

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS- UFPel
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS- ICH
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA E ARQUEOLOGIA-DAA
BACHARELADO EM ANTROPOLOGIA**



UNIDADE CUIDATIVA: tecendo redes de atenção à saúde

Mara Elis Ferreira Fredes

Pelotas, 2018

Mara Elis Ferreira Fredes

UNIDADE CUIDATIVA: tecendo redes de atenção à saúde

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Antropologia da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Antropologia- Linha de formação em Antropologia Social e Cultural.

Orientadora: Claudia Turra Magni

Pelotas, 2018

Mara Elis Ferreira Fredes

Banca Examinadora:

Dr^a. Claudia Turra Magni – Orientadora
Universidade Federal de Pelotas

Dra. Flavia Maria Silva Rieth
Universidade Federal de Pelotas

Dra. Louise Prado Alfonso
Universidade Federal de Pelotas

Pelotas, 2018

**Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação**

F853u Fredes, Mara Elis Ferreira

**Unidade cuidativa : tecendo redes de atenção à saúde /
Mara Elis Ferreira Fredes ; Claudia Turra Magni,
orientadora. — Pelotas, 2018.**

90 f.

**Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Antropologia - Antropologia Social e Cultural ou
Arqueologia) — Instituto de Ciências Humanas,
Universidade Federal de Pelotas, 2018.**

**1. Biomedicina. 2. Práticas integrativas. 3.
Espiritualidade. 4. Unidade cuidativa. I. Magni, Claudia
Turra, orient. II. Título.**

CDD : 301

EPÍGRAFE

Mito da Integralidade

**Integralidade com desintegralidade...
a rima é fácil e a dialética até justifica
mas, em ato, como é que fica?
No Estado Democrático de Direito (ladeira acima?),
em nosso "presente como futuro passando",
como fazemos nossa História?
Apenas lembrando?
Ou pautad@s na memória?
Que memória? Há escolha? Se há,
como acessar aquela da luta pela democracia?
Como lidamos com o poder no dia a dia?
O movimento popular que brocou, na estrutura dura,
uma área técnica de cuidado,
não poderia nos ajudar, na labuta da luta,
a se mexer num Estado travado?
Mas sem basismo , pois o que vem de lá,
por si só, não é ruim nem bom.
Mas com humildade e solidariedade, como música,
dialogando com outr@s, podemos achar o tom.
Então,
nem ovo nem galinha,
estamos falando de cuidado integral,
então a questão é de princípio, não é de linha.
E com @ "usuári@", em nossa história real,
uma resposta a nossa pedra se escrevinha...
É,
mas nela,
uma pergunta chega quase nos esculachando:
Gestor@s, trabalhador@s,
acadêmic@s, gente estudando,

De verdade,
Qual nosso projeto de sociedade?**

**(Sistematização: Tiago Parada. Roda da DGC, com Roseni Pinheiro, sobre
Integralidade, 2012**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente preciso agradecer a todos os seres de luz que iluminam o meu caminho, apesar de todas as minhas fraquezas, intolerâncias, vaidades e futilidades, mas em constante inquietação, capaz de me colocar sempre em movimento.

Gratidão pelas aprendizagens significativas, pelos conhecimentos que produzem mudanças, pelas vivências, pelos encontros bons ou ruins, mas desafiadores, pelas oportunidades e até mesmo pelas possibilidades.

A minha mãe, minha grande incentivadora para os estudos, apesar de não estar mais nesse espaço, acompanha meus passos de outra dimensão.

Meus filhos, amigos, companheiros e apoiadores de todas as jornadas. Obrigado pela paciência e por todas as horas que não pude lhes dar total atenção.

Apesar de ter circulado por várias turmas, agradeço aos colegas que fui encontrando no trajeto, Maria Elena, Fernando, Ernani, Olívia, Clóvis, Guilherme e tantos outros que sempre me acolheram com muita afetividade.

Aos professores, pela dedicação, eficiência, comprometimento com o aluno; a todos meu agradecimento e, em especial a minha orientadora professora Claudia e as professoras Flávia, Louise, Renata, Rosane, a quem dedico uma imensa admiração e carinho.

Ao Albio, pela sua dedicação, profissionalismo, apoio ao aluno e capacidade de escuta. Figura humana ímpar e valorosa no curso.

Aos meus interlocutores, principalmente a médica coordenadora do Centro de Cuidados Paliativos, não só pela colaboração, mas pelo trabalho admirável que realiza.

E por fim, a quem sempre acredita que eu sou capaz, que vou conseguir e nunca me deixa desanimar ou desistir.

RESUMO

Este trabalho tem como propósito provocar reflexões sobre o modelo de saúde que vem sendo ofertado pelo SUS aos seus usuários, baseado na concepção biomédica de saúde, que divide o ser humano em suas partes e cada vez mais criam-se aparatos tecnológicos, medicamentos e outros recursos de tecnologia dura para resolver praticamente todas as enfermidades. As Práticas Integrativas apesar de serem tangenciadas no sistema formal, elas fazem parte do sistema cultural da sociedade. As pessoas buscam outras formas de terapêuticas, denominadas de práticas integrativas de saúde, em outros espaços da sociedade e, vem utilizando-se dos fóruns institucionalizados para impor ao sistema formal de saúde, que ocorram ofertas de práticas integrativas de forma complementar ao sistema vigente. A etnografia na Unidade Cuidativa, que compõe um dos cenários do Centro de Cuidados Paliativos/Pelotas-RS, trabalha essa complementaridade, atendendo as causas orgânicas dos usuários que se encontram vinculados a unidade de cuidados paliativos, ofertando as PICS e outras atividades, evidenciando que é possível que o SUS, possa atender as causas orgânicas, mas oferecer possibilidades de buscar resgatar o equilíbrio, a espiritualidade, através da harmonização, proposta no uso dessas terapias. O estudo mostrou que não trata-se simplesmente de mudança de modelo de saúde, mas da concepção de ser humano que está subjacente a esses modelos.

Palavras chave: Biomedicina. Práticas Integrativas. Espiritualidade. Unidade Cuidativa.

LISTA DE ABREVIATURAS

CMS	CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNS	CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
HE	HOSPITAL ESCOLA
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
ONGS	ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS
PEPIC	POLÍTICA ESTADUAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
PICS	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE
PIDI	PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR
PNPIC	PROGRAMA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
SAME	SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UCPEL	UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
UFPEL	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Planta aérea da área da Laneira

Figura 2- Espaço Interno da Unidade Cuidativa

Figura 3- Espaço Interno da Unidade Cuidativa

Figura 4- fachada do prédio da antiga fábrica Laneira

SUMÁRIO

RESUMO	05
LISTA DE ABREVIATURAS	06
LISTA DE FIGURAS	07
INTRODUÇÃO	10
CAP I - OS CAMINHOS DA PESQUISA	16
1.1 Minha Trajetória	17
1.2 Trajetos que me levaram ao universo da pesquisa	22
1.3 Os Interlocutores	24
1.4 A metodologia	25
1.4.1 Situando à pesquisa	29
CAP II- CONCEPÇÕES DE SAÚDE	32
2.1 Modelo Biomédico	33
2.2 Práticas Integrativas de Saúde	36
2.2.1 O que são terapias alternativas/complementares	36
2.2.2 Terapias Alternativas no SUS	37
2.2.3 Contrapontos entre Biomedicina e Práticas Alternativas	38
2.2.4 Dialogando com as Práticas	41
2.3 A formação dos profissionais de saúde	43
CAP III -OS PERCURSOS DA ETNOGRAFIA	51
3.1 Etnografia Documental: vozes que se fazem ouvir através do texto	52
3.2 Etnografia de um campo de saúde: CUIDATIVA	56
3.3 Quando o espaço está para além da dimensão geográfica: Espaço enquanto Representação social	67

3.3.1 Laneira: Tecendo Redes	70
3.3.1.1 O espaço enquanto local de produção de saúde	72
3.3.1.2 Cuidados Paliativos	73
CAP IV- INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE	76
4.1 Integralidade e espiritualidade	76
4.2 Meu corpo/minha Identidade	78
4.3 Os significados da Boa Morte	81
4.4 Quando a Boa Morte é possível	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

INTRODUÇÃO

... se a consciência de uma pessoa se desequilibra, o fato se torna visível e palpável na forma de sintomas corporais. Por isso é uma insensatez afirmar que o corpo está doente: só o ser humano pode estar doente; no entanto, esse ‘estar doente’ se mostra no corpo como um sintoma. (Quando uma tragédia é representada no palco, não é o palco que é trágico, mas a peça teatral!).

T. Dethlefsen e Rüdiger Danlke

A preocupação com a saúde esteve sempre presente, em praticamente todas as sociedades, embora a forma como isso se evidencia varie no tempo e no espaço, pois as concepções de saúde/doença, assim como a relação do sujeito com o corpo são manifestações culturais diversas dentre as sociedades.

Assim todas as sociedades desenvolvem conhecimentos, práticas e instituições particulares, que se pode denominar sistema de atenção à saúde (LANGDON & WIIK. 2010)

O sistema de atenção à saúde corresponde às formas como as sociedades se organizam para dar atendimento as questões de saúde e de doença de seus membros e, que variam em razão dos aspectos culturais.

Dessa forma os sistemas médicos de atenção à saúde, assim como as respostas dadas às doenças, integram determinados sistemas culturais, consonantes com os grupos e realidades sociais que os produzem, são formas de uma determinada sociedade se organizar.

Ao longo da história, as sociedades ocidentais desenvolveram um conjunto de técnicas, saberes, instituições, práticas e profissões para dar conta de tais “problemas”, que em seu conjunto constituem aquilo que usualmente se tem em mente quando se fala

no setor de saúde ou área da saúde, expressões também frequentes na discussão sobre planejamento em saúde. (CAMARGO JR.2007).

A sociedade ocidental contemporânea, ao longo de sua história, adotou como “padrão” de saúde o modelo medico-centrado, fundamentado na biomedicina, que guia as políticas públicas.

Este modelo biomédico é resultado da influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico, em que o corpo humano é considerado uma máquina e tal como as máquinas pode ser analisado nas suas partes.

Esta concepção de saúde está focada na ideia da doença- como seu contraponto, o que reduz o conceito de saúde a simples ausência de doenças, divergindo da orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) - que considera a saúde “não como ausência de doença”, mas numa perspectiva positiva e ampliada, cujo foco é o processo social de sua produção. “Um estado de completo bem estar físico, mental e social e não a simples ausência de afecções e enfermidades “(WHO.2002)

Birman (1999) evidencia que apesar da hegemonia ainda presente nas sociedades Ocidentais do paradigma biológico e naturalista presente no modelo biomédico, outros sentidos são atribuídos à palavra saúde, resultado de diversos fatores, dentre os quais das pesquisas antropológicas na área da saúde, que reconhecem a utilização de práticas que ampliam o conceito de saúde.

Evidencia-se que embora o sistema de saúde formal não ofereça outras possibilidades, a escolha da conduta terapêutica não está baseada somente nas comprovações científicas, mas também nos valores pessoais, sociais e culturais da cada indivíduo, o que sugere a autonomia do paciente em relação à escolha terapêutica adotada, tão preconizada por Illich (1975); o que faz com que as pessoas busquem por meios de tratamento alternativo.

Apesar da Política Pública Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) propor um outro modelo de atenção à saúde e, ter sido publicada pelo Ministério da Saúde em maio de 2006 através da portaria 971, baseada na evidência do grande número de pessoas que utilizam algum tipo de terapia, estudos relatam que ainda hoje o Sistema Único de Saúde (SUS) não as incorporou em sua prática de atendimento aos usuários, os quais recorrem a práticas integrativas, em espaços de atendimento à saúde

não institucionalizados.

Surge então o questionamento: apesar da sociedade ocidental contemporânea vir demonstrando que as práticas integrativas de saúde fazem parte do seu sistema simbólico de atenção à saúde o que já está incorporado ao seu sistema cultural; apesar do SUS ter absorvido essas demandas por parte da população e criado uma política que possibilite a inclusão dessas práticas nos serviços de saúde, por quais motivos ainda são poucas as possibilidades de acesso a tais práticas?

Para buscar entender essa dicotomia, entre o modelo de saúde ofertado pelo SUS, exclusivamente biomédico e os anseios da população pela oferta de práticas integrativas, que trabalha o ser na sua integralidade e não só os sintomas e sinais vinculados ao corpo físico, recorri a autores que justificam ser o modelo biomédico aquele que se impôs na sociedade contemporânea.

Segundo Buchillet (1991) na perspectiva ocidental a doença é, com efeito, a resultante de uma anomalia de estrutura e/ou de função de um órgão ou de um sistema orgânico determinado, os sinais desta anomalia ou desta disfunção, são os indicadores da doença.

A autora descreve que o observado são os sintomas e sinais da doença, que apresentam similaridade para todas as pessoas, outros aspectos da realidade não são levados em consideração, pois nessa visão, independem do contexto sócio- cultural.

Ao buscar refletir de que forma a antropologia da saúde e da doença pode contribuir para a construção de novas práticas em saúde, esta pesquisa parte do princípio de que, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) guie-se pelo modelo biomédico, oferecendo práticas alternativas de saúde de modo muito incipiente, seus usuários aderem a essas práticas contra- hegemônicas, recorrendo a outros espaços de tratamento, como as Organizações Não Governamentais (ONGs), centros espíritas, associações e até mesmo clínicas particulares. O que é um indicador de que as pessoas utilizam alternativas que lhes ofereçam práticas de saúde buscando a harmonização do todo, a valorização do interior, a integralidade do ser.

Minayo (1991.p.01) enfatiza essa importância, “Junto com os dados quantitativos e com o conhecimento técnico-científico das doenças, qualquer ação de prevenção, tratamento ou de planejamento de saúde necessita levar em conta valores, atitudes e

crenças de uma população.”

Partindo deste problema de pesquisa, esta etnografia começa com uma revisão dos Relatórios das Conferências de Saúde, em que verifiquei a reivindicação das comunidades de inclusão de Práticas Alternativas e Complementares ao SUS. Conforme explicarei mais detidamente na parte metodológica, o trabalho de campo, foi desenvolvido junto aos profissionais de saúde do Centro de Cuidados Paliativos, “Unidade Cuidativa”, que integra o Centro Regional de Cuidados Paliativos, do Hospital Escola (HE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) no município de Pelotas/RS, o qual presta serviços exclusivamente ao SUS.

Teve o objetivo de demonstrar a importância de se considerar a integralidade do ser no conceito e nas práticas de saúde, aspectos que tem sido lacunar nos currículos dos cursos de formação da área da saúde, como procuro demonstrar.

O método etnográfico permitiu uma aproximação imersiva no trabalho desenvolvido no referido Centro e, através da Observação Participante e das entrevistas, pude situá-lo no campo da “antropologia da saúde. Como veremos, esta técnica da pesquisa foi importante para seu objetivo, na medida em que o convívio no cotidiano dos trabalhos, no atendimento aos usuários, nos momentos coletivos, na dinâmica do dia a dia, nas palestras, nos movimentos reivindicatórios, nas apresentações culturais, serviram para perceber como a equipe desenvolve um trabalho integrado e interdisciplinar. A coesão de suas ações faz com que nem se perceba o individual, mas sim a potência, do atendimento à pessoa enquanto ser, sujeito, na sua subjetivação e singularidade.

Após situar o problema de pesquisa nesta introdução, anunciar o campo do saber e o método de que o fundamenta, dedicarei o capítulo I a situar-me dentro dela, apresentando minha trajetória, enquanto profissional do sistema formal de saúde, mas que percebe a necessidade de adesão a outras terapêuticas alternativas a partir do contato com os usuários do SUS,

No capítulo II através de revisão bibliográfica, são apresentados os pressupostos teóricos, a respeito das concepções de saúde no modelo biomédico e outras formas de terapêuticas que trabalham com a integralidade do ser e que utilizam as Práticas Integrativas e Complementares e/ou Práticas alternativas e, os contrapontos que as

definem.

Também aborda a formação dos profissionais de saúde, que contribuem para a manutenção do modelo biomédico. Ressalta a importância de mudanças na formação acadêmica dos profissionais de saúde para que possamos avançar nas possibilidades de acesso a Práticas Integrativas. Considerando que os dois principais interlocutores da etnografia são professores Universitários, essa argumentação foi bastante evidenciada nas falas. A etnografia mostra que os profissionais, enquanto professores da academia, introduziram disciplinas e conteúdos que abordam a integralidade e a espiritualidade nos processos de saúde/doença. Trago também currículos dos cursos de medicina, enfermagem e farmácia das Universidades do município de Pelotas- RS, UFPel, UCPel e Anhanguera, totalmente voltadas para a formação do profissional, segundo a concepção da biomedicina,

No capítulo III percorro os caminhos da pesquisa de campo: começando pela etnografia documental, em que utilizo os relatórios das Conferências de Saúde, busco identificar as falas dos usuários do SUS, que através da participação nas instâncias de deliberação, fizeram emergir a necessidade de incorporação pelo SUS de modelos integrativos de saúde e, na pesquisa de campo, são etnografados os percursos na Unidade Cuidativa, através da Observação Participante e das interlocuções com os profissionais de saúde, que atuam na Unidade, através de entrevistas abertas,

Também é dedicado a etnografar o “espaço geográfico e o “espaço de representação social” em que está instalado na Unidade Cuidativa: uma antiga unidade fabril, guardada por muitos ex- operários como “espaço de memória” do passado industrial da cidade e atualmente re-significado enquanto “espaço de saúde” pelos servidores e usuários do SUS. Cabe ressaltar que o destino de uso dessa antiga fábrica é motivo de disputa com outros setores da Universidade Federal de Pelotas, para diferentes finalidades.

A Unidade Cuidativa, enquanto espaço social de saúde, apresenta-se re-configurado de acordo com as concepções de processos terapêuticos ofertados aos usuários, que além do espaço da clínica/ambulatório, do espaço dedicado ao *Hospice* ainda em construção, possui espaço para o acolhimento humanizado dos usuários,

O capítulo IV busca analisar temáticas que se evidenciaram na etnografia,

especialmente a concepção da boa morte. Carregada de significado, como etapa do ciclo vital está relacionada ao medo da morte, como receio do sofrimento físico e da ideia do abandono, tal como é representada e vivida nos leitos hospitalares. O trabalho discute a importância do corpo para o humano e como a concepção de saúde/doença se relaciona com o corpo físico e espiritual, o que dá sentido à morte, ou à boa morte, tal como propõem os profissionais do centro de cuidados paliativos. Retoma a importância da integralidade do ser a medida que atribui uma única dimensão para o humano, como ser único, completo, integrado.

Por fim são apresentadas algumas considerações a respeito da pesquisa e, algumas recomendações que entendi necessárias, primeiro porque o campo de estudo é bem abrangente e instiga a buscar outros interlocutores, principalmente os usuários de saúde.

As recomendações me levam a considerar este texto como um pequeno fragmento, um ensaio reflexivo no campo da Antropologia da Saúde, baseado na vivência que realizei junto a um Centro de Cuidados Paliativos da Cidade de Pelotas, visando contribuir para elucidar e consolidar uma temática tão complexa e densa, que abre possibilidades para inúmeros questionamentos e desdobramentos práticos.

CAPÍTULO I - OS CAMINHOS DA PESQUISA

“Etnografia não se aprende de ouvido, se aprende fazendo”. É um saber artesanal de saber estar, ouvir, olhar e escrever, como também de sintetizar, comparar e, sobretudo, saber contextualizar.

Jurema Brites e Flávia de Mattos Motta

1.1 Minha Trajetória

Decidi começar a apresentar esse trabalho, expondo aos leitores o quanto a imersão no campo me colocou em contato com um tema de pesquisa muito mais denso do que a princípio pensava em pesquisar, poderia dizer mais do que isso, um tema de certa forma “difícil” e inquietante.

Enquanto profissional da área da saúde e acadêmica de antropologia, meu olhar sempre voltava-se para as questões da saúde, não porque pensasse ser mais fácil pelas experiências acumuladas, mas ao contrário, por perceber que existia um universo de conceitos e interpretações que estavam muito além daqueles que havia aprendido na academia quando cursara as ciências biomédicas.

Minha formação na área da saúde ocorreu no início dos anos 80, ou seja, quando não tínhamos ainda um sistema único de saúde universal e, a construção do profissional de saúde tinha por base a capacitação para o exercício técnico da função.

No campo profissional nada fora muito diferente; o humano, objeto de cuidados da saúde, seria composto de órgãos, tecidos e aparelhos determinantes de sua condição de saúde ou doença, numa concepção totalmente biologicista do ser.

Além dos conhecimentos adquiridos nessa caminhada, as observações do cotidiano das pessoas, que vou denominar a “vida real”, que acontece no dia a dia das

comunidades, produziam uma inquietação, que me conduzia a buscar resposta para a indagação: que ser humano é esse cujo sistema formal de saúde percebe restrito à sua condição biológica?”

O modelo biomédico de atenção à saúde está baseado em práticas assistenciais centradas, primeiramente, nos hospitais, resultado em parte do pensamento médico ocidental do século XVIII. Tal como descrito por Foucault (1999), foi fundado no desenvolvimento da clínica e no surgimento do hospital, como forma de entender a doença a partir da disfunção de seus elementos orgânicos e como espaço privilegiado de intervenção e sistematização de um saber e um poder sobre a doença.

Pergunta-se: esse sistema tem sido capaz de responder a todas as pessoas, garantindo o completo bem estar em todas as dimensões da vida do ser humano?

Temos, sim, um sistema que se impôs no último século, a partir de dados que demonstraram o recuo de muitas enfermidades, tais como o sarampo, a caxumba, a rubéola, dentre outras, o que poderíamos confrontar com as muitas outras que surgiram nesse período, como a dengue, a zika, a chikungunya. Também o avanço tecnológico levou à crença de que, para cada enfermidade que surgir, haverá um aparato tecnológico e científico capaz de responder com eficiência.

A expectativa de vida se ampliou consideravelmente e temos uma longevidade bem superior à do início do século, o que contribuiu para a valorização desse saber, onde o viver mais passou a ser um dado de destaque.

Outros fatores culturais foram determinantes por corresponderem à sociedade capitalista, ao advento da industrialização, à posterior globalização.

Os movimentos que levaram à reforma sanitária foram importantíssimos para a saúde pública e serviram de alicerce às concepções do modelo de saúde adotado pelo SUS. A princípio, destacam-se os hospitais e as especialidades e, aos poucos incorporando-se outros modelos de atenção à saúde, buscando a ampliação da rede de serviços, privilegiando outros espaços de assistência à saúde. Contudo, são ainda insuficientes para incorporar outras práticas terapêuticas e romper com o privilégio do saber médico sobre as doenças.

Certamente essa inquietação conduziu a adentrar-me nessa caminhada no campo da antropologia, para pensar, dentro do sistema formal de saúde pública (SUS), um

universo de pesquisa baseado em formas de conceber e tratar a saúde para além do modelo biomédico, pois o saber cientificamente comprovado e ofertado nos serviços de saúde, não é a única expressão de tratamento de todas as pessoas. Novos pressupostos e novos métodos, são compartilhados por membros de determinadas comunidades, ou de forma individual, pela forma como as pessoas facilmente circulam entre grupos.

Caracterizar portanto o modelo biomédico como hegemônico, na sociedade ocidental, implica em dizer que seria a única forma das pessoas tratarem da saúde/doença, mas que a incorporação de outros modelos no sistema público de saúde ainda é muito lenta e as possibilidades de acesso ainda são muito restritas.

Duarte(1998) ressalta a importância social das experiências específicas da cultura ocidental de concepções de “doenças físicas” às quais corresponde a instituição de uma “ciência médica”.

Entender como ocorrem os intercâmbios, os conflitos, as inter relações entre o saber científico dos profissionais de saúde e o saber popular produzido pelas sociedades tradicionais, pelos curandeiros, xamãs, bruxas e apropriado na contemporaneidade, primeiro pelos terapeutas populares e, atualmente pelos profissionais de saúde parece-me fundamental para o entendimento dos processos que envolvem as concepções de saúde/doença, sobretudo em nossa sociedade contemporânea, em que questões como diversidade e respeito as múltiplas culturas, tem sido objeto de discussão de diversas áreas.

Na área da saúde também é fundamental que os profissionais compreendam que os usuários que buscam os serviços de saúde, pertencem a diferentes culturas e etnias, originam-se de classes sociais diferentes, possuem vínculos religiosos diversos, que interfere nas suas crenças em relação as concepções de saúde/doença e atribuem ao corpo múltiplos significados.

Segundo Geertz (1989) a cultura resulta de “uma teia de significados” que o homem tece ao redor e que o sustenta. Isso significa que o sistema de saúde, precisa “olhar” para as características de cada comunidade e, não ofertar tudo de igual forma para todos.

Essas diferenças todas não se limitam às características biológicas, mas são resultado de interconexões complexas com questões socioculturais, de modo que

peessoas com concepções diversas não podem ser tratadas da mesma maneira, sem atender às suas subjetividades e sem que se proponham terapêuticas que considerem as singularidades.

Langdon e WiiK (2010) colocam que as questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais os mesmos ocorrem.

Isso equivale a dizer que existem comportamentos que são determinados pelas condições socioculturais e, que influenciam na forma como as pessoas concebem os processos de saúde/doença. “A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas.” (AMARAL. 2013,p.38)

Lakatos (1985) define que a cultura é um modelador de comportamentos e está presente em qualquer agrupamento de pessoas com características próprias e a cada um deles.

Quando um sistema simbólico diz respeito a um agrupamento pequeno de pessoas, a tendência é de termos um comportamento mais homogêneo, mais partilhado entre os membros da comunidade, à medida que os grupos se tornam maiores e mais complexos diferentes sistemas fazem parte da sua cultura.

A sociedade ocidental é extremamente complexa, pensar que as concepções de saúde/doença sejam iguais para todas as pessoas é reduzir a um único modelo, como se outras terapêuticas não ocorressem de forma concomitante, mesmo que em espaços não formais.

O uso de outros métodos e pressupostos de atenção à saúde, com abordagens mais integrativas e de forma alternativa ao paradigma científico dominante, evidencia a insatisfação das pessoas em não ter possibilidade de acesso.

Importante destacar que o uso de terapêuticas convencionais e a busca por práticas integrativas não ocorre de forma excludente, mas se reafirma de forma complementar, de tal maneira que ambas passaram a fazer parte da estrutura formal do Sistema Único de Saúde/SUS, como Política Pública.

Compreender como essas práticas dialogam entre si passou a ser um dos objetivos proposto na pesquisa.

Estudos demonstram que apesar do modelo biomédico de atenção à saúde ser

hegemônico na sociedade ocidental, existe um sistema informal de atenção à saúde , que comporta uma série de práticas alternativas, tais como: o uso da fitoterapia, a utilização das plantas medicinais ou da terapia floral, a aplicação de sessões de reiki, acupuntura, a yoga, práticas corporais integrativas, terapias manuais e manipulativas, dança circular, termalismo, dentre muitas outras, que são igualmente acessados pelas pessoas.

Embora o método etnográfico imponha ao pesquisador um deslocamento de sua própria cultura e requeira que ele tenha capacidade de “estranhamento”, o objeto de pesquisa deve ser de seu interesse.

A imersão no campo de pesquisa sempre é um ato carregado de emoções e sentimentos os mais variados. Quando o campo é um serviço de saúde, mais nossos sentimentos são colocados à prova, pois a abordagem na maior parte das pesquisas etnográficas, trabalham com aspectos sensíveis para a maioria dos pesquisadores.

Quando o contato é com os enfermos, seus familiares, os profissionais de saúde que são afetados pelas atividades que executam e quando a morte ocorre como uma etapa inerente as situações que envolvem a antropologia da saúde e da doença como etapas que se complementam, esses sentimentos afloram com mais intensidade, pois na sociedade ocidental a morte se apresenta como algo doloroso e, portanto, sempre causa uma certa angústia lidar com ela, mesmo que no campo antropológico.

O trabalho etnográfico permite que essas diferentes concepções sejam expostas e dessa forma modelos que fazem parte da cultura de determinados grupos sociais, ganhem espaços de discussão.

Minha relação com as práticas alternativas remonta há longo tempo, poderia mesmo dizer que surgem no nascimento, já que minha chegada a esse mundo foi pelas mãos da parteira Maria Coral, muito conhecida na cidade de Pelotas naquela época.

Nesta região do extremo sul, do Estado do Rio Grande do Sul, os nascimentos realizados por parteiras faziam parte da cultura de muitas pessoas, constituindo-se em prática comum entre as famílias, que optavam por ter seus filhos, de formas mais naturais possíveis. Além de serem permitidos, os partos realizados por parteiras ocorriam tanto nas casas quanto nos hospitais.

Mas, minhas recordações levam-me saudosamente à minha avó e às suas

benzeduras. Quando tratava-se de criança, ela benzia para “quebranto”; depois, para muitos outros males. As minhas angústias da adolescência também foram tratadas por suas rezas e por suas ervas. Nunca esqueci de suas concepções e práticas sobre “espilhela caída”, que exigia que os dois braços levantados sobre a cabeça indicassem uma mesma altura para as mãos. Havia uma tal energia naqueles rituais, que só de saber que ela estaria ali para me acolher, já permitia a cura de praticamente todos os males.

O saber científico adquirido na academia me colocava no caminho do modelo biomédico, principalmente por minha primeira experiência como profissional de saúde ter sido num centro hospitalar. Mas, as raízes de minha cultura me conduziam a entender o processo saúde/doença para além do que era produzido e reproduzido no ambiente hospitalar.

O ingresso na Saúde Pública como profissional, permitiu que, no contato com a população assistida, eu me apropriasse de alguns saberes populares e, me aproximaram de grupos de estudo das práticas integrativas.

Considero importante ao traçar a trajetória evidenciar, que apesar da formação tecnicista e das concepções de saúde/doença como processos fisio ou anatomo biológicos, haviam outras formas de conceber saúde, que foram determinantes para a escolha do tema de pesquisa. Todavia, o campo apresentou-se como algo totalmente desconhecido, o que me permitiu mergulhar na pesquisa, no papel de observadora-participante.

No cotidiano do trabalho, em constante contato com os gestores de saúde, fazia parte das agendas de discussão, a falta de acesso da população aos recursos, às tomografias, mamografias, cintilografias, aos raios-x e a tantas outras tecnologias duras, a quem são atribuídas a capacidade de responder ao conjunto de doenças que afetam o ser humano.

Ademais, angustiava-me a insuficiência para atender a população nas especialidades médicas, sempre tão necessárias na visão dos administradores e profissionais de saúde, como se fossem detentoras de um poder quase divino de responder por quase todos os males.

Confesso que essas falas sempre me trouxeram muitas inquietações. Não vou descrevê-las todas aqui, porque me levariam a caminhos que não teria como percorrer

nessa pesquisa.

Optei por buscar responder se esse sistema formal, médico-centrado, dependente de tecnologias duras e protocolos pre- estabelecidos de condutas padrão para o tratamento dos processos de saúde/doença e que coloca o ser humano como objeto de investigação e não como seu sujeito, seria o único modelo viável de ser ofertado pelo SUS.

Existiriam ações e serviços alternativos ao modelo dominante, que extrapolem os limites da abordagem estritamente biológica e coloquem o ser humano no centro do processo terapêutico, assim como da escolha de seu tratamento?

1.2 Trajetos que me levaram ao universo da pesquisa

Havia um tema de pesquisa que buscava investigar; a escolha estava ainda em definir um universo onde realizar o trabalho de campo. Primeiramente fiz algumas incursões nos serviços institucionalizados do SUS e, constatei que pouco ou nada de alternativas terapêuticas integrativas eram ofertadas aos usuários.

Confesso que a princípio causou-me um certo desconforto; a ausência de ofertas das PICS praticamente tornava aquele campo sem sentido para minha investigação. Entretanto, ao refletir sobre aquelas ausências e as dinâmicas observadas, conclui que foi uma etapa importante da trajetória de pesquisa, pois pude observar que o modelo ofertado pelo sistema público, é predominantemente biomédico.

Estava eu, enquanto pesquisadora, diante de um dilema: deveria abandonar o tema de pesquisa?

Ao término de uma reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS), onde ocupo uma vaga de Conselheira, fui apresentada para a médica coordenadora do Centro de Cuidados Paliativos " Unidade Cuidativa", que havia apresentado o serviço aos conselheiros de saúde.

A doutora na sua exposição apresenta que as PICS foram introduzidas na oferta de serviços à população assistida pelo centro, os familiares/cuidadores, os profissionais de saúde que atuam no centro e pessoas da comunidade que busquem pelos serviços, como alternativa complementar ao tratamento convencional/alopático, na busca de

integralidade e harmonização do ser.

A aproximação ocorreu porque a Secretária de Saúde do município de Pelotas/RS, indicou-me que seria meu interesse pesquisar o uso de Práticas Alternativas e Complementares em Saúde (PICS), no SUS.

Nesse contato fui convidada, a princípio, a conhecer a unidade de saúde e acompanhar o local onde ocorriam as PICS. Dessa forma o campo de pesquisa apresentou-se como possibilidade para mim, tratava-se do Centro de Cuidados Paliativos- “Unidade Cuidativa”.

Trata-se de um dos cenários do centro de tratamento de Cuidados Paliativos, onde as PICS também são ofertadas, com o objetivo de tratar o ser humano na sua integralidade considerando a interpenetração das dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais, conforme o conceito ampliado de saúde. Dessa forma os profissionais que atuam nesse serviço de saúde do SUS, desenvolvem uma ação terapêutica, baseada em trabalho interdisciplinar, com equipe preparada para desenvolver um trabalho integrado.

Nas primeiras visitas feitas ao centro, meu contato era com a médica coordenadora do local. Sua primeira preocupação foi possibilitar que eu pudesse compreender o que significa um “Centro de Cuidados Paliativos”, que conforme organização dos serviços do SUS, representa um centro de cuidado assistencial para pessoas fora de possibilidade de cura, mas cuja morte não pode ser a referência e, sim garantir a melhor forma de vida, no tempo que tiver. Tem um significado de proteção, ou como destaca a médica coordenadora do centro “paliar”, termo que representa manto. “Proteger alguém é uma forma de cuidado, que tem por objetivo, diz ela: “amenizar a dor e o sofrimento, sejam eles de origem física, psíquica, social ou espiritual.

Ressalto, que apesar de meus quase vinte anos dedicados à saúde pública, esse era um serviço que se apresentava para mim como totalmente desconhecido, em todas as suas dimensões. Localizado numa antiga fábrica de produção de lã, a “laneira”, espaço onde funciona o Centro, foge completamente ao modelo simbólico elaborado a partir da expansão das clínicas e hospitais, com seus longos corredores brancos, com figuras estereotipadas, com seus jalecos brancos, onde o silêncio chega a ser ensurdecador aos nossos sentidos.

Segundo os integrantes da organização, mais especificamente a equipe

multiprofissional que atua no Centro, eles em nada se pareciam aos profissionais que eu me acostumara a ver nos serviços de saúde. Muito distante da figura do doutor aquém pouco se tem acesso na maior parte dos serviços, a médica coordenadora é constantemente vista na Unidade, circulando entre as pessoas, usuários e cuidadores.

1.3. Os Interlocutores

Quando construí meu projeto de estudo, o questionamento foi: quem seriam meus interlocutores?

Talvez fosse bem mais fácil, embora não fosse minha opção, buscar um campo onde as Práticas Integrativas fossem ofertadas à população, como num centro espiritualista, numa ONG, numa casa de rezas, no terreiro de umbanda ou na pastoral, pois certamente meus interlocutores teriam uma vivência com as PICS. Em qualquer desses locais estariam pessoas que ofertam essas terapias alternativas e, também aquelas que buscam por este atendimento, mas nesses casos, essas práticas estariam naturalizada. O que interessa nesta pesquisa é analisar a oferta desses modelos de atendimento dentro do SUS, garantindo que os usuários possam fazer escolhas, de acordo com suas concepções do processo saúde/doença.

Também norteou a minha escolha do campo, assim como dos interlocutores, pensar na possibilidade de compreender como as políticas públicas constroem modelos que realmente atendam às diferentes culturas, ofertando possibilidades terapêuticas que não respondam somente ao modelo biomédico hegemônico.

Os interlocutores dessa pesquisa são profissionais de saúde, vinculados à Unidade de Cuidados Paliativos, que é um serviço do SUS, pertence ao Hospital Escola, vinculado a Universidade Federal de Pelotas.

Foram selecionados seis interlocutores, de diferentes formações em saúde: a médica (coordenadora da Unidade), a enfermeira, a técnica de enfermagem, a psicóloga, a nutricionista, a bióloga e a arte-terapeuta.

Dois deles podem ser designados como interlocutores-chave: a médica

coordenadora do centro e a enfermeira, que além do contato constante e permanente com os pacientes, também trabalha com a equipe e costuma incluir nas discussões da equipe, os aspectos espirituais do tratamento.

A interlocução com os profissionais de saúde ocorreu de forma tranquila e, foi combinado que a identidade dos interlocutores seria preservada através do anonimato e através da utilização de códigos de identificação dos participantes. Para evidenciar a importância do trabalho multiprofissional, os interlocutores foram identificados por sua formação.

As entrevistas, conforme explicado a seguir, foram agendadas, de acordo com o melhor horário para me receberem, porque os profissionais estão no Centro em diferentes momentos, e, a maior parte do tempo estão em atendimento aos usuários ou cuidadores.

Por questões éticas, como o campo está descrito e identificado na pesquisa, pela relevância que o espaço tem na exposição dos dados, considerei importante esclarecer à coordenadora da Unidade que mesmo no anonimato, sua atuação no centro seria evidenciada, ao que ela não manifestou ser um dado relevante.

1.4 A metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que objetiva a interpretação dos dados coletados através do método etnográfico.

Segundo Minayo (2001, p.22), a pesquisa qualitativa em saúde trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável.

As técnicas utilizadas para a coleta dos dados, consideradas válidas para atender os objetivos da pesquisa, foram a observação participante e entrevista livre, com profissionais da saúde que atuam na Unidade Cuidativa.

Na inserção no campo de pesquisa, a medida em que a médica do centro convidou-me a participar das atividades coletivas desenvolvidas, passei a empregar o

método da Observação Participante (O.P.), por apresentar-se como um caminho metodológico fértil para o objetivo da pesquisa. Dessa forma, conforme explicado anteriormente, pude acompanhar, observar e anotar dados sobre o cotidiano do Centro, assim como eventos especiais, como a organização de festejos, como a semana em que comemoraram o Dia Mundial de Cuidados Paliativos, as palestras, a programação Outubro Rosa, o Brechó Solidário de Dezembro.

A Observação Participante pode ser conceituada como: “O processo no qual um investigador estabelece um relacionamento multilateral e de prazo relativamente longo com uma associação humana na sua situação natural com o propósito de desenvolver um entendimento científico daquele grupo” (MAY, 2001)

Esse procedimento metodológico apresentou-se como um excelente recurso na pesquisa, devido ao caráter integrativo e interdisciplinar da equipe explicitado nos momentos de atividades coletivas, desenvolvidas no centro, para atender o objetivo da Unidade Cuidativa.

Mesmo nos atendimentos individuais descritos nas entrevistas, a ênfase do atendimento aos usuários recai na orientação coletiva, no envolvimento dos usuários com as práticas alternativas e complementares oferecidas, nas oficinas de fuxico, nos momentos na horta.

A Observação Participante permitiu momentos muito potentes no desenvolver dessa pesquisa, pois não tratava-se simplesmente de escutar os profissionais colocando suas afinidades ou simpatias com práticas integrativas e com modelos de saúde que pensem o ser humano na sua integralidade e que abordem todas as suas dimensões, mas evidenciar no cotidiano do trabalho. Meu objetivo era observar que o discurso colocado, se efetivava no atendimento aos usuários.

Quando fiz um ensaio preliminar de ida a campo nas unidades de atenção primária à saúde, as respostas que obtive na maior parte das entrevistas, demonstravam uma simpatia com as PICS, porém todos complementavam, que embora tivessem essa visão de saúde/doença, não mudavam a sua prática, pois não se sentiam confiantes pela falta de formação para a aplicação em serviço ou que a estrutura do SUS não oferecia

possibilidades.

As entrevistas realizadas posteriormente com os interlocutores da pesquisa, indicaram essa visão de saúde, como a busca do ser de forma integral, mas através da Observação Participante, houve uma aproximação do contexto, do ambiente do grupo a ser investigado.

Diferentemente da entrevista, na observação participante o pesquisador vivencia pessoalmente o evento de sua análise para melhor entendê-lo. Esta técnica permite a observação direta do cotidiano do lugar, participando de eventos sociais, culturais.

Pude, assim, acompanhar diversos eventos, dos mais corriqueiros aos excepcionais, que ocorreram naquele contexto de festas, reuniões, palestras. Mais do que ouvir os relatos feitos posteriormente, esta imersão permitiu-me perceber como a relação dos trabalhadores da Unidade se entrelaçava em redes de integração com usuários e familiares, o que se evidencia nas falas, nas condutas, nos gestos, na forma de acolhimento no Centro.

Tive a oportunidade também de acompanhar as visitas de apoiadores, como algumas representações políticas, que se sensibilizaram com a situação do “muro”, que reduziu o espaço da Unidade Cuidativa. Nessas primeiras idas ao campo, deparei-me com esta situação bastante tensionada devido à redução do espaço de atendimento aos pacientes para instalação de um local destinado aos arquivos do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e constas médicas do hospital.

Apesar da maioria das PICS carecerem de estudos científicos e apresentarem insuficiência de dados de pesquisa, elas são sistemas organizados, apresentam um referencial teórico e, exigem normas, regras para sua utilização, portanto, não podem ser ofertadas à população sem que esses requisitos sejam contemplados. Ou seja, para exemplificar, inviável que sejam realizadas em espaços próximos, uma sessão de meditação, que exige concentração, ao mesmo tempo em que um grupo realiza oficina de fuxico.

Muitas são as atividades coletivas e festivas realizadas na Unidade, algumas delas pude acompanhar em parte ou na totalidade e, escolhi uma delas para relatar pois

descreve como são esses momentos de integração dessa rede formada por profissionais, usuários, cuidadores, estudantes e comunidade.

Na comemoração do “Dia Mundial de Cuidados Paliativos várias atividades foram organizadas durante uma semana, que foi desde 14 a 21 de outubro de 2017. Uma delas consistiu na apresentação dos profissionais que oferecem as Práticas Integrativas e Complementares, que fizeram relatos de sua participação na Unidade, para pacientes/familiares /estudantes e comunidade que desejassem conhecer o trabalho desenvolvido.

Esse dia ficou bastante marcado pra mim. Os profissionais passavam uma emoção quando falavam o quanto entendem que sua participação é capaz de contribuir para que o espaço de assistência à saúde seja mais humanizado.

Nesse dia, foram quase dez horas no campo, desde a manhã até o fechamento da última apresentação as 19h.

Dois fatos mereceram o meu registro.

O primeiro foi encontrar uma ex colega de trabalho que acompanhava os pais, na atividade. O vínculo com a Unidade se estabeleceu em virtude da mãe ter sido diagnosticada com câncer e, a partir daí a família se integrou e passou a utilizar os serviços oferecidos aos usuários e aos familiares. Estavam presentes mãe, pai e filha e o vínculo com o local, com os profissionais e com os outros usuários e seus parentes era evidente. Esse aspecto foi bastante percebido posteriormente, nas entrevistas realizadas, a extensão do atendimento aos familiares, que a equipe prefere denominar de “cuidadores”, pois muitas vezes os laços não são com as famílias consanguíneas.

E segundo destaque foi para um evento do qual fui convidada a participar: uma roda de “Dança Circular”, técnica ministrada por uma outra ex colega de trabalho, que dedica parte de seu tempo ao voluntariado na Unidade. Essa foi minha primeira participação efetiva no trabalho da casa

Eu estava ali, corpo e alma, uma coisa só, girando ao redor do salão, permitindo que meus pensamentos se desconectassem de todas as dificuldades e preocupações das coisas dessa existência.

Fazer parte da roda, num movimento circular, criava um sentido de unidade, como se todas as pessoas passassem a representar um só organismo, um corpo, devido ao

movimento sincronizado que criou uma interação de sentidos. Foi muito gratificante e me permitiu fazer parte daquela comunidade.

Após um período de aproximadamente cinco meses, participando de algumas atividades, realizando a Observação Participante, estabelecendo diálogos com a médica coordenadora, com a técnica de enfermagem que está diariamente no centro e, até mesmo com as pessoas da recepção, comecei a agendar as entrevistas com os demais profissionais. Tal como explicado anteriormente, foram seis interlocutores que contribuíram com seus relatos: a médica coordenadora que mesmo após um convívio durante a Observação Participante, participou da técnica de entrevista, que foi gravada com o consentimento de todos os entrevistados, após a entrevista com a médica, seguiram-se com a técnica de enfermagem, a enfermeira, a psicóloga e a nutricionista e a arte terapeuta.

Foi, igualmente, utilizada pesquisa documental, fruto de fóruns de participação da população, por considerar que os documentos foram elaborados a partir de conferências de saúde realizadas em praticamente todos os municípios, e portanto, com expressiva participação popular. Temos muitas vozes ali colocadas, que tem reiteradamente manifestado, o desejo de que o SUS implante essas práticas e as ofereça à população nos seus pontos de atenção à saúde.

1.4.1 Situando a pesquisa

Colocado o problema de pesquisa, minha inserção em campo e a opção pelo método etnográfico, cabe, por fim, situar algumas concepções gerais que fundamentam este trabalho nos campos da Antropologia Social, na medida em que enfatiza as dimensões sociais da vida humana, e também da Antropologia Cultural, considerando que a concepção de saúde/doença é fruto de processos culturais, desenvolvidos diversamente em cada sociedade. Mais precisamente, situa-se na sub área da Antropologia da Saúde, que alguns autores preferem chamar de Antropologia Médica, mas que eu refuto usar essa denominação por entender que contradiz os pressupostos dessa pesquisa.

Antropologia médica ou da Saúde, segundo Helman (2009), trata-se da forma como as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas dos problemas de saúde, os tipos de tratamento nos quais elas acreditam e a quem recorrem quando adoecem.

Entretanto esta designação colocada como resultante de um mesmo processo, merece ressalvas na medida em que considera as concepções de saúde no âmbito exclusivo de uma categoria profissional, a médica, negligenciando as perspectivas de outros atores sociais relacionados à saúde, assim como as dos próprios usuários, adeptos destes tratamentos. Ademais, não corresponde à problemática desta etnografia, que na prática de campo, constatou relatos de profissionais que buscam e utilizam de outros modelos de atenção à saúde.

Buchillet (1991), ao discutir estas nomenclaturas, dá preferência à designação “antropologia das doenças”, com as seguintes justificativas:

Prefere-se falar (ver Augé, 1980 e 1986; Sindzingre & Zempléni, 1982) de "antropologia da doença" no lugar de "etno medicina" ou de "antropologia médica" por três razões essenciais que têm a ver tanto com a definição deste campo de pesquisa como de suas implicações metodológicas. Em primeiro lugar o termo "antropologia médica", como é concebida nos Estados Unidos, recobre, como já vimos, várias linhas de pesquisa com finalidades intelectuais e práticas diferentes. Em segundo lugar, a expressão norte-americana *ethnomedicine* chama a atenção pela sua imprecisão conceitual: jamais fica claro se a etno medicina faz parte da medicina ou da antropologia. O que nos leva, naturalmente, à questão da metodologia a utilizar para estudar as representações ligadas à doença e seu tratamento numa sociedade tradicional; ou seja, tais representações devem ser abordadas a partir do paradigma biomédico ocidental ou numa perspectiva antropológica que se caracteriza pela sua abordagem "holística"? Por fim, como sublinham Sindzingre & Zempléni (1982), a expressão "etno medicina" pressupõe a existência de um setor médico, autônomo, análogo ao setor biomédico ocidental, o que os trabalhos de antropólogos realizados em sociedades não ocidentais justamente refutam, mostrando, como veremos em seguida, a estreita imbricação da ordem social, da ordem biológica e da ordem do mundo. Por isso, preferimos falar de "antropologia da doença" para insistir no fundamento antropológico do trato das representações e práticas ligadas à doença e seu tratamento nas sociedades tradicionais (BUCHILLET. 1991. P-24)

A antropologia da saúde considera que a saúde e o que se relaciona a ela (conhecimento do risco, ideias sobre prevenção, noções sobre causalidade, ideias sobre tratamentos apropriados) são fenômenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados. (MARRONI, 2007.p-103)

Nessa conceituação, não percebo um caráter restritivo, pois ela abre a possibilidade de pensar saúde em várias dimensões, que se aproximam ao conceito amplo, adotado pela Organização Mundial da Saúde, divulgada na carta de princípios de 7 de abril de 1948: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Esse conceito portanto, transcende a simples ausência de doenças.

Num sentido ainda mais abrangente, temos que a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986: 4)

Em ambos os conceitos apresentados a noção de saúde extrapola a dimensão biológica e, não se restringe ao funcionamento orgânico do corpo mas, às questões que envolvem as relações da vida social em interação com o meio ambiente que a cerca.

CAPÍTULO II – CONCEPÇÕES DE SAÚDE

(...) o ensino era voltado para a doença, predominantemente aulas teóricas e demonstrativas, utilizando-se situações fictícias em detrimento de práticas reais. As disciplinas forma consideradas excessivamente numerosas e compartimentalizadas , o hospital era valorizado como campo de ensino.

Lilian Koifann.

Neste capítulo pretendo descrever sucintamente os pressupostos teóricos do modelo biomédico de saúde e das práticas integrativas, enfatizando os seus contrapontos e, faço uma reflexão quanto a inexpressiva ofertas dessas práticas, devido ao processo formativo dos profissionais de saúde, ser voltado ao estudo do homem enquanto ser biológico, atribuindo valor simbólico ao corpo como expressão de sua humanidade, desconsiderando a integralidade do ser humano, enquanto ser único e total, resultante de todas as dimensões físicas, psíquicas, sociais e culturais.

Considerando que os processos formativos nas áreas da saúde, não oportunizam conhecimento e discussões que contribuam para mudanças no paradigma dominante na sociedade ocidental, as práticas terapêuticas voltadas para a especialidade e dependentes de tecnologias duras, são predominantes nos serviços de saúde do SUS.

Existem inúmeras teorias da doença, algumas delas tendo como fundamento explicações de caráter científico, outras não se embasam em fundamentos comprovados pela ciência, mas utilizam-se de explicações do campo religioso, envolvendo qualquer das etapas do processo de identificação das causas ou dos agentes, assim como o tratamento, a cura que são partes do repertório cultural de grupos humanos e variam no tempo e no espaço, considerando que a cultura vai sofrendo alterações e assumindo outras concepções nesse processo saúde/doença.

Exemplificando com o que diz Rivers (1924) sobre as crenças sobre saúde e

doença de povos "primitivos", eles deixaram de ser encarados como fenômenos ilógicos, bizarros ou irracionais, passando a ser percebidos como teorias da causação da doença que fazem sentido dentro do contexto cultural a que pertencem.

Quando o SUS passa a adotar um único modelo, no caso o biomédico, todas as causas se restringem a dimensão biológica e o corpo físico assume o papel do ser. Em contraponto, a sociedade passa a buscar em outros espaços práticas, que trabalhem o ser humano na sua singularidade, emergindo questões como integralidade e espiritualidade.

2.1 Modelo Biomédico

Avancini (2002) em sua tese, afirmou que estudos antropológicos vem mostrando alguns limites e insuficiências da tecnologia biomédica quando se trata de mudar permanentemente o estado de saúde de uma população. Porém o que se tem percebido é cada vez mais as pessoas serem conduzidas a uma única forma de tratamento, desconsiderando todas as práticas complementares. Essas acontecem porque as pessoas buscam as práticas alternativas fora do sistema formal de saúde.

Para Uchoa e Vidal (1994) o discurso antropológico aponta os limites e a insuficiência da tecnologia biomédica quando se trata de mudar de forma permanente o estado de saúde de uma população. Ele nos revela que o estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural.

Poderia aqui citar muitos exemplos, mas creio ser suficiente colocar o quanto se discute questões como obesidade infantil, relacionada a alimentação; aumento das doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, onde apesar dos avanços das tecnologias, os números são crescentes.

Portanto, a concepção de saúde-doença na antropologia da saúde ultrapassa os limites da biomedicina. Ela reconhece as angústias, os medos, os sofrimentos, as questões filosóficas e culturais que afetam o ser humano. (MARRONI 2007.p-103)

Para Santos (2012) O modelo biomédico, apesar de possuir ainda muitos adeptos, atua lado a lado com um sistema cultural de saúde que inclui especialistas não reconhecidos pela biomedicina (LANGDON; WIJK, 2010), como por exemplo,

benzedoras, curandeiros, xamãs, pajés, pastores, padres, pais de santo, dentre outros, cujas terapêuticas de cura são produtos de variados tipos de bricolage que têm raízes em práticas milenares de diferentes tradições filosóficas, teóricas, mágicas e de misticismo (MAUÉS, 2009, p. 125).

Conhecimentos que embora tenham servido de base para o saber científico, foi muitas vezes renegado ou questionado na academia como desprovido de comprovação, dessa forma contribuindo para que o sistema público, dependente de investimentos, por longos anos, desconsiderasse esses saberes. Poderia dizer, considerando a etnografia documental, que a imposição de pensar a inclusão das práticas integrativas no SUS, é reflexo dos movimentos populares.

Considerando o depoimento dos profissionais de saúde e dos usuários, percebe-se que a linha de separação entre o modelo biomédico e o uso de práticas alternativas, não coloca as pessoas em situação de escolha de uma ou de outra concepção.

O modelo biomédico está consolidado e portanto, mantém a sua importância na vida das pessoas, que atribuem ao papel do médico uma enorme significância mas, isso por si só não é capaz de responder a todas as necessidades, quando da busca por saúde.

A consulta médica ainda é fundamental para que o paciente se tranquilize quanto ao seu diagnóstico, embora cada vez mais o profissional se utilize de tecnologia para comprovação.

Segundo Heberlê (2013) mesmo com toda a tecnologia dura que contribui para o afastamento da relação médico-paciente, ainda se faz presente a necessidade de confiar seus problemas ou sua saúde ao outro. Cada vez mais se discute a questão do autocuidado e da promoção da saúde, os quais estão diretamente relacionados a esse assunto.

Na pesquisa de Moraes (2012) sobre “Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade”, o autor descreve que “de acordo com a prática biomédica vigente, haveria uma normatização vertical, em que o médico aparece como detentor absoluto do conhecimento científico e o paciente como ser sem autonomia, examinado e compreendido de forma fragmentada.” (MORAES. 2012, p-18)

Daí o modelo biomédico ser denominado médico centrado, pois atribuí a figura do

médico o poder quase absoluto da condução do processo de saúde/doença do paciente.

Cabe aqui destacar que a palavra paciente, apresenta a conotação de passividade, por isso, atualmente muitos estudiosos e profissionais de saúde preferem adotar o termo usuários do SUS.

Le Breton (2011) comenta dessa relação entre paciente/médico: “O doente se doa então em objeto puro de uma relação técnica, ele renuncia a toda competência pessoal sobre seus males, e a toda vontade de questionar sua significação e sua ressonância em seu tecido relacional.” (LE BRETON. 2011, p-148))

A relação médico/paciente é uma relação de troca. Segundo Mauss, as dádivas são as trocas concebidas e praticadas nos diferentes tempos e lugares. Elas podem tomar formas variadas, da retribuição pessoal à redistribuição de tributos. A constituição da vida social caracteriza-se por um constante dar-e-receber. Na relação médico/paciente as trocas ocorrem, mas o significado simbólico pode assumir diferentes conotações, que vão desde a troca entre o saber médico e a capacidade de submissão as orientações, representando um doar-se aos cuidados, como pode ser representado pelas trocas econômicas, imposta pelas altas tecnologias.

Heberlê (2013) coloca que na dádiva médica, a efetivação do ciclo de reciprocidade entre curador e doente, o objetivo final é a entrega pelo paciente do seu mal ao curador.

O paciente projeta-se no médico e deposita nesse a esperança da cura de uma doença cuja sintomatologia é impregnada de medos, expectativas e sonhos de saúde. Nessa representação tão comum na prática médica, o interesse utilitário e a racionalidade instrumental ficam necessariamente em planos secundários com relação aos dons simbólicos que circulam por palavras e silêncios, por gestos e atos falhos, por olhares, cheiros, escutas e toques. (HEBERLÊ apud MARTINS, 2003, p. 70).

De acordo com Moraes (2012) na prática biomédica, além da determinação biológica, haveria uma normatização vertical, segundo a qual o médico seria detentor do conhecimento e o paciente visto de forma fragmentada e sem autonomia, sem voz ativa no processo decisório de sua própria propedêutica e terapêutica.

Apesar da biomedicina ainda se justificar como saber hegemônico, foi com o fortalecimento da antropologia da saúde e da doença nas últimas duas décadas no Brasil que se passou a defender um relativismo relacionado ao processo saúde/doença e às práticas de saúde, onde os saberes e práticas de qualquer sistema médico são percebidos como construções socioculturais (LANGDON, 2009).

2.2 Práticas Integrativas de saúde

2.2.1 O que são terapias alternativas/ complementares

São as técnicas que visam à assistência à saúde do indivíduo, seja na prevenção, tratamento ou cura, considerando-o como mente/ corpo/ espírito e não um conjunto de partes isoladas. Seu objetivo, portanto, é diferente daqueles da assistência alopática, também conhecida como medicina ocidental, ou em que a cura da doença deve ocorrer através da intervenção direta no órgão ou parte doente. (TROVO, 2003).

Citando Trovo (2003) e outros autores, temos as terapias alternativas/ complementares agrupadas, segundo as características:

- terapias físicas- acupuntura, moxabustão, shiatsu (e outras massagens), do- in, argiloterapia, cristais;
- hidroterapia- hidroterapia (não especificada), banhos, vaporização e sauna;
- fitoterapia- fitoterapia (não especificada), ervas medicinais, florais;
- nutrição- nutrição alternativa (não especificada), terapêutica nutricional, ortomolecular;
- ondas, radiações e vibrações- radiestesia, radiônica;
- terapias mentais e espirituais- meditação, relaxamento psico muscular, cromoterapia, toque terapêutico, visualização, reiki;
- terapias de exercícios individuais- biodança, vitalização.

2.2.2 -Terapias alternativas e o SUS

Apesar de ser uma Política Pública, implementada a mais de 10 anos pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria nº971/GM/MS (PNPIC de 03 de maio 2006)

e, reafirmada no Estado do Rio Grande do Sul pela Resolução nº695/13/CIB/RS (PEPIC de 20 de 12 de 2013), o que temos na prática SUS, pouco incorporou dessas práticas no cotidiano do cuidado das comunidades, sendo que as mesmas ocorrem de forma paralela ao sistema formal, por outros grupos da sociedade civil, como as Organizações não –governamentais (ONGs), as comunidades Eclesiásticas, os cultos religiosos, as pastorais ou por iniciativa de adeptos a essas vivências, que entendem como uma dádiva a ser partilhada com outras pessoas. Também a iniciativa privada percebeu o crescente interesse das populações de utilizarem essas práticas e, passaram a ofertá-las como mercadoria numa sociedade capitalista, onde tudo que é passível de lucro, é ofertado a população.

Embora a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (Brasil, 2006b) tenha incentivado algum crescimento das PIC no SUS, é evidente sua marginalidade institucional.

Em que pese: a) as PIC expandirem-se no mercado privado dos países desenvolvidos (Eisenberg e col., 1993);

b) haver lenta absorção e estudo de algumas de suas técnicas pela biomedicina;

c) haver recomendação da Organização Mundial da Saúde para sua exploração e legitimação desde 1978 com Alma-Ata;

d) a iatrogenia da biomedicina ter adquirido relevância social e epidemiológica (Starfield, 2000) e ser aos poucos percebida pelos vários grupos sociais;

e) e a população procurar e valorizar em nítido sincretismo as abordagens e cuidados complementares particularmente nas situações crônicas (Andrade, 2006), com certa evitação dos cuidados quimioterápicos em muitas dessas situações, é mister reconhecer que as PIC respondem por uma parcela muito pequena, quase incipiente, do cuidado no SUS e na APS/ESF. (TESSER. 2012)

No Brasil, segundo o MS a incorporação de práticas integrativas na atenção primária em saúde, fortalece os princípios fundamentais do SUS. Também aprimora o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, além de estimular alternativas inovadoras e socialmente contributivas para o desenvolvimento sustentável da comunidade (BRASIL, 2005).

O MS por meio da PNPIC, regulamenta o uso dessas práticas no SUS, a fim de

estabelecer políticas que garantam a integralidade na atenção à saúde, o que demanda que os serviços proponham espaços para sua efetivação, do contrário, apesar de estarem institucionalizadas, o acesso ainda é restrito.

A crescente legitimação por parte da sociedade foi um fator crucial para sua implementação.

2.2.3 Contrapontos entre a biomedicina e as práticas alternativas

Aqui procuro descrever esquematicamente os principais contrapontos dos dois modelos, pois é a partir desse entendimento, que a sociedade vem reiteradamente exigido a oferta das práticas nos serviços do SUS.

Nickel (2012) enfatiza que além da concepção de saúde/doença que cada uma dessas concepções apresenta, também a relação entre o paciente e o curador, ocorre de formas diferentes, pois os terapeutas holísticos, ou os curadores das práticas alternativas, estabelecem um vínculo de proximidade com o paciente, enquanto que na relação da biomedicina, a relação é verticalizada, pois o médico é o que sabe e o paciente aquele que se submete ao tratamento escolhido para ele.

Elas propõe um novo “olhar” para o paciente e sua situação de adoecimento, com diferentes práticas em relação a biomedicina, como por exemplo, a relação de proximidade do paciente e do curador, que é considerada como principal elemento da terapia. Na medicina convencional, geralmente se observa o inverso: uma relação mais vertical entre o médico e o paciente, que se desenvolve de forma autoritária, sendo o médico o detentor da ciência e, por conseqüência, da “verdade”. (NICKEL.2012)

Andrade (2006) ressalta que a biomedicina utiliza uma abordagem limitada aos sintomas e gradualmente mais impessoal, dedicando pouco tempo ao paciente.

No modelo biomédico a ênfase do processo de adoecimento são as causas físicas, orgânicas, estão relacionadas ao corpo biológico, desconsidera a influência de fatores externos, como as emoções no processo de adoecimento ou de cura; enquanto nas práticas alternativas todos os fatores são considerados e muitas delas, buscam a harmonia emocional da pessoa, por entender serem essas causas de adoecimentos.

Também muitas terapias alternativas são usadas de forma complementar a

tratamentos severos, como a quimioterapia, por contribuírem com aspectos emocionais do enfermo o que se reflete na adesão e no resultado dos tratamentos, como muitas pesquisas tem demonstrado.

A biomedicina fragmenta o corpo e tornou as especialidades médicas como essenciais; enquanto as práticas alternativas buscam a integralidade e compreender essas processos de forma total.

De acordo com Andrade (2010) o paciente é entendido como um campo de energia, diferentemente da biomedicina, que entende o corpo como um conjunto de várias partes.

Quanto se coloca a questão das especialidade, o aparato tecnológico ganha destaque, daí os custos com a medicina ocidental é considerado muito alto, pois apesar do saber médico, ser o prevalente, o uso de exames, aparelhos e medicamentos alopáticos, faz parte dessas rotinas de atendimento.

Para Nickel (2012) “nas Medicinas Alternativas e Complementares há o emprego de práticas terapêuticas mais simplificadas e com maior acesso, pois são menos subordinadas às novas tecnologias e, conseqüentemente, mais acessíveis financeiramente a população.”

Tesser (2008) ressalta que as tecnologias leves das práticas integrativas, não diminuem a eficácia do tratamento, pelo contrário, em muitas situações há um aumento da mesma. Já na biomedicina, há uma ênfase e uso de exames e tecnologias duras, que adquirem um caráter de mercadorias e alimentam uma rede composta por consultas, exames, procedimentos e fármacos, culminando em um excessivo intervencionismo químico-cirúrgico nos pacientes e um “consumismo pela saúde” (NICKEL apud TESSER, 2012)

O autor destaca como aspectos importantes das práticas alternativas:

“centramento nos sujeitos em seus contextos sociais/familiares; abordagens ampliadas e holísticas; valorização de saberes/práticas não-biomédicos e de múltiplas formas, vivências e técnicas de cuidado; estímulo à auto- cura, participação ativa e empoderamento dos usuários; abordagem familiar e comunitária. Na organização das práticas e no relacionamento com a clientela há afinidades quanto à adequação socio-cultural; parceria, dialogicidade e democratização das relações; trabalho territorial e construção/exploração de vínculos terapêuticos. Assinalam-se

também convergências quanto aos efeitos terapêuticos e ético-políticos e discute-se o caráter relativamente desmedicalizante desses fenômenos, mais acentuado na atenção psicossocial e na procura pelas PIC". (TESSER.2012)

Muitos estudos tem apontado para a importância do acolhimento aos pacientes nos serviços de saúde. Principalmente os mais idosos manifestam desconforto com o atendimento distanciado e impessoal, que o modelo biomédico adotou, o que levou o SUS a construir uma Política de Humanização para tratar das questões de acolhimento.

Entender que é preciso que o atendimento humanizado seja institucionalizado enquanto política pública, é para muitos incompreensível, porém alguns, como eu, profissional de saúde, sabemos que a sua implantação possibilitou um olhar dos serviços para suas práticas e muitos re significaram essa relação com os usuários, de forma a torna-la mais afetiva.

Andrade (2006) coloca que há uma insatisfação difusa e crescente com a abordagem caracterizada como mecanicista, intervencionista, restrita aos sintomas e progressivamente mais impessoal, dedicando pouco tempo ao paciente.

O modelo de atenção primária, com ênfase na estratégia de saúde da família, é implantado, buscando essa aproximação entre os profissionais de saúde e as comunidades.

Para Luz (2000) a interposição maciça de tecnologias duras (de diagnose) no relacionamento também contribuiu para o resfriamento dessas relações na biomedicina.

O enfoque principal da biomedicina, é a biologia humana, a fisiologia ou a patofisiologia, onde a doença é vista como um processo biológico universal.

Langdon (1995) enfatiza que as novas discussões em antropologia questionam a dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico e concebem saúde e doença como processos psicobiológicos e socioculturais. Nesta abordagem a doença não é visto como um processo puramente biológico/corporal, mas como o resultado do contexto cultural e a experiência subjetiva de aflição.

Ultimamente há uma tendência não só na antropologia mais também nas ciências médicas de reconhecer que a divisão cartesiana entre o corpo e a mente não é um modelo satisfatório para entender os processos psicofisiológicos de saúde e doença. As

representações simbólicas não só expressam o mundo, mas através da experiência vivida, eles também são incorporados ou internalizados até tal ponto que influenciam os processos corporais. (LANGDON.1995)

2.2.4- Dialogando entre as Práticas

Penso ser importante destacar que nem todas as práticas alternativas, ou seja, terapêuticas que se contrapõem ao modelo biomédico, foram introduzidas na Política Pública, seja na PNPIC (Nacional) ou na PEPIC (Estadual), pois o número de práticas que vem sendo utilizadas pelas comunidades é muito amplo.

O sistema formal pressionado pela população através dos fóruns de discussão impôs que se concretiza-se uma Política que respondesse aos anseios da sociedade Ocidental por acesso a outras formas terapêuticas, dessa forma a Política Pública absorveu algumas dessas práticas, que estavam de alguma forma mais difundidas ou que possuíam um maior embasamento “científico”, como a fitoterapia, a homeopatia e a acupuntura.

A biomedicina sempre conviveu com outras práticas terapêuticas que não possuíam a sua racionalidade, pois se utilizavam do saber das sociedades tradicionais, que foram transmitindo de geração a geração;

“as camadas populares, e também as não tão populares assim, nunca deixaram de tomar os chás que lhes foram ensinados por seus avós, nunca deixaram de frequentar a sua benzedeira, e depois da década de sessenta embebidos pela contracultura, os setores médios também puderam fazer valer a sua concepção de saúde-doença via apropriação da acupuntura, homeopatia, e medicina floral, entre outros.” (PERURENA, 2001, p. 15).

Cabe também destacar que a nomenclatura adotada pela Política Pública de “Práticas Integrativas e Complementares” não é desprovida de intencionalidade, quando utiliza o termo “complementar”, significa ser praticada de forma que complemente o modelo biomédico.

A adoção do termo “Integralidade” deixa dúvidas, se faz referência a um dos

princípios do SUS, da integralidade das ações de saúde ou como os adeptos das práticas preferem interpretar, que faz referência ao homem total, corpo-mente-espírito-natureza.

Falar de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e não falar de integralidade não tem sentido, pois essas práticas terão que percorrer os caminhos da integralidade entre os profissionais da saúde e também entre os profissionais que não pertencem à saúde. Integrar e complementar ações são muito difíceis nos atuais sistemas de saúde voltados para o trabalho e muitas vezes centrados em uma pessoa ou divididos em caixinhas ou compartimentos, caminhando lado a lado sem uma comunicação. (HEBERLÊ.2013)

Procurando justificar o colocado que apesar da PNPIC ser um avanço, ao menos no que diz respeito a possibilidade dos serviços, adotarem as PICS, o campo de práticas é muito extenso, umas advindas de saberes tradicionais, outras de influência oriental, algumas re-significadas e adotando outras nomenclaturas, enfim, a oferta de práticas alternativas pelo SUS é importante, mas não limita o uso de outras terapêuticas, não contidas na política pública, pois os espaços da sociedade vão continuar absorvendo e ofertando essas tantas modalidades.

A utilização de técnicas alternativas e/ou complementares tem demonstrado interesse cada vez maior por parte das pessoas. Isso se deve a diversos fatores, como a busca de uma visão holística de tratamento, com efeitos colaterais minimizados em contraponto à assistência médica privada, de alto custo, incluindo os medicamentos alopáticos e as limitações terapêuticas ofertadas pelo setor público que se restringem à medicina ocidental..

Portanto, mesmo diante dos avanços alcançados pela medicina oficial, a medicina popular e as terapias alternativas conseguem obter credibilidade, visto que respondem às necessidades e expectativas da população.

De acordo com Laplantine (1986, p. 220),

Enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as medicinas populares associam uma resposta integral a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mais psicológicas, sociais, espirituais para alguns, e existenciais para todos)

que o racionalismo social não se mostra, sem dúvida, disposto a eliminar. (LAPLANTINE. 1986)

Na utilização das práticas integrativas não ocorre uma desqualificação do saber científico, as pessoas utilizam-se desses saberes de forma complementar aos processos terapêuticos convencionais, devido esse modelo por si só, não ser capaz de responder a todas as questões. O uso das práticas alternativas vem se ampliando como resposta a essas questões, principalmente na busca da harmonia e do equilíbrio espiritual.

Mesmo para aqueles em situações mais severas, considerando seus diagnósticos, a elaboração simbólica da doença, ultrapassa os aspectos físicos, de modo que o uso de práticas alternativas tem demonstrado contribuir para a melhora dos pacientes. Relatos evidenciam uma espiritualidade que transcende a simples adesão as terapêuticas tradicionais.

Considerando portanto, que o modelo biomédico é restritivo e não responde a todo processo terapêutico necessário para atender o humano da sociedade contemporânea ocidental, os limites apresentados, a manifestação da sociedade para a efetivação das práticas integrativas no SUS, o que me parece ser um grande desafio é a forma de implantação das PICS nos serviços do SUS, pois essa relação é comprometida pela formação dos profissionais da área da saúde, que não privilegia em seus currículos esses saberes.

2.3 A formação dos profissionais de saúde

Analisando o currículo de alguns cursos da área da saúde é evidente a ausência de disciplinas que promovam o debate e a discussão dos alunos sobre outros métodos de terapêutica considerados contra hegemônicos, nos quais se incluem as práticas integrativas e complementares, muitas vezes justificado pela fragilidade de comprovação científica dos métodos.

Gonze e Silva (2011) destacam que a formação tem um predomínio do modelo biomédico, onde a concepção de saúde está atrelada ao cuidado do órgão em detrimento de uma abordagem do sujeito em sua singularidade. Resultando uma assistência

tecnicista e fragmentada.

Posso destacar que são duas visões completamente antagônicas de concepção não só de modelo de saúde, mas muito mais ampla, de concepção de homem.

No modelo biomédico, que está na base da formação dos profissionais de saúde, a ênfase está na fragmentação do sujeito, na especialização, na valorização do biológico em detrimento das outras dimensões do homem, na padronização das ações, no cientificamente comprovado, nos protocolos clínicos, no saber médico como o centro do cuidado.

Uma grande dificuldade para a implantação das Práticas Integrativas e Complementares é a valorização do modelo biomédico, durante o processo de formação dos profissionais. Os currículos dificilmente adotam disciplinas obrigatórias voltadas para a área das PICS (TESSER. 2009 apud AZEVEDO; PELICIONI. 2011)

Analisando os currículos dos cursos de medicina, enfermagem e farmácia das Universidades do município de Pelotas, UFPel, UCPel e Ananguera, podemos observar um total predomínio de disciplinas que valorizam as especialidades e que produzam profissionais voltados para uma visão biomédica do fazer saúde e dos processos de cuidados em saúde.

Primeiramente busquei no site das faculdades UFPel, UCPel e Ananguera os currículos dos cursos de medicina, enfermagem e farmácia, dessa forma a análise contemplou o conjunto de faculdades que ofertam esses cursos no município de Pelotas. Poderia ter incluído outros cursos da área da saúde e de faculdades de regiões próximas a Pelotas, mas não teria significância para a interpretação dos dados, pois o modelo de oferta de disciplinas baseadas em conteúdos das ciências biológicas não se alterou muito de um curso para outro, dentro de uma mesma instituição e com alguma significância para os cursos da UCPel, onde todos os currículos contém a disciplina de antropologia, além de outras especificidades citadas na análise abaixo.

Analisando o currículo do curso de medicina da UFPel temos uma única disciplina que contempla a dimensão cultural, que é a disciplina optativa de “Antropologia do corpo e da saúde”, com carga horária mínima de 2 créditos. No currículo do curso de medicina da UCPel percebo um avanço, à medida que contempla uma disciplina de Antropologia médica, outra de necessidades de saúde, que permite que as questões culturais

apareçam como necessidades da população, teologia e saúde, onde a espiritualidade é contemplada.

O currículo dos cursos de enfermagem analisados, da UFPel, UCPel e Anhanguera mantém o mesmo padrão, recheado de disciplinas das ciências biológicas e nenhuma oferta de disciplinas que contemple as PICS. No curso de enfermagem da UCPel a disciplina de antropologia está presente e no currículo da faculdade Anhanguera a disciplina “Homem, cultura e sociedade”.

Quando a observação recai sobre os currículos dos cursos de farmácia, tenho que ressaltar que o curso de farmácia da UCPel embora, mantenha a ênfase nas disciplinas biológicas, contempla uma disciplina obrigatória de Antropologia e aborda conhecimentos em homeopatia, como disciplina obrigatória em atenção ao exposto na PNPIC; assim como oferece de forma optativa, conteúdos de fitoterapia e homeopatia direcionada para o SUS.

Mesmo nos projetos de extensão, que são iniciativas individuais dos professores, em áreas de seu interesse, dos 21 projetos constantes da página do curso de enfermagem da UFPel, somente um deles contempla os PICS, trata-se do “curso de plantas medicinais para profissionais de saúde”, coordenado pela professora Teila Ceolin e tem por objetivo “Instrumentalizar os profissionais de saúde para atuarem sobre as orientação das plantas medicinais, objetivando à promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças” (UFPEL/curso de enfermagem/Projetos de extensão. Acesso em 01.03.2018)

A análise dos currículos contemplou os três cursos e as três faculdades do município de Pelotas. A escolha ocorreu pela inserção dos profissionais médicos e enfermeiros nos serviços de atenção primária do SUS e, no caso da farmácia, pela importância que a fitoterapia e as plantas medicinais tem nessa discussão, sendo área de saber desses profissionais.

Fazendo uma relação da análise feita com os currículos a pesquisa de campo na Unidade Cuidativa, onde a questão curricular aparece nas falas dos profissionais, como da médica coordenadora, da enfermeira e da nutricionista, percebe-se que a oferta das PICS é dependente das concepções individuais de profissionais, que buscaram formação fora da academia e, aplicam esse conhecimento, no serviço do SUS.

Na Unidade Cuidativa, que utiliza as terapêuticas convencionais e protocolares para assistência aos doentes e suas enfermidades, outras práticas são adotadas de forma complementar. Dessa forma a ênfase está no sujeito, visto de forma integral em todas as suas dimensões física, psíquica, social e espiritual.

A médica coordenadora do centro, que também é docente Universitária, em diversos cursos da área da saúde, destaca que muitos dos cursos de graduação da área da saúde não apresentam disciplinas que façam uma abordagem mais ampla mas, salienta a inclusão da disciplina de cuidados paliativos nos cursos onde ministra aulas, como alternativa de ampliar esse horizonte.

A enfermeira, que também é docente universitária relata ter introduzido como conteúdo obrigatório, nas disciplinas que ministra o tema da espiritualidade.

Parece-me evidente que ao pensar na implantação das PICS no SUS, é preciso que se discutam mudanças nos currículos das áreas da saúde.

A evidencia mostra que muitos profissionais desconhecem esse sistema simbólico; porém, quando buscam essa formação fora da academia, como ocorreu com os profissionais da Unidade Cuidativa, adotam no cotidiano do trabalho.

Na interlocução com a nutricionista, esse relato foi muito contundente, quando coloca que no seu processo formativo, nenhum conteúdo que não fosse o tratamento convencional de nutrição lhe foi repassado e, que ao ser designada a compor com a equipe do centro, abraçou a possibilidade de construir junto com o paciente a melhor alternativa nutricional. Cabe ressaltar que trata-se de profissional jovem ainda, com poucos anos de formada e portanto, tendo frequentado a academia na última década.

Apesar da formação na área da saúde, ainda ser voltada para o saber técnico, alguns avanços vem ocorrendo na última década.

Considero relevante citar o reconhecimento de diversas profissões como da saúde. O que contribuiu consideravelmente pela incorporação de diversos profissionais aos serviços de saúde.

Dessa forma o cuidado ao paciente não é privilégio somente do médico, mas vários profissionais tem atribuições que convergem para o cuidado dos processos de saúde/doença. Valorização da equipe interdisciplinar.

Certamente, esses profissionais podem manter o modelo de fragmentação do

homem no cuidado à saúde, cada qual atuando na sua especialidade, sem que os profissionais conversem entre si. Mas, o reconhecimento de diversas profissões da saúde permitem uma interlocução entre as profissões.

Na Unidade Cuidativa a ênfase está no trabalho interdisciplinar, com valorização de tecnologias leves, como as que permitem a escuta atenta, o acolhimento humanizado. Portanto, mesmo esses recursos devem ser qualificados, o que requer que o profissional considere no atendimento ao paciente as tecnologias das relações.

A enfermeira coloca que as relações não são verticalizadas, são construções que ocorrem de forma humanizada; que na fala da psicóloga aparece descrito, quando coloca que todas as pessoas são recebidas com respeito e amor.

A técnica de enfermagem destaca como importante no trabalho interdisciplinar a possibilidade de todos os profissionais opinarem sobre o tratamento. Diz: “quando eu trabalhava no hospital, não havia essa possibilidade, a prescrição médica tinha que ser cumprida à risca. Aqui na Unidade não. Todos podem opinar, podem sugerir e que todos os profissionais recebem bem as sugestões dos outros membros da equipe”.

Em algumas áreas o saber foi transmitido de geração em geração, mantendo um arcabouço teórico mais efetivo, o que determina que esteja mais presente nas instituições, principalmente de ensino, como objeto de estudo.

A academia apesar das limitações dos currículos em relação as PICS, tem trabalhado algumas áreas em projetos de extensão, conforme o citado no curso de enfermagem e outros que não puderam ser levantados nessa pesquisa.

Muitos estudos estão sendo realizados nas Universidades, posso citar como exemplo, estudos envolvendo plantas com atividades terapêutica.

Porém, que conhecimento é esse? De que forma incorpora o conhecimento que é útil para a comunidade? Quem são as vozes que estão sendo ouvidas quando se pesquisa as plantas com atividade terapêutica?

O que ocorre é uma valorização do conhecimento formal, que no caso é representado pela academia, pelos centros de pesquisa, pelas políticas públicas, dessa forma sendo incorporado pelos espaços institucionalizados, como os serviços de saúde e do contrário uma desvalorização e as vezes até mesmo uma marginalização do conhecimento popular.

A médica coloca que muitas vezes esse conhecimento popular não chega a academia, pela maneira como os currículos são estruturados, isso faz com que muitos profissionais não tenham conhecimento científico para prescrever fitoterápicos, por exemplo. Mas, os profissionais devem estar abertos para ao menos entenderem que os usuários vão fazer uso dessas alternativas, que fazem parte da sua cultura.” É preciso valorizar o conhecimento popular” (interlocutora médica).

O distanciamento entre o saber popular e o saber produzido na academia, resulta muitas vezes numa fragmentação das tradições, que conhecem a planta, a forma correta de cultivar e o seu uso.

Leininger (1991) afirma que os profissionais de saúde impõem suas crenças, valores e práticas sobre outras culturas. Ocorre um crédito no saber cientificamente comprovado, onde somente esses princípios são verdadeiros ou superiores as outras formas empíricas de conhecimento.

Mas, não podemos esquecer que há anos essas outras culturas, produziram um saber medicinal embasado na experiência e no que foi deixado pelos antepassados, que muitos saberes foram apropriados pela medicina institucional. Como exemplo, muitas drogas descobertas na área da farmacologia, fitoterapia, teve como origem o saber tradicional dos grupos indígenas.

A médica coordenadora do centro coloca que o pouco uso de plantas e fitoterápicos pelos profissionais médicos deve-se também a questão da formação, pois a maioria são alopatas e portanto, não tiveram em sua formação disciplinas que garantissem o saber técnico para prescrever medicações homeopáticas ou fitoterápicos.

Esse desconhecimento técnico, faz com que as PICS não tenham avançado nos serviços do SUS, embora os depoimentos indicam que os profissionais também utilizam as práticas alternativas como benefício de saúde para si mesmo;

“Isso não quer dizer que médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, dentre outros profissionais da saúde, tenham que abandonar os modelos teóricos que os orienta em seus trabalhos, mas precisam ouvir o outro, possibilitando através da comunicação, o conhecimento das reais necessidades do indivíduo, considerando que eles são sujeitos de sua própria história, e que, portanto,

exercem agência sobre suas próprias vidas, percebendo e agindo segundo suas experiências na vida coletiva” (LANGDON, 2009).

Thiago (2009) na sua dissertação de mestrado, coloca que os profissionais de saúde desconhecem as terapias e práticas complementares, apesar do interesse em conhecê-las e de aprovarem sua inclusão nos serviços de saúde.

Também importante destacar, que nos cursos das áreas da saúde, a dimensão espiritual não é abordada. A enfermeira do centro, que também é docente na Universidade, destaca a dificuldade e, coloca que durante a sua trajetória acadêmica nunca teve contato e nunca participou de uma discussão a respeito de espiritualidade. Fato, que para ela se estendeu por longos anos na vida profissional, onde a abordagem espiritual não fazia parte da vivência dos profissionais.

Arrieira (2015) coloca que para que essas intervenções sejam consideradas, faz-se necessário incorporar na formação curricular dos profissionais da saúde o estudo científico dos aspectos espirituais e religiosos em sua relação com a saúde física e mental, qualidade de vida e variáveis psicossociais de interesse.

Compreender a dimensão da espiritualidade, como um aspecto importante da natureza do homem, para que a dimensão do processo saúde/doença não seja atribuído simplesmente as questões físicas ou psíquicas, deve fazer parte dos currículos dos cursos de saúde, diz a enfermeira do centro.

A profissional coloca que “é preciso discutir espiritualidade na academia, pois esse tema está muito vinculado pelas pessoas as questões religiosas, daí que ocorre por parte de alguns profissionais um descrédito”.

A introdução deste tema e outros também relevantes possibilitaria a “minimização das dúvidas e dos conflitos existenciais dos próprios profissionais pela dissonância entre suas crenças religiosas e o papel que a ciência confere à espiritualidade, permitindo um melhor aproveitamento desse recurso no diagnóstico, no tratamento e na prevenção de problemas de saúde.” (ARRIEIRA apud PANZINI, BANDEIRA, 2007).

Comparin e Schneider (2004, p.186) enfatizam a ideia de que a academia nos cursos da área das ciências da saúde, trabalham a noção de homem de forma dualista, matéria e mente,” na área da saúde, embora seja de conhecimento de todos a

importância de se ver o indivíduo na sua totalidade, a academia pouco preconiza essa visão. Dessa forma, com um resgate na antropologia e na fenomenologia, é possível ter um universo mais- amplo em relação ao corpo.” (COMPARIN & SCNEIDER. 2004.p.186)

Buscando aproximar os alunos das PICS e da visão holística, fruto do trabalho da equipe multiprofissional do centro, a médica salienta que o acesso aos alunos ocorre, principalmente em projetos de extensão, e tem sido bem visto por parte dos acadêmicos, que ao chegarem ao centro, se deparam com essas outras possibilidades .

Esclarece que no centro foi criada a “liga” que é formada por seis cursos de saúde, que encaminham alunos. Trata-se de um projeto de extensão. Dessa forma, segundo a coordenadora, buscam aproximar os alunos das práticas ofertadas no centro e construir profissionais que percebam os atos do fazer saúde de forma integrativa, considerando o ser em todas as suas dimensões e capaz de valorizar a espiritualidade dos usuários e dos profissionais.

“Conceber as PICS como processos terapêuticos potentes e capaz de responder a diversas sintomas e sinais é um processo lento, mas é preciso que os serviços de saúde comecem esse desafio. O que observamos na Unidade Cuidativa é que os pacientes gostam, eles fazem as escolhas das que se sentem melhor. O trabalho é bem aceito pela comunidade acadêmica, porém é preciso construir os profissionais. Construir de modo reverso. Trazer o aluno para o serviço e depois esse mesmo aluno leva para a academia. Se o profissional não teve a formação técnica e nem a prática é difícil esperar que tenha uma visão que englobe aspectos distintos dos apresentados nos currículos.” (médica/ interlocutora)

A coordenadora da unidade coloca que essa aproximação dos alunos ao campo representa a possibilidade de estarem levando as discussões para a academia, também oportuniza que trabalhos de pesquisa sirvam de referencial para que possamos ter mudanças nos currículos dos cursos da área da saúde.

Para a coordenadora a mudança nos currículos é fundamental, mas certamente a inserção do aluno no campo, faz com que isso aconteça de forma reversa, ou seja, da experiência adquirida na prática para o impacto que podem produzir na academia.

CAPÍTULO III -OS PERCURSOS DA ETNOGRAFIA

(...) O espaço por suas características e por seu funcionamento, pelo que ele oferece a alguns e recusa a outros, pela seleção de localização feita entre as atividades e entre os homens, é o resultado de uma práxis coletiva que reproduz as relações sociais, (...), o espaço evolui pelo movimento da sociedade total.

Milton Santos .

Com o objetivo de comprovar que as PICS fazem parte do sistema cultural da sociedade contemporânea ocidental, apesar da pouca oferta de serviços no SUS, minha primeira inserção na pesquisa se deu através da etnografia documental. Os relatórios das Conferências de Saúde, documentos legais e que subsidiam as políticas públicas foram utilizados para extrair a partir do texto, as muitas vozes da sociedade, que em todos os municípios do País, contribuíram com as discussões e levaram para o relatório final as reivindicações, fruto de consensos das assembleias que antecederam as Conferências Nacional.

A etnografia documental me ofereceu o subsídio para afirmar que as sociedades ocidentais, recorrem a esses recursos terapêutico, dessa forma corroborando meu problema de pesquisa.

Através da pesquisa de campo, etnografando a Unidade Cuidativa, serviço do SUS, busco perceber como a oferta das PICS, em conjunto com outras atividades se relacionam a uma concepção de saúde, que se contrapõe ao modelo biomédico e, valoriza a integralidade do ser humano.

3.1 Etnografia documental: vozes que se fazem ouvir através do texto.

Com a intenção de verificar que apesar do modelo biomédico ter sido adotado pelo SUS, como modelo de saúde; as práticas integrativas, na sua grande maioria de origem

milénar, continuam fazendo parte da cultura da sociedade ocidental contemporânea, que tem se utilizado dos espaços de discussão da situação de saúde no Brasil, para reivindicarem sua incorporação.

Utilizei como instrumento para realizar a etnografia os relatórios das conferências de saúde, por serem instrumentos construídos a partir da fala de muitas pessoas que de forma organizada, nas assembleias de saúde, apresentam suas ideias sobre a estruturação e funcionamento do SUS, a partir dos modelos que responde as suas necessidades.

A origem das práticas integrativas nos sistemas públicos de saúde apesar de ser extremamente incipiente em ofertas de serviços, faz parte das discussões da sociedade contemporânea e aparece em documentos importantes onde o modelo de saúde é pensado pela população.

Considerando Telesi Jr (2016) a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde (Alma Ata, Rússia, 1978), foram as primeiras recomendações para a implantação das medicinas tradicionais e práticas complementares, que difundiram-se em todo o mundo. No Brasil esse movimento ganhou força a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986), e desde então somente se expandiu e foi temática para diversos outros fóruns.

A oitava Conferência de Saúde foi um marco importante, muitas das propostas serviram de subsídios para a Constituição de 1988, que criou o SUS e em decorrência norteou o modelo de saúde adotado pelo setor público no País e que vem sofrendo adequações ao longo desses quase trinta anos.

Apesar do destaque atribuído a 8ª CNS na implantação do SUS, os anais das Conferências anteriores já apresentam dados significativos, que demonstram a preocupação da sociedade, para que o sistema público, contemple diferentes visões dos processos de saúde /doença.

Na 4ª CNS, que aconteceu em 1967, consta do relatório a preocupação do relator-geral prof. Manoel Ferreira, que reconhecia que a “formação profissional não está orientada para a solução dos problemas de saúde do país, em virtude da estrutura curricular pouco flexível e ainda não ajustada a demanda quantitativa de recursos humanos”. (CNS/RELATÓRIO DA 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE).

A preocupação com os currículos pouco flexíveis e contemplando disciplinas que propiciam reflexões dos profissionais de formas terapêuticas que atenda às necessidades da população ainda hoje está presente e é ressaltado na fala dos profissionais do campo de pesquisa.

As Conferências de Saúde representam importantes fóruns de discussões das comunidades, pois ocorrem num processo ascendente, dos municípios aos Estados, e destes ao nível federal. Em todas as etapas são construídas propostas como forma de assegurar que todas as comunidades sejam ouvidas, até fazer parte do relatório final.

A oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorreu em 1986 e, contou com a participação de mais de quatro mil pessoas, segundo o relatório final, dentre os quais mil delegados

No seu texto final, capítulo referente à organização dos serviços foi aprovado “a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida”. (CNS/Relatório 8ª CONFERÊNCIA DE SAÚDE.1986, p-10)

No capítulo referente a política de Recursos humanos o relatório destaca a importância da formação dos profissionais de saúde, com a inclusão no currículo de ensino do conhecimento das práticas alternativas e, sugere a incorporação dos agentes populares aos recursos humanos disponíveis no sistema público.

No texto do relatório aparece definido pela plenária “a inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas integrativas” e a “incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em Educação para a saúde e cuidados primários.” (CNS/Relatório 8ª CONFERÊNCIA DE SAÚDE.1986, p-12)

Toniol (2015, p-55) destaca que nos termos do documento da Conferência, a oferta de terapias alternativas/complementares está justificada no “direito democrático” do usuário de poder escolher a terapêutica preferida (TONIOL,2015, p-55)

Importante destacar que esse termo “alternativas” não corresponde ao que preconiza a política, cuja ênfase não é a substituição de um sistema pelo outro, mas sim a sua complementaridade. Os adeptos as Práticas Integrativas e Complementares preferem usar as denominações integrativas e complementares, pois esclarecem melhor

o caráter da Integralidade da atenção e de seu aspecto complementar a outros serviços de saúde e, não substitutivo.

Segundo Santos (2012) não existem práticas genuinamente médicas ou genuinamente mágico-religiosas, mas, no máximo, recursos distintos que se complementam, desse conceito ampliado é que usamos chamar essas práticas de complementares, na dimensão de que podem ser utilizadas de forma concomitante.

Quanto aos recursos humanos, consta no relatório da oitava Conferência de Saúde “a inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas integrativas” e a “incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em Educação para a saúde e cuidados primários.”

Santos (2012) coloca que boa parte dos profissionais de saúde, seja pela dinâmica nos serviços de saúde, seja pela falta de capacitação ou mesmo pelo descaso com o usuário – ainda reproduzem um ideal positivista, impondo um modelo teórico fechado, onde o usuário do serviço não participa ativamente do processo, além de dissociar a saúde e a doença dos aspectos e dimensões históricas, sociais e culturais dos indivíduos.

Segundo Telesi (2016) a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde, destaca-se o esforço de regularizar a homeopatia, a acupuntura, o uso de plantas medicinais, a fitoterapia, a adoção de práticas corporais e meditativas, entre outras, viabilizadas pela criação de convênios e por diversos grupos de trabalho dedicados a elaborar projetos e políticas para a área.

Na 10ª Conferência de Saúde que ocorreu em 1988, temos novamente reivindicações da sociedade em busca de concretude dessas práticas no SUS, dessa vez com maior direcionamento para algumas áreas, como está contido no relatório: “incorporar no SUS, em todo País, práticas de saúde, como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares” (CNS/10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. p- 73)

Também nesse relatório aparece como estratégia que os currículos de educação sejam revisados e, menciona a necessidade de estarem de acordo com a cultura local. (CNS/10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. P-19)

Cabe destacar que a referência a fitoterapia deve-se principalmente ao uso popular de plantas e ervas medicinais.

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde de 2002, aparece novamente o registro no relatório da solicitação da sociedade pela implantação de práticas alternativas no SUS. O relatório dessa conferência apresenta uma avaliação do sistema nas suas páginas iniciais, onde as terapias alternativas e complementares aparecem como práticas que já deveriam estar contempladas pelos serviços de saúde do SUS. (CNS/11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.)

Os relatórios das conferências que são resultado de inúmeras discussões com a sociedade por todos os cantos do país, evidenciam que reiteradamente a população vinha colocando a necessidade de outros modelos de atenção à saúde, que não estava presente na rotina dos serviços de saúde.

O relatório da 11ª CNS, apresenta também no campo onde são levantadas as debilidades (ou fragilidades) do SUS, a ausência de estímulos a oferta de alternativas assistenciais menos caras e complexas. Certamente esse conceito de complexidade diz respeito ao uso de tecnologias e atribui o referencial de custo que também deve ser pensado como estratégia, visto que desloca do direito democrático das pessoas por terapêuticas não hegemônicas, para o fator econômico, fruto de interesse não das pessoas, mas do mercado, que trata os processos de saúde/doença como mercadorias.

Por tratar-se da possibilidade de implantação no sistema formal foi acrescentado ao texto “a reconhecida eficácia” ideia que norteou a escolha das terapias alternativas, que foram destacadas pela Política Pública posteriormente. Cita o texto: “tratamentos e internações domiciliares ou práticas terapêuticas não hegemônicas como a acupuntura, fitoterapia e homeopatia. (BRASIL.2002)

Em 2003 a 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica em seu relatório enfatiza o acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS, dessa forma corroborando o que vinha sendo apresentado nos relatórios das Conferências de Saúde. (CNS/Relatório da I CONFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA).

O campo das Práticas integrativas e complementares, como vem sendo denominadas algumas práticas de cuidado em saúde, ganhou bastante visibilidade na contemporaneidade em países do Ocidente.

As Conferências de Saúde representam um importante instrumento para verificar a relação das pessoas com as práticas integrativas, são fóruns onde as comunidades podem fazer reivindicações sobre quais as políticas de saúde são mais relevantes de serem incorporadas ao SUS, sendo assim, a introdução de práticas integrativas e complementares tem sido destaque nas discussões e tem sido contempladas como propostas encaminhadas ao MS, resultando daí a PNPIC.

3.2 Etnografia de um campo de saúde: CUIDATIVA

Como descrito anteriormente o campo apresentou-se para mim a partir do convite da médica coordenadora, para conhecer o local. Ao indicar onde funciona, fez referência a laneira, fazendo com que imediatamente identificasse a localização, fato natural aos moradores de Pelotas, que guardam na memória social, o patrimônio material da fábrica de lãs localizada na Avenida Duque de Caxias, nº112, bairro Fragata, no município de Pelotas/ RS, e adquirido pela UFPel em 2010.

Para situar o campo de abrangência da pesquisa, destaco que a inserção ocorreu na “Unidade Cuidativa”, utilizando a expressão da médica coordenadora do centro de Cuidados Paliativos, trata-se de um dos cinco cenários, previstos para atendimentos aos usuários do SUS, em cuidados paliativos.

O local permaneceu desde sua aquisição pela UFPel em 2010 até 2017 sem utilidade, sendo que, as atividades da Unidade Cuidativa, passaram a ser desenvolvidas somente a partir de abril de 2017.

Meu primeiro contato com o campo ocorreu em setembro de 2017, quando movida pelo interesse de conhecer o serviço de saúde, aceitei o convite da coordenadora.

Minhas primeiras inserções no campo se deram como observadora das dinâmicas do cotidiano do centro. Na primeira visita, fui acompanhada pela coordenadora que se dispôs a mostrar o local, apresentar o trabalho e contar um pouco do histórico de como tinham a partir do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI), e do programa melhor em casa, idealizado a criação da unidade.

Coloca no seu relato que ao garantir de forma institucional a criação do espaço da

unidade no prédio da Laneira, os cinco cenários que compõe a rede de cuidados paliativos, foram pensados para funcionar de forma integrada.

O projeto do centro de cuidados paliativos, garantiu espaço próprio, de forma a ampliar a oferta de serviços aos usuários, o que inclui as PICS.

Começo descrevendo a primeira ida a campo, a chegada no prédio causou-me uma certa estranheza e até curiosidade, estava eu com uma certa ansiedade de conceber que serviço de saúde é esse que funciona num prédio de tijolinho a vista, que não corresponde ao modelo simbólico, que estava a descrever no imaginário, como um centro de cuidados a pacientes portadores de cuidados especiais.

Certamente o prédio não lembra uma unidade de saúde. Fato que só foi adquirindo significado a medida que fui percebendo que eu também trazia na memória o modelo de centro de saúde, que corresponde ao modelo hospitalar, prédios brancos, corredores longos, tudo muito higienizado.

Ainda na frente do prédio, sem adentrar fiquei um tempo observando a fachada, nada que não estivesse acostumada a ver, quando circulando pela Duque de Caxias, mas agora o olhar era outro. O que antes se apresentava como a antiga fábrica de lãs, abandonada até então, agora tinha uma nova identidade.

Na fachada, o centro não está identificado, o que vemos de indicação é uma faixa exposta indicando tratar-se do serviço.

O prédio de grande extensão, ocupa todo o quarteirão, a maior parte sem condições de habitação, por apresentar parte extensa do telhado desabado, sendo que na parte a direita do prédio (conforme indicado na figura 1) foi vocacionado para abrigar o centro de cuidados paliativos, englobando todos os cenários da rede de atenção ao usuário do SUS.

Para melhor descrever o espaço ocupado pela Unidade Cuidativa, a figura 1, mostra a área total, que abrigava a unidade fabril. A parte ocupada pela unidade e prevista para construção do *Hospice* estão identificadas na planta abaixo, assim temos:



Figura 1- Planta baixa da laneira, com destaque para os prédios do “Centro de Cuidados Paliativos”, indicados em verde, azul e amarelo.

Fonte: [www.imagens Laneira](http://www.imagensLaneira.com) / Pinterest. Acessado 15.02.2018 às 20h

Indicações: Prédio verde: Reabilitação/ Unidade |Cuidativa

Prédio azul: Unidade Cuidativa/ Parte ambulatorial- sala- cozinha e espaço para as PIC. Inicialmente todo previsto para essas atividades, atualmente o prédio possui uma divisória/muro, onde na parte anterior funciona a Unidade e na posterior estão os materiais depositados pela UFPel.

Prédio amarelo: Ainda não está sendo usado, pois encontra-se em obras e será o espaço para funcionamento do *hospice*.

Prédio rosa: é toda a extensão da laneira, que devido as condições do prédio, como a falta de telhado, estão sem utilidade.

O centro de cuidados paliativos faz parte do conjunto de serviços de saúde

ofertados pelo hospital escola (HE, atualmente Ebserth, da Universidade Federal de Pelotas(UFPel)

Ao chegar ao prédio a faixa indica a entrada pelo portão da direita, onde temos um primeiro pavilhão com abertura para o pátio de entrada e onde um recepcionista informa que no segundo prédio, funciona o atendimento da unidade. Este prédio nas primeiras idas ao campo, funcionava como um depósito de mesas, cadeiras e outros materiais em desuso e que ali foram colocados, provavelmente para posterior descarte.

O prédio da unidade cuidativa é muito agradável, ambiente acolhedor, com espaço reservado para as atividades ambulatoriais, consultórios clínicos dos médicos, psicóloga, nutricionista e um salão, onde foi montada uma sala, com sofás e poltronas, onde as pessoas, podem sentar para ver televisão, para ouvir músicas, conversar. Nesse espaço são realizadas as sessões de meditação.

No outro extremo do salão ficam um conjunto de cadeiras, todas forradas com panos muito coloridos, tornando o ambiente muito “vivo”, que a coordenadora fez questão de salientar que foram adotadas por voluntários, que se incumbiram das reformas.

A cozinha é ampla e possui todos os aparelhos necessários, possibilitando aos usuários utilizarem para as refeições e bastante utilizada nos momentos coletivos, como nas festividades organizadas pelo centro. Poderia dizer, que o ambiente assemelha-se a uma

Casa de família extensa que convivem em harmonia, apesar de realizarem atividades diferentes.

Familiarizada com o espaço físico a coordenadora, preocupou-se em explicar-me o que significa um centro de cuidados paliativos e, principalmente com a Unidade Cuidativa, que se refere como “a cereja do bolo” dos cuidados paliativos, pois nesse ambiente que a pessoa é tratada para além do modelo biomédico, ou seja, o objetivo da unidade é garantir qualidade de vida aos usuários e qualidade de morte, considerando tratar-se de pessoas com enfermidades, que não terão cura, uns com possibilidades de acompanhamento por mais tempo, como os crônicos, outros com sequelas, que diminuem a capacidade produtiva, mas que podem ser estimulados a utilizar outros sentidos e viverem com qualidade e aqueles com doenças consideradas terminais, mas que tem que ter garantido um atendimento que minimize o sofrimento, com a dor, mas

que valorize o seu ser pessoa.

Confesso que nessa primeira conversa, escutar essa expressão de trabalhar para que as pessoas tenham uma boa qualidade de morte, ou “boa morte”, foi bastante instigante para a inserção em campo.

A morte para a maioria das pessoas é algo que vem carregado de sensações angustiantes, a ideia de terminalidade é no mínimo difícil; mas aos poucos nas observações e nas interlocuções fui verificando que esse objetivo era comum aos profissionais.

Para que pudesse compreender melhor essa “missão”, a coordenadora exemplifica dizendo que morrer em casa é indicador de qualidade de morte. A sociedade ocidental passou a temer a morte dos familiares nas casas e, mesmo os doentes terminais passaram a morrer nos hospitais, “morte institucionalizada” diz a coordenadora, longe das famílias, as vezes por longos dias.

Nas visitas subsequentes, minha intenção era observar a rotina do cotidiano da unidade. Como a sala é um local onde as pessoas, ficam para descansar, as vezes para ocupar o tempo, muitos são cuidadores que acompanham os usuários e enquanto esses estão em outra atividade, eles permanecem na sala vendo TV ou conversando, entendi ser o local adequado para observar o ambiente.

A minha presença ali não causava estranheza, pelo contrário, a sensação de que acostumados a pessoas chegando e saindo, trazendo familiares, os próprios usuários, voluntários, pessoas que acompanharam pacientes que foram a óbito, ou seja, são tantas possibilidades, que o estar ali é percebido com naturalidade. As conversas são diversas, poderia sintetizar como as que ocorrem em qualquer sala de visitas.

Minhas interlocuções com a coordenadora eram constantes durante as visitas.

Nossas primeiras interlocuções eram bem livres, permitia que a fala fosse solta e, a rotina do local não fosse interrompida pela minha presença.

A situação do muro que havia dividido a peça, comprometendo a oferta das PICS se apresentou como um dado significativo nas interlocuções e apareciam na forma de apoio, constantemente

A divisória (muro) é carregado de frases de apoio, fruto de parcerias que entendem que o espaço geográfico é peça fundamental para a oferta das PICS e para a sua

ampliação, pois os profissionais que ofertam essas terapias são voluntários e o objetivo é que outros sejam incorporados ao serviço.

Logo pude perceber o significado do espaço, tanto no dimensão de espaço físico, pois o conflito ocorria em função da limitação do tamanho da unidade, que vou explicitar mais adiante quando tratar do espaço, como dado importante da etnografia, como espaço de representação social.

O movimento em defesa da retirada do muro, ganhou destaque e foi tratado na mídia, nas reuniões do Conselho municipal de saúde, na sessão da Câmara de vereadores, chegando ao legislativo estadual.

Mas não teria como falar do espaço somente como espaço geográfico, certamente ele é fundamental, mas o que está em jogo é a representação social desse espaço, é o que ele representa enquanto modelo de saúde que promove a atenção integral do ser humano e todas as possibilidades de pensar e trabalhar a espiritualidade, fundamentos das práticas, como o reiki, a meditação, a dança circular e tantas outras.

Na unidade muitas atividades coletivas são organizadas. E, o espaço aparece nas falas, como possibilidade dos projetos acontecerem.

Para descrever um desses momentos, destaquei a semana dos cuidados paliativos, que ocorreu em setembro, onde foram organizadas diversas atividades. Vou destacar o primeiro dia em que acompanhei as dinâmicas.

O salão foi organizado para receber as pessoas, as cadeiras coloridas colocadas como auditório, alguns ficaram mais a distância, sentados nos sofás que ficam no lado oposto da sala. A coordenadora abre as falas e, a partir daí os professores que desenvolvem as PICS vão apresentando para a comunidade ali reunida o fundamento de cada uma e, dialogando com os presentes, que buscavam informações dos benefícios, em que horários ocorrem. As apresentações se prolongaram por toda tarde, estavam ali presentes usuários, profissionais de saúde, cuidadores, estudantes e pessoas da comunidade interessados em conhecer o trabalho da casa.

Ao final da tarde a professora de dança circular convida aqueles que desejassem participar de uma ação que ela conduziria, que se posicionassem no canto livre da sala. Alguns preferiram ficar observando e outro foram embora. Essa foi a minha primeira participação efetiva nos trabalhos da casa. Éramos por volta de 20 pessoas, a professora

conduzia os passos e a roda repetia. Um dependia do outro nos movimentos que ora se alternavam para a direita e ora para a esquerda. A música determinava o ritmo e aquela sensação ia tomando conta do meu ser, aos poucos o pensamento voltava-se totalmente para a dinâmica e, a sensação é de que não havia um corpo que girava, mas despertava uma consciência do interior.

Na roda não haviam mais usuários, profissionais, cuidadores, estudantes, haviam pessoas que em harmonia, consigo mesmo e com os outros giravam ao redor de um centro de luz colocado no meio da roda.

A semana contou com atividades todos os dias, palestras, filmes, rodas de conversa.

Na sexta um grupo de voluntários organizou o brechó, havia um número enorme de roupas que foram doadas ao centro, foram arrumadas e estavam em boas condições de serem vendidas no brechó. Os preços muito acessíveis, pois o dinheiro é utilizado no local, como por exemplo, nos comes e bebes que foram servidos para os presentes, na festa organizada para o sábado.

No sábado haviam muitas pessoas na unidade, os usuários estavam acompanhados de familiares. A circulação era intensa, as pessoas comiam, bebiam, conversavam, alguns voluntários declamaram, cantaram. Um grupo de estudantes fez uma representação, são alunos ligados ao curso de teatro.

A festa foi até a tardinha e as pessoas por ali permaneciam. Certamente esse dado causava-me estranhamento, acostumada a acompanhar pacientes e familiares que logo ao tratar os sinais e sintomas de uma enfermidade, procuram se manter o mais distante do ambiente hospitalar, o que eu observava era uma integração, uma harmonização entre as pessoas, um fazer saúde que extrapolava as terapias medicalizantes, mas que propunha ações e atividades que atingiam a todas as dimensões do homem, inclusive as sociais.

Por ocasião da “Semana de Cuidados Paliativos” 14 a 21 de outubro, e em virtude dos conflitos gerados pelo “muro” que dividiu o prédio 2 que a briga a unidade, o espaço do prédio 1, foi esvaziado e liberado para o uso pela unidade, para a montagem do brechó.

Esse prédio permaneceu liberado e foi incorporado aos serviços da cuidativa onde, uma unidade de reabilitação foi montada, complementando o conjunto de ofertas de

serviços que buscam a melhoria das condições das pessoas, com a possibilidade de utilização do corpo de forma mais efetiva.

Cabe dizer que a liberação desse espaço para a Unidade Cuidativa, amenizou o conflito em função do “muro”.

Com a intenção de descrever melhor os espaços físicos e de representação social, visto que são pensados segundo a lógica da possibilidade de valorização do ser e melhoria da qualidade de vida, a figura 2 mostra a disposição dos prédios que completam os cenários do centro de cuidados paliativos.

Considerando que as atividades ofertadas são várias, o local é sempre bastante movimentado, os pacientes e seus cuidadores são vistos constantemente circulando pela unidade, ou para participarem das atividades ou mesmo para reuniões e bate papo na sala da casa.

Os profissionais circulam pelos ambientes e interagem constantemente com os usuários, principalmente a técnica de enfermagem e a recepcionista que permanecem durante todo o turno e em todos os dias da semana.

Com facilidade eu esquecia que estava num serviço de saúde, pois a dinâmica da casa mais se assemelha a um centro de convivência.

Voltando um pouco para descrever o pavilhão 2 onde funciona a Unidade Cuidativa, quando foi inaugurada em abril de 2017, todo o espaço físico era utilizado pela unidade, para a oferta das PICS.

As PICS que ocorrem em horários e dias alternados, pois conta com a colaboração de professores da UFPel, que possuem formação nas práticas e dedicam um ou dois turnos de suas atividades para a oferta. O centro permite através da oferta das PICS que esses profissionais possam desenvolver essas potencialidades no SUS, pois são poucos os locais onde as práticas são ofertadas.

Na figura 2 apresento o espaço interno, antes da colocação do “muro” e na figura 3 depois da colocação do “muro”.



Figura 2- Espaço interno da UNIDADE CUIDATIVA /Prédio 2

Foto retirada da página da ANCP/ <http://paliativo.org.br/os-servicos-de-cuidados-paliativos-da-universidade-federal-de-pelotas-ufpel/> Acesso em 25.02.2018



Figura 3 - Espaço Interno prédio 2 UNIDADE CUIDATIVA.

Fonte: Autor

A unidade cuidativa possui recepcionista, que faz o atendimento aos usuários e

familiares/cuidadores. A coordenadora do centro enfatiza, que ninguém que busca o centro sai sem atendimento, diz ela “nós trabalhamos, principalmente os alunos, para receberem todos os pacientes que buscam a unidade, todos que chegam são acolhidos e são vistos como usuários do serviço; também é destacado a qualidade do atendimento, que não se restringe a simples informação, mas deve ser acolhedor, “primamos por oferecer um atendimento humanizado” (Médica/interlocutora).

A rotina do centro comporta os atendimentos ambulatoriais (clínicos) onde os usuários buscam as orientações dos profissionais médicos, da psicóloga, nutricionista ou da enfermeira; muitos veem para verificar sinais como pressão arterial, com a técnica de enfermagem.

A maioria dos usuários se faz acompanhar de cuidadores, que participam das atividades ou permanecem vendo TV, conversando.

A participação no cotidiano do centro permitiu acompanhar essa relação de troca, de afetividades, de vínculos que se formam entre os profissionais e os usuários. Percebo que não é um lugar onde as pessoas vão porque precisam do atendimento e, desejam logo se distanciar, ao contrário, muitos permanecem 2, 3 horas, além de participarem das atividades da casa semanalmente, sem necessariamente passarem pelo atendimento ambulatorial.

Nesses momentos no campo, procurei interferir pouco nas falas e deixar que fluíssem naturalmente, de forma que pude observar, a inter relação e o que poderia descrever como uma cumplicidade entre os profissionais e os usuários, na elaboração dos projetos terapêuticos, onde os usuários mostravam-se com liberdade de circular e utilizar os serviços que tivessem maior significância. O respeito pela diversidade e a valorização da singularidade ficavam evidentes na forma como os profissionais interagem com os usuários e os cuidadores.

As entrevistas gravadas vieram somente nos últimos dois meses dos cinco que estive no campo, ou seja nos meses de dezembro de 2017 e janeiro de 2018, com a intenção de trazer a voz dos profissionais em complementaridade ao observado nos momentos coletivos.

O trabalho de campo na unidade cuidativa, permitiu conhecer o funcionamento do local e mais do que isso, perceber os laços de uma rede de afetividades e de respeito ao

outro como ser único, singular e integral.

Importante destacar a importância dessas observações para compreender como um serviço de saúde trabalha o ser de forma integral e longe do modelo construído culturalmente para um serviço de saúde, promove um acolhimento dos usuários e dos cuidadores.

As entrevistas de forma aberta, forma realizadas de forma individual. Para isso forma agendadas com cada um dos interlocutores. Em cada entrevista foi apresentado o objetivo da pesquisa e solicitado permissão para a gravação das falas.

A coordenadora coloca que a “equipe primeiro trata os sinais e sintomas que causam desconforto, as vezes são físicos outras vezes emocionais daí a pessoa é tratada como um todo”. (interlocutora)

“unidade cuidativa espaço onde pessoa vai realizar práticas, oficinas. Resgatam o ser biográfico, pessoa única, singular. Esquecer doença que está lá, mas já está cuidada, controlada e adquirir qualidade de vida. Resgatar histórias de vida. Desejos, sonhos, felicidade, trazer família pra junto...a pessoa faz as escolhas que quer pra ela. Pode escolher o que fazer ou até mesmo ficar quieto, se esse for seu desejo. É preciso ofertar isso em algum lugar. No SUS isso é raro. Principalmente num ambiente universitário. Somos o único serviço com esses cinco cenários no brasil e, unidade cuidativa é um serviço potente, pessoas se tornam pessoas de novo. Resgate da humanidade.

Unidade cuidativa pensada para ofertar outras atividades, além da alopátia aí entram as PICS. Para isso foi feito parceria com projeto da UFPel e são ofertadas: acupuntura, reiki, arteterapia, meditação e outras. Agora estamos buscando parceria para ofertar musicoterapia e queremos transcender área da saúde. Unidade cuidativa como um centro de cuidado, com outras áreas agregadas. (coordenadora/ interlocutora)

O trabalho de saúde na Unidade Cuidativa, permite avaliar que é possível tratar os sinais e sintomas das doenças e, utilizar as terapêuticas convencionais, para a minimização da dor, do sofrimento, pra melhoria do funcionamento orgânico, ou seja, os saberes da biomedicina, mas não restringir as questões biológicas as enfermidades. A Unidade Cuidativa, busca tratar o homem de forma integral e singular, em todas as

dimensões da sua humanidade, oferecendo possibilidades de trabalhar questões da espiritualidade, além de promover um ambiente saudável, acolhedor, fraterno e humanizado. Tira o foco do tratamento distanciado da dinâmica do casa, oferecendo o serviço num espaço de representação social da doença, próximo a casa e no convívio com os familiares, amigos, cuidadores, que participam e interagem nas dinâmicas da casa e, que também são cuidados, pois mesmo que a doença e a morte como possibilidade, seja visto como um rito de passagem de uma dimensão para outra; é sempre um processo doloroso, principalmente para o cuidador.

3.3 Quando o espaço está para além da dimensão geográfica: Espaço enquanto representação social.

Espaço pode assumir diferentes conotações, que vão da simples ideia de espaço físico a uma rede de significados.

Podemos ter uma noção de espaço, enquanto representação material, geográfica e uma representação social, que diz respeito aos significados construídos pelas comunidades.

Isso é fundamental para compreender o valor social atribuído a determinados espaços, pois está relacionado aos significados, ao sentido que adquirem para uma determinada comunidade.

O espaço da Laneira poderia dizer que é um espaço privilegiado, tanto como espaço físico, disputado para conter os cinco cenários do centro de cuidados paliativos, como para abrigar o projeto da casa dos Museus, que ainda não começou a ser executado.

Enquanto espaço de representação social, guarda a memória da antiga unidade fabril e dos seus funcionários, agora esse espaço é re significado para um espaço de saúde.

Enquanto espaço de representação social da antiga fábrica de lãs é “suporte de memórias coletivas, apreendendo o espaço como uma representação social relacionada com processos de identidade e de memória simbólica e afectividade do grupo” (MOURA.

2001)

Espaços utilizados de forma coletiva, por determinados grupos tendem a apreender significados que estejam relacionados a memória afetiva do grupo, são espaços de afetividades, onde as relações com o outro também se constroem.

Lévi- Strauss é referido, pela associação que desenvolve entre a estrutura do espaço e a organização social dos grupos, as suas identidades coletivas.

Muitas vezes um estrutura física não responde ao valor simbólico atribuído a ele e não representa o coletivo que dele se ocupa, outras vezes é na identidade do grupo com o espaço que se criam as interações.

A Laneira enquanto unidade fabril fechou suas portas em 2003 e, os funcionários, assim como a comunidade pelotense, guardaram na memória a identidade do local.

Lévy (2003) coloca que “além do espaço físico ou geométrico existe também os espaços de significação, que compreende espaços afetivos, estéticos, sociais, históricos entre outros.” Na dissertação de Jossana peil Coelho, “Os significados do lugar: memórias sobre a extinta fábrica Laneira Brasileira S.A” as histórias, as vivências e os significados aparecem na fala dos interlocutores, que são antigos funcionários da fábrica.

De uma forma ou de outra, são nos diferentes espaços que o mundo acontece e as pessoas e as coisas se relacionam.

O espaço está sempre sendo feito, porque ele é um conjunto de relações sociais -sempre dinâmicas- que se estabelecem numa materialidade. Isso quer dizer que o espaço não é uma coisa, mas um conjunto de relações entre as coisas (URIARTE. 2014)

Dessa forma os profissionais da unidade cuidativa, se apropriaram do espaço físico, atribuindo um outro significado, que diz respeito a missão da instituição, as atividades que são organizadas, a forma como os móveis são dispostos, a abertura da casa para usuários e familiares.

No primeiro contato com o campo de pesquisa na Unidade Cuidativa, o que primeiro se apresentou como relevante, foi a discussão do espaço, tanto na representação material do espaço, quanto na representação social, construída na ressignificação simbólica do espaço.

Coloco aqui como ressignificação, pois o espaço que a Unidade Cuidativa passou a ocupar e que foi re- significado pelos profissionais de saúde, pelos usuários, pelos

cuidadores, familiares, acadêmicos; ostentou por longos anos a produção fabril de lã e, portanto, existe uma significação social deste espaço, que pertence a esses outros coletivos.

O espaço se apresentou como um dado importante na imersão no campo.

Quando convidada a conhecer a Unidade de Saúde e me foi dito o local onde estava funcionando, deparei-me com um prédio enorme, na sua maior parte ainda não reestruturado e, que em nada se parecia com a imagem simbólica que temos de um centro de atendimento à saúde, como coloquei anteriormente.

Isso certamente tem a ver com os processos de higienização vinculado aos serviços de saúde, que levam a conceber que devem ser apresentar sempre um mesmo aspectos de um branco muitas vezes ofuscante.

Cuidativa estava localizada em um prédio de tijolinho à vista, com aspecto de abandono, devido parte do telhado haver caído, embora houvesse na fachada uma faixa indicando o lugar e o jardim estava com a grama aparada. (Figura 4)

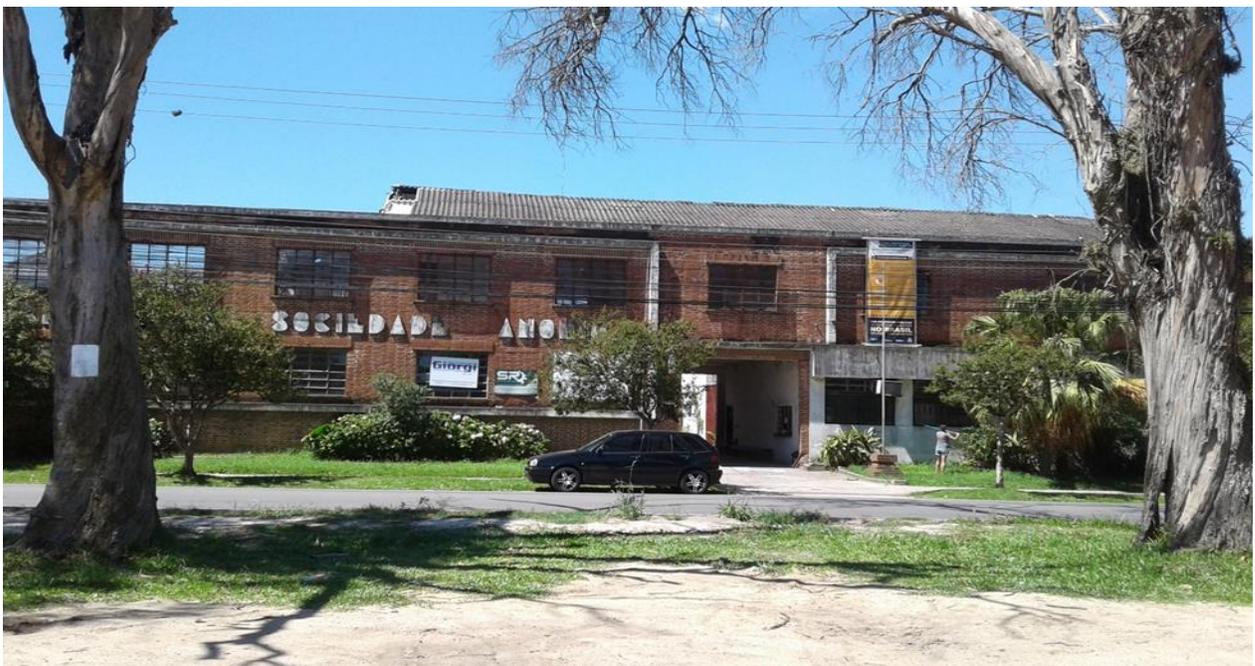


Figura 4- Fachada Centro de Cuidados Paliativos/ Laneira

Fonte: Autor

A Unidade Cuidativa fica no prédio central, do lado direito do terreno. O espaço

interno foi reformado e adaptado para ser um local de acolhimento, com sofás em poltronas para acomodar os usuários que permanecem no local. O ambiente é agradável, acolhedor e assemelha-se a um centro de convivência.

Aquele prédio por tanto tempo jogado ao abandono, quando se percorre os primeiros passos, é como se percorremos um túnel que nos leva a outra dimensão, porque o espaço é vivo, alegre, harmonioso e causa um extremo bem estar.

A Unidade Cuidativa através do seu trabalho efetivo e sua inserção na comunidade, vem re significando o espaço fabril para um espaço de cuidados em saúde, não no modelo biomédico, mas no sentido amplo, saúde como completo bem estar físico, social, cultural, espiritual.

3.3.1 Laneira: Tecendo redes

Adquirida pela Universidade em 2010, as instalações da antiga Laneira Brasileira S/A, durante mais de 50 anos abrigaram atividades de processamento de lãs procedentes de diversas cidades gaúchas e uruguaias.

Ocupando área de cerca de 16 mil metros quadrados, a Laneira, no auge de seu funcionamento, chegou a empregar 270 funcionários, contribuindo decisivamente para o desenvolvimento social e econômico do município.

A unidade fabril conta um período da história econômica e social do município de Pelotas e abarca além da representação material do espaço, antes ocupado pela indústria, uma representação social dos inúmeros funcionários que por longos anos desenvolveram suas atividades profissionais neste local, hoje re- significado para abrigar um Centro Regional de Cuidados Paliativos em Saúde.

Na busca por dados sobre o espaço onde funciona a Unidade Cuidativa, deparei-me com a pesquisa de Michelon, Ribeiro e Coelho (2015) dizem que depois de sete anos do fechamento da fábrica, onde a fachada do prédio mostrava claramente o abandono, o prédio foi adquirido pela Universidade e, permaneceu três anos sem ocupação, aguardando sua destinação, onde muitas previam o desmonte total ou parcial, até que tornado patrimônio em 2013.

Cito esse dado para compreender e explicar o porquê surpreendeu-me ao visitar

a Unidade deparar-me com um prédio que simbolicamente em nada se parecia com uma unidade de saúde. Havia sido preservado a memória do prédio, para o qual tinha sido construído. Na pesquisa de Michelin, Ribeiro e Coelho (2015) descrevem o local como “lugar de memória” dos antigos ocupantes do espaço.

Segundo Nora (1993), lugares de memória são antes de tudo restos, que surgem e se concretizam no sentimento de que não há memória espontânea, que é preciso criar objetos, que podem ser os mais diversos, como arquivos e lugares, para aflorar tais memórias, e esses lugares, mesmo com aparência puramente material, tornam-se lugares de memória, pois há uma imaginação que o investe de uma aura simbólica.

Michelon, Ribeiro e Coelho (2015) colocam que “a fábrica como lugar de memória se apresenta pelos vestígios que nela permanecem, porém não é qualquer vestígio, e sim aqueles que são identificados e possuem significado para os que podem lembrar.” (MICHELON, RIBEIRO e COELHO.2015)

A fachada do prédio é conservada, tanto pelo patrimônio histórico do município como pela representação, enquanto espaço de memória para antigos trabalhadores e comunidade que vivia no entorno da fábrica.

A fachada, tal como se encontra, é o principal evocador de memória, mencionada em todas as entrevistas e enfaticamente destacada em duas, como principal aspecto a ser lembrado. Como um rótulo de identificação, a fachada representa toda a fábrica. Dentro desse elemento maior, o portão onde ocorria o carregamento da lã foi o local citado nos episódios marcantes da trajetória da Laneira. Outro elemento notório, que traduz a resistência à morte, são as hortênsias do canteiro na frente do prédio fachada que, apesar do descuido, florescem incontinentes a cada primavera. (MICHELON, RIBEIRO e COELHO.2015)

Provavelmente, muitas pessoas que não adentrarem ao prédio e, que são nativos do município de Pelotas ou que por aqui vivem ou andam nos últimos vinte anos, terão essa memória do prédio da Laneira com esse significado, inclusive associando aos tempos áureos da industrialização do município, pela importância que tal fábrica teve no desenvolvimento financeiro.

A re-significação do espaço enquanto local capaz de trabalhar com o sujeito na

sua singularidade e integralidade, leva a percebê-lo como construtor de redes. Pensar nas Redes entre os cenários que compõem os serviços do centro de cuidados paliativos, pensar nas redes que se criam entre os usuários e os profissionais de saúde, através do trabalho relacional amplamente desenvolvido na Unidade e perceber que a Laneira, que no passado formava o fio da lã para tecer redes, analogicamente continua desempenhando o papel de ser capaz de produzir essas redes de conexão entre serviços e pessoas.

3.3.1.1 O espaço enquanto local de produção de saúde

O prédio da antiga Laneira foi pensado primeiramente para receber um dos cenários da Rede de atendimento dos Cuidados paliativos, como conta a médica.

Na narrativa da médica para justificar como o espaço da Laneira foi re-significado para um campo de saúde, ela coloca que “faltava um cenário que pudesse dar conta das necessidades dos pacientes desde o momento do diagnóstico dentro do conceito de cuidados paliativos da Organização Mundial da Saúde que diz que deve ser ofertado desde o momento do diagnóstico da doença que é grave ameaçador à vida”

Durante sua função de gestora do hospital escola, foi idealizado e destinado recursos para a estruturação do ambulatório de cuidados paliativos, em um dos prédios destinados para o centro regional de cuidados paliativos na antiga fábrica de lã- a laneira. Onde também foi projetado ser construído o *hospice* para internações breves de pacientes, quando necessário e uma sede para a equipe de Atenção Domiciliar. Conjunto de serviços que a médica insiste em frisar que funcionam em rede para garantir a humanização do atendimento, que o usuário seja sujeito e o objetivo seja garantir qualidade de vida, assim como qualidade de morte.

Considerando que o espaço terapêutico da Unidade Cuidativa é um dos cenários da rede proposta para o centro de cuidados paliativos, a médica esclarece que a equipe não tem como objetivo a cura dos usuários, como ocorre na maioria das unidades de tratamento e, sim estabelecer vínculos do paciente com a equipe, resgatar a autonomia da pessoa; coisa que na sua visão se perdem no atendimento hospitalar, onde o usuário em estado mais severo de agravamento da doença é colocado em um leito hospitalar,

numa unidade de terapia intensiva, longe da família.

O resgate da autonomia do usuário, que passa a intervir no tratamento, tomar decisões sobre seu corpo, tornando-se sujeito do processo.

Na fala da nutricionista, posso ressaltar a autonomia do usuário quando coloca que o trabalho no centro é muito diferente do que aprendeu na formação e no que é desenvolvido em outros serviços de saúde. “São outros protocolos, e eu preciso ouvir o usuário”.

Soares e Camargo Jr (2015) enfatizam a importância da construção da autonomia do paciente no processo saúde/doença, em sua inter-relação com a dependência, no cotidiano, mesmo quando limitada na doença. Sujeito autônomo é aquele que reconhece sua necessidade do outro em todos os planos.

“...defender a autonomia não é propor a inversão na relação de hegemonia que se tem hoje, mas reconhecer que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo, com respeito as diferenças de valores, expectativas, demandas, objetivos entre eles” (SOARES e CAMARGO JUNIOR.2015).

Isso significa reconhecer que as pessoas são singulares e que possuem valores próprios e culturalmente diversas, mas que o sujeito do processo terapêutico é a pessoa doente.

A psicóloga coloca que o foco do trabalho não é na doença, é na saúde e, o investimento é no resgate da pessoa, garantir a sua dignidade. Como trata-se de uma unidade cuidativa todos cuidam uns dos outros. Todos que chegam são recebidos, são cuidados. Na sua área muitas vezes o trabalho é mais intenso com os cuidadores do que com os usuários.

3.3.1.2 Cuidados Paliativos

As Unidades de Cuidados Paliativos originaram-se do termo inglês *Hospice*, que se caracterizam por ser instituições de internamento, em um determinado espaço específico, que geralmente é uma ala hospitalar com essa finalidade específica.

A Unidade Cuidativa possui espaço próprio fora do ambiente hospitalar. Como o cuidado exige um local onde os pacientes possam permanecer por determinados

períodos, de acordo com o uso de recursos que esteja sendo dispensado, existe uma previsão de que a unidade possa concluir a reforma do local, no mesmo terreno, onde os atendimentos e as práticas são realizadas, para conclusão de um espaço de internação, o *Hospice*.

Utilizei o termo *hospice*, para o local de internação dos pacientes, pois segundo minha interlocutora a coordenadora da Unidade, este termo não possui um correspondente em português.

A assistência paliativa ainda é pouco conhecida e ocorre em um número reduzido de municípios do País

O cuidado paliativo (CP) ou paliativismo, é mais que um método, é uma filosofia do cuidar. Visa prevenir e aliviar o sofrimento humano em muitas das suas dimensões. O objetivo é dar aos pacientes e seus entes queridos, a melhor qualidade possível de vida. (STONEBERG.2006)

Os cuidados paliativos são direcionados aos limites da medicina curativa. Este modelo inovador de assistência expressa uma dimensão crítica à medicina como um todo, à fragmentação de seu olhar e, conseqüentemente, de um exercício profissional dirigido a um doente fracionado e objetificado. (MENEZES.2004)

Os objetivos da Unidade Cuidativa são muito enfatizados nas falas dos interlocutores, todos eles descreveram a importância e os objetivos do serviço. Resgatar a autoestima, autonomia, humanização, integralidade, focar na saúde e não na doença são testemunhos presentes em todas as falas e, poderia dizer mais do que isso, são ações, práticas e dinâmicas que se observam no dia a dia do atendimento aos usuários na unidade.

Esses princípios são tão fortes na maneira como a equipe descreve sua atuação, estão apropriados pela equipe na forma de fazer saúde; prefiro denominar assim, “forma de fazer” porque isso é percebido na prática, no cotidiano, nas relações, é muito mais do que dizer que é uma mudança do paradigma do modelo biomédico para outro modelo.

A médica organiza esses conceitos dizendo;

São várias as práticas oferecidas, desde práticas integrativas como meditação, reiki, acupuntura e outras, como oficinas de fuxico, de pintura.

Também podem optar por ouvir música, ver televisão, assistir um filme. A médica coloca “essas atividades são oferecidas como se fossem um menu de possibilidades em diferentes turnos e horários durante a semana e, a pessoa escolhe aquilo que deseja fazer, que se identifica, é de livre escolha, nada é obrigatório, até mesmo ficar no espaço da Unidade saem querer fazer nada é permitido, o objetivo é fazer com que resgate a autoestima e valorize a vida com qualidade”. (médica/interlocutora)

Diante de tantas possibilidades oferecidas, dificilmente algum usuário não vai se engajar as atividades, além do que criam-se afinidades entre os usuários, que funciona com apoio.

Ela destaca também a atividade dos voluntários, muitos familiares que perderam seus parentes e, que permanecem na Unidade colaborando no cuidado de outras pessoas. “Temos uma atuação ímpar no país dentro do sistema público de saúde, em um município de médio porte” (médica/interlocutora)

Compreender esse princípio do serviço, me permitiu entender porque em todas as idas ao serviço sempre estavam por lá muitos familiares e cuidadores. Nos momentos de atividades mais coletivas, como nos festejos, nas palestras haviam muitas pessoas, cuidadores, familiares, amigos que acompanhavam os usuários. Também estavam presentes pessoas que após acompanhar por longo período o familiar e, esse morreu, permanecem frequentando a unidade. A unidade não atende somente o paciente, mas também cuida dos cuidadores, por entender que esses precisam ser acolhidos.

Não são as PICS simplesmente que mudam o paradigma biomédico para uma visão integralista do homem, é a visão dos profissionais, desde o primeiro acolhimento de forma humanizada, o trabalho multiprofissional, a inter relação da equipe, a oferta de atividades, os espaços de conversa, de interação entre todos os membros da comunidade cuidativa.

CAPÍTULO IV- INTEGRALIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A química e a física do corpo podem estar - e acredito que realmente estejam - submetidas a uma espécie de regência mental e espiritual. Esse é um novo conceito para se repensar a saúde e a cura, e para se investir nas práticas libertadoras de energias curativas. Estou convicto de que a meditação, exercida com regularidade, é um meio precioso para a recuperação e manutenção da saúde.

Dr. Brian Weiss

4.1. Integralidade e Espiritualidade

O organismo é considerado uma totalidade, e a doença é vista como a expressão de um novo comportamento global do organismo, não apenas como uma parte afetada. A doença é uma experiência vivida por uma individualidade, é criação de uma nova norma. Toda doença se refere a um doente que busca lhe dar sentido. (SOARES e CAMARGO.2007)

Na abordagem a enfermeira que atua no centro, enfatizou a importância de trabalhar a dimensão da espiritualidade, não somente com os pacientes, mas também com a equipe. Arriera (2009) coloca que o entendimento do significado da espiritualidade possui um potencial integrador e harmonizador das relações.

A enfermeira do centro trouxe para o trabalho com a equipe discussões sobre a inclusão da espiritualidade no processo de trabalho desenvolvido pela equipe interdisciplinar da unidade, com o objetivo de estruturar um significado de espiritualidade para essa equipe.

A enfermeira é enfática em suas falas de abordar a importância dos profissionais incluírem a dimensão espiritual nos seus projetos terapêuticos, como parte da integralidade humana.

Construir um significado que fizesse diferença na atenção aos pacientes e seus

cuidadores.

A dimensão da espiritualidade também é entendida como diferente da subjetividade, pois essa se relaciona as emoções, sentimentos, ideias e preferências que pertencem a uma pessoa, enquanto aquela diz respeito às questões que transcendem a vida cotidiana na busca por sentido e significado para o processo de viver e de morrer, emergindo sentimentos genuínos, como compaixão, solidariedade e amor incondicional. (ARRIEIRA, 2009)

A espiritualidade se expressa no amor incondicional e sem limites por aqueles que nos amam e também pelos que não nos amam. O amor é a força motora que nem sempre aparece, mas são visíveis seus resultados. Quando desenvolvemos a espiritualidade, aprofundamos e desenvolvemos nossa fé, a compreensão do cosmos e a sua dimensão existencial (MAZZAROLLO, 2011).

Isso significa que a espiritualidade permite as pessoas encontrarem sentidos interiores para sua existência, sem atribuir as coisas externas o valor da existência.

Na interlocução com os profissionais de saúde que atuam na Cuidativa, pude perceber a importância que a dimensão espiritual adquire no cotidiano do trabalho da equipe. A dimensão física, está determinada pelos aspectos terapêuticos construídos no curso do tratamento, mas as questões espirituais assumem um papel relevante na preparação dos doentes para que cada etapa seja vencida como parte natural do ciclo de existência do ser humano.

Assim também no preparo da equipe e na extensão que é atribuída aos cuidadores, de forma a trabalhar a concepção de saúde/doença para além da questão da terminalidade do corpo, mas como um rito de passagem de uma dimensão para outro, visto que o ser é uno, indivisível e carrega em si a totalidade do ser.

4.2 Meu corpo/minha identidade

Não poderia falar do processo saúde/doença e das concepções da sociedade ocidental sobre os cuidados com saúde, sem fazer referência ao corpo. O corpo é aquilo que nos identifica enquanto pessoas.

Minayo (1991, p-233) enfatiza a importância da doença tanto no aspecto individual

e biológico, como no seu estatuto sociológico, “ visto que a doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social (MINAYO.1991 p-233)

Pensar os processos de saúde e de doença em todos os tempos e sociedades, significa entender como a concepção do corpo foi assumindo diferentes dimensões, pois através da forma como os homens se apresentam, se colocam, se expõem e se relacionam com os outros seres humanos ou não humanos, ocorre pela presença material que lhes é atribuída.

Existe uma valorização do corpo e da imagem que ele oferece as outras pessoas, expresso na imagem corporal, que na definição de Fischer (2012) inclui “suas atitudes coletivas, sentimentos e fantasias sobre seu corpo” bem como, “o modo como a pessoa aprendeu a organizar e integrar suas experiências corporais”.

O corpo reflete dessa maneira os próprios males, ou seja, as doenças, mas também refletem os males da alma, que se utilizam da matéria para se manifestarem. Dessa forma o corpo representa não só a dimensão biológica do homem, mas todas as dimensões e a influência das diferentes culturas sobre ele.

As concepções de vida/morte, de saúde/doença estão vinculadas diretamente as concepções que um grupo social tem das concepções de corpo, que pode se restringir a simples materialidade, ou seja, a forma como os homens existem no mundo, ou pode representar todas as possibilidades do ser, enquanto sujeito.

Quanto os profissionais da cuidativa, trabalham a questão da espiritualidade, buscam resgatar o valor interior da pessoas, tão deixado de lado pela valorização do corpo, atribuído a sociedade ocidental; onde muitas vezes os sinais das doenças preocupam mais pela aparência corporal, do que pela limitação que representação.

Segundo Helman (2009) o corpo humano “é mais do que apenas um organismo físico que oscila entre a saúde e a doença. Ele também é o foco de um conjunto de crenças sobre o seu significado social e psicológico, sua estrutura e função.

Quando a médica coloca da importância da unidade de reabilitação, que passou a funcionar no centro, coloca que resgatar possibilidades de independência e autonomia é importante para os usuários. Não são as questões estéticas que estão sendo pensadas, mas garantir a melhor qualidade de vida, que cada um possa alcançar, aceitando as limitações.

Considerando Paim (1994) as concepções de saúde, doença e corpo, os quais em geral são percebidos como noções meramente biológicas, nos modelos biomédicos adotados na sociedade moderna, também tem sido apontadas como construções sociais, pois abarcam um universo cultural diverso. “O corpo, é desse modo, compreendido e usado por referência ao universo cultural específico a cada grupo social.” (PAIM.1994.p.32)

Na perspectiva antropológica o deslocamento do olhar sobre o corpo, delimitado nas ciências médicas, para olhar a construção social e relacional do corpo e para as diversas formas através das quais os sistemas terapêuticos são acionados na produção de saberes sobre processos saúde/doença. (LANGDON.2016)

As PICS assumem importante papel nessa busca de harmonização da pessoa, são intervenções direcionadas para a recuperação do equilíbrio do indivíduo, corporemente- espírito. Dessa forma harmonizando o ser humano.

O corpo serve para o ser humano como uma matriz simbólica que organiza tanto sua experiência corporal como o mundo social, natural, e cosmológico. O que o corpo sente não é separado do significado da sensação, isto é, a experiência corporal só pode ser entendida como uma realidade subjetiva onde o corpo, a percepção dele, e os significados se unem numa experiência única que vai além dos limites do corpo em si. (LANGDON.1995)

O corpo é a forma de expressão do homem no mundo. Ele precisa desse veículo para se comunicar com os outros seres, sejam eles humanos ou outros animais, mas quando a dimensão da espiritualidade é trabalhada, como ressalta a enfermeira da unidade cuidativa, a valorização do corpo está para além da materialidade, do corpo físico, como se a morte física significasse o fim da existência.

A concepção de que o corpo é o que permite estabelecer relações com as outras pessoas, principalmente com a família, os amigos e até mesmo com os animais, faz com que os homens tenham receio da doença, que pode levar a morte.

Essa mesma percepção está bastante presente nos cuidadores, por isso a equipe de profissionais da Unidade colocam da importância de cuidar do cuidador. Não podemos dissociar o corpo enquanto veículo que faz o homem ser no mundo, do receio de não

poder estar no mundo, produzido pela ideia de que a doença pode ser o fim dessa sua existência, nesse espaço de temporalidade.

Quando a equipe da cuidativa coloca a expressão “boa morte” é ultrapassar a ideia do corpo como terminalidade da vida, pois isso torna a ideia da morte como algo “aterrorizador”. A morte deve ser preparada, como todas as etapas do ciclo vital. A morte distanciada da casa e dos familiares atribuí essa ideia de terminalidade, diz a interlocutora. O centro de cuidados paliativos busca aproximar as pessoas dos familiares/cuidadores, inclusive para a morte.

No processo de doença o corpo físico é afetado e, dessa forma o corpo psicológico sofre com as dores do corpo físico, mas pensar o homem na sua integralidade e considerando a dimensão espiritual, todas as dimensões são afetadas, por isso, usar terapêuticas que busquem harmonizar o indivíduo é um dos objetivos da utilização de práticas integrativas.

No modelo biomédico de atenção à saúde, a uma supremacia do corpo físico, enquanto que na utilização das práticas integrativas todos os atributos são privilegiados.

Para Gomes (2011) predomina o divórcio entre dois conjuntos de representações do corpo: um relacionado aos saberes populares e outro tributado à cultura erudita, principalmente de natureza biomédica

“O saber biomédico - visto como representação oficial do corpo humano atual focaliza vários temas: a separação do sujeito de seu corpo em busca de uma eficácia médica; a imagética médica, que busca atravessar o interior do corpo invisível; a procriação sem a sexualidade; o efeito do placebo; as relações e tensões entre a medicina e as medicinas vistas como paralelas, dentre outros temas”. (GOMES. 2011)

A unidade cuidativa cuida do corpo, na dimensão de entender que essa forma faz com que a pessoas estejam no mundo e possam ter melhor qualidade de vida, mas trabalha através das práticas de harmonização, as PICS o equilíbrio do corpo com a mente e o espírito e, prepara para o que denominam da “boa morte”.

4.3 Os significados da “morte”

Existem inúmeras teorias que detalham o início da humanidade, sejam baseadas em proposições religiosas ou materializadas, certo é que desde a origem do homem, muitas foram as transformações, porém, duas etapas acompanharam todas as fases da história e todos os povos, que são o nascimento e a morte.

Poderia dizer que a morte, trata-se de um fato concreto, determinado e que independe do indivíduo, sobre a qual nenhuma ação pode modificar que aconteça num determinado período da existência. O que temos são interpretações variadas, que extrapolam a concepção da morte biológica e que são diferentes para as diversas culturas, desde a sua interpretação, a forma de interpretar a passagem, os cultos, os sepultamentos.

De acordo com Heidegger (1997), o homem é um ser para a morte, ou seja, nascer e morrer são certezas inquestionáveis na existência humana.

A morte não é um acontecimento individual, isolado, mas um acontecimento social, com significados variados, que depende dos contextos, das pessoas e do universos simbólicos atribuídos a ela. Envolve muitas pessoas, que fazem parte da existência da pessoa, os familiares, amigos e toda a rede de pessoas com as quais mantém vínculos.

A morte é um fato social na medida em que congrega aspectos físicos, psicológicos e sociais. (DURKHEIN.2002)

Segundo José Carlos Rodrigues, “[...] a morte de um indivíduo não é um evento isolado, mas representam tantos eventos quantas relações o indivíduo morto mantivesse em vida.” (RODRIGUES.1983)

A morte é uma realidade concreta para todos os seres vivos, animais e vegetais, mas somente o homem é afetado pela ideia da morte, porque desde cedo ele passa a ter consciência de si e conseqüentemente consciência da morte eminente. “a consciência da morte é uma marca da humanidade” (RODRIGUES.1983).

Essa consciência da morte acompanha o homem a muito tempo e, o medo de que possa ocorrer, não só por causas naturais, mas também por outros fatores presentes na sociedade, que determinam mortes fora do que a princípio estaria programado no ciclo de vida de cada pessoa.

Mesmo aqueles que entendem a morte como o um processo simplesmente biológico, ou seja, a deterioração do corpo como um processo de fim da existência ou a interrupção das funções vitais, a morte é um acontecimento presente e que não passa indiferente, pois existe um corpo que precisa ter um destino, seja, nos sepultamentos ou sejam nos crematórios como tem sido bastante adotado na sociedade ocidental.

A morte pode ser pensada como terminalidade, como pode também ser interpretada como um rito de passagem, o que pressupõe uma outra existência, o óbito “é a passagem de uma forma de vida social a uma outra; ela não é o fim da vida, mas iniciação a uma nova” (RODRIGUES. 1983)

A conscientização de que a morte é inevitável faz com que as pessoas precisem ter uma sentido para ela, tanto como processo individual como coletivo. Os significados dados a morte são diversos e na maioria das culturas extrapolam o conceito biológico, englobando aspectos físicos, psíquicos, sociais, culturais, religiosos, espirituais.

Algumas culturas interpretam como algo natural a morte, para outras a morte é motivo de angústia, de sofrimento. Muitas vezes essa percepção positiva ou negativa da morte está vinculada a ideia de outras dimensões existenciais ou não.

As culturas que compreendem a morte como dimensão religiosa ou espiritual, atribuem a capacidade da alma de se liberar do corpo e seguir uma nova existência. A crença na possibilidade de que a alma vive independentemente do corpo, presente em diversas culturas, permite pensar que ao morrer o corpo físico a alma é liberada do corpo e passa a viver noutras dimensões.

A sociedade Ocidental contemporânea não encara a morte como um fato tão natural, apesar de saber que é um fato concreto e que nada pode determinar que não aconteça, pensar na possibilidade da sua ocorrência é um fato doloroso.

A partir da doença, os sujeitos são levados a "re-configurarem" ou "re-significarem" sua existência. A grande questão parece ser como conviver com uma doença que indique uma terminalidade próxima, seja na família, no trabalho, nas relações sociais e afetivas, etc.

Ao negar a angústia diante da finitude, a pessoa se priva da intensidade da vida e evita a verdade sobre si mesmo, passando a viver uma existência inautêntica (HEIDEGGER, 1987). Pensar na possibilidade da “boa morte”, talvez não interfira na

angústia da finitude da vida, mas faz com que a pessoa, entenda que esse fato inevitável, possa ocorrer de forma mais serena e, visto como uma mudança de um estado para outro.

O centro de cuidados paliativos trabalha com a concepção de que é possível preparar as pessoas para que tenham uma “boa morte”. Essa expressão foi utilizada por todos os interlocutores durante as entrevistas, fazendo com que eu percebesse como um dos lemas do serviço, atribuir a morte um sentido de etapa natural do ciclo vital.

4.4 Quando a “Boa Morte” é possível”

Nos primeiros contatos com os profissionais da Unidade, escutei por diversas vezes a expressão de que é possível prestar um atendimento de saúde que prepare o usuário para uma “boa morte”.

Certamente, considerando a forma como culturalmente pensamos a morte como algo ruim e buscamos um distanciamento de pensar nela não somente como possibilidade, mas como certeza, essa expressão me causava bastante estranhamento. Pensava eu, poderia alguém ser preparado para uma boa morte?

A médica esclarece que a boa morte é resultado de trabalhar para que o usuário tenha uma boa qualidade de vida, no último período de sua existência, seja esse mais próximo no caso de enfermidades mais graves ou mais distante no caso de enfermidades crônicas. Pressupõe a autonomia do usuário que é sujeito ativo na construção de seu projeto terapêutico, junto a equipe multiprofissional, sendo quem deve decidir o que comer, quais as atividades que lhe dão prazer, quais os cuidados que conferem bem estar e, até mesmo quem são as pessoas que deseja que estejam mais próximas.

A morte deve ser aceita por todos os envolvidos nos Cuidados Paliativos: pacientes, familiares e equipe multiprofissional. Segundo o ideário, cada um desses personagens deve aceder ao estágio de aceitação, viabilizando a pacificação dos conflitos e a melhor despedida. (MENEZES. 2004)

A psicóloga coloca da importância do trabalho envolver os familiares, pois muitas pessoas tem conflitos familiares, que causam sofrimento e que no caso de doenças terminais impedem a boa morte.

Outro dado que aparece com evidência na fala da equipe da Unidade Cuidativa é a possibilidade do paciente terminal permanecer em casa, junto a família. Isso para a equipe é considerado critério para uma boa morte. Embora eles coloquem que muitas vezes a família ao ver agravados os sintomas e sinais da doença, tenham receio de enfrentamento dessa situação, pois na sociedade contemporânea, a morte nos hospitais passou a ser a prática construída, onde os familiares são separados da cena da morte.

A médica enfatiza a importância de preparar a família para o momento da morte, para que seja uma morte tranquila.

Segundo Menezes (2004) os domínios do trabalho dos paliativistas se estendem além do controle da dor e dos sintomas, de uma pedagogia dos cuidadores, da produção do resgate e da realização dos desejos do paciente.

Na interlocução com a enfermeira, sempre veio na fala a inclusão da espiritualidade no trabalho da equipe e no atendimento ao usuário. Para trabalhar essa dimensão e com esse universo de pessoas, utilizou o trabalho do mestrado para trabalhar com a equipe e no doutorado estendeu para os usuários.

Considerando a pesquisa de Menezes (2004) a linguagem deve ser associada à espiritualidade, remetida a dualidade corpo/espírito, apesar de uma compreensão implícita do processo psicológico vivido pelo familiar.

A autora coloca que a “boa morte” é uma morte preparada, controlada e anunciada, possibilitando o domínio médico e psicológico, referente à reação emocional dos familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos serviços de saúde adotarem condutas terapêuticas que respondem ao modelo biomédico de conceber saúde, a pesquisa evidenciou que outros sistemas são acionados pela sociedade ocidental, pois fazem parte da cultura do ser humano contemporâneo, muitas vezes renegada, pois esses dados não aparecem nas estatísticas da saúde, tornando-se evidentes nos trabalhos antropológicos na área da saúde.

A efetivação dessas políticas no SUS, tem sido constantemente reivindicada pela população, pois apesar da implantação da política, na prática as possibilidades de acesso são restritas.

A pesquisa buscava responder as razões que determinam que as PICS não estejam disponibilizadas nos serviços do SUS e na fala dos interlocutores ficou evidente a questão da formação dos profissionais de saúde.

Os currículos mantêm o estudo do corpo, como peças de uma máquina a serem manipuladas pela medicina.

O trabalho de campo demonstrou que os profissionais de saúde da Unidade Cuidativa, percebem que o modelo biomédico não é capaz de responder a todas as necessidades de saúde e, que não são somente as questões biológicas que causam doenças e sofrimentos, evidenciando a necessidade de ofertar terapêuticas que trabalhem todas as dimensões do homem, físicas, sociais, culturais e espirituais, ou seja, o homem visto como ser integral e singular.

A pesquisa mostra que não ocorre uma desqualificação do saber científico na sociedade ocidental e, que as pessoas, utilizam-se desses saberes na busca de processos terapêuticos mas, que esse modelo por si só, não é capaz de responder a todas as questões e, o uso das práticas alternativas vem se ampliando como resposta a essas questões, principalmente na busca da harmonia e do equilíbrio espiritual.

Os avanços tecnológicos e todos os seus aparatos, não determinam que se conceba escolher entre um modelo e outro, mas que possam estar disponíveis de forma complementar.

A valorização do corpo na sociedade ocidental resulta, do processo de

fragmentação do ser humano que, faz com que o corpo represente o ser, causando imensa angústia com a finitude/morte.

As terapêuticas Integrativas trabalham o ser humano como unidade e, o corpo é apenas a forma como se coloca nessa existência, ele não é o ser e portanto a morte não é o fim, porque esse ser integral permanece.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, R.F.A. **Percepções de Enfermeiras da Atenção Básica de Saúde sobre a abordagem cultural do cuidado na relação com as mães.** . Universidade de Santa Catarina. 2013

ANDRADE, J. T. **Medicinas alternativas e complementares: experiência, corporeidade e transformação.** Salvador: Edufba; EdUECE, 2006.

ARRIEIRA I.C.O. **A Espiritualidade no Processo de Trabalho de uma Equipe Interdisciplinar que atua em Cuidados Paliativos.** Dissertação de Mestrado. Pelotas, UFPel, 2009

ARRIEIRA I.C.O. **Integralidade nos Cuidados Paliativos: enfoque no sentido espiritual.** Tese de doutoramento em Ciências da saúde. UFPel. 2015

AVANCINI,C.A.M. **Saneamento aplicado em saúde e produção animal: etnografia.** 2002. Universidade federal do Rio Grande do Sul.

AZEVEDO, E. PELICIONI, M.C.F. Práticas Integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trabalho, educação e saúde.** Rio de Janeiro. V.9.n.3, 2011

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.287/98 de 08 de outubro de 1998. Disponível em <[http:// www. Conselho.saude.gov.br/resoluções/Reso287.doc](http://www.Conselho.saude.gov.br/resoluções/Reso287.doc)> Acesso em 05 jan. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 1986. (Anais)

BRASIL. Ministério da Saúde. *10ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final.* Brasília, 1998. Disponível em: <<http://goo.gl/PgyKcm>>. Acesso em: 15de abril. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. *11ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final.* Brasília, 2002. Disponível em: <<http://goo.gl/IKqHbh>>. Acesso em: 15 de abril de 2017

BRASIL. Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares PNMPC. Ministério da Saúde. Brasília. 2005. Disponível em [http:// bsvms.gov.br](http://bsvms.gov.br). Em 12.01.2017

BRITES, J. MOTTA F.M. **Etnografia. o Espírito da Antropologia. Tecendo Linhagens homenagem a Cláudia Fonseca..** EDUNISC. 2017

BUCHILLET D. (organizadora). **Medicinas Tradicionais e Medicina tradicional na Amazônia.** Edições Cejup. Belém, Pará. 1991

CAMARGO JR. KENNETH R. de. As armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 76(1):63-76, 2007

COMPARIN, K.A. SCNEIDER.J.F. O Corpo: uma visão da Antropologia e da Fenomenologia. **Revista Faz Ciência**, 06,01 (2004)pp- 173-188 UNIOESTE

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 51-66

DUARTE. L.F.D. LEAL O.F. (oras.) **Doença. Sofrimento. Perturbação: perspectivas Etnográficas. Antropologia e Saúde.** Rio de Janeiro:Fiocruz,1998.

DURKHEIN, E. **As regras do Método Sociológico.** São Paulo: Martin Claret 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1999

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas.** Rio De Janeiro: Guanabara. 1989

GONZE. G.G. SILVA. G.A. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores.** V.21.n.01. 2011.

HEBERLÊ M. O. **Um estudo da concepção dos profissionais de saúde sobre as práticas integrativas e complementares em saúde.** Santa Maria. 2013

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo.** Petrópolis: Vozes. 1997

HELMAN C. G. **Cultura, Saúde e Doença.** 5ªedição. 2009 Artmed ed.

ILLICH

KLEINMAN. A **Patients and healers in the context of culture.** Berkeley (CA): University of california Press. 1980.

KOIFMANN. L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. História, Ciência, Saúde. Manguinhos. V. VIII, mar-jun 2001

LAKATO, E.M. **Sociologia Geral.** São Paulo: Atlas. 1985

LANGDON E.J. GRISOTTI M.MALUF S.W. **Políticas Públicas: Reflexões Antropológicas.** Editora UFSC. Florianópolis.2016

LANGDON, E. J. 1995 A Morte e Corpo dos Xamãs nas Narrativas Siona. **Revista de Antropologia da USP**, 38(02):107-149

LANGDON J.E. WIJK F.B. Antropologia. saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am de Enfermagem.** 2010

LEININGER. M. **Culture care diversity and universalit: a theory of nursing.**New York, NY: National Langue for Nursing Press, 1991. p. 47; p. 351.

LE BRETON, D. **Antropologia do Corpo e Modernidade.** Petrópolis: Vozes, 2011.

LÉVY P. **O que é um espaço antropológico.** In. **A Inteligência Coletiva.** São Paulo. Loyola,2003.

LUZ, M. T. **Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina**

ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A. M. (Org.). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2000. p.181-200.

MARRONI D. A importância da Antropologia da Saúde. **Revista Saúde Coletiva**, vol. 4, núm. 16, julho-agosto, 2007, p. 103, Editorial Bolina Brasil

MAZZAROLLO. I. Religião ou espiritualidade. **Revista Brasileira de História das religiões.** Maringá- PR: v.III, n.9, jan.2011

MENEZES, R.A. **Em busca da Boa morte. Antropologia dos Cuidados Paliativos.** Rio de Janeiro: Garamond: Fiocruz, 2004

MICHELON F.F. RIBEIRO, D.L. COELHO, J.P. Memórias da fábrica: identificação de elementos para o projeto de reciclagem da extinta Laneira Brasileira S.A./ Pelotas – RS. Museologia e Patrimônio - **Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação em Museologia e Patrimônio** - Unirio | MAST – vol.8, no 1, 2015

MINAYO M.C.S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Rev. Saúde Pública**, 1991: 25(3).

MINAYO, M.C.S (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOURA. D. FILOMENA S. (2001). **Antropologia do Espaço. Uma Introdução, Oeiras, Celta.** Recensões. Cidades, Comunidades e territórios. 2001

PAIM. J.S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In:ROUQUAYROL, L.Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**..5 ed. Rio de Janeiro. MEDSI,1999

PANZINI.R.G. BANDEIRA. D.R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev.psiquiatr.clin.** V34,supl.1. São Paulo.2007

RODRIGUES. J.C.1983. **Tabu da morte.** Rio de Janeiro: Achiamé. 1983.
SANTOS, M. **Por uma Geografia Nova.** São Paulo: HUCITEC, Edusp.1978

SCHERER. M.D. et al. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias Kuhnianas. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v-9, n.16 2005

S. THIAGO. S. C. **Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

STONEBERG J.N. VON GUTEN C.F et al. **Assessment off palliative care needs.** *Anesthesiol Clin.*2006;24:1-17.

SOARES. J.C.R.S. CAMARGO JUNIOR. K.R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Rev. Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, v.11.n21, p 65-78, jan/abril 2007.

TESSE. C.D.: SOUZA. I.M. Atenção Primária. Atenção Psicossocial. Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Saúde e Sociedade**, v.21, n.02.201

TESSER C. D. Atenção Primária. Atenção Psicossocial. Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.2, p.336-350, 2012

TONIOL, R. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil. . Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa Pós Graduação em Antropologia. Porto Alegre. 2015

TROVO. M. M., SILVA M.J.P LEÃO E. R. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino- Americana de Enfermagem.** Vol.11,nº 4. Ribeirão Preto Jul /Ag 2003

UCHOA E. VIDAL JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, 1994;10(4)

URIARTE U.M. Produção do Espaço Urbano pelos homens Ordinários: Antropologia de dois Micro-Espacos na cidade de Salvador. **Revista Iuminuras**, Porto Alegre,v.15,n.36.p.115-134,ago./dez.2014

WHO. National **câncer control programmes:policies and managerial guidelines.** 2nd. Edition, Geneve: OMS,2002.

