

A decisão clínica sob a ótica da “Grande Saúde” em um hospital

The clinical decision under the "Great Health" optics in a hospital

Daniely Quintão Fagundes

Universidade Federal Fluminense, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense.

Tulio Batista Franco

Pós-doutor em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense.

Resumo

Este artigo busca problematizar a prática de decisão clínica dentro de um hospital. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritivo-exploratória de abordagem qualitativa a partir do método de História de Vida, fundamentada no referencial teórico da Linha de Cuidado Integral e no conceito da Grande Saúde de Nietzsche. Foi realizada uma entrada no campo, e período de observação com a construção de um caderno de campo, associado a entrevistas. Foi observado que as ações em saúde são fragmentadas, principalmente pela falta de vínculo entre o hospital e demais pontos da rede, além da não elaboração de um Projeto Terapêutico Singular para cada pessoa, o que faz o cuidado em saúde oferecido ser predominantemente tecnicista, e biomédico, e as decisões clínicas impositivas. O conceito de Grande Saúde problematiza esta visão do processo saúde-doença e por consequência a prática clínica dele decorrente. Os projetos terapêuticos singulares são um tipo de dispositivo que se forma além do processo normativo, e se incorporados nos processos de trabalho em saúde podem funcionar de modo a favorecer a subjetivação da prática médica permitindo a tomada de decisões que consideram o indivíduo em sua complexidade e rompendo a negação da existência em sua multiplicidade.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde, Integralidade em Saúde, Humanização da Assistência.

Abstract

This article seeks to problematize the practice of clinical decision within a hospital. This is a

descriptive-exploratory field research with a qualitative approach based on the Life History method, based on the theoretical framework of the Comprehensive Care Line and the concept of Nietzsche's Great Health. An entry was made in the field, and observation period with the construction of a field notebook, associated with interviews. It was observed that health actions are fragmented, mainly due to the lack of a link between the hospital and other points in the network, besides the lack of elaboration of a Singular Therapeutic Project for each person, which makes health care offered predominantly technician, and biomedical, and

clinical tax decisions. The concept of Great Health problematizes this view of the health-disease process and, consequently, its clinical practice. The singular therapeutic projects are a type of device that is formed beyond the normative process, and if incorporated in the processes of work in health can work in favor of subjectivation of the medical practice allowing the decision making that considers the individual in its complexity and breaking the denial of existence in its multiplicity.

Keywords: Comprehensive Health Care, Health Integrality, Humanization of Care.

Introdução

Este trabalho, obtido através da experiência vivida em campo pretende discutir a prática clínica, onde é possível delinear a linha de cuidado e a disputa pelo projeto terapêutico de um usuário idoso com cardiopatia grave. O debate se insere no contexto da discussão entre o conceito de uma visão de saúde centrada na prática instrumental, biomédica, e que agencia a tomada de decisões clínicas, e, por outro lado, a ideia de que deve ser considerada a subjetividade como um fator que influencia no processo da saúde e doença, e deve ser um dos elementos a serem observados na composição do projeto terapêutico.

Neste contexto, um primeiro movimento de análise é o de observar o quanto há uma inadequada divisão entre corpo e subjetividade, tal como nos coloca Nietzsche, que fala da origem desta separação. O tema toma relevância no debate, a partir deste reconhecimento:

Nietzsche parte da crítica à separação entre alma e corpo, que considera ser a matriz do modo de pensar metafísico. Pois, como deixa claro no parágrafo intitulado “História de um erro”, se a divisão de mundos é a marca da tradição filosófica ocidental, é dessa primeira separação que ela decorre (p.31-55)¹.

Esta separação é a razão de haver nos tempos atuais um conceito de corpo centrado na ideia de “corpo anátomo-clínico”, tal como nos informa Foucault² em o Nascimento da Clínica. A propedêutica clássica, composta por anamnese, exame físico e exames complementares, ainda que considerando o usuário como parte dos processos de tomada de decisão clínica, e a necessidade por uma equipe multidisciplinar, coloca o saber médico no centro do processo ao invés do usuário, e não atende, assim suas necessidades de maneira integral.

Disto decorre uma clínica centrada na pesquisa biológica, instrumentalizada pelo modelo

médico hegemônico, que na concepção de Menéndez³ prevê uma participação passiva e subordinada dos consumidores ou usuários dos serviços de saúde. Todavia, há outros modelos de clínica possíveis, como o proposto a partir do conceito de “Grande Saúde” de Nietzsche que nos conduz à ideia de uma clínica que considera também os afetos como um componente do processo saúde e doença, pois, “o exercício da grande saúde enquanto vontade de afirmação da vida é também o da sensibilidade de escolher caminhos que deem passagem aos afetos”⁴.

Nessa perspectiva, uma das formas de compreender o percurso do usuário dentro dos serviços de saúde, seus pontos de fragilidades e de resistência por meio de outra clínica, colocando-o no centro do processo de abordagem é o estudo das linhas de cuidado integral. De acordo com Silva⁵, o estabelecimento das linhas de cuidado permite reorganizar os processos de trabalho, tornando o momento assistencial privilegiado e compatível com diferentes interesses e realidades por meio da construção de projetos terapêuticos.

A construção de um projeto terapêutico singular deve ser compreendida como estratégia que, em sua proposição e desenvolvimento, envolve a pessoa, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo, inclusão social de modo a superar o paradigma biomédico. Além disso, esse processo, visa

atingir mudanças sustentáveis, ao longo do tempo, e a redução da dependência exclusiva dos sujeitos aos serviços de saúde por meio da ativação de recursos exteriores a eles^{6,7}.

Desse modo, utilizar um instrumento como o projeto terapêutico singular que, conforme Merhy⁸ responde a demandas tanto objetivas e subjetivas dos usuários, impacta diretamente no processo de tomada de decisão clínica, pois essa deixa de ser unilateral e passa a ser compartilhada.

Desse modo, o presente estudo propõe investigar a prática clínica tendo como dispositivo o processo de tomada de decisão a partir da história de vida de um paciente idoso internado no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP). Tal opção apresenta relevância, dado que a abordagem atual da prestação de serviços à saúde do idoso apresenta uma fragmentação do cuidado e não oferece um fluxo seguro para o idoso e seus familiares⁹.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritivo-exploratória de abordagem qualitativa a partir do método de História de Vida. Essa opção metodológica é importante, pois, conforme Meihy¹⁰, dar voz a personagens que não se fariam ouvir possibilita o desvendamento de sonhos, crenças anulados frente a mazelas provocadas pela vida e pela sociedade. “Além disso, a memória de um pode ser a memória de muitos, e tal contribuição se faz possível, “porque jamais estamos sós (...),

sempre levamos conosco e em nós certa quantidade de pessoas”¹¹.

O referencial teórico metodológico se fundamentou no conceito de linha do cuidado integral proposto por Franco¹², e no conceito de “Grande Saúde” proposto do Nietzsche¹³. A pesquisa foi autorizada pela coordenação do HUAP e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com número do parecer 2.820.328, atendendo aos requisitos da resolução 466/2012.

O primeiro movimento realizado foi a revisão da bibliografia existente que discute a questão das Linhas de Cuidado, Processos de Trabalho em Saúde e a formação das Redes no âmbito dos serviços de saúde. Em seguida foi realizada uma entrada inicial no campo de pesquisa para reconhecimento, e observação da rotina de atendimentos prestados. Essa atividade permitiu que a pesquisadora capturasse nuances do processo de trabalho, desejos e gestos de profissionais e pacientes que escapam os documentos e as próprias falas das pessoas do campo.

Inicialmente a pesquisa se pautou nos seguintes critérios de inclusão:

Trabalhadores do Hospital ativos, com idade acima de 18 anos, vinculados diretamente à assistência aos usuários ou ao suporte às mesmas, e em conexão entre diversos serviços, além de ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Foi incluída nesse estudo também, uma pessoa idosa com mais de 60 anos ou mais atendendo aos requisitos: história prévia de doença crônica e que estivesse internada no HUAP. O critério para escolha dos participantes foi a intencionalidade proposto por Thiollent¹⁴, pois nas amostras intencionais os indivíduos são escolhidos em função da relevância que apresentam para o assunto.

A partir de tais proposições, então, foi escolhido um idoso para conhecer a história de vida através de entrevistas e acompanhamento na enfermaria do hospital. Além disso, um médico residente do local também foi entrevistado, a fim de dar mais informações sobre a linha de cuidado integral à saúde do idoso, além de informações em sua perspectiva médica sobre o paciente que optamos por chamar de *Albatroz* (nome científico de ave rara que denota ser viajante e lutadora). Utilizamos suas histórias como disparadoras da análise dos objetivos do presente estudo.

Foram utilizados como instrumentos da pesquisa, documentos produzidos pelos organismos oficiais relacionados ao Ministério da Saúde, bem como produção local ou até mesmo de equipes que tenham servido à orientação e trabalho dentro do Hospital; entrevistas nas quais foi possível obter narrativas que foram tomadas através de roteiro semiestruturado e o caderno de campo para anotação de todos os dados referentes à pesquisa e pesquisador ao mesmo tempo, pois

registra as observações feitas por quem busca os dados, bem como suas percepções da realidade que vivencia, e os sentidos que encontra no que observa.

O modelo de análise tomou a matriz discursiva dos sujeitos da pesquisa, e identificou as categorias analíticas a partir das próprias narrativas, a partir da leitura sistemática dos conteúdos, e verificação dos principais termos que se referenciavam no objeto da pesquisa. Estes significados foram reunidos em torno de: Cuidado em Saúde; Dispositivos em Saúde; Fluxos Assistenciais; Linhas de Cuidado.

Resultados e discussão

O primeiro reconhecimento em relação ao local escolhido para a pesquisa e que ajuda a compor a imagem do campo é perceptível através da organização da enfermaria. Esta diz muito sobre os micro e macroprocessos de trabalho que se desenvolvem no local.

Sendo assim, o primeiro elemento que chama atenção nas enfermarias do hospital são os quadros afixados nos postos de enfermagem, onde é possível identificar o número do leito, nome completo do paciente, prontuário e especialidade sob a qual este está sendo cuidado. Nesse aspecto, é possível apreender certa humanização, pois a pessoa internada não se reduz a um mero código, o que concorda com a proposta da Política Nacional de Humanização¹⁵, pois essa simples conduta é mais que uma atitude de solidariedade, é uma

atitude de inclusão, que contribui para que o outro se sinta pertencido ao lugar do Hospital que, na grande maioria das vezes, é um tido com ambiente frio em afeto.

De acordo com Eichelberger¹⁶ mesmo no espaço coletivo representado pelo Hospital onde as práticas costumam ser planejadas, projetadas, programadas, este é um lugar de encontros, de trocas, aberto a movimentos imprevistos, e que na visão de Merhy¹⁷, se forem incorporados a uma rede funcional, podem passar a representar a democracia viva que produz e reproduz afetos.

Pela observação dos prontuários é possível perceber que há participação das várias equipes como as de nutrição, enfermagem, e medicina no cuidado que é oferecido. Todavia, é evidente que não existe a formulação de um projeto terapêutico singular, devido à ausência de informações sobre a história do paciente e sua relação com outros dispositivos da rede de saúde no prontuário. Da mesma maneira, não existe um profissional responsável pela linha de cuidado na qual cada um dos pacientes está inserido, o que denota fragmentação, e que se reflete nas constatações dos pacientes que pouco sabem acerca da patologia da qual sofrem, e das possibilidades e limitações dos tratamentos a que serão submetidos.

Portanto, tomando-se por base as observações do ambiente do hospital, é possível apreender que os desejos dos pacientes para além da sua patologia biológica, na maior parte das vezes,

são relegados a segundo plano, além de não existir uma programação conjunta entre os mais diversos profissionais acerca dos serviços que cada paciente necessita de maneira individual e personalizada, de um modo institucionalizado e parte de uma linha de cuidado integral bem desenhada, o que tende a perpetuar fragilidades no cuidado.

Uma das alternativas para estabelecer o cuidado integral conforme as necessidades de cada paciente é por meio da elaboração do Projeto Terapêutico Singular, que segundo Franco¹² é o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco clínico, social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, um olhar integral sobre o problema de saúde vai considerar todas estas variáveis e contribuir para a construção de uma Linha do Cuidado Integral organizada, onde o serviço de saúde opera centrado nas necessidades dos usuários, e não mais na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso. Mas, para que o processo de trabalho inclua o Projeto Terapêutico Singular, é preciso que haja pactuação, desejo e interesse por parte dos gestores, a fim de que os fluxos entre os diversos serviços funcionem de forma harmônica e tranquila, partindo-se sempre das necessidades em direção à oferta e não o oposto.

Em relação à internação do idoso de maneira geral, foi possível perceber que a presença de algum familiar ou cuidador junto ao mesmo era

pouco notada. Se comparada com as iniciativas de cuidado ao idoso que têm sido desenvolvidas em alguns países como a Itália e a Inglaterra, onde os cuidadores fazem parte do núcleo que recebe atenção e capacitação para continuidade dos cuidados em domicílio¹⁸, a linha de cuidado ao idoso que se forma no hospital se coloca frente ao desafio de incluir elementos de fora do escopo de cuidados médicos e tecnológicos ofertados no processo de cuidado e reabilitação, como a família e a comunidade na qual o interno está inserido. Fortalecer a linha de cuidados e incluir no Projeto Terapêutico Singular o máximo de elementos que compõem a vida do idoso é essencial para que o mesmo retorne ao seu convívio e tenha uma melhor recuperação e manutenção da sua saúde.

Um pouco sobre o sr. Albatroz

Ao longo do período de observação e de vivência nas enfermarias do HUAP, fomos conhecendo vários pacientes internados, profissionais, e a rotina do dia a dia. Alguns casos e experiências foram ao longo dos dias ganhando nossa atenção, e um deles que nos marcou foi o de um senhor, no auge dos seus quase 80 anos, que exercia no local um papel de autoridade religiosa, ocupando-se da escuta, aconselhamento e orações de outros pacientes no período em que permaneceu internado. Desse modo, após o estabelecimento de vínculo optamos por conhecer sua história de vida, tomando-a como guia para compreender

a linha de cuidado a qual estava inserido e seus desdobramentos.

Optamos por chamar de Albatroz o ator que escolhemos. Nosso encontro com ele não foi uma análise sobre qual paciente estaria mais receptivo a contribuir com uma pesquisa, mas foi motivado pelo encontro que gera vínculo. Esses encontros se construíram na medida em que ele vinha até nós e nos ofertava um pouco de sua história de vida de maneira espontânea, ao mesmo tempo em que devolvíamos a ele escuta, e curiosidade sobre as diversas facetas que o constituíam como ser humano.

Desse modo, um vínculo se estabeleceu e nossa investigação deixou de ser uma investigação neutra para ser implicada. Rompemos aqui o pressuposto da pesquisa distanciada e nos aproximamos da “Gaia Ciência”¹³. Esta que caracteriza um novo paradigma, de uma Ciência alegre, a qual necessita da Grande Saúde - “um novo meio” para “um novo fim”, ao qual é associado “um novo ideal”, um “ideal peculiar, sedutor, cheio de perigos”-, do qual, por sua vez, este novo paradigma científico-filosófico também deverá seguramente fazer parte.

Então, para além de seguir um roteiro estruturado, quase que de anamnese, a investigação que pretende reconhecer no outro a subjetividade, precisa ir além de resposta binárias para perguntas, que também, segundo Nietzsche¹³ não buscam o novo, mas são baseadas no medo, tal qual um instinto de preservação que modela a construção do

conhecimento conforme uma “vontade de, entre tudo aquilo que é estranho, fora do comum, duvidoso, encontrar alguma coisa que já não nos perturbe”.

Desse modo, não apenas na filosofia, mas em grande parte das ciências tradicionais e estabelecidas como, por exemplo a medicina, a busca é pelo controle, pelo calmante, e pelo remédio, o que denota profunda incapacidade de lidar com o carácter trágico da existência, que acaba por levar ao empobrecimento da vida. Da mesma forma, é também o medo e a dificuldade de lidar com o diferente que modela “a decisão clínica” e o próprio conceito de saúde.

É na tentativa de superar o medo do desconhecido que investigamos a história de Albatroz. Sua história foi atravessada pela doença, mas não é ela que motiva essa investigação. Assim, conto a seguir um pouco de sua história de vida:

Ao longo de cinco décadas de sua vida, Albatroz se dedicou à vida religiosa, e à função de liderança, o que o motivou a desenvolver o gosto pela leitura, pelos estudos e pela escrita. Sua intensa implicação nessas atividades fez com que ao longo dos anos construísse uma grande rede de afetos incluindo familiares, amigos, e as pessoas que frequentavam a igreja que liderava. Isso se fazia visível a cada horário de visita no hospital, pois a enfermaria em que estava internado se tornava sempre a mais movimentada pelas pessoas que faziam questão de visitá-lo.

Em relação a sua concepção sobre saúde, lembrou saudosamente de sua vida, e de como sempre acreditou estar saudável já que nada o incomodava para que procurasse por tratamentos e lembrou como se sentia bem e feliz quando podia comer aquilo que gostava, mesmo que fosse considerado inapropriado. Nesse aspecto, embora esse comportamento seja considerado pré- patogênico se analisado sob a ótica da história natural das doenças¹⁹, se interpretado por meio de uma concepção em que o indivíduo e sua singularidade estão no centro, este passa a não ser mais uma proibição expressa, mas parte de um processo de decisão clínica compartilhado.

Essa concepção sobre saúde permeia todo seu discurso aliada a uma noção intrínseca de liberdade, que passa a ser questionada. Quando em razão de um adoecimento cardiológico repentino, ele passa a ter de lidar com uma lista de proibições, que iam desde seus gostos alimentares, até suas atividades de liderança religiosa, tendo que abdicar delas, o que lhe causou intensa tristeza em suas palavras. Sofreu um infarto e teve de aceitar o cerceamento de alguns de seus desejos. Sofreu outro infarto e teve de aceitar remédios, exames, cateterismo, e internações em sua rotina. Agudizou mais uma vez, e foi internado para investigação mais apurada do seu coração e carótidas.

Os médicos o consideravam um paciente grave, enquanto para ele seu adoecimento estava sendo produzido naquele momento. Certa vez, em uma das visitas que fazíamos, nos contou

sobre como era bom ter sido transferido do CTI para a enfermaria, pois ali havia uma janela em que podia avistar de longe uma árvore. Apesar da aparente segurança do ambiente controlado do hospital, o que o alegrava e trazia potência para enfrentar cada dia era estar na vida.

Quando conhecemos Albatroz havia 60 dias em que estava internado na enfermaria do hospital, e ele não sabia ao certo o motivo pelo qual estava há tanto tempo ali, já que havia feito alguns procedimentos cardíacos que não soube ao certo explicar. Contudo, seu desejo era voltar pra casa e para suas atividades, mas ao mesmo tempo em que convivía com incertezas e ansiedades, Albatroz cultivava um grande ímpeto por continuar sendo o agente principal de sua existência, o que o fez criar uma nova forma de expressar sua subjetividade por meio da gravação de coletâneas musicais sobre temas que ele gostaria de conversar com aqueles que estavam distantes.

Rapidamente os CD's multiplicaram-se e passaram a ser até mesmo uma forma de estabelecimento de vínculo. Assim, ao longo de dois meses, distribuiu mais de 150 cópias do material no hospital e em cada entrega ia fazendo amigos, e por vezes esquecia que seu corpo físico estava sob a condição de internado, pois seu espírito permanecia livre e vívido.

Na visão de Nietzsche¹³, esse espírito livre tem forças plásticas, curativas, formativas e reabilitadoras, que é justamente o sinal de uma grande saúde. É essa potência de agir que leva o

homem ao perigoso privilégio de poder viver a experiência e oferecer-se à aventura sem dispensar a doença, pois esta conduz ao conhecimento e à abertura de novos, arrojados, inovadores e controversos caminhos de pensamento ou formas de pensar.

Desse modo, percebe-se que o modelo biomédico onde o corpo é dividido em partes, e desconectado de suas subjetividades para ser analisado e curado, é um grande separador, mas que não faz o caminho oposto que é unir por meio do exercício da reconstrução. Este exercício exige empoderamento e consciência crítica, que a prática médica que decide pelo paciente e não planeja projetos terapêuticos singulares não é capaz de contemplar. É esse impasse que vai nortear os acontecimentos que envolvem a história que aqui contamos.

Paciente grave, paciente que pode ser tratado em ambulatório, cirurgia ou infarto, o que importa é que ele seja curado, não podemos deixar um paciente desses de esses ir embora. Duvidas, discussões clínicas, Albatroz ansioso para retornar para sua casa. Quem decide? Esse impasse foi resolvido pela equipe médica que acabou optando pela realização de um procedimento cirúrgico.

Como foi uma decisão médica sem a elaboração de um projeto singular com a participação direta do sujeito nas decisões, o mesmo recebeu a notícia de que faria em breve uma cirurgia com certo choque, pois acreditava existir para a doença que o acometia outras

alternativas, mas foi convencido momentaneamente de que era o melhor e aceitou, da mesma forma como sua família. A aceitação, todavia não excluía sua esperança pelo gozo da resolução dessa doença que o acometia, e manteve-se disposto e atuante em todos os momentos que precederam a ida para o centro cirúrgico, tendo até nos oferecido alguns dos CDs que distribuía deixando-nos diversas mensagens de motivação.

Entretanto, os riscos de tal opção pouco foram discutidos, e diferentemente do que foi pensado como sendo o melhor protocolo, o resultado dessa conduta foi o luto inesperado que forçou uma pausa na pesquisa para compreendermos todos os acontecimentos e seus sentidos. Compreendemos que o Albatroz continuava vivo através da sua memória em todos os que dele cuidaram. Percebeu-se que a sua história de vida não estava morta, ela está viva, enquanto discutimos seu caso academicamente sua história pulsa, e nos debruçamos nela para aprender e contar aquilo que dela extraímos, entendendo que para nos aproximarmos de desfechos positivos em saúde é preciso uma nova saúde, para um novo homem, o que Nietzsche¹³ chamou de Grande Saúde.

Decisão clínica, e a Grande Saúde

Pensar em linhas de cuidado integral e decisão clínica é pensar também numa outra saúde, a Grande Saúde. A grande saúde é uma força particular robusta e plástica do organismo, por

uma singular vontade de vida que predispõe o seu portador ao desafio dos seus próprios limites, o que abre caminho para novas possibilidades e perspectivas¹³.

O cuidado em saúde agrega em si características filosóficas, estéticas e políticas que a depender da concepção de saúde, e do ideal social que se tem resultarão em protocolos e decisões clínicas diferentes.

Ao analisarmos o processo de decisão clínica tomando por base a experiência vivenciada dentro do Hospital Universitário nos deparamos com a prevalência das intervenções, sejam elas diagnósticas ou cirúrgicas, em detrimento de outras abordagens, o que evidencia uma tensão formativa e experimental movida por um projeto de formação alinhado com o modelo biomédico em que cada médico é estimulado a se tornar especialista em um segmento do corpo.

Mesmo no plano do conhecimento comum, de acordo com Puttini²⁰ costumamos fazer raciocínios finalistas ou teleológicos para explicar os fenômenos da vida, especialmente aqueles relacionados ao comportamento animal. Entendemos que animais realizam diversas ações objetivando – de modo intencional ou não – atingir certas metas, como a sobrevivência individual e a reprodução da espécie. Da mesma maneira, Nietzsche¹⁹ critica a filosofia e a investigação moderna que não se permite ao novo e busca provar aquilo que mantém a estabilidade movida pelo instinto do medo e da preservação.

Para Nietzsche¹³ o pânico do sofrimento leva a prescrição de um modo de vida ascético e ao controle e redução máxima do desejo, uma erradicação completa de qualquer paixão da alma, porém as prescrições de todas estas terapias com esse fim são condicionantes de adoecimento. A todas estas formas de “tratamento”, que consistem no combate aos instintos, ao desejo ou às paixões, Nietzsche chama práticas de castração.

Colocar os modos de vida e seus costumes em protocolos com o objetivo de impedir a todo custo a ocorrência de doenças fundamentados por pesquisas duras e numéricas, apresenta-se nesse aspecto, como uma forma de terapia “inimiga da vida¹³. Dessa forma, se os números indicam que não há nada que se possa fazer em um caso grave, e sem qualquer estímulo para o investimento no potencial da subjetividade, na criatividade e no afeto a vida vai para o corredor da morte.

Desse modo, ao invés da completa excisão ou erradicação de todos os dos desejos humanos, Nietzsche apresenta, pois, a ideia da sublimação que modifica o desejo, mas não o elimina: é a mesma paixão cultivada e canalizada para outros fins, mais criativos e produtivos do que a sua mera expressão bruta, de modo a intensificar a saúde e o poder do indivíduo sobre sua própria vida.

Essa alternativa ao engessamento da vida pode se instrumentalizar através da elaboração do projeto terapêutico singular, que deve

considerar toda a existência da pessoa, incluindo os aspectos gerais da sua vida, hábitos, cultura, modos de viver, e principalmente a própria pessoa que deve não só ajustar o plano, mas contribuir ativamente na sua construção. No caso do apresentado, embora as decisões clínicas não tenham sido tomadas a partir dos desejos do usuário, foi possível perceber que o mesmo, movido por sua potência de vida, escapou ao projeto de se limitar ao leito e às vestes do hospital em toda sua estadia.

A atividade de liderança do senhor Albatroz, os CD's que distribuía, a alegria que demonstrava representam a superação da doença, algo inconcebível para o homem comum preso ao medo, mas que estimula e potencializa a vida do homem livre em sua subjetividade. Assim, conforme Nietzsche¹³, não é a negação da doença que traz a saúde, é a convivência e constante superação dela que torna o indivíduo crítico e exigente em relação à realidade que o rodeia e, capaz de tomar posse de uma Grande Saúde.

A Grande Saúde não se prende a um conceito e planos imutáveis, e escorre por entre os dedos que tentam aprisioná-la ao lugar comum. E dada sua potência intrínseca, ela sensibiliza a todos aqueles que se debruçam a admirá-la, replicando-se, e sendo desconstruída e reconstruída num eterno movimento, porque ela é feita por “espíritos livres”, aqueles que se distanciaram dos modos de vida pré-estabelecidos, que trilham por um caminho de cisão movidos por imenso desejo de vida e

encontraram inúmeras possibilidades para além das já conhecidas.

Desse modo, a tomada de decisões clínicas a partir de projetos terapêuticos singulares exige que em comunhão usuários e profissionais se debrucem sobre o problema que tem e juntos construam o conhecimento, autonomia, e liberdade sempre valorizando a criatividade, que embora possa distanciar o projeto dos protocolos dos “guidelines” se adequa às necessidades de todos de uma maneira integral.

Quando analisamos o caso aqui apresentado, percebemos que a equipe médica discutiu um projeto terapêutico, mas não se trata de dizer que esse projeto de cuidados para o corpo não deva existir, mas o modelo biomédico de atenção à saúde precisaria ser adaptado às questões multidimensionais que envolvem o paciente, de modo que não apenas seu coração fosse tratado, mas seu ser como um todo.

Para Franco²¹ a clínica baseada no corpo é uma tecnologia que permite a partir do trabalho produzir intervenções que agenciam o outro, em diferentes intensidades. Todavia, se a compreensão do corpo empregada se resume a um sistema em funcionamento, teremos intervenções insuficientes sobre os problemas de saúde que o habitam, porque há um corpo afetivo, ou seja, uma subjetividade a ser considerada, inclusive, no projeto terapêutico. Tomamos aqui nesse espaço, as palavras de Nietzsche¹³ para questionar a dicotomia que fazemos entre doente e saudável, entre bons e

maus, que pouco capturam a real complexidade do ser:

“ [...] habitualmente não se vê mais longe que cinco passos e se acredita poder classificar cuidadosamente seu próximo em homens uteis e em homens prejudiciais, em bons e maus, mas quando se leva em conta o conjunto, quando se toma tempo para refletir mais delongadamente sobre o todo, acaba-se por desconfiar dessa cuidadosa distinção, antes de renunciar a ela totalmente”.

Apesar da existência e aplicação de projeto terapêutico rígido do ponto de vista biomédico, a vida escapa aos *scripts*, e o nosso paciente, que não é tão paciente assim, se expressa não como um homem normal fadado a espera de um diagnóstico, mas age como um “homem novo”. Segundo Nietzsche¹³, o homem novo tem a necessidade de um novo fim, de um novo meio, de uma nova saúde, mais obstinada, e mais alegre do que foi qualquer outra. A alma desse homem está ávida por ter as feições de todos os valores que tiveram curso e de todos os desejos que foram satisfeitos até o presente, por meio das aventuras da experiência pessoal, tendo esse, necessidade de uma Grande Saúde que os homens atuais em sua avidez de ciência e consciência não conseguem compreender.

Dessa maneira, a prática médica que não consegue enxergar dentro de cada pessoa um homem novo ávido por uma Grande Saúde, porque está inundada apenas pelo que é “científico”, e pela ideia de vida asséptica, e deixa escapar de si aquilo que é mais singelo no cuidado. O homem novo representado por

Albatroz, talvez não tenha sido compreendido pelo modelo médico formatado para “homens velhos”, mas a oportunidade de construir tal relato através do vínculo que ele criou com os alguns estudantes da universidade, nos mostra que há muitos homens novos pulsantes, só precisamos iluminá-los e aprender com suas “novidades”, mediatizados em construir novos caminhos e alternativas para potencializar mais ainda a Grande Saúde que já tem si.

Conclusões

No caso específico, o usuário se mostrava altivo, praticando sua liderança religiosa mesmo dentro do Hospital, o que aumentada sua potência vital, e esse aspecto sem dúvida seria importante de ser considerado ao pensar o cuidado, e o projeto terapêutico a ser implementado.

Os aspectos singulares deste caso demonstram que os projetos terapêuticos precisam ser atualizados no sentido de considerar o “corpo afetivo” de cada um, ou seja, a dimensão sensível do sujeito, que é também fonte de cuidado.

No caso estudado houve uma disputa silenciosa pelo projeto terapêutico, prevalecendo o modelo médico hegemônico. Houve interconsultas entre profissionais que atuavam no caso, havendo no processo de decisão a avaliação exclusiva da situação clínica, com pouca inclusão da família nas decisões. E assim prevaleceu o comando do saber médico na determinação das ações a

serem desenvolvidas para o cuidado ao usuário. A família teria obviamente uma opinião sobre o cuidado a ser realizado, e o usuário, por sua vez, no seu ativismo cotidiano religioso, também tinha essa linha de agenciamento dos seus atos, operando ativamente para manutenção da sua potência de agir. Se fôssemos considerar a linguagem subliminar de ambos, certamente novas ações seriam incorporadas, ou até mesmo postergadas.

É esse aspecto, o da sensibilidade de perceber o contexto no qual o paciente está inserido, familiares e o quadro nosológico, e afetivo, que consideramos fundamental na definição do projeto terapêutico, reconhecendo, que o usuário, os trabalhadores, e a família, podem construir em conjunto decisões clínicas, não antecipadamente protocolizadas, mas igualmente potentes para o cuidado em saúde. E é esse tipo de decisão que precisa ganhar visibilidade para a cena de cuidado.

Referências

1. MOREIRA AB. Nietzsche e a grande saúde: O uso do diagnóstico tipológico contra a metafísica. In: Estudos Nietzsche. Espírito Santo; 2016. p. 31-55.
2. FOUCAULT M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.
3. MENÉNDEZ, E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: caracteres estructurales. In: Campos R. *La antropología médica en México*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1992.
4. MARCHED, CHR. Moléstias Profundas da Sensibilidade: a experimentação na produção da saúde. In: Marched CHR, Franco TB. *Cartografias na saúde: ensaios da multiplicidade no cuidado*. Porto Alegre: Rede Unida; 2018.
5. SILVA NEK, SANCHO LG, FIGUEIREDO WS. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(3): 843-852
6. MÂNGIA, EF. Contribuições da abordagem canadense “Prática de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a Terapia Ocupacional em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2002; 13(3): 127-34.
7. MÂNGIA EF, MURAMOTO MT. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2007; 18: 54-62.
8. MERHY EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS AT, SANTOS AF, CAMPOS CR, MALTA DC, MERHY EE. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo; 1998.
9. VERAS RP, CALDAS CP, CORDEIRO HA. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis*. 2013; 23(4): 1189-1213.
10. MEIHY JCSB. *Manual de história oral*. São Paulo: Loyola; 2005.
11. HALBWACHS M. *A memória coletiva*. São Paulo: Centauro; 2006.
12. FRANCO CM, SANTOS AS, SALGADO MF. *Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde*. Rio de Janeiro: Ensp; 2011
13. NIETZSCHE F. *A gaia ciência*. São Paulo: Casa Verde; 2001.
14. THIOLENT M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 17. ed. São Paulo: Cortez; 2009.
15. HUMANIZASUS. *Política Nacional de Humanização, a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, 2004.
16. EICHELBERGER M. O que pode a redução de danos? Videz-vous de tous vos clichés: o graffiti como produção de saúde [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2012

- ¹⁷. MERHY EE. Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. In: CARVALHO SR, FERIGATO S, BARROS ME. Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade. São Paulo: Hucitec; 2009.
- ¹⁸. PIERI G. L'Ospedale di Comunità nella Regione Emilia-Romagna: modelli organizzativi e valutazione della qualità dell'assistenza [doutorado]. Bologna (Itália): Universidade de Bologna-Itália. Bologna; 2016.
- ¹⁹. LEAVELL H, CLARK EG. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
- ²⁰. PUTTINI, R.F.; PEREIRA JUNIOR, A. Além do mecanicismo e do vitalismo: a “normatividade da vida” em Georges Canguilhem. *Physis*. 2007; 17(2): 451-464.
- ²¹. FRANCO TB, GALAVOTE HS. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: Franco TB, Ramos VC. *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010.

Submissão: 02/06/2019

Aceite: 18/11/2019