfrentamento da emergência de saúde pública em decorrência da infecção humana pelo coronavírus (COVID-19); e II - reduzir o tempo de espera nos atendimentos de usuários do SUS com condições de alto risco em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares nos casos de infecção humana pelo coronavírus (COVID-19)” (BRASIL, 2020b). Também fez parte dessa Ação Estratégica, a bonificação de 20% no valor da bolsa dos residentes médicos e multiprofissionais.

grande parte, a partir do engajamento do aprendiz em atividades coletivas, como sessões clínicas e visitas. A redução e a suspensão destas práticas ocasionaram mudanças no modo como a medicina era feita e ensinada. Sobretudo, durante o período da saída do internato, a relação de aprendizado passou a ser entre preceptor e residente. Observei que essa transição do ensino para muitos para o ensino que se dava na relação entre preceptor e residente também permitia uma maior abertura para emoções, compartilhava-se experiências, histórias sobre o medo, sobre os impasses de atender pacientes na pandemia. A hierarquia médica enquanto vivenciada estava mais borrada. Outro aspecto que merece menção tem a ver com o fato de que essas atividades coletivas eram também espaços de performar um saber, mostrar o aprendizado do conhecimento médico para uma plateia, formada por aprendizes e especialistas. Sem a audiência outros modos de lidar com o saber eram construídos, inclusive o de sentir o saber, no qual a prática médica incluía as emoções da experiência de atuar como praticante da medicina no contexto pandêmico. A pandemia que produzia reorientações no modo como o cotidiano, as práticas, o cuidado e o ensino aconteciam no hospital, também trazia uma reflexividade sobre a formação médica.

Com a suspensão das atividades coletivas e dos eventos, incentivou-se o uso de plataformas digitais, para realização de algumas dessas práticas na modalidade online. Essa suspensão, embora fosse justificável enquanto medida preventiva para evitar a disseminação do vírus, mobilizava, nos atores do hospital, o sentimento de solidão produzido pelo isolamento e os convocava a se engajarem em formas de sociabilidade ainda incipientes no hospital até então. Sobre esse ponto, a residente Laura comenta:

Eu sinto falta das sessões, das visitas cheias, das festas de final de rodízio (...) de ver todo mundo junto. A gente já fica tão isolado lá fora, vive esse isolamento aqui (...). Eu não estou dizendo que não é importante. Não sou negacionista, não quero aglomeração, mas são esses encontros que tornam nossa rotina aqui mais leve. Agora é uma solidão (RESIDENTE LAURA, Caderno de campo).

A progressiva retomada dessas atividades ao longo da pandemia não afastou o medo, que continuava a ser o principal empecilho para a participação, habitualmente, escutava a frase “tenho medo de ficar aglomerado”. Na enfermaria de cardiologia, apenas as visitas médicas ocorriam, com menor frequência, agora de forma breve, apenas com preceptores e residentes, os internos só voltaram a participar no mês de julho. As visitas multiprofissionais só foram retomadas em dezembro de 2020, o que gerou um impacto importante na assistência, fragilizando o esforço de construção do cuidado integral no hospital.

Mesmo reconhecendo os impactos nas atividades coletivas de ensino, a biomedicina no hospital viveu uma corrida sem precedentes para a produção de publicações e tecnologias¹⁰⁶ que respondessem de forma rápida frente ao potencial de letalidade da doença. Como escutava do preceptor Paulo: “não se faz medicina sem evidência. Esse temor todo que a gente sente vem daí, tem muita incerteza e pouca evidência científica”. A busca por evidências aparecia nos discursos dos preceptores médicos como um antídoto para o medo. Novos protocolos, orientações, boletins de serviço extraordinários eram criados e alterados com frequência, na tentativa de acompanhar as novas evidências científicas. Mas as evidências nos discursos dos praticantes da medicina não eram ditas ou apresentadas como prontas ou consolidadas, tal qual ocorria antes da pandemia. Havia lugar para as dúvidas, para as incertezas, para as mudanças que marcam o processo de produção de uma evidência no campo da ciência.

Além do medo, o sofrimento também contornava as narrativas dos atores sociais no hospital. Os profissionais que seguiram no front da assistência, precisaram lidar com as marcas corporais que se acentuaram ao longo da pandemia pelo uso das máscaras de proteção e com o grau de incerteza que a pandemia trazia. Nenhum preceptor médico da enfermagem de cardiologia se afastou na pandemia no período da minha pesquisa e os residentes da especialidade apenas o fizeram quando foram contaminados pelo vírus. Outros trabalhadores, sobretudo da enfermagem, não puderam permanecer na linha de frente por serem considerados grupos vulneráveis e entraram em trabalho remoto¹⁰⁷ ou foram relocados para atividades não

¹⁰⁶ Através do Laboratório de Pesquisa em Infectologia (LAPI) do hospital e vinculado à EBSEH, a instituição conseguiu padronizar o uso de saliva como teste para detecção do coronavírus. Tratava-se de uma ação inédita no Brasil. A metodologia era aplicada em pacientes e em trabalhadores do hospital que apresentem sintomas compatíveis com o coronavírus. O procedimento através da coleta da saliva se caracterizava por não ser invasivo - menos desconforto para o paciente-, e apresentar menor risco de contaminação para funcionários, pois é coletado pelo próprio paciente. O procedimento também tinha um menor custo, uma vez que não envolve meio de transporte e tubos, apenas um coletor de urina, estéril. Também não havia necessidade de uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), que é necessário, por exemplo, quando se coleta por nasofaringe.

¹⁰⁷ O critério de inclusão do trabalhador na modalidade de trabalho remoto seguia as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) e do boletim de serviço interno nº 276, que publicou a Nota Técnica nº 5/2020 no final de março. Essa nota fazia uma diferença entre trabalhadores ligados diretamente a assistência ao paciente e aos trabalhadores administrativos. Para os trabalhadores administrativos, o trabalho remoto foi recomendado para aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e com diagnóstico das seguintes condições clínicas: diabetes insulino-dependentes; insuficiência renal crônica; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); enfisema pulmonar; asma moderada ou grave; tuberculose ativa ou sequelas pulmonares decorrentes de tuberculose; doenças cardíacas graves; insuficiência cardíaca; hipertensão arterial sistêmica severa; imunodeprimidos, salvo aqueles acometidos com doenças autoimunes sem uso de imunossupressores; obesidade mórbida com IMC igual ou superior a 40; e cirrose ou insuficiência hepática. Tinham direito também ao trabalho

relacionadas à triagem e ao tratamento direto de pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19.

Era possível identificar como a expressão do sofrimento se dava em diferentes níveis da hierarquia médica. Coordenadores da enfermagem, preceptores e até aprendizes estavam engajados na construção de modos individuais e coletivos de lidar com o sofrimento na pandemia. Autorizavam-se a falar por si ou em nome dos colegas sobre seus afetos nesse contexto. Mas essa autorização não se dava sem diferenças. Os coordenadores médicos ocupavam a função de porta-vozes do grupo, falavam menos de si, mas havia um estímulo para escutar as emoções dos membros da equipe. Em nome do que chamavam de “necessidade de suporte emocional” alguns coordenadores de enfermarias solicitaram ao Serviço de Psicologia do hospital que alguma prática de acolhimento fosse dirigida aos profissionais, um coordenador médico me contava,

(...) tenho recebido ligações de colegas médicos que estão em sofrimento, estão pensando em sair de casa, têm filhos pequenos e tal. Eu não sei o que dizer neste momento. Eu escuto, deixo eles falarem, eles precisam falar, digo que sei que é difícil mesmo. É preciso ter empatia, sabe? Vocês da psicologia vão fazer algo? Algum projeto para os profissionais? (COORDENADOR MÉDICO, Caderno de campo).

Na enfermagem o preceptor Gabriel me dizia: “médicos não são muito de procurar apoio psicológico, mas a gente precisa, agora mais do que nunca, precisamos falar sobre o que estamos vivendo e sentindo aqui para suportar essa pandemia, estamos vulneráveis”. No final desse mês, foi criado o Projeto Escuta pelo Serviço de Psicologia para o acolhimento dos trabalhadores do hospital. Na hierarquia médica, os residentes e depois os internos foram os que mais procuraram o Projeto Escuta. A hipótese é que essa maior procura entre os residentes está associada ao contato mais direto com o paciente, que mobilizava tanto a angústia de se contaminar pela maior exposição, quanto o acesso aos dilemas vividos pelos pacientes na pandemia.

Crescia, entre os profissionais da assistência, as narrativas sobre a solidão, decorrente da saída de suas casas e da separação dos familiares. Quando permaneciam nos seus domicílios, contavam que os espaços da casa ganhavam fronteiras para promover o

remoto: gestantes ou lactantes de crianças até 1 (um) ano de idade; responsáveis pelo cuidado ou que coabitam com uma ou mais pessoas com confirmação de diagnóstico de infecção por COVID-19, por prazo de 14 dias contados da confirmação do diagnóstico.

distanciamento dos corpos. Evitava-se o toque entre os familiares¹⁰⁸ e a convivência nos mesmos cômodos. A decisão difícil de sair ou de permanecer em casa era atravessada por questões de classe, de gênero e também por questões emocionais. As histórias sobre mulheres que saíram de suas casas eram mais numerosas. Medo, culpa, angústia de separação eram afetos compartilhados. Com frequência, ouvia frases de profissionais na enfermaria como: “eu posso ter o vírus, tenho medo de contaminar minha família”; “se meus pais tiverem COVID, eu vou me culpar, minha família vai me culpar, porque eu trouxe o vírus para casa”; “fico dividida entre mandar meus filhos... para ficarem com minha mãe ou deixar eles aqui. Como uma mãe pode se separar dos filhos assim? Minha filha menor tem só 3 anos, é muito pequena”. Essa identificação, expressa nas falas, com o lugar de vetor de transmissão, mobilizava sofrimento.

Mesmo entre aqueles que estavam em trabalho remoto ou afastados pelo diagnóstico de COVID-19, as histórias sobre o sofrimento ganhavam à cena. A experiência de confinamento, o sentimento de culpa e a sensação de abandono dos colegas na linha de frente e dos pacientes apareceram nos seus discursos: “eu não me sinto bem de estar saindo da assistência neste momento, é como se estivesse deixando meus colegas, sabe? Como se estivessem abandonando eles e os pacientes no pior momento, em uma pandemia”; “você fica em casa, está protegido, mas não é como estar no hospital, eu me sinto mais útil no hospital, eu sei que é um risco para mim trabalhar nessa pandemia, mas, às vezes, me culpo por não estar lá”; “me sinto dividida, agradeço por poder estar no trabalho remoto, mas tem conflitos, fico com a cabeça no hospital, queria ajudar”. Agregado a isso, para alguns desses trabalhadores, o trabalho conferia sentido de vida e o hospital era visto com um dos principais lugares de sociabilidade e de vínculos. O hospital é um espaço de trabalho vivo, de afetos, onde a feitura dos laços sociais é o que permite sustentar o sofrimento lido com tanta alteridade pelos seus atores.

Desde março, o hospital já registrava casos de pacientes com suspeita do novo coronavírus, nenhum deles havia confirmado o diagnóstico. Mas, conviver com a ameaça do vírus já provocava, como descrevi, profundas mudanças. Embora o hospital, onde fiz meu trabalho de campo, não fosse uma unidade de referência na rede de atenção à saúde para o atendimento de pacientes com COVID-19 em Salvador, a classificação como não referência

¹⁰⁸No meu campo, escutei o relato de uma profissional que contava emocionada que, nos primeiros meses da pandemia, quando caminhava pela casa, seu marido a seguia com um rodo e materiais de limpeza para higienizar os lugares da casa onde passava e as coisas que tocava. Dizia que seu marido havia feito o pedido de que queria dormir em quarto separado.

não funcionava como uma barreira para que, durante a internação, os pacientes manifestassem a doença.

Os pacientes com suspeita diagnóstica para a doença, identificados pelas equipes na hospitalização, passavam por uma avaliação da equipe de infectologia que, ao identificarem os sintomas e após a coleta do exame *swab* de nasofaringe, recomendavam o pedido de transferência para uma das unidades coortes, de acordo com suas demandas clínicas e da gravidade do quadro. Posteriormente, esses pacientes eram regulados para hospitais de referência da rede SUS. Nos meses que se sucederem, em virtude do aumento dos casos e da taxa de ocupação dos leitos na cidade, os pacientes passaram a realizar seus tratamentos e o isolamento no próprio hospital, na enfermaria ou na UTI de referência.

Em abril, o cenário se modificou ainda mais no hospital, o número de casos suspeitos aumentou. No início de mês, foi registrado o primeiro “caso de COVID-19” no hospital, ocorreu na enfermaria de cardiologia, meu campo. É sobre essa experiência de chegada do meu primeiro registro da contaminação pelo novo coronavírus e suas repercussões na cena afetiva que discuto na próxima subseção.

5.3 SOBRE “SER OS PRIMEIROS”: NOTAS ETNOGRÁFICAS SOBRE O PRIMEIRO PACIENTE COM O DIAGNÓSTICO DE COVID-19 NO HOSPITAL

O primeiro paciente com diagnóstico confirmado de COVID-19 no hospital estava internado na enfermaria de cardiologia. Ao longo da pandemia a unidade, junto com a onco-hematologia foi uma das que apresentou o maior número de pacientes suspeitos e contaminados pelo coronavírus no hospital. O paciente chamava-se Antônio, era um homem de meia idade que morava em Salvador, estava internado em virtude da intensificação dos sintomas de doença cardíaca e tinha uma indicação cirúrgica de revascularização. Contava que havia iniciado a graduação em um curso de saúde na juventude, mas que abandonou a formação. Na admissão dizia que, mesmo sem ter concluído a graduação, era reconhecido como “quase médico” pelos amigos, alguém que tinha um conhecimento diferenciado sobre as doenças. Após poucos dias da hospitalização, Antônio apresentou tosse e dispneia. Negava a tosse quando as enfermeiras lhe perguntavam nas visitas das manhãs. Mas, logo foi identificado o sintoma.

Depois da avaliação médica, foi decidido pelo seu isolamento de Antônio. O paciente reagiu com resistência ao comunicado da equipe sobre sua transferência para um quarto

privativo, onde ficaria isolado até a avaliação da infectologia, a coleta do *swab* e a espera do resultado do exame. A sua resistência quanto a suspeita diagnóstica se expressava pela dificuldade de cumprir as orientações sobre o isolamento, dadas pelas equipes médica e de enfermagem.

As práticas de precauções e de isolamento são usadas nos hospitais como uma estratégia para prevenção e para controle de doenças transmissíveis. O objetivo básico de um sistema de precauções e isolamento é a prevenção da transmissão de microrganismos de um paciente para outro paciente e de um paciente para um profissional de saúde; tanto na forma direta como indireta. Essa prevenção abrange medidas referentes não só aos pacientes, mas também aos profissionais da saúde que podem servir de veículo de transmissão desses microrganismos (MEDEIROS et al, 2007; BRASIL, 2013; 2017). Embora, seja inquestionável a importância das práticas de isolamento no contexto hospital, elas não ocorrem sem efeitos emocionais tanto para os pacientes quanto para os profissionais. No campo da psicologia, estudos têm identificado conteúdos emocionais nos pacientes que vivem essa experiência, os quais aparecem associados ao estigma da vivência da doença transmissível e da interrupção do fluxo de interação social na hospitalização. Estes conteúdos são: solidão; medo; e ansiedade (DUARTE et al, 2015; SIMONETTI, 2004). Para o profissional de saúde que assiste pessoas em isolamento, emoções, como o medo da contaminação, podem ser suscitadas pelo contato com o corpo do paciente, seus fluídos e por objetos manipulados. O cuidado aos pacientes em isolamento exige ainda dos profissionais o uso de EPIs específicos e maior atenção para a paramentação e para a desparamentação.

No meu campo de pesquisa, mesmo antes da pandemia, era comum escutar dos pacientes internados na enfermaria a observação sobre uma diferença na interação com a equipe quando entravam em isolamento. Comentavam a impressão do evitar do toque e do medo que diziam identificar nos olhares dos profissionais. Uma parte dessas falas se dirigia a atitudes e a afetos que surgiam na cena clínica e para os quais, por vezes, os profissionais poderiam não estar advertidos. Outra parte, associava-se a separação geográfica e simbólica que o isolamento produzia, sentir-se afastado dos demais e ainda poder transmitir algo que nem conseguiam identificar no corpo ou ver. Como visualizar a olho nu vírus e bactérias? Era o outro, o praticante da medicina, o portador da notícia sobre a presença desses patógenos. Por isso, nas narrativas dos pacientes, apareciam frases como “eles, os médicos, vieram aqui e estão dizendo que eu tenho esse vírus”; “a médica falou que encontrou no exame uma bactéria”.

Ao paciente isolado por suspeita de COVID-19, era recomendado: permanecer em quarto privativo que tinha uma placa na porta sinalizando sobre o isolamento; manter a porta fechada; não ter contato com os outros pacientes; ter as visitas presenciais dos familiares suspensas; e não circular por áreas comuns, como o corredor e a varanda. Algumas dessas recomendações atendiam às medidas de precaução de aerossóis e de contato, outras tinham relação com o próprio contexto de emergência sanitária que orienta aos hospitais a suspensão de visitas presenciais para pacientes com suspeita ou contaminados pela COVID-19, como uma medida preventiva para o enfrentamento da transmissão do vírus. Quero dar uma ênfase a questão da suspensão das visitas. Como mencionei acima, práticas de precaução e de isolamento fazem parte da rotina da assistência hospitalar, mas as visitas dos familiares aos pacientes isolados não eram suspensas antes da pandemia.

A suspensão das visitas dos familiares se configurou em uma das diferenças que a pandemia trouxe para o meu campo e mobilizou mudanças no discurso e nas práticas sobre emoções. Para os pacientes, a suspensão das visitas de familiares vinha acompanhada de conteúdos afetivos, entre eles estavam o medo de morrer sozinho e a angústia de desenvolver um quadro grave e não se despedirem dos seus familiares. Mas, não só os pacientes com suspeita ou com confirmação pela COVID-19 eram afetados no que diz respeito às visitas pela pandemia. No hospital, além da suspensão, houve uma reorganização do modelo das visitas de familiares que se estendeu para todos os pacientes, prevendo a redução do quantitativo de visitantes e, posteriormente, dos dias de visita. Os praticantes da medicina também se afetavam com o isolamento dos pacientes:

Imagine você ficar internado nessa pandemia, sem seus familiares, sozinho, doente, o paciente aguentar isso, porque quem está internado está fragilizado. É o pior cenário ficar doente nessa pandemia. O hospital já é um lugar (...) o paciente já tem medo do que pode acontecer aqui, agora então (...). O paciente agora só tem a nossa companhia. Eu fico sensibilizado com essas situações. (PRECEPTOR RENATO, Caderno de campo).

Muitos hospitais no país adotaram a prática da visita virtual na pandemia. No meu campo, a visita virtual era realizada, principalmente, por psicólogos, por terapeutas ocupacionais e por enfermeiros, através de tablets e de aparelhos celulares. Na UTI havia um médico que fazia a televista do próprio celular nos seus dias de plantão. Reconhecendo a experiência de isolamento como uma ruptura com os laços sociais fora do hospital e com o

mundo extra-hospitalar, o objetivo da visita virtual¹⁰⁹ era minorar o sofrimento produzido pela experiência de isolamento e favorecer a manutenção e o fortalecimento das relações do paciente com a sua rede de apoio social e afetiva. A residente Laura me contava que, com a suspensão da visita:

muitos pacientes têm relatado tristeza, solidão (...) e alguns pacientes aumentaram o tempo de internação. (...) por isso (...) eu acho importante a visita virtual, tem efeito. O paciente melhora, ele se emociona ao ver a família, (...) a emoção nesse contexto faz bem ao paciente. A visita é um remédio (RESIDENTE LAURA, Caderno de campo).

Na fala de Laura, as emoções no contexto pandêmico não são patologizadas ou nomeadas a partir de uma taxonomia médica. Tristeza é tristeza, solidão é solidão, diferente do ocorria antes da pandemia, quando identifiquei o aprendizado dos praticantes da medicina de transformar as emoções em categorias e em classificações médicas. O preceptor Renato compartilha com Laura a mesma opinião sobre os efeitos terapêuticos das visitas virtuais:

Eu acho importante a visita virtual, acho que o paciente pode melhorar vendo seus familiares, ele fica mais seguro, alegre, diminui a saudade e fica confiante. (...) tudo isso traz efeitos benéficos para o tratamento. Todos os pacientes deveriam ter essa visita virtual e não é só na pandemia não, quando ela acabar deve permanecer, humaniza a assistência. (PRECEPTOR RENATO, Caderno de campo).

As narrativas sobre a visita virtual incluíam as emoções do paciente no tratamento, surgia como uma nova tecnologia para humanização do cuidado. Outros manejos e interpretações eram dados às emoções, autorizando e validando a sua expressão, como está descrito nas falas de Laura e Renato. Reconhecia-se assim, o potencial terapêutico dos afetos.

Isolado e sem visitas presenciais dos familiares, Antônio deixava a porta do quarto aberta e caminhava pelo corredor para pedir o controle remoto no posto de enfermagem, quando era novamente advertido pela equipe sobre as condições do isolamento. Parecia ter poucos recursos para enfrentá-las. A negação de Antônio podia ser interpretada como uma defesa diante da angústia que a contaminação fez surgir. A experiência de solidão e o medo dos pacientes com suspeita, como era o caso de Antônio, mobilizava os praticantes da medicina que, mesmo convivendo com o temor da contaminação, tentavam expressar empatia.

¹⁰⁹ No hospital, o projeto de visita virtual foi elaborado pelo serviço de psicologia, como uma via de promover a humanização do cuidado em saúde e a atenção integral ao paciente.

O residente Samuel, conta-me, no posto de enfermagem, abordando sobre a história de Antônio:

atender paciente com suspeita de COVID me deixa tenso, eu coloco a máscara, a luva e entro no leito. Mas no final saio de lá. E o paciente que fica lá direto. Deve ser difícil para ele, estar isolado, o que já não é muito bom em condições normais, antes da pandemia. Ter que ficar só no quarto esperando, sem saber se está com o vírus ou não. O paciente sente medo, pode ficar apavorado. Antônio mesmo não fica parado, a gente entende, eu entendo. Todo mundo tem medo deste vírus. (RESIDENTE SAMUEL, Caderno de campo).

Os praticantes da medicina tinham a percepção de que a experiência de medo era coletiva, isso favorecia que a expressassem e falassem sobre ela de modo mais público, diferente da discrição, da privatização da subjetividade e da busca de controle das emoções que tentavam efetuar antes da pandemia. O medo vivido na pandemia articulava a relação entre os praticantes da medicina e os pacientes de modo diverso do que tinha acontecido antes. O medo deixava de ser considerado um mau preditor, como acontecia, por exemplo, no contexto da cirurgia, ou um risco à “saúde do coração”. Era manejado de outro modo. O medo não era um sentimento apenas individual, mas compartilhado, que colocava as pessoas em conexão. Reconhecer suas próprias emoções, ao atender pacientes com suspeita de contaminação pelo vírus, era um movimento que permitia incluir os sentimentos deles. Afetar-se é a condição de sentido para acolher a emoção do outro.

No atendimento, Antônio dizia para Renato, um dos preceptores médicos da enfermaria: “eu não estou contaminado doutor, pode acreditar em mim, eu sei que não tenho isso, eu não trouxe esse corona pro hospital”. Renato, além de trabalhar na enfermaria, atendia em unidade de referência para COVID-19 em outra instituição, o que lhe permitia conduzir o atendimento com mais segurança¹¹⁰. O medo da morte também era enunciado por Antônio, havia escutado que fazia parte do “grupo de risco”, por ter uma doença cardíaca. Pensava que, se estivesse contaminado, poderia ter uma forma mais grave da doença, ter complicações fatais e ser evitado pelas pessoas. A ideia de grupo de risco¹¹¹, que historicamente apareceu

¹¹⁰ Renato dizia: “o melhor lugar para você trabalhar hoje é uma unidade COVID, porque ali você sabe que todos os pacientes estão contaminados (...) você já vai sabendo, toma o mesmo cuidado com todos os pacientes, usa todos os EPIs. Numa unidade não COVID, você pode relaxar mais com os cuidados”.

¹¹¹ Pessoas acima de 60 anos, diabéticos, hipertensos, cardíacos ou com problemas respiratórios e gestantes teriam maior risco de desenvolver a doença em sua forma agravada (BRASIL, 2020). Há uma ampla discussão no campo da saúde coletiva sobre o conceito de risco e de uma de suas categorias derivadas, grupo de risco. Argumenta-se pelo uso do conceito de vulnerabilidade, no intuito de superar os limites dessas noções, evidenciando a determinação social do processo saúde-doença-cuidado.

associada à epidemia de HIV, retornava ao cenário dos serviços de saúde com a COVID-19 e novamente poderia produzir uma linha tênue à passagem entre ‘pessoas com maior probabilidade de infecção’ para ‘pessoas perigosas’, gerando respostas sociais de exclusão e da marginalização.

Como já havia um histórico de outros casos suspeitos no hospital, cujo diagnóstico de COVID-19 tinha sido descartado após o exame, os praticantes da medicina e outros membros da equipe nutriam a expectativa que com Antônio o processo se desse do mesmo modo. O resultado do exame foi uma surpresa e frases como: “não acredito! Nós somos os primeiros, é a primeira enfermaria, todo mundo agora é contactante¹¹²”; “eu estou com ele hoje”; “eu fiz a admissão dele”; “e agora como será com os outros pacientes, pacientes cardíacos. Meu Deus!?”; “a gente precisa pensar que todo paciente aqui pode ser um caso suspeito”, revelavam o temor da contaminação vivido pelos profissionais.

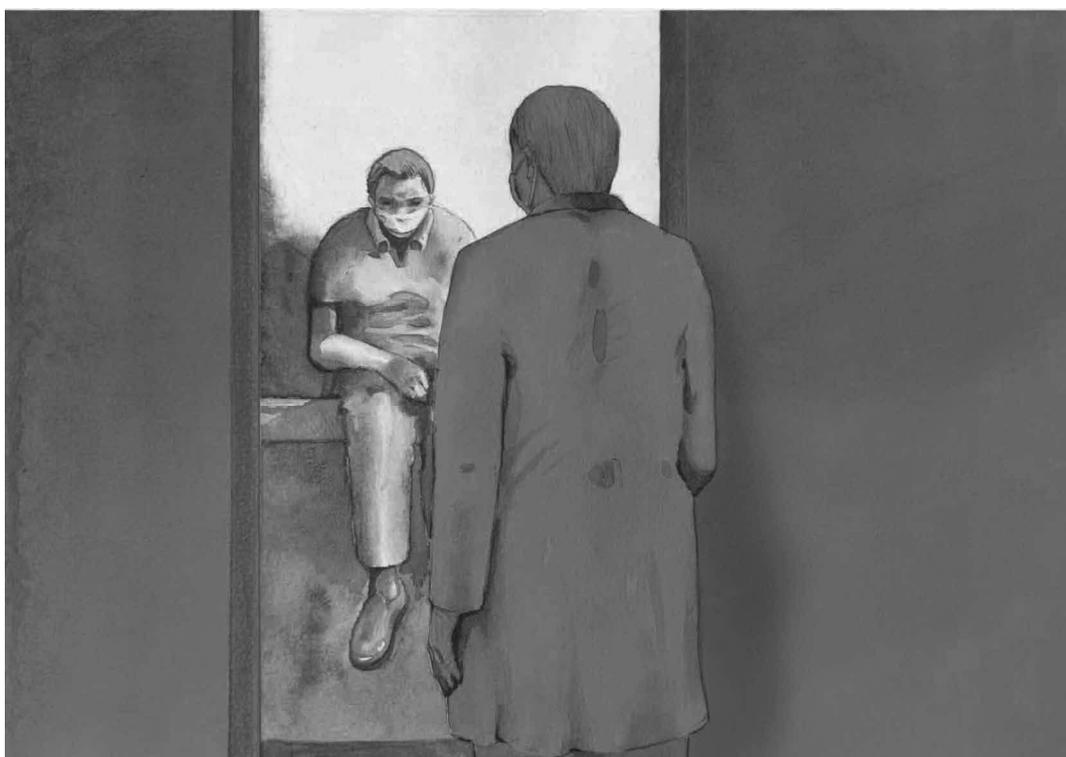
Depois do resultado do exame de Antônio, passou-se a considerar que todo paciente poderia ser um “caso suspeito” em potencial. Como na COVID-19 os sintomas aparecem entre o 2º e o 14º dia após a exposição ao vírus, a vigilância em relação aos sintomas da doença precisava ser diária entre os membros da equipe, sobretudo em relação àqueles pacientes transferidos da UPAS para o hospital, onde se imaginava que o risco à exposição era maior. Mas, havia uma especificidade entre os pacientes cardíacos que era destacada pelo preceptor Renato:

Alguns sintomas de COVID se parecem com os sintomas de doença cardíaca, o paciente chega aqui na admissão com dispneia, falta de ar, que podem ser sintomas confundidores do diagnóstico. Lembrar também que um paciente nosso pode ter COVID, mas também estar descompensado da IC. A gente tem que prestar atenção, ficar em alerta quando o paciente internar, perguntar sobre os sintomas ao paciente, mas saber que a doença precisa de alguns dias para se manifestar. Só o tempo mesmo pra dizer. Não dar para dizer de imediato, é ou não é COVID. Vamos conviver com a dúvida, até aparecerem os sintomas. Não vai ser uma surpresa que outros pacientes nossos confirmem. O paciente também pode estar com medo e ficar taquicárdico ou aumentar a sensação de dispneia, vamos precisar considerar todos estes aspectos, os sintomas e como o paciente se sente. (PRECEPTOR RENATO, Caderno de campo).

¹¹² Eram considerados contactantes aqueles que tiveram contato com o paciente que confirmou o exame para COVID-19, tanto profissionais como outros pacientes. Os profissionais contactantes deveriam ficar atentos e informar ao Serviço de Saúde Ocupacional e do Trabalho se houvesse o aparecimento dos sintomas. Já os pacientes contactantes ficavam em isolamento.

O diagnóstico de COVID-19, de acordo com o preceptor Renato, demanda uma ampliação da clínica, é preciso considerar múltiplos aspectos, inclusive as emoções, para a sua definição. A notícia da confirmação do primeiro caso de COVID-19, em pouco tempo se espalhou nos corredores do hospital. Expressões como “covidário”, “foco de covid”, “foco da contaminação” foram atribuídos à enfermaria de cardiologia. Nos dias seguintes, alguns trabalhadores (técnicos de enfermagem e uma profissional da higienização) foram afastados pelo Serviço de Saúde Ocupacional e do Trabalho, pois apresentaram sintomas sugestivos da contaminação pelo novo coronavírus. Ter colegas contaminados despertava ainda mais na equipe a sensação de proximidade do vírus. O número de profissionais da enfermaria que se separaram de suas famílias aumentou, assim como se intensificou a atenção excessiva aos sinais do corpo. Era possível ainda escutar nas narrativas, o sentimento de desalento mobilizado pelos efeitos dos discursos negacionistas incentivados e pronunciados pelo presidente.

Ilustração 09: O encontro clínico de Renato e Antônio



Fonte: Elaborado por Sérgio Bordim.

Havia, no imaginário dos profissionais da unidade, a sensação de que estavam vivendo mundos paralelos. De um lado, atuavam no *front*, enfrentando o coronavírus, separados dos – seus familiares, tendo que conviver com a hipervigilância em relação aos EPIs¹¹³; do outro lado, ao saírem do hospital, escutavam, nos meios de comunicação, discursos do presidente que negavam a pandemia¹¹⁴. Negavam de uma dupla forma: a sua existência e o seu potencial de letalidade. Nas conversas com os pares, praticantes da medicina, como o preceptor Paulo, reagiam com raiva a frases que negavam o potencial letal do vírus

“Gripezinha”, gripezinha é uma ova! Ele não entende nada de saúde pública, não se preocupa com a vida das pessoas, é um verdadeiro nazista (...). Um incompetente, que só sabe dizer besteira, devia ficar calado. É vergonhosa a situação que estamos vivendo, um sofrimento, e o pior é que a população escuta esse nazista. As mortes estão crescendo e ele brincando com a vida das pessoas fazendo piada. (PRECEPTOR PAULO, Caderno de campo).

Faz-se mister discutir esse ponto, a raiva e o sofrimento, expressos nas narrativas de Paulo e de outros profissionais, traziam uma demanda de reconhecimento que não encontrava lugar no cenário político do país dada a insensibilidade para com a dor coletiva nessa tragédia nacional, que era intensamente vivenciada no cotidiano do hospital. Com isso, recordava das considerações de Dunker (2015) quando diz que nosso sofrimento muda se temos alguém que o reconhece e que o escuta. Os atos de reconhecimento ou de invisibilização transformam a experiência real de sofrimento. A natureza da experiência se transforma conforme falamos dela ou não. Esse não lugar para o sofrimento que exprimiam, podia funcionar como um empecilho, um entrave para sua elaboração. O sofrimento exprime uma dialética entre o eu as situações socialmente elaboradas, então a narrativa de Paulo falava de sua experiência, mas também de um mal-estar coletivo.

¹¹³ Ao longo da pandemia, muitos profissionais de saúde da enfermaria falavam sobre a sensação de desconforto que sentiam com as máscaras: falta de ar, sufocamento, etc. Mas, era preciso adaptar-se a esse EPI que por ora era como uma segunda pele.

¹¹⁴ Desde o início da pandemia, diversos pronunciamentos do presidente Jair Bolsonaro apresentavam a posição negacionista: “tem a questão do coronavírus também que, no meu entender, está superdimensionado, o poder destruidor desse vírus”; “pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar, nada sentiria ou seria acometido, quando muito, de uma gripezinha ou resfriadinho, como bem disse aquele conhecido médico, daquela conhecida televisão.”; “o brasileiro tem que ser estudado. Ele não pega nada. Você vê o cara pulando em esgoto [...] e não acontece nada com ele. Eu acho até que muita gente já foi infectada no Brasil, há poucas semanas ou meses, e ele já tem anticorpos que ajudam a não proliferar isso daí”; “o número de pessoas que morreram de H1N1 é na ordem de 800 pessoas. A previsão é não chegar a essa quantidade de óbitos no tocante ao coronavírus”; “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre”. (ESTADÃO, 2020b).

Após a confirmação do diagnóstico de COVID-19, Antônio foi o primeiro paciente a ser transferido para a enfermaria de referência para COVID-19 do hospital. Posteriormente, foi regulado para outra unidade hospitalar de Salvador, que compunha a rede de assistência aos casos de COVID-19 no SUS. Antônio sobreviveu a COVID-19 e, após cumprir seu tratamento para doença e os dias de isolamento, retornou à enfermaria de cardiologia para realizar a cirurgia de revascularização.

5.3 “MINHA MÃE NÃO TEM COVID”: AFLIÇÃO E DESESPERO NA CENA CLÍNICA

Em julho, um dos meses de maior contaminação diária pelo coronavírus na Bahia e no Brasil, Mercedes foi internada na enfermaria de cardiologia. Era uma mulher idosa que morava no interior da Bahia, viúva, chegou à unidade acompanhada pela família. Seu filho, Gilberto, contava que a sua internação foi uma decisão difícil porque tanto a paciente quanto os filhos tinham medo de que Mercedes se contaminasse com o coronavírus no hospital. À procura pelo serviço foi a última alternativa pensada pela família, que esperou com angústia durante uma semana que os sintomas de Mercedes melhorassem com as medicações que já fazia uso. A pandemia alterou os itinerários terapêuticos dos usuários dos serviços de saúde, pois esses lugares, no imaginário social, passaram a ser vistos como perigosos, traziam à cena a ameaça da contaminação.

No hospital em que fazia meu trabalho de campo, uma expressão dessa premissa tinha relação com a baixa procura dos pacientes nos primeiros 6 meses da pandemia nos ambulatórios das especialidades. Mesmo entre os pacientes que se internavam, era frequente observar nas admissões a expressão do medo e da angústia suscitados pelo internamento no contexto pandêmico. As frases que pronunciavam revelavam as suas afetações: “eu só fui para UPA quando não aguentei mais, nestes meses todos não botei a cara do lado de fora por causa desse coronavírus, imagine se eu pego sendo cardíaco, é caixão e vela”, “quando me disseram que eu ia internar, eu fiquei pior, aquela angústia no peito, eu senti uma dor no peito, dor mesmo, internar nessa pandemia é horrível”.

O reconhecimento de que a internação é uma experiência que mobiliza emoções é anterior à pandemia. Mas, o que quero argumentar é que a emergência sanitária trouxe outras camadas a essa experiência, uma vez que intensificou o contato com o tema da morte, com o

temor da contaminação por um vírus sobre o qual ainda se sabe pouco, e com a solidão, como mencionei na subseção anterior.

Como era idosa, Mercedes permaneceu na hospitalização com a família. Camila, uma jovem residente, reconhecida pela sua agilidade e dedicação no cuidado dos pacientes, era a médica responsável pelo acompanhamento de Mercedes. Durante a semana, nas manhãs, Camila atendia a idosa, escutava as suas queixas sobre os sintomas, perguntava como se sentia, fazia o exame clínico e falava sobre o seu quadro. Indagava-lhe também sobre sua vida no interior, interessava-se pelas suas histórias e, como me dizia, percebia o medo da paciente de estar internada naquele momento. Posteriormente, Camila conversava com o familiar que estivesse no dia acompanhando a paciente, colocando-lhe a par sobre o tratamento.

Depois de quatro dias de internamento, ao examinar Mercedes, Camila identificou na paciente a dispneia e o ritmo cardíaco mais acelerado, que também eram compatíveis com a gravidade do seu diagnóstico cardíaco. Ao avaliar os exames laboratoriais, observou alterações importantes. A equipe de enfermagem também procurou a residente para dizer que a paciente tinha cursado com febre e diarreia à noite. Nas discussões com os preceptores, Camila foi orientada a fazer o pedido de vaga para UTI pela gravidade da condição clínica da paciente, a solicitar a avaliação da infectologia e a coleta do *swab* pelos sintomas sugestivos de COVID-19. No meu campo, a notícia da transferência para a UTI COVID era difícil tanto para pacientes e familiares quanto para os praticantes da medicina. Com a transferência, a forma de acompanhar o paciente se dava através das evoluções do prontuário eletrônico, o que assinalava uma diferença trazida pelo contexto pandêmico. Antes da pandemia, os residentes e os internos eram incentivados pelos preceptores a seguirem acompanhando o paciente quando eram transferidos para a UTI, isso incluía a discussão do seu quadro clínico com os plantonistas, o acompanhamento dos seus exames pelo prontuário eletrônico e a visita ao paciente. A pandemia colocava empecilhos a continuidade do cuidado e a manutenção da relação aprendiz-paciente, o que mobilizava afetos. Sobre esse ponto a residente Laura diz:

(...) os pacientes parecem que desaparecem pra gente, depois da transferência você não vê, não pode ficar entrando em unidades COVID assim, tem que se paramentar, eu procuro saber sobre o paciente aqui no sistema. Olho num dia, acompanho durante a semana, e quando ele some do sistema (...). Eu sei que ele morreu, é horrível. (RESIDENTE LAURA, Caderno de campo).

Após a discussão do caso com os preceptores, Camila fez a evolução da paciente, depois foi ao posto de enfermagem, ligou para a central de regulação pedindo a vaga para UTI

COVID e, ao finalizar o telefonema, paramentou-se para entrar no leito da paciente e conversar sobre a suspeita diagnóstica. Mercedes chorou ao escutar sobre a suspeita, Camila buscava consolá-la. Gilberto que estava ao lado da mãe, reagiu com desespero, falando alto de modo que se podia escutar o que dizia no corredor da enfermaria: “minha mãe não vai para lugar nenhum, ela não vai sair daqui, ela não tem essa doença, eu não vou deixar vocês tirarem ela daqui”. A enfermeira da unidade também se paramentou e tentou acolher o familiar junto com Camila, mas a aflição de Gilberto não lhe permitiu escutá-las. Gilberto ficou na porta do quarto, tirou o celular do bolso para filmar os profissionais, repetindo os seus nomes e disse que postaria o vídeo nas redes sociais. Afirmava que queriam matar a sua mãe, que já havia visto notícias sobre pessoas que não tem COVID e recebem o diagnóstico no hospital.

Afirmava que Mercedes não internou com COVID na enfermaria e que se tivesse contaminada, o hospital seria responsabilizado. Quando o maqueiro chegou, Gilberto se jogou na frente da maca para impedir com o próprio corpo que ela chegasse ao quarto. Dizia: “Minha mãe não tem COVID, ela só vai sair daqui se passar a maca por cima de mim”. Camila acenou para o maqueiro recuar e se assustou com a reação de Gilberto, mesmo assim tentou mais uma vez explicar sobre a condição clínica de Mercedes e Gilberto, por sua vez, respondeu “eu não quero conversar com estudantes ou residentes, quero falar com o professor de vocês, chame-me o professor de vocês”. Gilberto era professor. O pedido de falar com o professor estava sustentado na ideia de uma hierarquia médica e na suposição de saber, Gilberto supunha que o professor soubesse a resposta para aquele enigma que acontecia com a sua mãe.

Atendendo a solicitação de Gilberto, Camila foi à procura de um dos seus preceptores, e, ao encontrar Renato na sala de prescrição, pediu que conversasse com o familiar. Acompanhei Camila até a sala. Ali disse a Renato que já havia tentado explanar os motivos para a ida de Mercedes para uma UTI e também a justificativa para que essa unidade fosse referência para COVID-19. Mas, trouxe que Gilberto estava irredutível e resistente a qualquer abordagem. Camila expressava tristeza com a reação de Gilberto e dizia para Renato como se sentia, mas mencionava “em uma pandemia, todo mundo fica mais desesperado, não vou dizer que a reação dele foi normal, mas também não foi anormal para estes tempos. Está todo mundo assim em sofrimento com esse vírus”. A pandemia parecia instaurar outros registros à normalidade, diante do sofrimento social. Renato disse a Camila:

Foi uma situação difícil, não é? A gente vive essas tristezas também na nossa profissão. Quer ajudar, mas (...), mas o que o paciente ou o familiar está sentindo é diferente. Você entendeu bem, ele cuida dessa mãe ficou em desespero com essa notícia. Uma idosa, com doença no coração, com chance

de ter COVID, assusta. Mas, fica aí o aprendizado: Médicos são humanos, sentir tristeza é humano. (PRECEPTOR RENATO, Caderno de campo).

Quero aqui também fazer um destaque, Camila ao contar para Renato sobre Gilberto, nomeou o que sentia como tristeza, não havia ali um embaraço para falar sobre as suas emoções, mesmo que outros preceptores também estivessem na sala de prescrição comentando sobre os casos. A experiência de Camila foi diferente da vivência de Marcelo, o primeiro residente que é citado nesta tese. Foi incentivada a dizer o que sentia, acolhida e autorizada a falar.

Quando saí da sala de prescrição, encontrei Gilberto no corredor ligando para uma irmã. Dizia em voz alta: “venha para o hospital me ajudar, venha que querem levar nossa mãe, eu tive que fazer uma cena aqui para impedir que levassem ela para uma unidade cheia de paciente com COVID” e seguia “é tanta notícia ruim que a gente vê, que a gente recebe no zap, que o paciente com essa doença fica abandonado, que tem médico ganhando oito mil reais para dizer que o paciente tem essa doença, lembra que a gente quando viu a notícia não queria trazer nossa mãe¹¹⁵”. As falas de Gilberto, além da aflição, traziam um componente que merece ser objeto de atenção, a infodemia que gerava uma sensação de insegurança, abro um parêntesis para tratar desse tema.

O termo “infodemia” diz respeito ao aumento no volume de informações que estariam relacionadas a um assunto específico e que podem se multiplicar ainda mais em pouco tempo, devido a um evento específico (GARCIA et al, 2020; OPAS, 2020). Nesse contexto de excesso de informações, amplificado pelas mídias, formar-se-ia um terreno fértil para a divulgação de informações duvidosas ou manipuladas que se disseminam como um vírus. Entre tantas informações que podem ter conteúdos antagônicos ou conflitantes, as pessoas encontram dificuldade para apurá-las e avaliá-las em tempo hábil, o que impactaria no processo de tomada de decisão.

No contexto pandêmico no Brasil, as informações falsas, as chamadas *fake news*, trouxeram consequências que impactaram severamente o campo da saúde e a adoção de medidas de enfrentamento a COVID-19, gerando uma cultura da desinformação. A

¹¹⁵ Um estudo realizado por Glassener (2003), em que analisou pesquisas sobre consumo de drogas, identificou que o que são os meios jornalísticos e não a experiência direta que abastecerem os estadunidenses de seus medos. O autor diz: “os medos válidos têm razão de ser: dão-nos dicas sobre o perigo. Os medos falsos e exagerados causam apenas apuros” (GLASSENER, 2003, p. 24). Essa premissa de Glassener me permitia traçar uma analogia com o contexto pandêmico marcado pela infodemia.

disseminação de informações falsas no campo da saúde não é um fenômeno novo. Como nos lembra Henriques (2018), em sua pesquisa sobre a desinformação e a epidemia de febre amarela no Brasil, a saúde seria “um meio de cultura para boatos e rápida circulação de notícias” (HENRIQUES, 2018, p. 10). A disseminação de informações falsas se dá, como argumentava, por três motivos: o primeiro deles é que a população não recebe informações úteis e adequadas sobre os problemas de saúde que lhe atinge; segundo, pela falta de confiança nas autoridades sanitárias; e terceiro pelas repercussões emocionais que mobilizam as notícias sobre doenças e epidemias (HENRIQUES, 2018). A informação que os médicos ganhavam 8 mil reais para dar um diagnóstico falso de COVID, presente na narrativa de Gilberto, era uma fake news. Os discursos das fake news mobilizavam emoções. Na pandemia propagavam medo, horror, revolta, insegurança na população e orientavam práticas que respondiam a lógica negacionista.

Renato se dirigiu até Gilberto no corredor, perguntou como ele estava e disse que queria conversar sobre Mercedes. Começou indagando se ele era o filho que cuidava da mãe no hospital. Gilberto respondeu que sim. Então, Renato pediu que lhe contasse como sua mãe tinha se sentido nos últimos dias e se havia achado algo diferente. Gilberto respondeu que a febre o tinha assustado. Renato lhe disse: “você observou bem” e começou a explicar a partir dali sobre a condição clínica atual de Mercedes e sobre a necessidade que tinha de ser internada na UTI COVID. Gilberto questionou: “mas, por que minha mãe não vai para uma UTI normal, se ela não tem COVID?”, Renato lhe respondeu:

Você está certo, ainda não podemos afirmar se Mercedes tem COVID, porque não temos o resultado do exame, mas há chances de sua mãe ter e a gente precisa cuidar, pensar na vida dela e não colocar em risco outros pacientes, eu sei que é difícil para você. Sua mãe ir para UTI é uma notícia difícil para você, mas nós aqui também sentimos por isso. (PRECEPTOR RENATO, Caderno de campo).

Durante a conversa com Renato, Gilberto foi diminuindo as defesas e, ao final, concordou com a ida de sua mãe para UTI COVID. Pediu para Renato conversar com suas irmãs que já estavam a caminho do hospital. Renato respondeu afirmativamente. Acrescentou ainda que passaria o plantão com os residentes no sábado e disse que Gilberto poderia encontrá-lo na enfermaria para conversar mais uma vez sobre Mercedes. Contou ao familiar que na UTI tinha televisita e que desse modo poderiam manter o contato com a paciente. Depois, Renato e Gilberto se dirigiram ao leito de Mercedes para falar com a paciente.

Mercedes foi transferida para UTI COVID e Renato se reuniu com suas filhas quando chegaram ao hospital.

O encontro clínico entre Renato e Gilberto apontava para importância do acolhimento, a partir do reconhecimento e da inclusão dos afetos no contexto do cuidado. Renato validou o lugar de cuidador de Gilberto, quando lhe perguntou o que sabia e o que observava em sua mãe. O reconhecimento de que aquela notícia também mobilizava sentimentos para equipe expressava empatia e implicava o médico na cena afetiva. Aqui também vale dizer que a escuta de Renato do sofrimento de Gilberto trouxe a condição de possibilidade para que uma construção do vínculo se iniciasse. Foi também pela via do acolhimento, que se combateu os equívocos de uma informação falsa sobre os médicos e sobre seus diagnósticos na pandemia, sobre os hospitais e a sua assistência. Quando os praticantes da medicina reconhecem suas emoções, tem-se a dobra que permite outra importante transformação: a inclusão das emoções dos pacientes na cena clínica.

Neste capítulo, propus uma discussão sobre as emoções no hospital e as mudanças na cena afetiva no contexto da pandemia. Na análise das transformações que ocorreram no hospital, é traçada uma cronologia sobre os distintos regimes de temporalidades vividos a partir da expansão do contágio, que se inicia com a ameaça da convivência com o novo coronavírus no meu campo e segue com seus efeitos nas experiências emotivas dos profissionais de saúde, especialmente praticantes da medicina. A pandemia se estende e o ano de 2020 termina com 193.875 mil mortos no Brasil e mais 1,8 milhão no mundo. No hospital, foram 139 pacientes, 387 funcionários e 34 residentes ou internos contaminados até o final de dezembro.

No caminho analítico sobre as sensibilidades que se expressavam no hospital na pandemia, as emoções dos atores no compartilhamento do cuidado se entrelaçam com os eventos e com as notícias que ganharam à cena nacional, revelando os efeitos do cenário político-sanitário do país. A partir desses achados, é possível dizer que as emoções comportam certa estética da existência, que diz respeito a relação das pessoas consigo, com o outro, mas também com o mundo, com o contexto. Então, pode-se dizer que a emoção nos coloca frente a uma dimensão de alteridade, acrescento que falar de emoções também é uma experiência situada.

A COVID-19 tem sido impactante, todos os atores no hospital precisaram aprender a lidar com a nova situação, não foi diferente para os praticantes da medicina. Esses atores se engajaram nas mudanças no modo de lidar com as emoções no hospital, autorizando-se a falar

sobre seus afetos e incluindo-os nos encontros clínicos, a partir do reconhecimento do medo e do sofrimento compartilhado. Isso representou uma abertura para que novos manejos fossem construídos e aprendidos na relação médico-paciente, diversos da privatização da subjetividade e do controle das emoções.

Observei ainda modificações no discurso sobre evidência científica entre os praticantes da medicina. As evidências não apareceram como prontas ou consolidadas, mas como construções. Identifiquei também mudanças no ensino da medicina com a suspensão ou redução das atividades coletivas tão tradicionais no ensino médico, este aspecto também contribuiu para essa dobra. Houve uma transição: do ensino para muitos para o ensino que se construía na relação entre preceptor e residente. Nesse novo cenário, com o esmaecimento da hierarquia médica, havia um terreno fértil para sentir o saber, através do compartilhamento das histórias e das emoções advindas dos impasses de praticar a medicina na pandemia e se sentir vulnerável ao vírus tal qual os pacientes se sentiam. Na pandemia as emoções eram incluídas nas visitas, nos atendimentos, nas discussões com a equipe. Uma indagação ficou sobre esta experiência: será possível repensar a educação médica no período pós-pandemia? Estudar as emoções na pandemia ratifica a importância de compreender que o aprendizado das emoções no hospital não é estanque, ele acompanha o movimento dos atores sociais e as mudanças no seu contexto.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A etnografia aqui desenvolvida sobre o aprendizado das emoções em um hospital universitário mostrou como o processo de produção de uma identidade sobre ser médico não se esgota no saber sobre a doença e a fisicalidade do corpo. Noções e códigos sobre sensibilidade compõem um saber emocional que também faz parte dessa construção. A partir da observação das práticas médicas, foi analisado como as emoções no hospital são também afiliações a um grupo social, um modo de se reconhecer e de poder se comunicar em um coletivo sobre a base de uma proximidade emocional. Busquei responder no itinerário analítico traçado questões como: o que é emoção no contexto de treinamento médico?; o que se aprende sobre emoções?; e como se aprende?.

Evitar e reprimir os afetos; torná-los privados e não compartilháveis; interpretá-los a partir de uma semiologia médica; buscar uma base etiológica para explicá-los; não incluí-los nos registros de prontuários; estabelecer uma normatização para emoções através da ideia de intensidade; e aproximá-los de noções como estresse e humor, são aprendizados sobre as emoções situados e estão relacionados ao contexto de treinamento médico. Foi hegemônica a tentativa de amenizar ou traduzir, em termos da biomedicina, as questões emocionais, consideradas “extras médicas” para as quais os aprendizes julgavam não se sentir preparados. Tem-se assim a construção de um processo de racionalização na médica que também se dá a partir de uma economia emocional.

Retorno ao argumento inicial que deu origem a esta pesquisa: aprende-se sobre emoções na medicina a partir do engajamento nas práticas médicas. Todavia essa aprendizagem ocorre de maneira tácita e não reconhecida. A casuística desse não reconhecimento foi tomada como uma interrogação a ser perseguida porque o aprendizado das emoções faz fazer na medicina, aparecem na relação médico-paciente, nas condutas, decisões médicas e no ensino. A biomedicina e as emoções não foram analisadas como realidades apriorísticas, identifiquei como são aprendidas e feitas num contexto relacional, em que aprendizes e preceptores estão com outros: pacientes, familiares, e demais profissionais de saúde.

A objetivação, a privatização da subjetividade e a busca pelo controle das emoções eram efeitos da aproximação da medicina do discurso da ciência, pois, como expõe Le Breton (2019a), o pensamento científico analisa a emoção como uma fonte de perturbação dos processos intelectuais e comportamentais. A emoção é uma ameaça ao ideal de cientificidade

perseguido pela biomedicina. Faz-se mister dizer que esta cisão entre razão e emoção que aprendizes e preceptores tentam efetuar no meu campo, com maior ou menor habilidade, não está circunscrita a experiência local, embora seja a partir dela que teço minhas considerações. A racionalização do mundo é engendrada pelo processo civilizador (ELIAS, 1994). Mas, a biomedicina assume sua participação nesse fenômeno ao elaborar na modernidade um discurso racional sobre as noções de corpo e doença no qual as emoções, por serem consideradas irracionais, seriam capazes de comprometer as práticas e o saber médico.

Porém, a contribuição da minha pesquisa etnográfica, sobretudo, está nos pontos de inflexão nesse movimento de racionalização feito pela biomedicina. Como demonstrei, a transição da medicina dos livros para a medicina dos vivos, que se dá pelo treinamento prático, assinala as fissuras desse processo. Acompanhar pessoas reais com suas experiências de adoecimento singulares, com seus dramas, em seus itinerários terapêuticos são vias de encontro entre a medicina e o mundo da vida, entre as subjetividades dos seus praticantes e de seus pacientes. Mostrei que existem diferentes tonalidades afetivas entre aprendizes e preceptores e que não se tratava apenas do tempo de experiência no ofício da profissão, mas também do engajamento em distintas praticidades, nas quais se estrutura a diferenciação das funções sociais em uma sociabilidade dada. As emoções apontam para uma hierarquização e para a distinção social presente na categoria médica. Entre os aprendizes, o encontro com os pacientes e com os familiares nas cenas clínicas mobilizavam experiências que nomeavam como emotivas. Já entre os preceptores, atores mais vinculados às práticas de transmissão e de ensino, e menos à assistência direta aos pacientes, a emoção aparecia a partir das histórias e das dúvidas dos internos e dos residentes sobre aqueles que cuidam ou nas cirurgias, em que estão em ato, em contato com os dilemas entre a vida e a morte, de tocar um corpo vivo.

Os aprendizes supunham aos preceptores um saber emocional e os convocavam a compartilhá-lo. O endereçamento de perguntas sobre o que deviam fazer e como lidar com as situações trazia brechas para que as narrativas emotivas chegassem às práticas tradicionais do ensino médico como as visitas médicas, por exemplo. Como um médico deveria agir diante do medo da morte de Geni e da saudade que sentia de seu filho? O que fazer frente à tristeza de Balbina pelo adiamento do procedimento e por passar o seu aniversário hospitalizada? Como lidar com a angústia de Angélica e as escolhas difíceis que a cirurgia mobilizava? Ou com a solidão do isolamento de Antônio? Mas, essas perguntas não eram feitas de modo direto ou sem gerar o sentimento de embaraço tantos nos seus remetentes quanto nos seus destinatários. O embaraço internalizado, a partir dos próprios praticantes da medicina,

estampa uma eficaz agência de autocontrole e de autolimitação, em formas conscientes e inconscientes, de modo ambíguo e ambivalente, para aprendizes e preceptores.

A hierarquia médica que afastava os preceptores do cuidado primário aos pacientes os colocava diante de outra tarefa que justificava, em certa medida, a distinção da sua posição: ensinar os iniciados a realizar a distinção entre experiência subjetiva e o que seria “objetivamente” mensurável pelas tecnologias e pelos conhecimentos médicos. Esse ensino se construía por duas vias: 1 - o treino do olhar; e 2 - a transformação da narrativa do paciente em um texto médico, no qual era possível encontrar os sinais, os sintomas e uma hipótese etiológica. A ênfase era dada na doença.

Aprender a ver parte da premissa de que a imagem é como um texto a ser lido pelos espectadores. Os aprendizes tinham perspectivas diferentes em relação aos preceptores, estavam em momentos de formação distintos, por isso precisavam que os mais experientes lhes mostrassem como e o que enxergar. A visão era o sentido que ganhava maior destaque, o treino da atenção estava dirigido ao olhar. Como aponta Castiel essa ênfase na visão tem a ver com a locução adjetiva ‘baseada’ que foi incorporada à medicina com o discurso da MEB. ‘Baseada’ sugere a “ideia de solidez, como ‘fundação/fundamento’ que será constituído pelo elemento sensorial humano considerado mais fidedigno (a visão) para testemunhar-se fatos que poderão ser, então, evidenciados como ‘verdades’” (CASTIEL, 2002, p.118). E, embora o olhar das imagens no meu campo parecesse, a primeira vista, “menos emotivo”, protegesse os praticante da medicina das emoções e os iniciasse no cenário das evidências científicas, isso não se efetivava de todo.

A segunda via do ensino era retratada pelo ato de “coletar” a história do paciente e aprender a contá-la em uma linguagem médica, transformando-a em um caso clínico. Faz diferença usar a expressão “coletar a história” ao invés de “escutar a história do paciente”. Coletar aqui pressupõe ouvir de modo dirigido. Um desdobramento importante nesse processo é a afirmação de autoridade do médico na relação médico–paciente como possuidor da verdade sobre o corpo e sobre a doença. No caso clínico relatos nas visitas médicas, elaborados a partir de uma hierarquia de relevâncias, as subjetividades do médico e do aprendiz precisavam ser excluídas para que o enredo pudesse ganhar um valor de cientificidade. Depurá-los das emoções. Cabia ainda aos preceptores ensinar a articulação dos achados clínicos com as evidências científicas. Assim se dava a travessia do saber sensível, posição na qual os aprendizes reivindicavam menos a hegemonia do saber biomédico e reconheciam mais, mas não sem tensão, os afetos que se expressavam nas práticas de saúde, para a posição

de iniciados e de hábeis no modelo da Medicina Baseada em Evidências (MEB). A mudança para essa última posição envolve todo um “dispositivo”, sem o qual esse novo modo de fazer e se engajar na medicina não seriam possíveis. Cabe nesse dispositivo, como analisei, tanto o treinamento médico, quanto a transformação da clínica em lugar de estudo.

Nessa travessia na direção da MBE, as emoções colocavam em questão a construção da verdade e do conhecimento científico, de modo a problematizar a posição de verdade única e de eficácia que se atribui à biomedicina, na qual se formam os praticantes da medicina. No caso da cardiologia, especificamente, o discurso científico esbarrava em certas idiossincrasias da especialidade, atravessada por uma simbólica social do coração, um órgão binário, de vida ou de morte, mas também visto como o “lugar das emoções”. Nas narrativas e nas experiências, sobretudo dos pacientes e de seus familiares, o órgão era descrito e sentido para além da sua função anatômica. Exemplos disso eram as estruturas languageiras como “coração maltratado”, usada por Aurora ao atribuir às vivências de violência dos maus-tratos do seu coração, ou a nomenclatura apropriada pela taxonomia médica como a Síndrome do Coração Partido, doença para qual era atribuída uma “etiologia emocional”.

Modos de contornar essa barreira simbólica eram formulados pela biomedicina, como observava no trabalho etnográfico, dois deles foram destacados nesta tese: 1 - a construção do paciente com doença cardíaca como uma pessoa rara de lidar através da categoria êmica “emoção forte”; e 2 - o desenho de um perfil emocional para os cirurgiões cardíacos. A partir dessas construções, tecia-se uma noção de diferença entre pessoas com doença cardíaca e pessoas que não tinham doença cardíaca e entre cardiologistas clínicos e cirurgiões cardíacos.

Uma pessoa com doença cardíaca devia ter incluído no seu repertório de cuidados orientações práticas sobre como sentir, as quais estavam alicerçadas em uma noção de risco. Havia então a insurgência de uma noção de sensibilidade. Os aprendizes sustentavam esse discurso de diferença sobre “os cardíacos” através da inclusão dessas recomendações nos encontros clínicos. A análise dessas experiências permitiu identificar como a biomedicina tem se apropriado das construções práticas e discursivas para traçar as fronteiras entre a normalidade e o sentir através da definição de uma norma emocional na contemporaneidade. Já o desenho do perfil emocional para os cirurgiões cardíacos, traduzido pela expressão “sangue frio”, se justificava pela natureza do fazer desse profissional que demandava ascese e destreza, já que estavam com “o coração na mão”. As emoções eram vistas como variáveis que podiam gerar desatenção, comprometer o desempenho cirúrgico e salvar vidas, sua principal função.

Entretanto, ao longo do trabalho etnográfico, também mostrei como o aprendizado sobre as emoções na medicina não pode ser tomado como dado definitivo, mas como construído e negociado, são versões. Para além de serem interpretadas somente como riscos “à saúde do coração” ou ao fazer médico, as emoções também cumpriam funções protetivas, terapêuticas e de motivação. Podiam, por exemplo, contribuir para que um paciente melhorasse, influenciar no desfecho positivo de uma cirurgia ou contagiar aos cirurgiões durante o procedimento.

Os cirurgiões cardíacos também acentuavam que tocar um corpo vivo é ser afetado, há um encontro afetivo entre quem opera e a pessoa que é operada. Os afetos emergem desde o momento da comunicação da cirurgia, da assinatura do termo de consentimento e entram no centro cirúrgico, quando o profissional se depara com a responsabilidade de operar um paciente que é importante afetivamente para alguém. Então, a categoria emoção não era vivida de modo unívoco entre preceptores, aprendizes, pacientes e familiares.

Argumentei ainda que o caráter público do hospital fazia com que a prática médica estivesse marcada por maiores tensões sociais, econômicas e políticas, em comparação a um hospital privado. Essa conjuntura produziu outros aprendizados afetivos. Nesse cenário não apenas os atores do cuidado em conjunto davam forma à realidade das emoções. Era preciso incluir na análise o sistema de saúde e a rede de atenção à saúde com seus nós assistenciais. Isso foi feito desde as elaborações sobre as experiências de aprendizado dos intercambistas portugueses no nosso sistema de saúde, até as vivências dos aprendizes, dos preceptores, dos pacientes e dos familiares frente aos dilemas, às aflições e aos desafios que surgiam a partir do processo já crônico de desmonte do SUS, que tem como manifestação exemplar a relação público-privada expressa na atenção cardiovascular de alta complexidade. Não recuar frente à realidade que o meu campo apontava, foi conferindo singularidade a esta pesquisa.

Um evento crítico inesperado que também deu novas camadas a análise sobre as emoções no hospital foi a pandemia da COVID-19. A emergência sanitária engendrou a construção de sensibilidades e de modos locais de compreensão dos afetos. Discuti como a pandemia produziu uma dobra, uma mudança de direção da expressão das emoções entre os praticantes da medicina e dos manejos sobre as emoções nos encontros clínicos. O pano de fundo foi o cenário político-sanitário, marcado pelo negacionismo e pela infodemia, que tiveram efeitos na ação dos atores sociais. As emoções funcionaram como categorias analíticas que auxiliaram na compreensão da pandemia em tempo real. Argumentei que, se a pesquisa tivesse terminado antes da pandemia, certamente não teria acompanhado a dobra, as mudanças

emocionais que viver o tempo pandêmico trouxe ao hospital e aos seus atores. As conclusões que cheguei poderiam ser outras. Abria-se uma cena emotiva diversa daquela que presenciei nos anos anteriores do trabalho etnográfico, marcada pelo processo de privatização da subjetividade e pela busca do controle das emoções.

Ao acompanhar aprendizes e preceptores na pandemia observei uma posição de maior abertura para as emoções. Neste contexto o ensino da medicina também se modificou em virtude da suspensão ou redução das atividades coletivas tão tradicionais no ensino médico. Houve uma transição: do ensino para muitos para o ensino que se construía na relação entre preceptor e residente. Nesse novo cenário, com o esmaecimento da hierarquia médica, havia um terreno fértil para sentir o saber, através do compartilhamento das histórias e das emoções advindas dos impasses de praticar a medicina na pandemia e do reconhecimento da vulnerabilidade da contaminação pelo vírus. A percepção de que o sofrimento e o medo eram coletivos também favorecia essa abertura para as emoções. Na pandemia as emoções eram incluídas nas visitas, nos atendimentos, nas discussões com a equipe. Faz-se mister mencionar ainda que no contexto pandêmico a discussão sobre as evidências não aparecia como consolidada ou pronta. Havia espaço para as dúvidas, as incertezas, para pensar como uma evidência científica é construída. Uma indagação ficou sobre esta experiência: será possível repensar a educação médica no período pós-pandemia? Há que se reconhecer que esses atores aprenderam com essa nova situação, a pandemia mobilizou aprendizados.

A partir desses achados da pesquisa, trago o debate sobre a potência das emoções para compreender a formação médica. Reconhecer que há um aprendizado sobre elas na biomedicina ao invés de negar tal fato nos permite construir um modo distinto de ver e de interpretá-la, o que possibilita a identificação de obstáculos epistemológicos às mudanças no ensino médico. Good (2005) demonstra como o aprendiz passa por uma série de "processos formativos", que o faz incorporar o objeto da Medicina, fundamentalmente biológico. Não que as dimensões emocionais sejam ignoradas, mas são entendidas como separadas do "real" objeto da prática médica e, portanto, não exigem um aprendizado formal. Foi exatamente isso que mostrei com esta etnografia, embora se aprenda sobre as emoções no hospital, o conhecimento emotivo não é visto como uma parte do objeto da medicina, assume um lugar marginal, não sendo incentivada uma reflexão sistemática sobre as emoções tão presentes nas práticas médicas, como vimos nesta tese. Quando as emoções aparecem, geram essa sensação de dúvida, de incerteza, de embaraço, como se fossem estrangeiras no território do fazer médico.

As emoções colocam os praticantes da medicina frente ao desafio de pensar a noção de pessoa no trato nos serviços de saúde, já que demonstram, em suas insurgências, os limites das praticalidades médicas e a necessidade de construir uma concepção mais holística para a cena do cuidado. Além disso, os convoca à possibilidade de entender o outro em sua alteridade, a partir de modos diferentes de perceber o sofrimento, os sintomas, a dor, a doença, a cirurgia e atuar sobre eles. As emoções abrem uma série de reflexões sobre o aspecto humano a ser levado em consideração na medicina, destacando tanto a necessidade de uma maior sensibilidade por parte do médico frente ao sofrimento e à experiência do paciente, quanto dos seus próprios afetos que são mobilizados nos encontros clínicos. Levam aprendizes e preceptores a se confrontarem com eles mesmos, com os seus próprios medos, suas angústias, suas frustrações, suas alegrias e seus desejos, pondo em discussão a própria vivência. Exige a implementação de mudanças visando à aquisição de competências na formação dos médicos que, enquanto restrita ao modelo biomédico, encontra-se impossibilitada de considerar a experiência emotiva como integrante da sua relação profissional. Se as emoções fazem fazer, é possível vislumbrar a possibilidade de construção de um conhecimento a partir delas.

Gadamer (2006) conduz a reflexão sobre um tema que quero discutir nesse itinerário analítico: a humanização da medicina. O autor aspira o nascimento de uma nova imagem profissional para o médico que está fundamentada na construção de uma ampliação da sua sensibilidade para o sofrimento do paciente. Na proposta humanista de Gadamer (2006), a medicina utiliza os instrumentos técnicos e diagnósticos, não abre mão deles, mas, ao mesmo tempo, analisa o ser humano na sua totalidade, o seu ser no mundo. O autor ainda inclui a afetação do médico no contexto de cuidado a partir de experiências de médicos que adoeceram, analisando como tal afetação produz um exercício reflexivo sobre os limites do modelo biomédico. Farei aqui uma analogia com base nessa proposta de Gadamer dizendo que as experiências emotivas dos médicos nas cenas de cuidado e as suas afetações, na medida em são incluídas nas práticas de aprendizagem e de ensino, podem funcionar como uma abertura para a compreensão das emoções do paciente, ampliando o olhar sobre as intervenções em saúde.

Afirmo que um projeto de humanização da medicina. deve prioritariamente ser contexto para uma prática apoiada pela aprendizagem, pela reflexão, sem negar ou menosprezar as emoções, mas utilizá-las como recurso para o cuidado. Assim, talvez seja possível a passagem de uma tensão na medicina entre saber e saber, para sentir o saber, uma vez que as emoções também produzem saberes e fazeres, que incluem o médico e sua

subjetividade, ao invés de excluí-la. Tem-se assim uma medicina da totalidade, na qual se aprende a ver, a escutar e a sentir. Se é possível educar a atenção para o olhar, também é possível fazê-lo em relação ao sentir a partir da análise da cultura emotiva na medicina.

Faz-se mister dizer que, quando se reconhece o aprendizado das emoções no treinamento prático da medicina e a sua condução é feita de modo advertido, traz-se um horizonte pedagógico suficientemente sensível à incorporação das várias fontes de conhecimento. Isso possibilita ao profissional o conhecimento baseado não somente na autoridade proveniente da ciência, mas em uma nova concepção de conhecimento médico articulado com um saber decorrente da prática ou da experiência. Humanizar, de acordo com a PNH (2007), seria mudar as formas de gerir e de cuidar, mas não se efetiva essa mudança sem ampliar os modos de conhecer e de definir o que é a clínica.

Campos (1997) traz uma discussão relevante sobre a proposta de ampliar a clínica, seu objeto e seu objetivo, e compartilhá-la. Ao invés de pensar a clínica como objeto de estudo, um lugar onde os pacientes são posicionados e tidos como tal, praticá-la de modo a reconhecer como suas matérias-primas: o sujeito que adoece, o seu contexto de vida e a doença. Essa clínica ampliada e compartilhada não pode ser feita sem emoções, por praticantes da medicina, que idealmente se imaginam isentos da intromissão das relações interpessoais e dos fluxos afetivos. Na clínica ampliada, cabe o vínculo, a escuta e a negociação dos sentidos e das práticas sobre o cuidado. Uma das suas premissas fundamentais é que nenhum saber estruturado é capaz de dar conta da complexidade do fazer em saúde. Chama-se assim a atenção para necessária saída do encastelamento disciplinar, para o exercício de construção de práticas interdisciplinares, feitas com e a muitas mãos, incluindo o paciente, e desenhando planos de cuidado compartilhados.

Esse debate sobre a saída do encastelamento disciplinar trouxe uma questão para termos como objeto de atenção: a construção de práticas e disciplinas interdisciplinares no hospital, campo de treinamento para os diversos cursos de saúde, poderia agregar algo ao aprendizado sobre as emoções? O que aconteceria se os Programas de Residências se articulassem? Se mais espaços de discussões compartilhadas entre preceptores e aprendizes de distintas áreas da saúde fossem criados? Essas mudanças teriam impacto no aprendizado das emoções na biomedicina? Existem experiências de integração sendo realizadas no cenário brasileiro e, no hospital que fiz o meu campo, já há um esforço nesse sentido com a realização ainda incipiente das visitas multiprofissionais. Esse é um tema que merece aprofundamento e

que não me ative, escolhi focar o meu olhar nas práticas mais tradicionais do ensino médico. Mas, uma pesquisa sempre aponta para novos caminhos investigativos.

Também valeria a pena observar como o processo sobre aprendizagem das emoções se dá em outras especialidades. Ao final desta pesquisa, questionei, por exemplo, como seria desenvolver esta investigação em especialidades como a dermatologia, a endocrinologia, gastro-hepatologia ou a reumatologia, que, embora não estejam dirigidas ao tratamento de um órgão com uma simbologia afetiva como o coração, cuidam de pessoas com “doenças autoimunes”, doenças para as quais se atribui uma causalidade emocional como um dos seus componentes etiológicos. Ou na neurologia, que tem o cérebro, que se tornou na sociedade ocidental o lócus da razão e para quem o discurso científico tem construído um lugar de centralidade, através da elaboração de uma noção fisicalista de pessoas, como mostrei nessa tese por meio das discussões de Azize (2010), Ortega e Vidal (2007) e Henriques (2014). Isso pode demonstrar que a biomedicina, por ser feita de muitos modos, pode produzir diferentes respostas sobre o aprendizado das emoções, mostrando a existência de distinções na cultura emotiva e versões sobre emoções.

Além da medicina, estudos com outras áreas do campo da saúde também seriam importantes. Talvez o desafio maior estivesse no desenho de uma etnografia sobre o aprendizado das emoções nas residências multiprofissionais no hospital, uma proposta de formação em serviço que agrega diferentes categorias profissionais. Através do acompanhamento do percurso dos residentes e dos preceptores, observar se há transformações no aprendizado. As possibilidades investigativas são inúmeras, o que assinala o quanto o tema carece de um lugar nas pesquisas em ciências sociais em saúde.

Esta tese não tem a intenção de esgotar a discussão, mas de nos levar a outros lugares ao ter como proposta a reconstrução do problema do aprendizado das emoções na biomedicina, indicando alguns dos modos pelos quais podemos reconstruir e pensar a formação médica. Como mostrei, estamos diante de duas perspectivas que orientam os modelos formativos: uma que toma como base a evidência, buscando, tornar a prática médica mais objetiva e científica, e outra que propõe uma discussão sobre a humanização e a construção de uma medicina mais empática e, porque não dizer, emotiva. No meu campo vi as duas perspectivas aparecerem, embora a ênfase formal fosse dada a primeira. As emoções nos ajudam a pensar sobre os efeitos práticos da busca de um ideal de cientificidade na medicina. Enquanto objetos de pesquisa contra-hegemônicos, avessos aos modelos disciplinares, a separação sujeito-objeto, as emoções são mediações que ligam a biomedicina,

ao mundo da vida e apontam para as fissuras do seu modelo hegemônico. Finalizo essa tese com o desejo que me coloca em movimento: seguir estudando a formação sem excluir os sujeitos e suas emoções das cenas de aprendizado.

REFERÊNCIAS

- ABU-LUGHOD, L. *Veiled sentiments: Honor and Poetry in a Bedouin Society*. Berkeley: University of California Press, 1988.
- AFONSO, Selene Beviláqua Chaves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Notícias difíceis e o posicionamento dos oncopediatras: revisão bibliográfica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2747-2756, 2013.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Modelagem da pandemia Covid-19 como objeto complexo (notas samajianas). *Estud. av.*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 97-118, 2020.
- AREDES, Janaína de Souza. *De frente com a “Morte em vida”: uma etnografia do cuidado médico no contexto hospitalar*. 2018. 178 f. Tese (Doutorado Saúde Coletiva)-Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2018.
- ASSIS, Machado de. Cinco Mulheres. In: ASSIS, Machado de. *Obra Completa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1979.
- AVILA, Rebeca Contrera. Formação das mulheres nas escolas de medicina. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 142-149, 2014.
- AVILA, Rebeca Contrera. *Tornar-se cirurgiã no Brasil: um estudo sobre a construção das disposições de gênero quanto à aspiração profissional e à escolha da especialidade médica*. Tese (doutorado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas. São Paulo, 429 f., 2017.
- AZIZE, Rogerio Lopes. O cérebro como órgão pessoal: uma antropologia dos discursos neurocientíficos. *Trab. educ. saúde (online)*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 563-574, 2010.
- BAHIA, Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Estadual de Saúde*, 2019, p.269.
- BASTOS, Lam; PROENÇA, M. A.. A prática anatômica e a formação médica. *Rev Panam Salud Publica*, v. 7, n. 6, p. 395-402, 2000.
- BECKER, H. et al. *Boys in white: student culture in medical school*. Chicago: The University of Chicago Press, 2009 [1961].
- BERGSON, Henri. *O riso: ensaio sobre a significação do cômico*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- BONET, Otávio. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2004.
- BONET, Otávio. Emoções e sofrimentos nas consultas médicas: Implicações de sua irrupção. *Teoria e Cultura*, jan/jun., p. 117-138, 2006.
- BONET, O. Emoções, afetos e políticas nas práticas cotidianas da ESF. In: 34º Encontro Anual da ANPOCS. *Anais do 34º Encontro Anual da ANPOCS*, Caxambu, 2010.
- BONET, O. *Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2014a
- BONET, O. Itinerâncias e malhas para pensar os itinerários de cuidado: A propósito de Tim Ingold. *Sociologia e Antropologia*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 327-350, 2014b.
- BONET, O. Sentindo o saber. Educação da atenção e medicina de família. *Horizontes Antropológicos*, 44 | 2015, 253-277

- BOURDIEU, Pierre. *Esboço de auto-análise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2007.
- BRAILE, Domingo Marcolino; GODOY, Moacir Fernandes de. História da cirurgia cardíaca no mundo. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.*, São José do Rio Preto, v. 27, n. 1, p. 125-136, mar., 2012.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. *Documento base*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2007.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde* / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Rio de Janeiro: INCA, 2010.
- BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. *Medidas de prevenção de infecção relacionada a assistência à saúde*. Série: Segurança do paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS [Internet]. Acesso em 31 de dezembro de 2020a, Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/>>. Acesso em 21 fev . 2021.
- BRASIL 2020, *Portaria Nº 580, de 27 de março de 2020*. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19), 2020b.
- BUARQUE DE HOLANDA, Sérgio. *Raízes do Brasil*. 26 ed.. Rio de Janeiro: José Olympio, 1994.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?. *Interface*, Botucatu ,v. 9, n. 17, p. 398-400, ago., 2005.
- CAMUS, Albert. *A peste*. Tradução de Valerie Rumjanek. Rio de Janeiro: Record, 2017.
- CARRILLO-ESPER, R et al . Cardiomiopatia de takotsubo secundaria a sepsis. Una asociación poco frecuente. *Med. interna Méx*, Ciudad de México, v. 33, n. 3, p. 427-435, jun. 2017.
- CASTIEL, L. D.. O estresse na pesquisa epidemiológica: o desgaste dos modelos de explicação coletiva do processo saúde-doença. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 103-120, 2005.
- CASTIEL, L.D.; PÓVOA, E. C. Medicina baseada em evidências: “novo paradigma assistencial e pedagógico”? *Interface Comum Saúde Educação*, v. 6, n. 11, p. 117-132, 2002.
- CASTIEL, L. D., VALLERO, J.; SILVA PR. *Das Loucuras da Razão ao sexo dos anjos: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011, p.188.
- CASTIEL, L.D. As fantasmagorias dos riscos à saúde e o presente do futuro: hiperprevenção preemptiva, terapeutização, automonitoramento. In: OLIVEIRA, Cristiane; MULLER, Rita

Flores (orgs). *Subjetivações e gestão dos riscos na atualidade*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2017, p.3 3-61.

CHACON-DIAZ, Manuel; HORNA-NORIEGA, Manuel; CONDE-VELA, Cesar. “Happy heart syndrome” expressed as focal takotsubo. *Arch. Cardiol. Méx.*, Ciudad de México, v. 89, n. 1, p. 85-87, mar., 2019.

CHARMAZ, Lilian Krakowski . *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHAZAN, Lilian Krakowski. "*Meio quilo de gente*": um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 230 p.

CLAVREUL, J. *A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

COELHO, Maria Cláudia. Dádiva e emoção: obrigatoriedade e espontaneidade nas trocas materiais. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 2, n. 6, Dez. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, 1 nov. 2018. Seção 1, p. 179.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.221, de 23 de novembro de 2018. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, 24 jan. 2019. Seção I, p. 67-71.

DAMATTA, Roberto. O ofício de etnólogo, ou como ter ‘anthropological blues’. In: NUNES, E. O. (org.). *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DAMATTA, Roberto. *A casa e a rua*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991.

DAS, Veena. *Critical Events. An Anthropological Perspective on Contemporary India*. New Delhi: Oxford University Press, 1996.

DAS, Veena. Fronteiras, violência e o trabalho do tempo: alguns temas wittgensteinianos. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 31-42, jun., 1999.

DAS, Veena. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 37, p. 9-41, Dec. 2011 .

DEJOURS, Christophe. *Trabalho vivo: trabalho e emancipação*. Paralelo 15: Brasília; 2012, v. 2., 436 p.

DESPRET, V. *Ces emotions qui nous fabriquent: Ethnopsychologie del’authenticité*. Paris: Les Empêcheurs de tourner en rond, 1999.

DESPRET, V.. The body we care for: Figures of anthropo-zoo-genesis. *Body & Society*, v. 10, p. 111-134, fev/mar., 2004.

DOUGLAS, Mary. *Risk and Blame: essays in cultural theory*. Londres/ Nova York: Routledge, 1994.

DUARTE, André de Macedo; CESAR, Maria Rita de Assis. Negação da Política e Negacionismo como Política: pandemia e democracia. *Educ. Real.*, Porto Alegre, v. 45, n. 4, e109146, 2020 .

DUARTE, Luiz Fernando Dias. “Identidade social e padrões de agressividade verbal em um grupo de trabalhadores urbanos”. *Boletim do Museu Nacional – Nova Série*, n. 36, 1981.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. “*Três ensaios sobre pessoa e modernidade*”. Rio de Janeiro, Boletim do Museu Nacional – Nova Série, n. 41, 1983.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1986.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. “*Pouca vergonha, muita vergonha: sexo e moralidade entre as classes trabalhadoras urbanas*”. In, Leite Lopes, J. S. (Org.), *Cultura & identidade operária*, Rio de Janeiro, Marco Zero/Ed. UFRJ, pp. 203 a 226, 1987.

DUARTE, Tássia de Lima et al. Repercussões psicológicas do isolamento de contato: uma revisão. *Psicol. hosp.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 88-113, ago., 2015.

DUNKER, C. *Mal-estar, sofrimento e sintoma*. São Paulo: Boitempo, 2015.

DUNKER, C.; THEBAS, C.. *O palhaço e o psicanalista*. São Paulo: Planeta do Brasil, 2019.

DUNKER, Christian. *A Arte da Quarentena Para Principiantes*. São Paulo: Boitempo Editora, 2020.

DURKHEIM, É. *As formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Paulus, 2001.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: Formação do estado e civilização*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

ELIAS, Norbert. *Sociedade de corte*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ESPINHEIRA, C. G. D.. *Metodologia e prática do trabalho em comunidade*. Salvador: EDUFBA, 2008.

ESPINHEIRA, C.G.D.. *Sociedade do medo: teoria e método da análise sociológica em bairros populares de Salvador: juventude, pobreza e violência / Gey Espinheira (Org.)*. - Salvador : EDUFBA, 2008.

ESTADÃO. Notícia Bolsonaro sugere que seguidores entrem em hospital para filmar oferta de leitos. >, 11 de junho de 2020a. Disponível em:

<<https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,bolsonaro-sugere-que-seguidores-entrem-em-hospitais-para-filmar-oferta-de-leitos,70003331808>>. Acesso em: 21 fev. 2021.

ESTADÃO, Notícia “Maricas”, “Histeria” e “Não sou coveiro, relebre frases de Bolsonaro sobre a COVID-19. 11 de novembro, 2020b. Disponível em:

<<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,maricas-histeria-nao-sou-coveiro-relembre-frases-de-bolsonaro-sobre-a-covid-19,70003509925>>. Acesso em: 21 fev. 2021.

EVIDENCE-BASED WORKING GROUP. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, v.268, p.2420-5, 1992.

FIGUEIREDO, L. C. Presença, Implicação e Reserva. In: FIGUEIREDO, L. C.; COELHO JUNIOR, N. *Ética e Técnica em Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2000.

FLEISCHER, Soraya; BONETTI, Aline. Dossiê. Etnografia Arriscada: dos limites entre vicissitudes e “riscos” no fazer etnográfico contemporâneo. *Teoria & Pesquisa: Revista de Ciência Política*. 19 (1): 7-17, 2010.

FONTANELLA B. J. B.; RICAS J.; TURATO E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FOUCAULT, M.. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M.. *Microfísica do poder*. São Paulo: Edições Graal, 2010.

FOUCAULT, M.. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

- FRAYHA, Júlia Fernandes Caldas; GUIDUGLI, Simone Kelly Niklis; ISMAEL, Silvia Maria Cury e BATISTA, Juliana dos Santos. A ausência de sintoma e sua relação com o processo de enfrentamento de pacientes cardiopatas cirúrgicos. *Rev. SBPH [online]*, vol. 17, n. 2, p. 05-23, 2014.
- GADAMER, HG. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Editora Vozes; 2006. 176 p.
- FREYRE, Gilberto. *Casa-grande & senzala. Formação da família brasileira sob regime de economia patriarcal*. 14ª ed., Rio de Janeiro: José Olympio, 1966.
- FREYRE, Gilberto. *Sobrados e Mocambos*. Rio de Janeiro: Record, 1990a.
- FREYRE, Gilberto. *Ordem e Progresso*. Rio de Janeiro: Record, 1990b.
- GARCIA, Leila Posenato; DUARTE, Elisete. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 29, n. 4, 2020.
- GEERTZ, C. 'From the native's point of view': on the nature of anthropological understanding. In: SHWEDER, R. (Ed.). *A Culture Theory Essays on Mind, Self, an Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.
- GEERTZ, C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.
- GELLER, Gail; FADEN, Ruth; LEVINE, David. Tolerance for ambiguity among medical students: implications for their selection, training and practice. *Social Science and Medicine*, v. 31, n. 5, p. 619-624, 1990.
- GOMES, E. C.; MENEZES, Rachel Aisengart. Etnografias possíveis: reflexões sobre estar ou ser de dentro. *Ponto Urbe*, São Paulo, v. 3, p. 1-30, 2008.
- GOOD, Byron J.. *Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra, 2003. p. 375.
- GOULART, Lúcia M. H. Figueiredo. Depois que forma, muda: estudo da relação médico-paciente no âmbito da prática docente-assistencial na Faculdade de Medicina – UFMG. In: A. Paiva e M. Soares (Orgs.). *Universidade, cultura e conhecimento: a educação pesquisa a UFMG*. Belo Horizonte: Autêntica, 1998.
- GRAFFUNDER, Fabrissio Portelinha et al. Diagnóstico Diferencial de Síndrome de Marfan em Adolescente Atleta de Voleibol. *Int. J. Cardiovasc. Sci.*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 181-184, apr., 2017.
- GRIMA, Benedict. *The performance of emotions among paxtum women*. Austin: University of Texas Press, 1992.
- GUEDES, C. R.. *A subjetividade como anomalia: estratégias médicas para lidar com os sintomas vagos e difusos em biomedicina*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- GUZMAN, Julio L. D.; IRIART, Jorge A. B.. Revelando o vírus, ocultando pessoas: exames de monitoramento (CD4 e CVP) e relação médico-paciente no contexto da AIDS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1132-1140, maio, 2009.
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Parte I. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- HEIDEGGER, M. *A caminho da linguagem*. Petrópolis: Vozes, 2003.

- HENRIQUES, R. P.. O discurso da medicalização e a saúde como ideal: o que há de novo nos “novos sujeitos”? In: BIRMAN, J. et al. *A Fabricação do Humano: psicanálise, subjetivação e cultura*. São Paulo: Zagodoni, p. 83-94, 2014.
- HENRIQUES, C.. A dupla epidemia: febre amarela e desinformação. *Rev Eletrônica Comunicação Informação Inovação Saúde*, v. 12, n. 1, p. 9-13, 2018.
- HOBBS, Pamela. Islands in a string: the use of background knowledge in an obstetrical resident's notes. *Journal of Sociolinguistics*, v. 6, n. 2, p. 267-274, 2002.
- HOFFMANN, Leandro. A morte na infância e sua representação para o médico – reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 364-374, 1993.
- INGOLD, Tim. *The perception of the environment*. London: Routledge, 2000.
- INGOLD, Tim. Jornada ao Longo de um Caminho de Vida – Mapas, descobridor caminho e navegação. *Religião e Sociedade*, v. 25, n. 1, p. 76-110, 2005.
- INGOLD, Tim. Da transmissão de representações à educação da atenção. *Educação*, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 6-25, jan./abr., 2010.
- INGOLD, Tim. *Estar vivo: ensaios sobre movimento, conhecimento e descrição*. São Paulo: Vozes, 2015.
- JABRI, Ahmad et al. Incidence of Stress Cardiomyopathy During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Netw Open*, v. 3 n. 7, set., 2020.
- KAULING, Ana Laura Colle et al. Miastenia gravis: relato de dois casos e revisão da literatura. *Rev. Bras. Anesthesiol.*, Campinas, v. 61, n. 6, p. 755-763, dez., 2011.
- KIYOSE, Alberto Takeshi et al. Comparação de Próteses Biológicas e Mecânicas para Cirurgia de Válvula Cardíaca: Revisão Sistemática de Estudos Controlados Randomizados. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 112, n. 3, p. 292-301, mar., 2019.
- KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro. *Ser discreto: um estudo do Brasil urbano sob a ótica do luto*. [Relatório Final de Pesquisa]. João Pessoa: Edições GREM – Grupo de Pesquisa em Antropologia e Sociologia das Emoções, 301 p., 2001.
- KUHN, T.. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2003.
- LEAVE, Jean. Aprendizagem como/na prática. *Horizontes Antropológicos*, v. 44, p. 37-47, 2015.
- LE BRETON, David. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.
- LE BRETON, D. *Antropologia dos sentidos*. Petrópolis: Editora Vozes, 2016.
- LE BRETON, David. *Antropologia das emoções*. Petrópolis: Vozes, 2019a.
- LE BRETON, David. *Rostos: ensaio de antropologia*. Petrópolis: Vozes, 2019b.
- LEDER, Drew. Clinical interpretation: the hermeneutics of medicine. *Theoretical Medicine, Dordrecht*, n.11, p. 9-24, 1990.
- LE MOS, Alessandra Edna Teófilo et al. Síndrome do coração partido (síndrome de Takotsubo). *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 90, n. 1, p. 1-3, jan., 2008.
- LUTZ, C. *Unnatural emotion: everyday sentiments on a Micronesian Atoll and their challenge to Western Theory*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

- LYON, M. Missing emotions: the limitations of cultural constructionism in the study of emotions. *Cultural Anthropology*, v. 10, n. 2, p. 244-263, 1995.
- MACIEL, Bruno Araújo et al. Pseudoinfarto agudo do miocárdio devido à síndrome da disfunção ventricular apical transitória (síndrome de Takotsubo). *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 63-67, Mar. 2013.
- MAGNANI, José Guilherme C. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 17, n. 49, jun., 2002.
- MALUF, Sônia Weider. Antropologia em tempo real: urgências etnográficas na pandemia. Aula Inaugural no PPGAS/UFAL, por webconferência, em 08/5/2020. Disponível em: <<https://brasilplural.paginas.ufsc.br/antropologia-na-pandemia/antropologia-em-tempo-real-urgencias-etnograficas-na-pandemia/>>. Acesso em: 21 fev. 2021.
- MATTERN, S., LUERSEN, E. H.. Auscultação urbana: ou percebendo a ação do coração. *Revista do Laboratório de Estudo Urbanos do Núcleo do Desenvolvimento da Criatividade*, Campinas, v. 26, n. 2, p. 385-409, abr., 2020. Disponível em: <<https://placesjournal.org/article/urban-auscultation-or-perceiving-the-action-of-the-heart/?cn-reloaded=1>>. Acesso em: 12 set. 2020.
- MAUSS, Marcel. A expressão obrigatória dos sentimentos: funerais orais funerários australianos. In: MAUSS, Marcel. *Ensaio de sociologia*. São Paulo: Perspectiva, 2005 [1921], p. 325-335.
- MEAD, M.. *Sexo e temperamento em três sociedades primitivas*. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- MEDEIROS, EAS, Wey SB, Guerra CM. *Diretrizes para a prevenção e o controle de infecções relacionadas à saúde*. Comissão de Epidemiologia Hospitalar 2007 - 2008, Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo; 2007. 132p.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p
- MENEZES, R. A L.. *Difíceis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI*. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2000.
- MENEZES, R. A. L.. Etnografia de la enseñanza médica en una UCI, *Interface Comunic., Saúde, Educ.*, v.5, n.9, p.117-130, 2001.
- MERHY, E. E.; Franco, T. B. "Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional", *Saúde em Debate*, v.27, n. 65, Rio de Janeiro, 2003.
- MERHY, E. E.; *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo*; São Paulo, Hucitec, 2002.
- MERTON, R. K., READER, G. G., KENDALL, P. L. (Ed.). *The student-physician: introductory studies in the Sociology of Medical Education*. Massachusetts: Harvard Univ. Press, 1969.
- MESQUITA, Cláudio Tinoco; NOBREGA, Antonio Claudio Lucas da. Miocardiopatia adrenérgica: o estresse pode causar uma cardiopatia aguda?. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 84, n. 4, p. 283-284, abr., 2005.
- MOL, A. *The body multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University, 2002.

- MORAES, Ricardo Casalino Sanches de; KATZ, Marcelo; TARASOUTCHI, Flávio. Aspectos clínicos e epidemiológicos de portadores de doença valvar atendidos em unidade de pronto atendimento. *Einstein*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 154-158, jun., 2014
- MORETTO, M.L.T.. *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”*. 262 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- MÜLLER, Regina Elizabeth. *Cardiopatía reumática com lesão valvar em crianças e adolescentes: fatores associados ao tempo até a terapêutica cirúrgica*. 2011. 151 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
- OLIVEIRA, M. F. P. Aspectos emergentes da psicologia em cardiologia no terceiro milênio. In: ALMEIDA, C. P.; RIBEIRO, A. L. A. (Eds.), *Psicologia em cardiologia: novas tendências*. Campinas: Alínea, 2008, p. 7-10.
- OLIVEIRA, C. *Subjetivações e gestão dos riscos na atualidade*. Cristiane Oliveira e Rita Flores Muller (orgs). Rio de Janeiro: Contra Capa, 2017, p.200.
- OLIVEIRA, Petter Ricardo de et al. Relação público-privada na política brasileira de atenção cardiovascular de alta complexidade. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, p. 753-768, ago., 2019.
- ONOCKO-CAMPOS RT, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YA, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 669-688.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Organização Mundial da Saúde - OMS. Repositório Institucional para Troca de Informações – Iris. *Fichas Informativas COVID-19: entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19* [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 11 march, 2020. Geneva, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>>. Acesso em: 15 maio 2020.
- ORTEGA, Francisco. Fenomenologia da visceralidade: notas sobre o impacto das tecnologias de visualização médica na corporeidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1875-1883, dez., 2005.
- ORTEGA, Francisco. VIDAL, Fernando. Mapeamento do sujeito cerebral na cultura contemporânea. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 257-261, jul.-dez., 2007.
- PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun., 2018.
- SCHEFFER, Mário Cesar; BAHIA, Lígia. *Público e privado na saúde*. In: PAIM, Jairnilson Silva. *Sistema único de Saúde: Tudo que você precisa saber*. 1 edição; Atheneu, Rio de Janeiro, 2019.
- PEIRANO, Mariza. Antropologia no Brasil: alteridade contextualizada. In: MICELI, Sérgio. *O que ler na Ciência Social Brasileira (1970-1995): Antropologia*. São Paulo: Editora Sumaré: ANPOCS; Brasília, DF: CAPES, 1999.

- PELLECCHIA, U. Quarantine and its malcontents: How Liberians responded to the Ebola epidemic containment measures. *Anthropology in Action*, v. 24, n. 2, p. 15-24, 2017.
- PEREZ, Glória. Psicologia em cardiologia: adoecer do coração, cultura contemporânea e subjetividade. In: KAMERS, M.; MARCON, H.H. e MORETTO, M.L. T (orgs.). *Desafios Atuais das Práticas em Hospitais e nas Instituições de Saúde*. São Paulo: Editora Escuta, 2016.
- PIMENTA, Denise Moraes. *O cuidado perigoso: tramas de afeto e risco na Serra Leoa (a epidemia de Ebola contada pelas mulheres, vivas e mortas)*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019
- PIMENTEL, Maurício; ZIMERMAN, Leandro Ioschpe; ROHDE, Luis Eduardo. Estratificação do Risco de Morte Súbita na Insuficiência Cardíaca de Etiologia Não Isquêmica. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 103, n. 4, p. 348-357, out., 2014.
- PINHEIRO, R; MATTOS, RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2009.
- PRATES, Paulo R.. Pequena história da cirurgia cardíaca: e tudo aconteceu diante de nossos olhos... *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 177-184, jul., 1999.
- QUINTANA, AM, Cecim PS, Henn CG. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2002; v. 26, n. 3, p. 204-210.
- QUINTANA, Alberto Manuel et al. A angústia na formação do estudante de medicina. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 7-14, mar., 2008.
- RABINOW, P. *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.
- RADCLIFFE-BROWN, A. R.. *Estrutura e função na sociedade primitiva*. Petrópolis: Vozes, 1973.
- RAMIREZ, Heloísa Helena Aragão; ASSADI, Tatiana Carvalho; DUNKER, Christian Ingo Lenz (orgs.). *A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise*. São Paulo: Annablume, 2011.
- REZENDE, Claudia Barcellos. “Mágoas de amizade: Um ensaio em Antropologia das Emoções”. *Mana*, v. 8, n. 2, 2002a, p. 69-89.
- REZENDE, Claudia Barcellos. *Os significados da amizade: duas visões sobre pessoa e sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2002.
- REZENDE, Claudia Barcellos. “O brasileiro emotivo: reflexões sobre a construção de uma identidade brasileira”. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v.2, n.4, p. 93-112, 2003.
- REZENDE, Joffre M. de. Cirurgia e patologia. *Acta Cir. Bras.*, São Paulo, v. 20, n. 5, out., 2005.
- REZENDE, Claudia Barcellos; COELHO, Maria Cláudia. *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2010.
- RICE, Tom. Sounding bodies: medical students and the acquisition of stethoscopic perspectives. In: PINCH, Trevor; BIJSTERVELD, Karin. *The Oxford handbook of sound studies*. Nova York: Oxford University Press, 2012.

- ROCHA, J. M.; KASTRUP, V.. Emoção e cognição na imanência Afetiva. *Anais do Congresso da Associação Brasileira de Psicologia Social*, 2007.
- RODRIGUES FILHO, Edison Moraes; JUNGES, José Roque. Morte encefálica: uma discussão encerrada?. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 23, n. 3, p. 485-494, dez, 2015.
- ROSA, João Guimarães. *Grande sertão: veredas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- ROSALDO, M. Toward an anthropology of self and feeling. In: SHWEDER, R.; LEVINE, R. (ed.). *Culture theory: essays on mind, self, and emotion*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 137-157.
- SALVADOR, Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG). *Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021 / Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2018. Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 21.11.2018, p. 231.*
- SAMPAIO, Roney Orismar. Como Escolher a Prótese Valvar mais adequada para meu Paciente?. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 112, n. 3, p. 302-303, mar., 2019.
- SANTOS, D F. HIV/Aids e os Médicos em Formação: aprendendo a cuidar de vírus ou pessoas? In: CAMARGO JR., Kenneth Rochel de; NOGUEIRA, Maria Inês. *Por uma filosofia empírica da atenção à saúde: olhares sobre o campo biomédico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
- SANCOVSKI, Ana Rosa K.. *Efeitos da visita médica nos pacientes da enfermaria da clínica geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. Tese (Doutorado), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2002.
- SATO H. et al. Takotsuboty pecardio myopathy due to multivessel spasm. In: KODAMA, K; HAZE, K; HON, M. (Eds.). *Clinical aspect of myocardial injury: from ischemia to heart failure*. Tokyo: Kagaku Hyoronsha, 1990. p. 56-64.
- SELDES, Ricardo. La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. In: BELAGA, Guillermo (Org.). *La urgencia generalizada: La práctica en el hospital*. Buenos Aires: Gramma, 2006. p. 34-42.
- SEGATA, Jean. Covid-19, biossegurança e antropologia. *Horiz. antropol.*, Porto Alegre , v. 26, n. 57, p. 275-313, ago. 2020.
- SELYE, H.A Syndrome produced by diverse nervous agents. *Nature*, n. 148, 1936.
- SILVA, Mercedes D. e. “*Amar Demais*”: uma análise sobre a patologização de comportamentos amorosos femininos em contexto de grupos de ajuda mútua e de produção de saberes. 2015.122 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2015.
- SILVA, Mercedes D. e. Medicalização e patologização do amor e do gênero feminino. In: 13º Mundo de Mulheres & Seminário Internacional Fazendo Gênero 11: transformações, conexões e deslocamentos, 2018, Florianópolis. *Anais do XI Seminário Internacional Fazendo Gênero [recurso eletrônico]*, Florianópolis: UFSC, 2017. v. 11. p. 1-13.
- SILVEIRA, Daniela Barros da. *Incidências do real em um hospital de cardiologia: apontamentos a partir de uma experiência*. 2015. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

- SIMMEL, G. *Sobre la aventura: ensaios filosóficos*. Barcelona: Península, 1988.
- SIMONETTI, Alfredo. *Manual de Psicologia Hospitalar: O mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- SINCLAIR, Simon. *Making doctors: an institutional apprenticeship*. Boston: Berg Publications, 1997.
- SOLLA, J. J. S. P.; CHIORO, A. A. R.. Atensão Ambulatorial Especializada. In L. Giovanella (Org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed.. p. 547-576. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.
- SOMBRA NETO, Luis Lopes et al. Habilidade de Comunicação da Má Notícia: o Estudante de Medicina Está Preparado? *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 260-268, jun., 2017.
- SOTELO, I.. *Clínica de la urgência*. Buenos Aires: JCE Ediciones, 2007;
- SOUZA, A N. *Formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica*. Rio de Janeiro. Tese de Doutorado. Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.
- SOUZA, Iara Maria de Almeida. *Relação médico-paciente na clínica em cardiologia: entrelaçamento entre ciência, técnica e prática em um contexto de formação médica*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia; Salvador, 2004.
- STELET, B.P; CASTIEL, L.D.; MORAES, D.R.. Anomalia e o ensino da comunicação clínica na prática médica. *Caderno de Saúde Pública*, v. 33, n. 2, 2017.
- UCHÔA, Severina Alice da Costa. *Os protocolos e a decisão médica: evidências e ou vivências?* Orientador: Kenneth Rochel de Camargo. 2003, p. 135. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ, 2003.
- UCHÔA, Severina Alice da Costa; CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências?. *Ciênc. Saúde Coletiva*[online], v.15, n.4, p. 2241-2249, 2010.
- VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: NUNES, Edson de Oliveira. *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
- VELHO, Gilberto. “A busca da coerência. Coexistência e contradições entre códigos em camadas médias urbanas”. In, Figueira, Sérvulo A. org., *Cultura da Psicanálise*. São Paulo, Brasiliense, pp. 169 a 177, 1985.
- VELHO, Gilberto. *Subjetividade e Sociedade. Uma experiência de geração*. Rio de Janeiro, Zahar, 1986.
- VELHO, Gilberto. “Memória, Identidade e Projeto”. *Revista Tempo Brasileiro*, n. 95, pp. 35 a 43, 1988.
- VELHO, Gilberto. *Projeto e Metamorfose*. 3ª edição, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2003.
- VELHO, Gilberto. *Individualismo e cultura: Notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea*. 8 ed. São Paulo: Jorge Zahar, 2008.
- VERÍSSIMO, Érico. *Olhai os lírios do campo*. 71 ed.. São Paulo: Globo, 1995
- WOTTRICH, Shana Hastenpflug et al. Significados e vivências mediante a indicação cirúrgica para pacientes cardíacos. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 18, n. 4, p. 609-619, dez., 2013.

WOTTRICH, Shana Hastenpflug et al. "Manifestations of the Heart": Meanings Attributed to the Disease by Pre-surgical Cardiac Patients. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 31, n. 2, p. 213-219, jun., 2015.

APÊNDICE 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados sociodemográficos

1. Idade:
2. Gênero:
3. Raça:
4. Formação médica: Interno () Residente () Preceptor ()
 - 4.1. Se preceptor, tempo na função de preceptoria: _____
 - 4.2. Se preceptor tipo de vínculo com o hospital: Universidade () EBSEH () FAPEX ()

EIXO 1: TRAJETÓRIA E FORMAÇÃO

- 1- Conte-me sobre sua inserção na medicina (escolha e percurso formativo)
- 2- Quais as principais práticas fazem parte do ensino médico no hospital? Conte-me sobre sua experiência nessas práticas

EIXO 2: EMOÇÃO E FORMAÇÃO

- 3- O que é emoção para você?
- 4- Você poderia relatar experiências (situações, casos) na prática da medicina em que se emocionou no hospital?
 - 4.1 Quais emoções sentiu?
 - 4.2 Como lidou?
 - 4.3 Você compartilhava essas emoções que sentiu no hospital? Com quem? (outros praticantes da medicina internos, residentes e preceptores)
- 5- O que aprendeu sobre emoções na sua experiência no hospital?
- 6- Você se sente estimulado/incentivado a falar sobre suas emoções ou sobre as emoções do paciente nas suas práticas no hospital? Em quais momentos? (pergunta para os aprendizes)
 - 6.1 Algum interno ou residente já lhe falou sobre as emoções que sentiu ou sobre as emoções do paciente no hospital? Se sim, conte-me como foi e como você lidou (preceptor)
- 7- O que a medicina fala sobre emoção?

EIXO 3- EMOÇÃO E CARDIOLOGIA

- 8- Conte-me sobre um caso que acompanhou na cardiologia, que as emoções do paciente apareceram e como você manejou;
- 9- Há uma relação entre emoções e cardiologia?
- 10- O que você aprendeu sobre emoções na cardiologia? (aprendizes)
- 10.1- O que pode ser ensinado sobre emoções e cardiologia? (preceptor)

APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) Você, estudante da graduação de medicina desta universidade ou residente de medicina em atuação no Complexo Hospitalar Universitário ou preceptor médico do Complexo Hospitalar Universitário, está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “O aprendizado sobre as emoções em um contexto de treinamento médico: uma etnografia sobre as práticas médicas em um hospital universitário em Salvador, Bahia”.
- b) A sua participação na pesquisa terá a forma de entrevista ou entrevistas com a pesquisadora.
- c) As entrevistas serão realizadas no hospital, em horários e dias convenientes para você.
- d) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo. A pesquisadora compromete-se a entregar uma cópia dos relatórios ou publicações resultantes dele para a Complexo Hospitalar Universitário, e, caso tenha interesse, para o participante deste estudo.
- e) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.
- f) A sua confidencialidade está garantida. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um pseudônimo.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi explica o objetivo do projeto. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do participante

Data ___/___/___

Assinatura do pesquisador

Rosana dos Santos Silva

Contato: rosanassilva@hotmail.com

(71) 992520487

Data ___/___/___

ANEXO 1: TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS



TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA

Por este instrumento, eu _____

(nome legível, completo e por extenso do paciente ou responsável)

_____/_____, declaro que:
(identidade nº / órgão)

1º) Recebi todas as explicações necessárias quanto aos benefícios, riscos, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

2º) Estou ciente de que, durante o procedimento _____

_____ aberta (com corte) para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada(s) condição(ões) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) (fortuitas);

4º) Estou ciente de que em procedimento(s) invasivo(s), como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios e urinários. Além disso, as principais (não exclusivas) situações adversas associadas especificamente a este procedimento são as seguintes: realização de diagnóstico diferente ou adicional com realização de procedimento diferente ou adicional, deiscência (abertura) da sutura da incisão, hematomas e outros;

5º) Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação do médico anestesista pertencente ao Serviço de Anestesia do HUPES;

6º) Por livre iniciativa aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a necessidade de cada evento;

7º) Esta autorização é dada ao(à) médico(a) _____ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e, de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação e/ou condução por outro cirurgião pertencente ao quadro clínico do Complexo HUPES;

8º) Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s) e ter compreendido todas as informações deste documento antes de sua assinatura;

9º) Consinto, portanto, ao(à) médico(a) supra identificado(a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize o seu próprio julgamento técnico para que sejam

alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s);

10º) Autorizo a realização de filmagens / fotografias, bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

11º) Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, _____ de _____ de 20__.

(assinatura do(a) paciente)

(assinatura da(o) responsável pelo(a) paciente)
No caso de paciente menor, ou que tenha responsável legal, ou
que não possa assinar este documento

(nome completo e legível do responsável)

(identidade / órgão)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e firmado.

Salvador, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) médico(a)
CRM

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento acima prestado, desistindo da realização de prosseguir o tratamento.

Salvador, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Paciente

Assinatura do(a) médico(a) e CRM

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Complexo
HUPES
EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

1º) Por este instrumento, eu _____
(nome legível, completo e por extenso do paciente)

Prontuário _____, ou seu responsável, _____
(nome legível, completo e por extenso do responsável)

na condição de paciente ou seu representante legal, fui devidamente esclarecido (a) pelo cirurgião (ã), e/ou equipe médica, sobre o cenário epidemiológico que envolve a pandemia de COVID-19, bem como dos riscos a que estarei exposto durante internamento considerando esta situação, em comparação aos benefícios oferecidos pela cirurgia.

2º) Fui informado e compreendo que durante todo o período de internamento estarei exposto a eventual risco de contaminação pela COVID-19 devido ao contato com portadores assintomáticos do Coronavírus desconhecedores da sua condição, podendo ser profissionais do hospital ou pacientes.

3º) Entendo que isso poderá resultar no desenvolvimento de sintomas variados da doença, podendo também tornar-me portador assintomático, cursar com sintomas leves semelhantes a um resfriado comum, internamento em unidade de terapia intensiva ou mesmo óbito.

4º) Assim, estou ciente que:

- Pacientes saudáveis de cirurgias eletivas podem contrair COVID-19 durante a internação;
- Pacientes saudáveis de cirurgias eletivas que contraem COVID-19 no pós-operatório poderão desenvolver quadros mais graves devido às alterações imunológicas causadas pela cirurgia;
- Pacientes que tenham contraído a infecção há poucos dias podem ainda não ter desenvolvido sintomas e a ventilação mecânica durante as cirurgias pode resultar em agravamento dos casos;
- Pacientes de cirurgias eletivas que tiveram complicações respiratórias podem ter os sintomas semelhantes à infecção por COVID-19 causando confusão diagnóstica;

5º) Concordo que durante o meu tratamento, se o médico responsável pelo meu ato cirúrgico necessitar de afastamento de suas atividades por motivo de adoecimento, este poderá ser substituído por outro profissional da instituição, ou caso seja necessário, estarei de acordo com a minha transferência para outra instituição de saúde por intermédio da Central Estadual de Regulação.

6º) Comprometo-me a comunicar imediatamente à equipe o desenvolvimento de qualquer sintoma antes do internamento, mesmo que isto resulte em adiamento do procedimento. Estou ciente de que a omissão deliberada destas informações pode resultar na exposição de outros pacientes ou profissionais a risco de contaminação, com consequente configuração de crime contra a saúde pública.

7º) Concordo que, caso apresente sintomas sugestivos da infecção durante o internamento, comunicarei de imediato à equipe responsável pelos cuidados, e que se avaliado necessário poderei ser transferido para a unidade específica para tratamento do COVID-19.



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

8º) Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o internamento para o procedimento seja realizado.

9º) Ciente dos riscos e benefícios bem como dirimidas todas as dúvidas aceito realizar o procedimento.

Salvador, ____ de _____ de _____.

(assinatura do(a) paciente)

(assinatura da(o) responsável pelo(a) paciente)

No caso de paciente menor, ou que tenha responsável legal, ou que não possa assinar este documento.

(nome completo e legível do responsável) (identidade / órgão)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e firmado.

Salvador, ____ de _____ de _____.

Assinatura do médico

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento acima prestado, desistindo da realização de prosseguir o tratamento.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) Paciente/Responsável

Assinatura do(a) médico(a) e CRM

ANEXO 3: TERMO DE RESPONSABILIDADE, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS



TERMO DE RESPONSABILIDADE, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

Informações Gerais: A transfusão de sangue tem como objetivo a reposição de um ou mais componentes sanguíneos como glóbulos vermelhos, plaquetas e fatores da coagulação, a fim de debelar e/ou evitar anemia ou hemorragia, através do concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma fresco congelado e crioprecipitado.

Riscos: Como em todo tratamento, existem benefícios e riscos, cuja relação será considerada pelo seu médico assistente/prescritor ao solicitar a transfusão de hemocomponentes. O preparo dos hemocomponentes obedece a rígidos critérios exigidos pela ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, havendo, entretanto, uma pequena possibilidade de ocorrerem reações adversas em geral leves e tratáveis, mas que, muito raramente, poderão ser graves.

Em todo sangue doado são realizados testes sorológicos com a finalidade de detectar e, conseqüentemente, evitar a transmissão de doenças pela transfusão. Entretanto, existe a possibilidade de transmissão de agentes infecciosos, como, por exemplo, o vírus da hepatite (1 em cada 1 milhão de transfusões) ou o vírus HIV (1 em cada 2 milhões de transfusões).

Consentimento: Tendo sido informado sobre os benefícios e riscos da transfusão de sangue, dou o consentimento à Unidade de Hemoterapia do Complexo HUPES para, atendendo à solicitação do meu médico assistente/prescritor, realizar a transfusão de hemocomponentes durante o meu tratamento.

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Paciente Nome: _____

Assinatura _____ Prontuário: _____

Responsável Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Grau Parentesco: _____

Motivo: _____ Salvador, ____ de _____ de _____

OBS.: Havendo impedimento do paciente em assinar este termo, o mesmo deverá ser assinado pelo responsável legal, informando o motivo do impedimento.

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO MÉDICO PRESCRITOR

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável, o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o(s) tratamento (s) acima descritos.

Salvador, ____ de _____ de _____ Assinatura do(a) médico(a) – CRM _____

Consentimento Informado Não Obtido: Devido ao estado clínico do paciente, emergência ou risco de vida, não houve condições de informá-lo devidamente para obtenção deste consentimento informado. Como seu médico prescritor, solicitei a transfusão de hemocomponentes, visando melhorar o seu quadro clínico.

Salvador, ____ de _____ de _____ Assinatura do(a) médico(a) – CRM _____