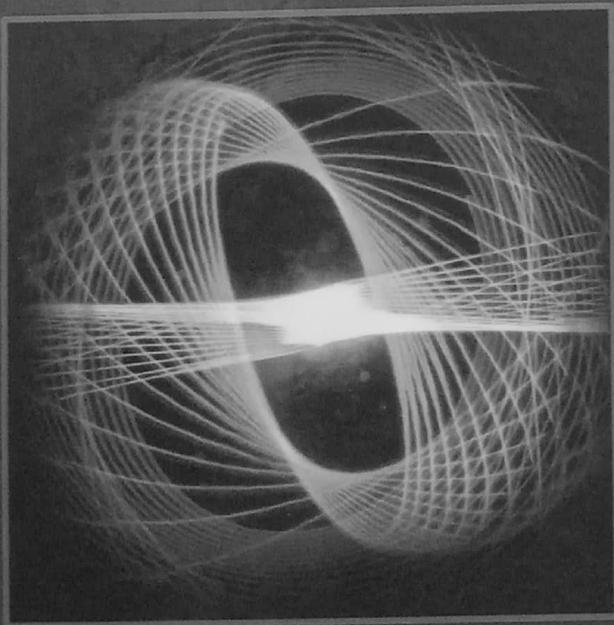


Terapia Ocupacional Práticas em Oncologia

Organizadora

Marilia Bense Othero



ROCA

CAPÍTULO 2

Humanização e Cuidado – Referenciais para a Prática da Terapia Ocupacional junto à Pessoa com Câncer

Sandra Maria Galheigo

Eliane Dias de Castro

INTRODUÇÃO

Humanização e cuidado são noções que, nesta última década, passaram a incorporar o debate sobre os processos de produção de saúde no Brasil, assim como a fazer parte do cotidiano das práticas nas unidades de atenção à saúde. Essa incorporação tem acontecido no âmbito da proposição de construção de uma nova práxis na produção do cuidado em saúde, que teve como marcos iniciais o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e a XI Conferência Nacional de Saúde em 2000, cujo tema foi “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”¹. Desde então, iniciativas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e a humanização do cuidado passaram a ser implementadas, inicialmente, de forma incipiente e, após a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2004 pela

Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, de forma mais sistemática. Entretanto, é importante destacar que as propostas de humanização da saúde implementadas no cenário nacional têm diferenças importantes no que se refere aos entendimentos conceitual, metodológico e político do processo de humanização do cuidado¹. A apropriação de seus princípios teórico-metodológicos e ético-políticos nem sempre tem acontecido de forma substantiva e reflexiva, fazendo com que haja um frequente esvaziamento de sua potência conceitual, assistencial e política.

Assim, a humanização dos cuidados de saúde ora é vista como apenas um novo modismo, ora é desconsiderada como mais uma construção idealista que não se faz possível no cotidiano das práticas de saúde. Ao mesmo tempo, é comum nos depararmos com ações fragmentadas de caráter assistencialista e paternalista, ligadas ao voluntarismo, que são apresentadas como práticas de humanização do cuidado¹. Há também as iniciativas que se mostram claramente preocupadas com a mudança imagética da assistência oferecida numa perspectiva de mercado e aquelas cujo investimento na qualidade da atenção organiza-se prioritariamente pela racionalidade administrativa e a qualidade total¹. Isso dado, Benevides e Passos apontam a necessidade de um enfrentamento conceitual e metodológico acerca da noção de humanização, para que se oportunize uma mudança efetiva nos processos de gestão, de trabalho em saúde e de cuidado à saúde, que venham atender aos anseios dos usuários e dos trabalhadores dos serviços¹. Ademais, na medida em que os termos humanização e cuidado já tinham sentidos previamente estabelecidos pelo senso comum e na esfera profissional, tem sido necessário um esforço acadêmico para recolocá-los em pauta sob nova significação.

Em um livro como este, cuja proposta é apresentar e discutir a atenção oferecida por terapeutas ocupacionais para pessoas com câncer, torna-se necessário examinar e colocar em debate a humanização do cuidado como um referencial conceitual, epistemológico e político. Este capítulo tem, portanto, como objetivo fazer uma retomada conceitual das noções de humanização e cuidado, partindo do princípio de

que essas noções dialogam com a prática do terapeuta ocupacional e podem ser fundadoras de seus princípios de ação. Propõe também discutir os marcos da PNH e apresentar algumas das estratégias por ela recomendadas. A partir desses norteadores conceituais e políticos, o capítulo pretende refletir sobre as tecnologias de cuidado que o terapeuta ocupacional pode fazer uso em sua intervenção junto a pessoas com câncer, assim como em seu engajamento no exercício da PNH.

O percurso a ser trilhado propõe-se a ser, prioritariamente, um convite à reflexão sobre a oferta de cuidado que o terapeuta ocupacional pode disponibilizar em resposta às necessidades das pessoas com câncer. Um cuidado que articule ações de acolhimento, escuta e reorganização do cotidiano, assim como aquelas que sejam facilitadoras, no enfrentamento das mudanças corporais, recuperadoras das dificuldades funcionais consequentes ao adoecimento ou ao tratamento e aquelas ações que tratam das questões existenciais que surgem a partir do enfrentamento da doença e que trabalham as formas de viver, de relacionar-se com o outro, de elaborar o vivido para a construção de novos projetos. Um cuidado que se preocupe com a humanização das relações e dos ambientes, favorecendo o fortalecimento da dimensão subjetiva da pessoa sob cuidados, garantindo a preservação de seus vínculos com a família e com sua rede social. Um cuidado que se revele como possibilidade de produção de vida e, em sua impossibilidade, de facilitação do adeus.

978-85-7241-879-9

HUMANIZAÇÃO E CUIDADO: O DEBATE EM PAUTA

Retomando a Noção de Humanização dos Pontos de Vista Histórico e Conceitual

A crítica à desumanização das práticas assistenciais não é recente. Nos anos 1960 do século passado, a partir de perspectivas teóricas distintas, Goffman e Basaglia foram pioneiros em denunciar as condições desumanas nas instituições, em particular nos hospitais psiquiátricos^{2,3}. Os processos de despersonalização, exclusão e controle social executados

pelas instituições, por eles chamadas de instituições totais ou instituições de violência, eram executados pela equipe dirigente ou pelos técnicos que exerciam esse mandato social^{2,3}. Embora inicialmente dirigida aos hospitais e às equipes psiquiátricas, a reflexão produzida por esses autores, associada aos trabalhos de Foucault, viria posteriormente contribuir para o debate acerca das relações de poder no âmbito da relação profissional-paciente e da expropriação dos sujeitos de seu ‘cuidado de si’ e da participação nas decisões sobre a condução de seus tratamentos e seus projetos de vida⁴.

Trata-se de um tema complexo que não pode ser considerado sem exame, pois constela uma situação ética na qual é preciso introduzir e refletir sobre a noção de dominação existente nos aparatos de saúde e todas as relações de poder que nesse âmbito são exercidas. Nas ações de humanização do cuidado, a análise e o trabalho sobre essas relações proporcionam um enfrentamento de situações cristalizadas e bloqueadas, que tornam imóveis e fixas as relações entre os sujeitos e impedem qualquer reversibilidade do movimento ou fluxo de produção de saúde e de sujeitos. A atenção e a desconstrução desses “estados de dominação”, utilizando o termo de Foucault, exigem um grande número de ações dialógicas e organizacionais cuja plasticidade operará no sentido de criar aberturas nas formas de acolher e abordar o ser vivo, com mais liberdade, com mais porosidade para que a atenção em saúde se dê numa interação compartilhada por todos os atores desse processo considerando os sistemas hegemônicos e as múltiplas experiências culturais que nesse contexto podem operar⁴.

Em termos da sociologia médica, Deslandes destaca o evento *Humanizing Health Care*, realizado em 1972 em São Francisco, Estados Unidos, como um marco na discussão do que seria a humanização e a desumanização na atenção à saúde⁵. As discussões realizadas apontaram alguns fatores causais como importantes para a desumanização do cuidado, dentre os quais: a ordem social hegemônica que influenciava o sistema médico com suas lógicas e estratégias segregacionistas; os aspectos da racionalidade científica e tecnológica

ocidental, responsáveis por uma perspectiva fragmentadora do sujeito; a questão da subcultura médica, identificada nos problemas da formação profissional e na comunicação médico-paciente.

Segundo Deslandes, os significados da desumanização nesses estudos foram associados a situações em que pessoas sob tratamento eram vistas como mero objeto de intervenção e de pesquisa e/ou como recipientes de intervenções padronizadas, geralmente provenientes da utilização de máquinas e procedimentos, com baixa ou nula interação paciente-profissional⁵. Outro conjunto de significados apareceu ligado à compreensão da pessoa sob cuidado como um problema, alguém que perde seu estatuto de sujeito e é reduzido à sua doença ou patologia, ou alguém a quem se atribui uma posição de desvalor. A desumanização também foi apontada quando, durante o tratamento, as pessoas ficam isoladas, vivendo experiências de despersonalização, em ambientes ‘estáticos ou estéreis’, a partir de uma relação distanciada e sem reciprocidade com os profissionais encarregados de seu tratamento. Por último, a desumanização foi também associada ao fato de a pessoa ter o direito à vida negado, assim como ter sua vida mantida sob condições pouco dignas, quando a impossibilidade de cura é evidente.

A reificação dos sujeitos, isto é, tratá-los como objetos ou mercadorias, traz à tona a questão das reduzidas possibilidades de compreensão da alteridade, implica uma forma de conceber e de se relacionar com o outro e o estabelecimento de uma relação de domínio, de controle, de poder, de comando. Foucault (2004) atenta-nos ao fato de que as práticas no âmbito da saúde colocam-nos o problema saber/poder, o que nos remete também ao problema da relação entre os sujeitos, pois as práticas estão circunscritas em ‘jogos de verdade’, em práticas de poder, invalidando experiências de trabalhadores e dos pacientes⁴.

Deslandes refere que os estudos da sociologia da saúde contribuíram para o posterior aprofundamento crítico do sistema médico e da desumanização da atenção à saúde, no que se refere à negação do estatuto de sujeito ao doente, à pola-

978-85-7241-879-9

rização entre tecnologias biomédicas e relacionais, à questão do respeito ético e ao estabelecimento e reprodução das relações de poder no sistema de saúde⁵. Esses têm sido referenciais importantes nas discussões sobre a humanização e o estatuto do ato de cuidar, aparecendo de forma conjunta e articulada na trama de sua construção conceitual e dialógica.

Um dos primeiros aspectos a serem apontados é que a construção da humanização a que se pretende nada deve a perspectivas a que esteve anteriormente relacionada, a saber: à compreensão filantrópica, que não se assenta sobre a noção de direito; ou à prática paternalista, que se julga encarregada de determinar o que é melhor para o outro. Assim, na medida em que há mudanças no referencial de poder com que se está trabalhando, muda-se o foco e o modo de se operar. Benevides e Passos apontam que o exercício de poder na modernidade coloca o assujeitamento e a subjetivação como ações distintas, porém inseparáveis. Indo além, ao descreverem as ‘artes de governar’ segundo Foucault, Benevides e Passos destacam a existência de um primeiro nível de governabilidade, que é o *governo de si*⁶.

Para Foucault, trata-se de uma espécie de deslocamento do sentido em que as práticas de cuidado deixam de se referirem a uma qualidade coercitiva, mas se transformam numa prática de autoformação dos sujeitos, por meio das quais os cuidados de si são maneiras dos sujeitos constituírem-se de forma ativa e cuidadosa em relação a si mesmo e aos outros, o que os torna filosófica e politicamente capazes⁴.

Nesse sentido, é importante ressaltar que na perspectiva foucaultiana os jogos de poder instituídos no âmbito dos serviços de saúde podem ser considerados móveis, ou seja, podem se modificar; não são dados de uma vez por todas. Para o autor, nesses contextos o poder estará sempre presente, pois se trata de um tipo de relação em que cada um tenta dirigir a conduta do outro e que pode ser encontrada em diferentes níveis de interação e sob diferentes formas⁴. Quanto maior for o tempo e o espaço dado à construção das trocas entre pacientes e profissionais, o que significa mais liberdade, as relações de poder poderão se reconfigurar com mobilidade,

reversibilidade e instabilidade. Quando uma das partes estiver completamente à disposição do outro e se tornar sua ‘coisa’, um objeto sobre o qual ele possa exercer violência infinita e ilimitada, não haverá relações de poder, e sim de dominação. Portanto, para que se exerça uma relação de poder, é preciso que haja sempre, dos dois lados, pelo menos uma certa forma de liberdade. Isso significa que, nas relações de poder, há necessariamente possibilidades de resistência, pois se não houvesse possibilidade de resistência – de estratégias que invertam a situação -, não haveria de forma alguma relações de poder.

A humanização vista por essa perspectiva recoloca a importância dos atores implicados no processo de produção da saúde, ressaltando sua autonomia e protagonismo, sejam eles os usuários dos serviços, sejam os trabalhadores de saúde no exercício de seu mandato social. A produção de saúde, portanto, não deve vir desvinculada da produção de sujeitos. Assim, Benevides e Passos redefinem o conceito de humanização como uma estratégia que convoca atores sociais a provocarem processos de mudança nas realidades locais e, por conseguinte, em si próprios⁶. Os autores destacam que não se trata de apresentar uma formulação a partir de um modelo preestabelecido ou de um padrão idealizado, mas se referem à humanização como “*a incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais*” (...) “*de outros modos de vida, de novas práticas de saúde*” (p. 570)⁶.

Para a efetivação de uma política de humanização, é fundamental que haja sintonia entre ‘o que é humanização’, ‘o que se faz’ e ‘como se faz’; indo além, mais do que apenas sintonia, há que haver síntese. Contudo, é o ‘como fazer’, que acontece por intermédio das ‘tecnologias relacionais’, que possibilita a concretização da transformação dos modos de se relacionar, dos modos de cuidar, dos modos de trabalhar e dos modos de gerir o cuidado. Para isso, Benevides e Passos¹ apontam a necessidade de se aumentar “*os graus de comunicação, conectividade e intercessão*” (p. 393), que acontecem no interior dos grupos e entre os grupos, assim como com as demais esferas do sistema. No âmbito do ‘como fazer’, a transversalidade e o trabalho em rede são concepções que se mostram essenciais

no processo de humanização. Transversalidade, porque é um jeito de fazer que considera “*ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde*” (p. 393)¹. Trabalho em rede, porque possibilita que a conectividade não se limite a um percurso linear. Ao contrário, admite-se que se está imerso num contexto multifacético, que consegue maior efetividade quando suportado por uma dinâmica de redes, sejam elas as redes de serviço, as redes de produção e de cultura, as redes familiares, as redes de amizade, as redes de autoajuda, solidariedade, etc.

A transversalidade e o trabalho em rede são modos de operar que contribuem para a desnaturalização do instituído, a desconstrução do jogo de forças, dos sentidos e práticas que se tornaram hegemônicos⁷. Ambos os modos contribuem para uma atitude de resistência, em seu duplo sentido, o da oposição e o da criação, como propõem Benevides e Passos⁷:

“Resistimos quando nos opomos ao modo que o socius está organizado de maneira a reproduzir valores, práticas e instituições competitivas e violentas. Por outro lado, no sentido positivo de resistência, a humanização deve ser entendida como afirmação da solidariedade e da potência da criação do coletivo” (p. 406).

Em síntese, a humanização tem sido uma noção utilizada para afirmar (e construir) uma mudança de qualidade nas ações de saúde, dos pontos de vista ético, técnico, relacional e político, que reconhece os direitos dos usuários dos serviços, sua subjetividade e referência sociocultural, que valoriza a participação e o engajamento do trabalhador de saúde e a comunicação em todos os níveis, isto é, entre usuário/rede social e o profissional/equipe, no âmbito de uma equipe e entre várias equipes⁸. A humanização busca novos modos de operar, de cuidar e de criar um ambiente mais poroso para receber e acompanhar aqueles que necessitam de atenção. A discussão conceitual e metodológica sobre a humanização, portanto, dialoga intimamente com outra noção, que é o Cuidado.

Refletindo sobre o Cuidado enquanto Produção de Saúde e Produção de Vida

A noção de cuidado pode ser compreendida a partir de seu sentido mais comum, que é o de um conjunto de procedimentos técnicos que visam atingir determinado resultado terapêutico. Entretanto, há uma tendência de se afastar da concepção mais instrumental dessa noção para afirmá-la a partir de uma perspectiva filosófica que venha dar substância a uma mudança de atitude. Assim, Ayres afirma que⁹:

“Trataremos aqui do cuidado como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade” (p. 74).

Para construir sua contribuição à noção de cuidado, Ayres fará sua reflexão a partir de três perspectivas conceituais: o cuidado como categoria ontológica, como categoria genealógica e como categoria crítica⁹. Tomando o cuidado como categoria ontológica, Ayres vai buscar em Heidegger a visão de que a existência humana se torna possível de ser entendida pela *“condição de um cuidar-se, um ‘tratar de ser’ – que é, de um lado individual e individualizador, mas de outro lado, também, uma relação necessária com o outro, com um mundo compartilhado que forja a identidade de todos e cada um”* (p. 58). Ayres, assim, apresenta a complexa construção heideggeriana, pela alegoria de Higino, que fala da criação do homem, esculpido em argila pelo Cuidado, com a ajuda de Júpiter, que lhe dá o espírito, e com ajuda da terra (*tellus*), que lhe dá o corpo^{9,10}. Cuidado recebe de Saturno, o senhor do tempo, o privilégio e a obrigação de cuidar da criatura que criou, enquanto ela viver. Baseando-se nessa alegoria, Ayres^{9,10} irá buscar aproximações para a discussão do cuidado

no âmbito específico da saúde, que, embora apresentadas aqui de forma bastante sintética, são elementos que contribuem para o debate. Sendo assim, seu trabalho remete-nos a: *movimento* (que retoma o caráter pragmático da construção de nossas identidades, que se dá no ato de viver, e de se estar em movimento no mundo); *interação* (pois são as interações que constroem a trama da vida); *identidade e alteridade* (já que as identidades existenciais se fazem a partir das interações, isso é na presença de seu outro, enquanto a alteridade se define a partir da construção de uma identidade); *plasticidade* (já que nossa existência é intrínseca à plasticidade que nos dá forma e nos permite um transformar-se); *projeto* (na medida em que sem projetualidade não se efetiva a trama das interações e identidades); *desejo* (já que o ser vivente surge de um encontro desejante); *temporalidade* (já que falar em cuidado traz implícito o fluxo das ações e gestos no tempo); *não causalidade* (que advém da dificuldade de explicarmos a existência em termos de causa e efeito) e *responsabilidade* (porque cuidar implica projetar com responsabilidade).

Ao abordar o cuidado como categoria genealógica, Ayres apresenta a categoria foucaultiana do ‘cuidado de si’, considerada uma das “artes da existência”. Assim, Foucault retorna às culturas greco-romanas para mostrar a ênfase na liberdade e na produção de si mesmo⁹. Estudando os séculos I e II (da era cristã), Foucault localiza nesse período o que, a seu ver, irá constituir a emergência histórica da experiência social de construção do lugar do eu e do outro, sob a forma de saberes e práticas⁹.

Para Foucault, os estudos e análises da civilização greco-romana, sobretudo nos gregos, apresentam a ideia de que, para se conduzir bem, para praticar adequadamente a liberdade, era necessário ocupar-se de si mesmo, cuidar de si; e ao mesmo tempo, essas ‘práticas de si’ estariam presentes no trabalho do sujeito para se conhecer e para se formar, para superar-se a si mesmo, para dominar em si os apetites que poderiam arrebatá-lo⁴. Na Antiguidade, a ética como prática racional da liberdade girou em torno desse imperativo fundamental: “cuida-te de ti mesmo”; para essa civilização, não

de poder presentes em qualquer relação, ou seja, administrá-los no sentido da não dominação. Nesse sentido, é preciso colocar esse problema em termos de regras de direito, de exercícios de cuidado de si e de práticas de liberdade, trata-se de exercer uma nova ética com o mínimo de dominação. As políticas de humanização e as práticas de cuidado tratam de uma construção de vários níveis, entre eles a construção de uma comunicação na qual há transparência nas palavras do discurso: *“Aquele que tem a possibilidade de formular verdades também tem um poder; o poder de poder dizer a verdade e de expressá-la como quiser”* (p. 283)⁴.

Para o autor, *“este é efetivamente o ponto de articulação entre a preocupação ética e a luta política pelo respeito dos direitos; é o ponto de articulação entre a reflexão crítica contra as técnicas abusivas de gestão e a investigação ética que permite instituir a liberdade individual”* (p. 286), no nosso tema, relacionada aos processos de atenção e tratamento⁴.

Retornando às categorias utilizadas por Ayres para discutir a noção de cuidado, apresentamos a categoria crítica⁹. Nesta, Ayres retoma a progressiva dificuldade das ações de assistência à saúde se provarem simultaneamente racionais, sensíveis às necessidades e cientes dos próprios limites⁹. Segundo o autor, se, por um lado, os avanços tecnológicos ampliaram o poder de diagnose, o atendimento precoce, o aumento de eficácia, eficiência e precisão, melhorando a qualidade de vida, por outro, há limites importantes no que se refere à fragmentação do cuidado, à demanda por exames complementares, ao encarecimento do tratamento e à desatenção aos aspectos psicossociais do adoecimento.

A partir do exposto anteriormente, Ayres propõe uma perspectiva de reconstrução das práticas de saúde a partir de uma concepção de cuidado como *“uma potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnologia médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz”* (p. 85)⁹. Retoma, assim, que o cuidado em saúde deve levar em consideração e participar da construção de projetos humanos, projetos existenciais, projetos de feli-

cidade; enfim que se encarreguem de dialogar com a concepção de vida daquele a quem prestamos assistência.

Ayres identifica três desafios para a referida reconstrução: o *voltar-se à presença do outro*, que envolve o acolhimento, o vínculo e a responsabilização na organização da assistência à saúde; o *otimizar a interação*, que envolve a escuta e o potencial dialógico do atendimento em saúde para uma comunicação efetiva; e o desafio de *enriquecer horizontes*, que implica a expansão de saberes e práticas por meio de ações e olhares interdisciplinares e intersetoriais e pelo o que o autor nomeia de *pluralidade dialógica*, entendida como “a abertura dos espaços assistenciais a interações dialógicas por meio de linguagens outras, como a expressão artística, o trabalho com linguagens corporais e mesmo outras racionalidades terapêuticas” (p. 89)⁹.

É importante assinalar, por fim, que o ato de cuidar tem como meta claramente demarcada a satisfação de uma necessidade/direito do usuário. Conforme aponta Merhy, os usuários reclamam mais da falta de interesse e responsabilização pelos diferentes serviços do que pela falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento¹². Essa questão traz implícita uma questão de gestão dos serviços de saúde, e com a qualidade da escuta oferecida pelo serviço. Assim, Merhy defende que o processo de produção de atos de saúde deve ser usuário-centrada, e não procedimento-centrada, senão o usuário sai com o procedimento realizado, mas com suas necessidades e direitos não atendidos¹². Contudo, aponta a necessidade de se combinar, em níveis ótimos, a capacidade de se realizar procedimentos e produzir cuidado. Diante da complexidade dos cuidados de saúde, Merhy propõe uma conformação adequada da relação entre as tecnologias duras (que envolvem o uso das ferramentas, máquinas), leve-duras (que envolvem os saberes profissionais bem estruturados) e leves (que envolvem as relações de acolhimento, vínculo e responsabilização), cuja articulação pode produzir qualidade ao cuidado oferecido pelo sistema¹².

Merhy aponta três questões básicas a serem consideradas para a promoção da qualidade do ato de cuidar¹². São elas: a micropolítica dos processos de trabalho e a configuração

tecnológica da produção dos atos de saúde (profissionais envolvidos, saberes incorporados, representação dos processos saúde-doença, entre outros); a gestão do cuidado e o diálogo entre os interesses do usuário, os interesses corporativos e os organizacionais e a composição da caixa de ferramentas necessárias para os gestores dos serviços de saúde.

Ao discutirem a integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar, Cecílio e Merhy propõem sua articulação *no* hospital e *a partir do* hospital e no sistema de saúde¹³. A busca da integralidade *no* hospital é por eles entendida como a síntese dos múltiplos cuidados, em resposta à crescente fragmentação do cuidado pelos diferentes profissionais e especialidades. Entretanto, criticam que se pense o trabalho em equipe como uma somatória de ações dos diferentes profissionais como se estivesse numa linha de montagem, cuja meta é a cura. Ao contrário, Cecílio e Merhy defendem a reflexão sobre a micropolítica dos processos de trabalho que possibilite uma ação em concerto dos diferentes profissionais, favorecendo assim a integralidade do cuidado¹³.

Quando a atenção hospitalar é pensada no campo da produção do cuidado à saúde, Cecílio e Merhy apontam a importância da transversalidade do cuidado e do trabalho em rede, da qual o hospital é apenas uma estação¹³. Defendem, assim, que a gestão hospitalar organize-se a partir de *linhas do cuidado* que percorrem de forma transversal as várias unidades de saúde do hospital e de outros serviços de saúde. A ideia de linha de cuidado mostra-se importante em termos gerais na gestão da atenção hospitalar; contudo, se pensarmos no tratamento das pessoas com câncer, ela mostra-se um recurso particularmente interessante, considerando a variedade dos procedimentos, tratamentos e acompanhamentos por que passa a pessoa e a dispersão frequente em termos de locais e serviços com que eles acontecem.

A Política Nacional de Humanização: Norteadores e Estratégias

A PNH, também chamada de HumanizaSus, foi criada em 2004 e é uma política que se propõe a operar transversalmente

o Sistema Único de Saúde (SUS), visando seu aperfeiçoamento¹⁴. Ela vem substituir o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado em 2000, transformando, portanto, o *status* de programa, focado na assistência hospitalar, pelo de política, dirigida ao conjunto das ações da rede do SUS. A PNH assume, enquanto política transversal, a responsabilidade de introduzir a humanização como uma diretriz de trabalho que, dialogando com os princípios do SUS, venha a produzir novos modos de operar a produção do cuidado em saúde em todas as esferas do sistema¹⁴. Espera-se que sua implementação venha a qualificar a atenção e a gestão da saúde, garantindo aos usuários assistência integral e equidade, com responsabilização e vínculo e, aos trabalhadores, a valorização de seu trabalho e uma gestão democrática¹⁴.

Mas como isso pode se dar nos equipamentos e no cotidiano das práticas? O primeiro passo é buscar enfrentar, a partir da reflexão e da relação dialógica, a fragmentação dos processos de trabalho, que esgarçam as relações entre os diferentes profissionais de saúde e os usuários, que estilhaçam o trabalho em equipe e impedem a construção de um preparo para lidar com a dimensão subjetiva que compõe a atenção em saúde e que, na velocidade das práticas, fica fragilizada. A construção de tempo e espaço para as reflexões das ações cotidianas solicitadas e desenvolvidas associa-se às trocas dialógicas sobre os pacientes, sobre as características e demandas da população atendida, sobre as interferências da organização institucional, que impede certos processos e fluxos. Há uma observação e um cuidado nas relações sujeito-sujeito, que se estabelecem no encontro com o outro, de forma singular, e levam em consideração os aspectos subjetivos, que revelam aspectos da historicidade dos sujeitos e desvelam saberes. A partir dessas trocas e de uma escuta organizada, várias camadas e níveis de cuidado serão tocados e compartilhados e uma nova tessitura das matérias cotidianas poderá ser exercida.

Assim, a PNH tem como proposta envolver os diferentes atores que transitam pelo sistema, aumentando seu grau de

corresponsabilidade, de forma que aconteça mudança substantiva na cultura da atenção à saúde e promova transformações na gestão dos processos de trabalho¹⁴. Implantar uma política de humanização é uma construção coletiva que operará em diferentes níveis. A PNH tem como pressuposto que a Humanização supõe uma troca de saberes, que envolve a todos (equipe, usuários e sua rede social), na busca de desenvolver o diálogo, modos de trabalhar em equipe, ampliação dos espaços de troca, levando em conta necessidades e interesses e buscando constituir novos sentidos para todos os sujeitos envolvidos¹⁴. Propõe a criação de uma rede de humanização do SUS, que seja uma rede de construção permanente de laços de cidadania. Como toda a rede, a de humanização tem como pressuposto garantir a conectividade, favorecendo os processos de troca em uma proposta de *“olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como um sujeito coletivo, sujeito da história de muitas vidas”* (p. 4).

Partindo da compreensão da necessidade das construções compartilhadas, busca-se uma mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos com ênfase na atenção ao vínculo com os usuários; na garantia dos seus direitos; no estímulo para que eles se coloquem cada vez mais como protagonistas do sistema de saúde, na construção de melhores condições para que os profissionais realizem os seus trabalhos de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como cogestores dos processos de trabalho. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente a atenção aos modos como tais processos se dão, devem confluir na construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira que não podemos nos furtar. Nesse fluxo, a corresponsabilidade dos diferentes atores é essencial, pois amplia as possibilidades de avaliar e identificar com atenção os pontos de bloqueio do poder no sistema relacional e encontrar estratégias que operem de forma a desmanchar esses bloqueios ou suavizá-los para que a saúde possa ser produzida.

Para Foucault, é certamente nesse cenário que é possível deslocar sentidos e, de uma maneira ou de outra, operar contra os efeitos de dominação, que podem estar ligados às estruturas burocráticas, tecnológicas e/ou institucionais encarregadas da produção de saúde, com o cuidado de que nessas novas formas de interação não sejam gerados outros esquemas que operem da mesma forma, que não mostrem quais são suas consequências⁴. A corresponsabilização de vários atores visa mostrar que há outras possibilidades, ensinando às pessoas o que elas ignoram sobre sua própria situação, sobre as condições de trabalho, sobre o distanciamento e a dominação intrínsecos ao sistema. A análise e a discussão das tecnologias de gestão e de cuidado são necessárias. Para Foucault, elas ocorrem em três níveis: a discussão e criação das relações estratégicas, a revisão das formas de gestão e a avaliação dos estados de dominação⁴.

Nesse sentido, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, a humanização se estabelecerá também como um grupo de trabalho que desempenhará um conjunto de práticas pelas quais é possível constituir, definir, organizar, instrumentalizar as estratégias que os indivíduos, com mais liberdade, podem ter uns em relação aos outros. Para sua implantação, buscou-se disparar os processos de humanização a partir de quatro marcas específicas: redução de filas e tempo de espera com ampliação de acesso e atendimento acolhedor e resolutivo com base no critério de risco; referências profissional e territorial; instrumentalização a partir da informação e gestão participativa de trabalhadores e usuários, com educação permanente. Nesse âmbito, a atuação também foi problematizada com a orientação de que possa ocorrer a partir do conceito de clínica ampliada e abordar vários eixos: o compromisso com o sujeito e seu coletivo, o estímulo de diferentes práticas terapêuticas, a corresponsabilidade de gestores e o efetivo envolvimento de trabalhadores e usuários no processo de produção da saúde. Isso implica promover uma ambiência acolhedora e confortável e adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade dos sujeitos; implica ainda sensibilizar as equipes de saúde ao problema da

978-85-7241-879-9

violência intrafamiliar e à questão dos preconceitos na hora da recepção e dos encaminhamentos e, também, implantar sistemas de comunicação e informação que promovam o autodesenvolvimento e ampliem o compromisso social dos trabalhadores de saúde.

Durante sua implantação em 2004, as ações propostas foram: garantir a inclusão de estratégias da política nos planos estaduais e municipais de saúde; consolidar e expandir os grupos de trabalho de humanização; dar apoio e tornar públicas experiências exitosas; instituir mecanismos e parâmetros de acompanhamento e avaliação; desenvolver campanhas de humanização e instituir prêmios; desenvolver página virtual do ministério, entre outras.

Desde o início da implantação da PNH, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde tem sistematicamente disponibilizado virtualmente material de apoio, na forma de cartilhas que procuram apresentar algumas das metodologias e estratégias propostas pela PNH, como a ambiência, o acolhimento nas práticas de produção da saúde, a clínica ampliada, a equipe de referência, o projeto terapêutico singular, a constituição das redes de saúde, a visita aberta e o direito ao acompanhante¹⁵.

Nos serviços de oncologia, as políticas de humanização exercem uma ação de apoio à recepção dos usuários, e aqui a qualidade do acolhimento atuará como fator de ligação das medidas de suporte, que poderão dar sustentação à necessária articulação do conjunto de ações específicas relacionadas ao cuidado das condições físicas, psicológicas e sociais dos pacientes que necessitam receber as diversas modalidades terapêuticas indicadas. O acolhimento é um gesto inaugural na recepção de alguém que sofre, que marca uma responsabilidade, uma singularidade, um saber. É por meio desse gesto que se acolhe o sofrimento e no ato compartilhado dessa condição humana, repleta de saber, faz com que a experiência difícil seja possível de ser ultrapassada. É a partir da qualidade do acolhimento que o encontro com o outro se dá, é esta qualidade que permite o gesto humano com a singularização necessária e traz à luz o sofrimento, que é inerente à experiência humana; ela está presente transversalmente em

todas as ações e práticas nas diferentes especificidades que o campo comporta.

Para Safra, todo o sofrimento é uma forma de saber; quando alguém sofre, há um saber que a pessoa nem sempre pode se apropriar¹⁶. Ao compartilharmos as cenas de sofrimento, compreendemos que a pessoa nunca fala só a partir de si, mas sempre fala por muitos de um grupo. Compreendemos uma pessoa pelo registro comunitário no qual ela vive – registro que se dá para além do sujeito. Dessa forma, as políticas de humanização preparam os serviços para acolherem o ser humano em sua singularização, ampliando a compreensão dessa função, pois cada um de nós só faz, só realiza aquilo que as relações ajudaram a constituir. Nós somos frutos do encontro com outros seres humanos. O encontro com o outro é fundamental para atravessarmos muitas questões da vida. Os serviços de oncologia acolhem questões existenciais fundamentais: tratam da corporeidade, da morte, da sobrevivência, do relacionar-se com o outro. Tratam também das questões de vida. Nesse contexto, as políticas de humanização fornecerão também elementos e instrumentos de simbolização, apresentarão referências às experiências emocionais que passam a ser nomeadas, quando certas imagens são compartilhadas, quando os diferentes atores dessas práticas podem ofertar um campo simbólico que se transmite na experiência, na construção de imagens que auxiliam na elaboração do vivido, dando contornos às experiências com os diagnósticos e tratamentos característicos e específicos desse campo.

HUMANIZAÇÃO E CUIDADO: CONSTRUINDO DIÁLOGOS COM A TERAPIA OCUPACIONAL

Ao revisitarmos os pontos de sustentação, para o pensamento e a reflexão, sobre humanização e cuidado e em especial sobre a PNH, encontramos várias ressonâncias com a história da constituição da terapia ocupacional e com sua configuração atual. Identificamos nas ações dos terapeutas ocupacionais uma facilidade para compor e conduzir determinadas frentes

na implantação dessa política, pois nos deparamos com uma série de aspectos já assimilados nas ações práticas desenvolvidas por esses profissionais. Entre elas destacamos três eixos de intervenção: em primeiro lugar, a elaboração de propostas com ações centradas na singularidade dos atores implicados no processo de produção de saúde; em segundo lugar, estão as possibilidades políticas em se alterar uma determinada lógica nas práticas de atenção que, em geral, refletem uma ordem autoritária e produzem sujeitos cerceados, fragmentados e incapazes e o terceiro aspecto trata da urgência de instaurar, no interior dos serviços, espaços de liberdade, capazes de acolher, amparar, sustentar e dar significado à presença e às ações de profissionais de saúde, gestores e pacientes, ao considerar suas dimensões subjetivas e singulares¹⁷.

A Terapia Ocupacional e as práticas de humanização e cuidado que compõem as ações da Política Nacional de Humanização têm em comum as formas de propor e rever as ações em saúde, as possibilidades de composição interdisciplinar e as práticas de elaboração de projetos pontuais e singulares. Há aqui um encontro possível para intervir em cenários complexos, cuja trama exige múltiplas conexões e diversos desdobramentos nas intervenções. Dessa forma, podemos pensar que, numa constelação de produção coletiva, todos os atores do processo de construir saúde possam ter participação ativa. Para Furtado, a interdisciplinaridade não surgiu por acaso, ela é fruto de movimentos históricos, onde o trabalho coletivo embasa novos agenciamentos¹⁸. São composições que nos levam a “escavar, especular, circular” numa relação espaço-temporal e tornam possíveis produzirmos estratégias, práticas e novos sentidos em ambientes nos quais se deseja que a saúde possa se produzir efetivamente. Há aqui possibilidade de desconstrução de lógicas institucionais, nos mais variados níveis. Projetos singulares e específicos aos diferentes contextos institucionais podem contar com a formação dos terapeutas ocupacionais, trabalhada na perspectiva da construção dos direitos e também instrumentalizada com o conceito de clínica ampliada, ancorando dessa forma as reestruturações da política de humanização.

Para Reis, Marazina e Gallo, um outro espaço no qual a humanização enfrenta uma batalha cotidiana é o da gestão das práticas¹⁷. Para os autores, há todo um “*sistema de pensamento plasmado num sistema de gestão que abrange desde a maneira pela qual o profissional se posiciona até a elaboração de planejamentos institucionais, locais e gerais*” (p. 42)¹⁷. É nesse âmbito que a incorporação de certos saberes e práticas e a invenção de novos dispositivos são decisivas para intervir na gestão institucional dos problemas e realizar a humanização como instância de libertação. O exercício das práticas em terapia ocupacional em geral se dá numa organização compartilhada que sustenta fazeres, participação e transformações, o que abre a constituição de paisagens de gestão de processos por meio da corresponsabilidade, vinculação solidária e participação coletiva. Tanto nos processos de humanização e cuidado quanto nas composições de terapias ocupacionais, há a instauração de transferência de poderes, o que envolve riscos e responsabilidades, para um poder compartilhado no qual diferentes instâncias – profissionais, pacientes e gestores – “*possam sustentar o delicado processo de prevenção e assistência*” (p. 42)¹⁷.

No campo da Terapia Ocupacional, há o acúmulo de estudos e reflexões que problematizam e ampliam a compreensão das diversas formas e possibilidades dos sujeitos realizarem atividades humanas, e é a partir de seu enfoque, e de uma atenção em como ela é realizada ou possibilitada, que se opera uma abertura para a produção dos sujeitos, da saúde e de acontecimentos. A compreensão sobre o homem em atividade e ação foi formada a partir da interação de discursos de diversos saberes, o que possibilitou uma visão integrada dos sujeitos em sofrimento e toda uma atribuição de nexos estabelecidos entre os sujeitos que sofrem, as atividades humanas e os processos de recuperação e de produção da saúde. É com a atividade humana que o homem tem a possibilidade de mudar as maneiras pelas quais age no mundo, de estabelecer relações mutáveis, que por sua vez alteram maneiras de perceber, pensar e sentir. A atividade humana é relacional, instaura aprendizagens de si, do outro, das técnicas, dos

instrumentos, do território, e facilita novas experiências relacionais. A partir dela também observamos traços de afetividade que se enriquecem e aumentam a potência de ação e criação da existência.

Para Machado, a Terapia Ocupacional construída na atualidade tenta explicar e dar sentido à vida afirmando a importância de uma diversidade dos fazeres que estão ancorados no cotidiano e na cultura humana e que podem estabelecer uma espécie de integração ‘ecológica’ das diversas atividades humanas¹⁹. Para o autor, é a diversidade integrada dos fazeres que opera a favor da vida, potencializando-a.

Tudo aquilo que o homem faz para dar conta da sua sobrevivência, da sua própria história, para ampliar a qualidade de sua existência, suas experiências subjetivas e sua participação no mundo é objeto da atenção realizada pelos terapeutas ocupacionais, que, com suas formas de compreender e intervir, podem aumentar a potência de agir das pessoas atendidas e instaurar aberturas para a expressão e a liberdade, com autonomia, protagonismo e responsabilidade. Na terapia ocupacional, o cuidado com a atividade humana e sua importância nas diferentes esferas do viver se faz de modo que ela possa tornar-se “uma senha” que favoreça a entrada e crie aberturas no mundo humano. Nesse âmbito, há uma valorização dos cuidados de si, das atividades da vida cotidiana e de sua organização, em que a gestão dos tempos e dos espaços dá novos contornos às múltiplas formas de existência, que são observadas, acompanhadas e problematizadas.

Para Quarentei *“a vida humana constitui-se em uma de suas dimensões num continuum incessante de atividades”* (p. 1), atributo que conecta os terapeutas ocupacionais num exercício profissional que as relaciona com a produção de vida, com os modos de estar no mundo e ainda com os modos de invenção de novas formas de viver²⁰. A atividade humana é, portanto, da ordem dos sujeitos e do coletivo, perpassada por “fluxos de sentidos” subjetivos, culturais, históricos, sociais, compondo múltiplos “territórios existenciais”. Para a autora, estamos o tempo todo em atividade, mas efetivamente em múltiplas atividades²⁰:

“As atividades humanas são matérias de vida, não únicas... mas matérias de vida. São acontecimentos de vida com dupla vinculação: estão ligadas à necessidade, isto é, ao que é necessário à continuidade seja do ponto de vista da sobrevivência, do crescimento, da sociedade, da cultura, etc... e estão também ligadas a algo que guarda um mistério... a criação de mais-vida em tudo que é vivo” (p. 8).

Dessa forma, podemos pensar que a atividade humana que realizamos, inventamos ou reinventamos são *“efetuações das potências de duração e criação, de conservação e inovação presentes no vivo”* (p. 8)¹⁸.

Uma atividade realizada pode abrir muitas novas possibilidades e desdobramentos do viver. São camadas do viver que engendra vidas, mundos e sentidos. Nesse contexto, a questão de aberturas de espaços para a convivência é central, pois as pessoas atendidas apresentam necessidades reais de participação no mundo. Ocorre, portanto, um olhar sobre as relações do homem com o seu entorno mais próximo e com o seu contexto sociocultural, e a intervenção traz um exercício que produz uma variabilidade de transformações.

Para Guatarri, na contemporaneidade observamos cada vez mais a disponibilização da atividade humana potencial, o que nos abre a possibilidade de novas articulações ético-políticas, cuja finalidade é a de reorientar as formas de relação estabelecidas com o meio ambiente, transformar as relações sociais e potencializar a produção subjetiva²¹.

Os terapeutas ocupacionais estão ligados, portanto, à construção de uma experiência profissional que instaura um conjunto de práticas em saúde, assim como as ações de humanização anteriormente problematizadas, que são realizadas a partir de múltiplas orientações. Entre elas podemos ressaltar ações de acolhimento, de atenção, de escuta, de construção vincular, de cuidado, nos fazeres nas atividades humanas, na construção de projetos. Historicamente, a inserção do terapeuta ocupacional no campo da saúde mental trouxe para as ações do terapeuta ocupacional todo um repertório e uma atenção às subjetividades e às suas formas de produção, ao

trabalho de singularização, à importância das produções concretas e das produções simbólicas e das trocas sociais, desenvolvidas a partir de projetos compostos pela tessitura de muitos atores. Podemos ainda fazer referência a uma outra marca da profissão, que em sua formação na atenção em saúde, educação ou na esfera social enfatizou ações tecidas conjuntamente com as pessoas atendidas, incorporando aspectos subjetivos e a singularidade de processos e, em geral, realizando um cuidado no acompanhamento da rede de participação sociocultural dos sujeitos. Nessas práticas, estabelecem-se várias cenas de composição com outros profissionais, abrem-se relações dialógicas e de negociação, que renovam cotidianos institucionais, as formas de atender e o convívio humano.

Não seria diferente na atenção às pessoas com câncer. O adoecer faz parte da processualidade própria do viver, apesar de que, em sua instauração, surja como o invasor que busca engendrar no viver a sua própria dinâmica. Sem dúvida, o adoecimento causa rupturas e mudanças de percurso e estabelece uma nova cotidianidade, que passa a ser ditada pela rotina do tratamento. Instaure-se assim um conjunto de novas atividades que chamam ao cuidado de si e que demandam espaço e tempo próprios, negociando território com os projetos de vida da pessoa. A contribuição da terapia ocupacional coloca-se essencialmente nesse domínio. Traz no bojo de sua prática a oferta de escuta e acolhimento à forma singular com que cada um vive o 'ter câncer' e enfrenta a demanda pela reconfiguração de seus projetos de vida, seja temporária ou permanentemente. A ação profissional pode contribuir, portanto, para a organização de estratégias de enfrentamento das novas necessidades que se colocam, dentre as quais colaborar para a tessitura de uma rede de suporte. Ao mesmo tempo, convida a resgatar, como diz Quarentei, "*a criação de mais vida em tudo que é vivo*" (p. 8)²⁰. Sendo parte da processualidade do viver, o adoecimento recoloca também possibilidades de reinvenção de si mesmo, de retomada de antigos projetos, de desejos que foram esquecidos ou abandonados. A perspectiva da finitude da vida, que se coloca de forma sofrida no processo de adoecimento, acena com a

chance de se redimensionar os acontecimentos da vida, reatualizar o diálogo com os entes queridos, recriar possibilidades de transformação pessoal, relacional e ocupacional.

Nesse entorno de delicadezas e sutilezas provocadas pelo adoecimento, o tratamento do câncer faz contraponto por sua dureza, pelos mal-estares que provoca, pelas mudanças corporais que ocasiona, pela contundência e imediatez com que se instaura, pelo imaginário que suscita. Sontag, ao falar da doença como metáfora, aponta que no câncer retoma-se as ideias de controle e comando, próprias da linguagem militar: as células malignas são “invasoras”, as células do tumor original “colonizam” tecidos e órgãos distantes, os pacientes são “bombardeados” pela radioterapia, já que se busca “matar” as células cancerosas, devendo se aceitar com naturalidade os “danos colaterais” na “guerra” contra o câncer²². Pessoas com câncer são, portanto, convocadas à luta contra a doença, de forma contundente e imediata, já que “não há tempo a se perder”. Assim, enquanto ainda elaboram o processo por que passam, são solicitadas, dentre outras coisas, a participar das escolhas dos procedimentos terapêuticos a que vão se submeter. Falar de humanização do cuidado da pessoa com câncer, portanto, é convidar a equipe de saúde à reflexão sobre o que tais situações provocam, sobre uma construção permanente de estratégias de cuidado que garantam acolhimento e escuta, buscando assim o efetivo exercício de uma clínica ampliada.

Siqueira, Barbosa e Boemer, em seu artigo sobre o “viver a situação de ser com câncer”, colocam-se a escutar a experiência dessas pessoas diante do diagnóstico, dos métodos de tratamento e do empenho de encontrar novos caminhos para o cuidado²³. Para as autoras, “*as restrições físicas e psíquicas decorrentes da doença implicam em mudanças significativas e podem levar a pessoa a tornar-se dependente ou afastar-se do convívio social*” (p. 93)²³. Essas experiências levam a sofrimentos de diversas ordens, que alteram ou interrompem projetos de vida, restringindo atividades e intensificando sentimentos de angústia e incerteza em relação às possibilidades existenciais. Muitas vezes, as atividades do

cotidiano ficam prejudicadas e o autocuidado e a necessidade de ajuda de outras pessoas para a sua execução “*provocam sentimentos de insuficiência e inferioridade*” (p. 96). Entre as mudanças vivenciadas pelos pacientes com câncer, as autoras relatam que a “*impossibilidade de trabalhar é algo que intimida e marginaliza*” (p. 97), acarretando ainda uma preocupação financeira ante as impossibilidades de prosseguir na vida produtiva. São aspectos que evidenciam que a doença provoca repercussões em toda a vida da pessoa, trazendo situações de dor e incapacidades que solicitam o acompanhamento e ações para a reconstrução e redimensionamento das perspectivas existenciais.

Menossi e Lima, ao estudarem as principais formas de sofrimento vivenciadas por adolescentes com câncer, identificaram, a partir das entrevistas coletadas, cinco principais causas: a hospitalização; a restrição às atividades cotidianas; a terapêutica agressiva; a alteração da autoimagem e o medo da morte²⁴. No caso da criança e do adolescente com câncer, a interrupção dos projetos de vida acontece mais intensamente no plano ‘do aqui e do agora’. A ruptura do cotidiano se dá de forma marcante na restrição ou impossibilidade de frequentar os espaços de convivência que constituem o viver infantil e juvenil. Assim, a restrição ou proibição de ida à escola, ao parquinho, à piscina, à praia, às festas e locais públicos densamente frequentados e ao sair independente do adolescente se revelam como medidas, para o viver da temporalidade própria da idade, *eternas*. Possibilitar, portanto, novas formas de convivência e participação social, que envolvam a criança e o adolescente com câncer e seus irmãos, familiares e amigos, mostra-se essencial para a construção de novas formas de viver. Igualmente, o impacto das mudanças na imagem corporal e dos sofrimentos causados pelos procedimentos de diagnose e terapia precisa ser abordado com a sutileza necessária à capacidade de compreensão da criança e do jovem, de forma a auxiliar na elaboração do vivido, no desenvolvimento de sua capacidade de negociação e comunicação, que pode se dar pelo faz de conta, pelo desenho, pela ato de contar histórias, pela conversa franca e

esclarecida, etc. O cuidado à criança e ao adolescente com câncer demanda, portanto, um cuidado delicado e apropriado à compreensão própria da idade e às suas formas de expressão e comunicação.

Por outro lado, apesar dos avanços consideráveis nos tratamentos de pessoas com câncer, o medo da morte e o medo de recidivas da doença também se destacam como fatores que necessitam de atenção e cuidado. Para Siqueira, Barbosa e Boemer, são situações que levam a experiências de fragilidade e de ansiedade e lembram-nos que a doença provoca uma agressão, uma descontinuidade *“entre o viver anterior e o presente, tornando o futuro incerto”* (p. 99)²³. Para as autoras, os profissionais de saúde que irão conviver com essas pessoas e se aproximar desses sentimentos necessitam resgatar o cuidado em seu sentido originário, *“um-modo-de-ser com solicitude que possibilite o compartilhar de experiências e, quando possível, o esclarecimento das dúvidas e incertezas que os angustiam”* (p. 99).

“O cuidado às pessoas com câncer implica em desenvolver a sensibilidade de olhar o paciente em sua fragilidade, como alguém dotado de consciência da situação em que se encontra e que necessita de cuidados direcionados para a sua esfera existencial e não somente para seu corpo físico. Torna-se necessário que os profissionais assumam o cuidado com solicitude, orientados pela consideração e paciência, tendo como base o sentido de temporalidade dessas duas palavras. A consideração seria a vivência solícita com um olhar no passado, nas experiências já vividas, enquanto que a paciência é a vivência solícita com um olhar para o futuro, para o que ainda está por vir” (p. 99)²³.

Vimos aqui alguns traços do cruzamento e as ressonâncias entre alguns aspectos: políticas de humanização, ações de terapia ocupacional, a atenção e a construção de linhas de cuidado para pessoas com câncer. Vimos também que há um conjunto de argumentos que se entrelaçam na tarefa sempre complexa de produzir novas orientações aos processos de

produção de saúde. O material selecionado e desenvolvido clarifica questões, problematiza o campo de atuação ressaltando aqui, num exercício dialógico entre humanização, cuidado e terapia ocupacional, a possibilidade de criação de um novo modo de fazer que pressuponha um “*reposicionamento dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde*” (p. 405)⁷.

Podemos dizer que as aproximações e os diálogos travados até aqui são múltiplos e afirmam o campo da saúde como uma realidade complexa que se faz constantemente e no qual convivem diferentes práticas, diferentes valores e diferentes atores comprometidos com o processo de produção e humanização da saúde. Concordamos, dessa forma, com Benevides e Passos⁷, quando dizem que:

“Humanizar ganha, então, este sentido de uma prática coletiva ou de um caminhando (hódos) que só coletivamente constrói suas metas (hódos-meta) [...] É só pelo ‘reencantamento do concreto’ que o conceito de humanização deixa o domínio abstrato dos princípios para se atualizar como política pública agindo nos e pelos coletivos. [...] Neste sentido, consideramos que diferentes lutas ressoam na direção da democratização das relações, fazendo com que políticas públicas de saúde estejam conectadas com todas essas outras lutas que no contemporâneo se sintonizam com a defesa da vida” (p. 406).

978-85-7241-879-9

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste capítulo foi a de introduzir o leitor no debate acerca da humanização do cuidado e estabelecer algumas conexões com a intervenção da terapia ocupacional junto às pessoas com câncer. Como dito anteriormente, as ideias acerca da humanização têm ressonância com a constituição histórica da profissão e sua conformação atual. Entretanto, é importante que os princípios em que se sustenta a PNH estejam claros e não se percam em estratégias de banalização da política, que se revelam na realização de atividades desprovidas do sentido de cuidar

e orientadas por intenções propagandísticas ou de maquiagem dos serviços e ambientes.

Humanizar o cuidado é resgatar o acolhimento, escuta e responsabilização que, com frequência, ficam relegados ao segundo plano, na medida em que os aparatos tecnocientíficos da medicina e das demais profissões da saúde continuam a priorizar e valorizar uma clínica centrada em procedimentos, em vez de uma clínica ampliada, centrada nos sujeitos. Fragmenta-se, assim, o cuidado e desconsideram-se os aspectos psicossociais do adoecimento, promovendo-se intervenções que tratam as pessoas sob tratamento como objetos de intervenções ou como mais um número dos protocolos médicos e de pesquisa.

A política de humanização convoca a se pensar a assistência a partir de outro ângulo, desconstruindo práticas institucionalizadas e possibilitando a reinvenção do cotidiano concreto. Pensar o cuidado ampliado convoca assim aos profissionais de saúde a construir intervenções que revelem outra qualidade do cuidado. Possibilitar a visita aberta e o direito ao acompanhante é uma das ações que resulta no trazer a rede social de suporte para a proximidade de pessoa hospitalizada. Construir projetos terapêuticos, que respeitem as singulares pessoais e os contextos sociais e culturais, é uma das estratégias que resultam em uma maior aderência e resolutividade do tratamento. Promover uma melhor ambiente é uma tática que diminui o sofrimento causado pela hospitalização, contribuindo para a modulação da dor e favorecendo para uma melhor resposta ao cuidado. Estabelecer equipes de referência e organizar prontuários transdisciplinares é uma forma de se facilitar a vinculação e a responsabilização, que resultam na melhoria das condições de saúde da pessoa assistida. Articular redes de suporte é uma iniciativa que garante a persistência do cuidado para além dos muros do hospital e das ações da equipe de saúde. Cuidar do cuidador e refletir e reorganizar os processos de trabalho são formas de promover a saúde de todos os envolvidos e possibilitar melhor resolutividade da atenção. Todas essas medidas são estratégias ao alcance dos profissionais de saúde e guardam

particular consonância com as práticas de cuidado habitualmente desenvolvidas pelos terapeutas ocupacionais.

A intervenção da terapia ocupacional junto às pessoas com câncer é um domínio de atuação na terapia ocupacional ainda em fase de consolidação. Portanto, investir na constituição de uma terapia ocupacional em oncologia construída nas bases da humanização do cuidado é estar em consonância com as preocupações contemporâneas e, ao mesmo tempo, com os valores que a terapia ocupacional nutre desde seu surgimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface Comun. Saúde Educ*, v. 9, n. 17, p. 389-397, mar/ago 2005.
2. GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974. 312p.
3. BASAGLIA, F. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. 326p.
4. FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade In: *Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p. 264-287.
5. DESLANDES, S. Humanização dos cuidados: explorando conceitos e conexões disciplinares. In: *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. cap. 1, p. 33-47.
6. BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
7. BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Réplica. *Interface Comun. Saúde Educ*, v. 9, n. 17, p. 404-406, mar/ago 2005.
8. DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
9. AYRES, J. R. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comun. Saúde Educ*, v. 8, n. 14, p. 73-91, set. 2003/fev. 2004.
10. AYRES, J. R. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. cap. 2, p. 49-83.
11. DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996. 232p.
12. MERHY, E. *O Ato de Cuidar: a alma dos serviços de saúde?* Disponível: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-05.pdf>. Acesso em: 08/03/2009.
13. CECÍLIO, L. C.; MERHY, E. E. *Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar*. Disponível: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>. Acesso em: 08/mar/2009.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização*. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_2004.pdf. Acesso em: 08/mar/2009.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Áreas Temáticas: BVS/MS/Humanização. *Publicações*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub_destaque.php. Acesso em: 08/03/2009.
16. SAFRA, G. *Psicologia Clínica: origem, fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Edições Sobornost, DVD, 2005.

17. REIS, A. O.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde Soc.*, v. 13, n. 3, p. 36-43, set/dez 2004.
18. FURTADO, E. A. Corpo, história e atividade humana na construção do saber em terapia ocupacional: por uma arqueologia da ocupação humana. In: X CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 2007. Goiânia. *Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional: contextos, territórios e diversidades*, 2007, CD-ROM.
19. MACHADO, M. V. Corpo, história e ação humana na construção de fundamentos para a terapia ocupacional: territórios, existências, faberdiversidade e arqueologia da ocupação. In: X CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 2007. Goiânia. *Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional: contextos, territórios e diversidades*, 2007, CD-ROM.
20. QUARENTEI, M. S. Do ocupar a criação de territórios existenciais. In: X CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 2007. Goiânia. *Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional: contextos, territórios e diversidades*, 2007, CD-ROM.
21. GUATARRI, F. *As Três Ecologias*. São Paulo: Editora Papyrus, 1990. 56p.
22. SONTAG, S. *A Doença como Metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984, p.108.
23. SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BOEMER, M. R. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns des-velamentos. *Rev. Latino-amer. Enfermagem*, v. 15, n. 4, p. 93-100, jul/ago 2007.
24. MENOSSI, M. J.; LIMA, R. A. A problemática do sofrimento: percepção do adolescente com câncer. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 34, n. 1, p. 45-51, mar., 2000.