

A pessoa das fichas: o lugar da burocracia nos processos de saúde-doença

WAGNER GUILHERME ALVES DA SILVA

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

wagnergas@hotmail.com

DOI 10.11606/issn.2316-9133.v29i1p38-52

resumo Este trabalho tem por objetivo analisar as complexas relações administrativas num Centro de Reabilitação para o Trabalho que transformam pessoas em pacientes, e a dor em casos médicos. Na raiz desse procedimento, encontra-se variados mecanismos de representação social das pessoas por meio de fichas administrativas que constroem pessoas por meio do retrato empreendido por um analista da situação de adoecimento do trabalhador. Verificou-se que o chamado nexos causal entre adoecimento e condições de trabalho realizado pelo médico do Centro está profundamente relacionado com as representações grafadas nas fichas, orientadas por noções como autonomia e independência, valores da ideologia do individualismo. Desse modo, o trabalho, o corpo e a dor retratados nas fichas respondem não apenas ao registro objetivo de situações narradas, mas, sobretudo, são informados por quadros mais amplos como formações universitárias, religiosas e visões de mundo. Ademais, percebeu-se que o diagnóstico é empreendido por diferentes agentes sociais, em diferentes escalas que, ao preencherem as fichas, vão construindo enquadramentos por meio dos quais o "o caso" clínico se faz inteligível. Em sendo assim, interessa-me aqui perseguir o processo de produção social de pacientes por meio de representações em prontuários, laudos, atestados e demais documentos.

palavras-chave Dor. Pessoa. Adoecimento no trabalho. Burocracia. Estado.

People from the files: bureaucracy and the processes of health-disease

abstract This paper analyzes the complex administrative relationships in a Rehabilitation Center for Work. In such a place a person is turned into patient, and pain into medical cases. At the root of this procedure, there are various mechanisms of social representation of people through administrative files that build people through the portrait undertaken by an analyst of the worker's illness situation. It was found that the so-called causal nexus between illness and working conditions performed by the doctor at the Center is deeply related to the representations graphed in the files. It is guided by notions such as autonomy and independence, both values of the ideology of individualism. In this way, work, body and pain portrayed in the files respond not only to the objective record of

narrated situations, but, above all, they are informed by broader frames such as university, religious and worldviews. Furthermore, it was noticed that the diagnosis is undertaken by different social agents, at different scales that, when filling out the forms, build frames through which the clinical "case" becomes intelligible. Therefore, I am interested in pursuing the process of social production of patients through representations in medical records, reports, certificates and other documents.

keywords. Pain. Personhood. Laboral illness. Bureaucracy. State.

Las personas y sus registros: el hogar de la burocracia en los procesos salud-enfermedad

resumen Este artículo analiza las complejas relaciones administrativas en un Centro de Rehabilitación para el Trabajo. Las relaciones transforman a las personas en pacientes y el dolor en casos médicos. En la raíz de este procedimiento existen varios mecanismos de representación social de las personas a través de registros administrativos que construyen personas por medio del retrato realizado por un analista de la situación de la enfermedad del trabajador. Se descubrió que el llamado nexo causal entre la enfermedad y las condiciones de trabajo realizadas por el médico del Centro está profundamente relacionado con las representaciones en los registros. Son representaciones guiadas por nociones como las de autonomía e independencia, valores de la ideología del individualismo. De esta manera, el trabajo, el cuerpo y el dolor retratado en los registros responden no solo al registro objetivo de situaciones narradas, sino que, sobre todo, están informados por marcos más amplios como la universidad, las religiones y las cosmovisiones. Además, se observó que el diagnóstico es realizado por diferentes agentes sociales, a diferentes escalas que, al completar los formularios, crean marcos a través de los cuales el "caso" clínico se vuelve inteligible. Por lo tanto, estoy interesado en seguir el proceso de producción social de pacientes a través de representaciones en registros médicos, informes, certificados y otros documentos.

palabras-clave: Dolor. Persona. Enfermedad en el trabajo. Burocracia. Estado.

Introdução

Meu primeiro contato com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) em janeiro de 2018 em uma cidade do oeste paulista foi marcado pela forte presença da burocracia administrativa. Ao ser apresentado, em meu primeiro dia em campo, ao conjunto de regras, normas, modos de fazer e legislações que sustentam este serviço ficava em mim a compreensão do Cerest enquanto um "bem" de Estado, um "bem de cuidado" (VIANNA, 2002) oferecido a trabalhadores adoecidos em razão das condições do trabalho. Nem todos os trabalhadores adoecidos podem acessar este bem, na medida em que se constitui enquanto uma rede especializada, de modo que seus usuários precisam ser encaminhados pelo serviço básico de saúde, como veremos.

Como espaço de sociabilidade, o Cerest reúne modos de fazer, terapêuticas, histórias, emoções e trajetórias de vida que são inscritas em rubricas administrativas por meio do

preenchimento de fichas e formulários que tem por objetivo acompanhar o caso clínico, mas também produzi-lo discursivamente (FREIRE, 2016; PEIRANO, 2006). A partir das ações terapêuticas, das reclamações, consultas e saberes, a instituição ganha forma e se faz publicamente enquanto um centro de saúde destinado ao tratamento de agravos¹ do trabalho, faz-se enquanto um “centro exemplar”: “nunca plenamente atingido, mas também nunca totalmente desacreditado do Estado ou da lei como deveriam ser” (VIANNA, 2013, p.18; FERNANDES, 2019).

Ter acesso a esta instituição, habitá-la, implica em acesso rápido e mais fácil a um conjunto de outros recursos como exames de média e alta complexidade, tratamento em fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicológico. Não que estes serviços sejam apenas ofertados por esta rede, ocorre que o acesso a eles é mais rápido, sem filas exorbitantes na medida em que o número de pacientes é menor que o da rede básica, e também porque cotas específicas de exames são oferecidas para ao Centro pela Prefeitura Municipal, o que implica em uma certa “autonomia” administrativa.

O conjunto dos usuários deste serviço, que chamo de trabalhadores-pacientes², se fazem por meio de encaminhamentos da rede básica de saúde na ocasião de suspeita de nexos causais entre dores reclamadas e condições de trabalho. Em geral, os encaminhamentos são feitos por médicos como consequência da recorrência das mesmas reclamações, contudo, a alta variabilidade de profissionais e locomoções de médicos entre postinhos de saúde não permite com que um caso seja acompanhado por um único profissional, o que dificulta o estabelecimento deste “nexo”. Assim, parte do trabalho do Cerest deste município é o de conscientizar os atendentes e balconistas que recebem prontuários, fichas para que encaminhem ao Centro casos em que suspeitem se tratar de consequências do trabalho.

O encaminhamento é uma das muitas fichas enfrentadas pelos potenciais pacientes do Centro, que são submetidos a inquirições a respeito de suas situações laborais, físicas, históricos de saúde familiares. Preenchidas por muitos atores em circunstâncias que antecedem a consultas, as fichas produzem regimes discursivos que oferecem ao médico que as recebe antes da anamnese um certo “frame/enquadramento” (GOFFMAN, 2002), decisivo para o destino das demandas e para a construção do “paciente” e do “caso” do Cerest.

Deste modo, este artigo analisará os processos de diferenciação social da pessoa em um universo de forte interferência dos termos da biomedicina, onde “papéis” e documentos não são apenas atos administrativos, mas geram acesso à direitos Assim, defendo que no Cerest distintos modelos de corpo, de pessoa e dor coexistem e estão em disputa para determinar de maneira mais contundente o destino das produções administrativas que se faz das pessoas.

¹ A categoria agravos foi reivindicada pela equipe de profissionais do Cerest como sendo mais adequada do que o termo doença. Para a equipe, agravo é um termo de respaldo administrativo, que consta nas fichas, além do fato de estabelecer discursivamente a diferença entre esta modalidade de serviço em saúde com as demais.

² Em campo, um problema conceitual me atingiu: como representar agentes sociais que trilham caminhos institucionais na condição de pacientes se esta condição só faz sentido, na rede especializada, em relação a categoria trabalho? Penso que estas categorias formam, juntas, uma zona de significação importante para a representação destes agentes sociais.

As fichas e suas produções

Olhar para as fichas e suas produções não me parecia óbvio inicialmente. Preocupado em trabalhar com as relações entre trabalho, sofrimento e Estado, percebi nas inúmeras fichas movimentadas diariamente pela burocracia do Cerest em que fiz minha pesquisa, um ponto de inflexão. Os funcionários estão as voltas de preenchimentos e classificações todos os dias, seja em atividades ligadas ao ambulatório da dor³ ou em visitas à acidentados no trabalho ou inspeções a empresas que apresentem recorrência em agravos laborais. Os usuários da rede buscam por laudos e atestados, seja para ações administrativas, como a movimentação de pedidos de auxílio-doença ou a comprovação de tratamento de saúde para seus empregadores, seja para movimentações jurídicas, como pedidos de aposentadoria por invalidez.

Ademais, o número expressivo de fichas e classificações aos quais passam os trabalhadores que buscam atendimento na rede até seus enquadramentos enquanto “pacientes” do Cerest, e, portanto, da compreensão de seus agravos como problemas do Cerest, me fizeram perceber o lugar central das fichas e das classificações nas trajetórias clínicas-administrativas dos trabalhadores-pacientes. Ferreira (2009), ao pensar corpos categorizados como “não identificados” no Instituto Médico Legal, entende a categoria de não identificados como um processo mesmo de identificação e produção de identidade. Para a autora, a não identificação exprime um “processo criador” de construção e atribuição de identidade na medida em que se interessa não por quem eram essas pessoas individualmente, mas pelas condições sociais de suas produções como “não identificados”. Pesquisando em arquivos do IML-RJ, Ferreira sugere que os corpos chamados de indigentes emergem como cadáveres cujas identidades foram burocraticamente construídas por “laços estabelecidos entre o corpo, o Instituto Médico-Legal, delegados e comissários de polícia, hospitais, cartórios e toda uma multiplicidade de funcionários, repartições, instituições e processos de documentação” (ALVES DA SILVA, 2016, p. 26).

O trabalho de Letícia Ferreira é potente na medida em que ajuda a apensar a ampla gama de profissionais, saberes e modalidades de que produzem identidades, reforçam normas, compartilham saberes e modos de fazer. Assim, parto da compreensão de que fichas, documentos e laudos podem ser compreendidos como “artefatos etnográficos” na medida em que é possível, a partir deles, acessar modos como o cotidiano administrativo se processa (Vianna, 2002; Freire, 2016. Ferreira, 2009). Também, como sugere Larissa Nadai (2018), é nesse entrecruzamento de agentes e saberes que um tipo específico de autoridade técnico-científica é forjada e reforçada pela materialidade pericial e documental. Em sendo assim, pensarei as fichas a partir da multiplicidade de agentes que as preenche e as muitas implicações de seus registros.

³O Ambulatório da Dor é o nome dado pelo Cerest em que fiz minha pesquisa aos serviços de atendimentos em fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia à trabalhadores adoecidos.

A pergunta sobre o lugar das classificações na trajetória administrativa do potencial paciente cujo caso pode vir a ser um caso do Cerest obedece a uma preocupação com os sentidos e o lugar da classificação na ordenação administrativa estatal. Como aponta Souza Lima (1995; 2002) classificar burocraticamente sujeitos significa designá-los a espaços específicos em zonas por vezes social, por vezes geográficas (2002, p. 17) no decurso de uma pedagogia dos “lugares certos”. Os trabalhos de Vianna (2002), Ferreira (2009; 2011) e Lowenkron (2005) são particularmente reveladores desta rubrica, uma vez que abordam processos judiciais, policiais e arquivos em que são definidos lugares nos quais situar sujeitos pensados como necessitados de cuidados e proteção bem como sujeitos cujas situações de desaparecidos implica em um continuum classificatório.

Ao mesmo tempo, esses processos de alocação e designação de lugares implica, segundo Ferreira (2009) a ideia de que estes sujeitos, seus corpos e destinos, precisam ser geridos por órgãos da administração. A noção dos lugares sociais que as classificações impõem é tomada para pensar o lugar que a suspeita da potencialidade de uma reclamação se converter em caso clínico e o demandante se converter em paciente. Etnografias de documentos e de registros médicos ganham espaço na antropologia contemporânea, sobretudo porque vivemos em uma sociedade que produz um excessivo número de registros de identificação das relações de autoridade (documentação), de modo que pensar sobre essa documentação implica em pensar as produções discursivas que essas relações de poder fazem de si; o que é crucial, uma vez que documentos fazem pessoas, coisas, processos, incitam ações. Não só os documentos mostram, revelam, encerram relações de desigualdade, como também performam, possuem uma dimensão de fazer a vida rodar e acontecer (CUNHA 2004; VIANNA, 2014; HULL, 2012; PISCITELLI, 2008).

A utilização de formulários, registros e prontuários faz parte da constituição da medicina e do hospital modernos (FOUCAULT, 2005; SOUZA, 2007), e implica não apenas a individualização dos casos e, por consequência, a individualização dos tratamentos, mas constituem certa identidade profissional (DUARTE, 1998; MENEZES 2001). Souza (2007) demonstra as estratégias de construção da “objetividade” por meio das quais se institui um sujeito como paciente via reconstrução da pessoa enquanto um corpo pensado como um conjunto de órgãos que funcionam em relação. Menezes (2001), pensando a formação e ideologia médica em um centro de tratamento intensivo (CTI) de um hospital-escola, mostra como “difíceis decisões”, relativas a continuar ou parar o tratamento são tomadas por meio de caracteres objetivos, mas também por questões emocionais mobilizadas por essas escolhas, ou seja, ilustra como os critérios da objetividade são permeados por critérios tidos por subjetivos.

Como assinala Vianna (2014), o tratamento de documentos enquanto “peças etnográficas implica tomá-los como construtores da realidade tanto por aquilo que produzem na situação da qual fazem parte [...] (p. 47)”. Assim, examinar os documentos como mediadores consiste em considerá-los enquanto constitutivos de regras burocráticas, ideologias, conhecimentos, práticas, subjetividades, objetos, resultados e afetos (VIANNA, 2014; HULL 2012). Um olhar através e para os documentos enquanto artefatos culturais, como escrevem Lowenkron (2005) e Ferreira (2014), possibilita compreender as motivações

de seus produtores, as convenções que moldam e o que pode ou não ser registrado – é nesse registro que as fichas serão pensadas.

O CEREST, suas fichas, suas pessoas: a produção social do diagnóstico.

Realizei meu trabalho de campo no CEREST, os Centros de Referências Especializadas em Saúde do Trabalhador. Os Centros têm por finalidade ampliar a Rede Nacional de Atenção à Saúde dos Trabalhadores (RENAST), integrando os serviços do Sistema Único de Saúde, voltados à Assistência e a Vigilância, de forma a congregar os esforços dos principais executores com interface na Saúde do Trabalhador. Em sendo assim, tem por objetivo atuar prevenindo, controlando e enfrentando, de forma estratégica, integrada e eficiente, os problemas de saúde coletiva como as mortes, acidentes e doenças relacionados com o trabalho.

Uma das funções⁴ do Centro em que estive nos meses da pesquisa é a de fornecer “atividades de reabilitação” no Ambulatório da Dor. As terapias de reabilitação para o trabalho se constituem em uma série de atividades de recuperação desenvolvidas por diversos profissionais especializados em saúde do trabalhador, sendo fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psicólogos. O acesso a essa rede especializada depende de um encaminhamento feito pelo médico que atendeu o trabalhador em primeiro momento, na rede indiscriminada⁵, e que desconfia das relações entre as dores reclamadas e as condições de trabalho narradas.

Assim, o usuário desta rede de saúde é encaminhado para o Cerest por meio de uma Ficha de Notificação Rápida, na qual um conjunto de relações entre fato e causa são suspeitos. Contudo, o diagnóstico é, todo ele, empreendido no Centro de Referência, por meio de exames, consultas médicas e preenchimento de fichas. Entretanto, a suspeita inicial é o ponto de partida da produção do diagnóstico. No Cerest, o sujeito, ao chegar, passa por um conjunto de sabatinas cujo objetivo é o preenchimento de fichas – que irão compor o prontuário- que visam identificar sua história laboral e a história clínica, ou seja, inicia-se a inquirição a respeito dos modos do adoecimento e de sua natureza: se é ou não derivado do trabalho. Estas fichas são preenchidas por profissionais diversos, desde a enfermeira à recepcionista.

As fichas são encaminhadas a sala do médico antes mesmo da anamnese⁶, de modo que, antes da consulta, a suspeita de se tratar ou não de um trabalhador-paciente já ganhou

⁴ Os Cerests podem variar do ponto de vista dos serviços oferecidos. O Centro no qual fiz minha pesquisa oferece os serviços de vigilância epidemiológica e assistência médica. Entre as frentes de atuação da Vigilância estão a investigação das implicações das atividades laborais nos processos de adoecimento, bem como a investigação e tendências gerais no interior das indústrias que possam implicar em adoecimentos. Atua, nesse sentido, notificando e assistindo empresas, qualificando-as e aconselhando-as no que pode ser feito para melhorar as condições de trabalho e minimizar os riscos ao trabalhador.

⁵ Qual seja, o conjunto amplo de serviços não especializados: UPAs, PSFs, Postinhos e demais.

⁶ Anamnese é o nome dado a avaliação física junto à explanação dos incômodos que levam a pessoa a buscar ajuda médica. Em geral, é na anamnese que o médico obtém um conjunto de informações necessárias para suspeitar ou estabelecer um quadro clínico. No caso do Cerest, a anamnese divide esta função com as fichas, que são lidas pelo profissional antes do primeiro contato com o trabalhador adoecido, fornecendo, assim, um certo enquadramento para o desenrolar da relação médico-paciente.

contornos significativos. As fichas fornecem, assim, um primeiro enquadramento ao médico, no qual por meio da história clínica e laboral do trabalhador-paciente ele suspeita sobre a natureza de sua dor.

A hipótese principal deste artigo é de que as fichas médicas não podem ser entendidas como documentos neutros de registro formal de atos administrativos, uma vez que elas oferecem ao sujeito de maior poder sobre a produção das representações do corpo um universo de significância no qual a pessoa, o corpo e a dor passam a ter sentido. Ademais, essas fichas são artefatos produzidos por essas ou aquelas pessoas, que pensam desta ou daquela forma, de modo a sempre implicar em uma maneira de ler a realidade.

São três fichas que movimentam este universo social: A ficha de notificação rápida, a Finat (Ficha de notificação de acidentes de trabalho) e a Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação, ficha de abrangência nacional), também utilizada em serviços ligados a Saúde do Trabalhador. A primeira ficha é preenchida ainda na rede indiscriminada e funciona como modo de encaminhamento para o Cerest. Nesta ficha, que é a primeira de um movimento que pode ter até três passos, constam as seguintes informações: nome completo, cargo, descrição dos motivos do encaminhamento, a fim de verificar o *nexo causal* entre agravo e trabalho. Essa é uma ficha simples que é enviada do hospital para o Centro. Contudo, há grandes problemas nela. O que se observa é que, em muitos casos, o médico não desconfia de uma suposta relação entre dor reclamada e condições de trabalho, o que dificulta o encaminhamento. Neste sentido, o Cerest vem desenvolvendo trabalho junto as recepcionistas dos centros de saúde para que elas, ao analisar ou mesmo preencher prontuários, se perceberem recorrências de reclamações e suspeitarem que estejam relacionadas ao trabalho, que façam o encaminhamento.

Temos aqui um primeiro ponto: o encaminhamento é feito, em muitos casos, a partir da perspectiva de agentes diferentes. Médicos ou recepcionistas. De acordo com a coordenadora local, os encaminhamentos por recepcionistas já compõem porte significativa dos novos encaminhamentos feitos à rede especializada⁷. O que observei durante o campo é que muitos dos pacientes da rede especializada ou pediram encaminhamento, por já conhecerem a o Centro de Referência, ou então foram encaminhados por meio das recepcionistas.⁸

⁷ Esta informação me foi dita em uma conversa formal na qual eu fazia anotações, contudo, a coordenadora não me disse o que a permitia afirmar isso.

⁸ O problema dos encaminhamentos é central para o Cerest em que realizei minha pesquisa. Na ocasião do trabalho de campo, a direção do Centro realizava um processo de “capacitação” com recepcionistas de diferentes hospitais públicos municipais. A orientação era a de que, em caso de possibilidade, ou ao menos de suspeita, de adoecimento no trabalho, que elas mesmas fizessem o encaminhamento a rede especializada. Por ser o acesso possível apenas por encaminhamentos, quem se encaminha e quem faz o encaminhamento é questão vital. Dos encaminhamentos depende a atuação e eficácia dos serviços oferecidos pelo Centro, bem como sua permanência institucional. Assim, o crescente número de encaminhamentos feito por recepcionistas está ligado às orientações e a atuação da direção do Cerest. Não me interessa, aqui, os motivos pelos quais o encaminhamento por médicos é menor. As condições sociais dos atendimentos, a sobrecarga de trabalho e o desconhecimento da existência dos Centros de referência em Saúde do trabalhador são indicativos, contudo, penso ser decisivo as concepções individuais dos médicos do que seja adoecer no trabalho ou não, informada por critérios objetivos, mas também por noções como “trabalhador forte” e “trabalhador fraco”. A respeito destas zonas morais de significação da pessoa, ver minha dissertação de mestrado (Alves da Silva, 2016).

Se na Ficha de Notificação Rápida as informações são preliminares e visam apenas indicar umnexo possível entre *agravo*⁹ e condições de trabalho, a FINAT visa registrar, para posterior investigação, acidentes de trabalho, bem como suas causas e desdobramentos. Desta maneira, um conjunto de informações deve estar presente.

As primeiras informações exigidas na ficha são o nome da unidade em que se realiza o atendimento ao trabalhador acidentado, o nome do atendente e se, em decorrência do ocorrido, uma Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) foi ou não aberta. Segue-se um conjunto de informações que dizem respeito ao trabalhador-paciente: seu nome completo, idade, data de nascimento, endereço residencial, a ocupação e o regime de trabalho, ramo da atividade e nome da empresa empregadora.

O terceiro campo é nomeado de “acidente” e está em negrito e letras maiúsculas. Nele há cinco espaços a serem preenchidos: data, horário, uma tipificação do acidente a fim de uma substantivação do mesmo (típico, trajeto, doença ocupacional), local e descrição resumida, sendo a este último campo reservado apenas uma linha. Em seguida aparece o campo “causa”, onde uma série de alternativas é elencada e o profissional deve, de acordo com as instruções da ficha, assinalar apenas uma. As alternativas são separadas por grupos: agentes físicos, químicos, biológicos, ergonômicos ou mecânicos. Contudo a opção “outras” foi a mais usada no período em que ali estive.

Em seguida, emergem os dados do atendimento, como a parte do corpo atingida, o diagnóstico oferecido pelo médico, o CID, em casos de acidentes motivados por doenças, e a classificação do acidente em leve, moderado, grave ou fatal. Mas como se classifica a intensidade do acidente? Há critérios fixados e estabelecidos?

Para serem considerados graves, os acidentes devem envolver amputação, queimaduras ou fraturas – assim me explicou a enfermeira do Cerest. Esse é um campo de difícil preenchimento e presenciei por diversas vezes dúvidas e indecisões por parte dos profissionais que atendiam aos chamados. Atrás da ficha, há um conjunto de instruções para seu preenchimento, o que para mim afunila a compreensão de quem a operacionaliza, contudo não garante um marco classificatório.

A SINAN utilizada em Saúde do Trabalhador busca por informações bem próximas, mas como é mais ampla, suas perguntas centram-se em casos de doenças. Assim, questões sobre coleta de sorologia, CID do agravo, classificação epidemiológica, tal como o caráter da doença, se é ou não infecciosa, epidêmica, fazem-se presentes. Essa é a ficha usada comumente nos casos de detecção de HIV, dengue, doenças tropicais e outras.

A importância das fichas é central, evidenciada pelo modo de seu transporte entre setores distintos - ou ainda entre o postinho e o Cerest¹⁰. Serve, em primeiro plano, para

⁹ Agravos e doenças são termos específicos do campo movimentados por agentes distintos. Segundo me explicou a Coordenadora, no universo da burocracia faz mais sentido usar os termos técnicos e prescritos nos manuais, qual seja, agravos. Os usuários da rede, pacientes ou pacientes em construção, porém, falam em doenças e não em agravos, desconhecendo o segundo termo, ou, em casos extremos, rejeitando-o.

¹⁰ As fichas só podem ser transferidas entre setores ou unidades de saúde/administração por meio de malotes, modo de transporte de documentos oficiais adotado pela Prefeitura Municipal. Assim, um funcionário passa pela manhã no Centro, recolhe os documentos a serem transferidos – que já estão em envelopes de papel pardo e endereçados por filipetas coladas no exterior do envelope- guardando-os dentro de uma bolsa que é lacrada e só pode ser aberta novamente no destino dos documentos.

mapear, ainda que preliminarmente, dadas as dificuldades de encaminhamento das unidades ao Centro, as doenças do trabalho mais comuns, os ambientes de trabalho mais propícios a tais “agravos”, como nomeiam as fichas, e ações de intervenção, na condição de vigilância epidemiológica. Mas, em segundo plano, são as fichas mesmas produtoras de realidade, construtoras de regimes de verdade (FREIRE, 2016). Assim, criam discursos e verdades sobre o corpo e a dor localizadas nas informações levantadas sobre histórico clínico e laboral de processos diversos envolvendo dores e situações sob as quais estas emergem, vão se complexificando, detalhando-se, quase como reconstituindo as situações. E, por último, são enviadas ao médico, que, ao acessá-las, opta por pedir exames que comprovem o nexos indicado por estes documentos ou então encaminha o paciente à rede básica para prosseguir seu tratamento, uma vez que as fichas não indicam a relação possível das condições de trabalho com a situação-adoecimento.

Em alguns casos, o médico analisa a ficha Sinan ou de Notificação Rápida por desconfiar que não haja nexos entre o trabalho e o adoecimento; ou seja, o nexos então vai sendo produzido antes mesmo do contato com o paciente por meio da circulação de informações sobre a “verdade” clínico-laboral. Por isso a necessidade de tratá-lo como um processo, onde o exame figura o papel de prova final. Mas a ficha interna ainda busca outras informações do trabalhador-paciente, como o grau de instrução, a percepção de seu ambiente de trabalho, se o acha estressante e pesado ou não, a relação com os outros funcionários e com a gerência. Em caso de trabalhadores-pacientes com muitos atestados e/ou afastamentos pergunta-se da reação do setor de Recursos Humanos frente a essas ausências.

Em tempo, pergunta também se outros trabalhadores adoecem ou apresentam as mesmas queixas, reclamam de dores parecidas. Essa é uma pergunta que identifiquei como importante, pois é frequente que o Cerest receba vários trabalhadores de uma mesma empresa demandando atendimento de “recuperação/reabilitação” e até no aguardo para cirurgias, como no caso daqueles que desenvolveram Síndrome do Túnel do Carpo¹¹ em nível grave, onde os procedimentos conservadores não são eficazes.

Presenciei uma cena interessante e banal, dado sua alta recorrência: a auxiliar de escrevente ligou para uma paciente em regime de urgência, mas não conseguiu contato. Depois de muito tentar, a mulher (pela descrição da ficha tratava-se de uma mulher de quarenta anos e camareira em um hotel) atendeu ao telefone, porém, disse não poder no horário disponível, pois não conseguiria dispensação do trabalho. Tania disse entender e que entraria em contato quando surgisse uma vaga no horário em que a paciente disse estar disponível, mas desligou o telefone e disse aos que ali estavam: “*tudo mentira, essa aqui tá com rolo, cê acha, ligou aqui e disse que não aguentava de dor, agora não pode? Se tivesse dor dava um jeito, mas vinha*”.

Tentei argumentar que nem todo patrão entende a ausência de um funcionário e que há casos em que as saídas são de fato mais complicadas, sobretudo nas atividades ligadas a limpeza, mas a expressão em seu rosto demonstrou sua discordância dos pontos por mim

¹¹ Neuropatia resultante da compressão do nervo mediano no canal do carpo, estrutura anatômica que se localiza entre a mão e o antebraço.

levantados. Ocorre que essa é uma questão comum nas entrevistas que realizei, os trabalhadores-pacientes sempre reclamam do horário da fisioterapia, dizem que é sempre muito custoso conseguir liberação e que, ainda que não haja impeditivos explícitos, até pela ilegalidade dessa ação, um clima estranho se instala no ambiente e, como me disse Tiago¹² (que estava em fisioterapia há três semanas) “*é muito chato essas coisas*”.

Desse modo, temos o seguinte quadro: a pessoa chega no Cerest por meio da ficha de notificação rápida, na qual um conjunto de difusas informações são comunicadas, basicamente: nome e motivo do encaminhamento. Assim, é preciso produzir um quadro mais rígido de classificação da pessoa no universo desta burocracia, pondo em movimento outros modos de classificação. Temos, assim, as pré-consultas, situações que tem por finalidade traçar a história clínica e a história laboral da pessoa, para que possíveis conexões entre elas possam ser travadas. O mesmo acontece com as outras fichas, que apesar de mais detalhadas, precisam passar pelos mecanismos internos de classificação.

Destarte, a pessoa, ao entrar em consulta, já é conhecida e tem sua história registrada em diferentes fichas e de diferentes modos. As fichas são enviadas para o interior do Centro, e o médico tem acesso a todas elas antes mesmo da consulta. Nelas, impressões pessoais de quem as registrou dão ritmo e produzem um enquadramento: “reclama demais”, “chegou atrasada”, “manca de um jeito estranho”. As desconfianças de outros profissionais reforçam o caráter da desconfiança, uma vez que pode se tratar de um paciente “poliqueixoso”, ou apenas de um trabalhador que quer fugir de um trabalho que não gosta.

Por isso as fichas são também instrumentos de inquirição: pergunta-se muitas vezes a mesma coisa para se ter certeza de que não se trata de um paciente mentiroso. Exemplos deste tipo são constantemente lembrados, produzindo um clima de alta instabilidade e possibilidade de recorrência. Assim, na recepção, por exemplo, fala-se sempre daquele “paciente que no final estava mentindo, porque não deu nada no exame”. Esta instabilidade e o alto grau de desconfiança é parte da produção social do diagnóstico, uma vez que baliza os casos e institui a centralidade da repetição¹³.

Pensar as fichas como lugares de produção de regimes de verdade sobre o corpo, a dor, movimentadas por diferentes agentes sociais, constituindo-se como receptáculos de um conjunto de interações sociais que ligam pessoas, organizações, políticas públicas, saberes, aparatos técnicos e deslizamentos semânticos¹⁴ é a tarefa aqui enfrentada. O exercício é o de demonstrar os modos como as lacunas a serem preenchidas nas fichas produzem não apenas

¹² Todos os nomes que aparecem neste artigo são fictícios e escolhidos pelos interlocutores na situação de pesquisa.

¹³ Silva e Diniz (2012), ao analisarem o Loas como instituindo um mínimo social, inconstitucional, destacam o papel do perito na definição de deficiente e, portanto, dos sujeitos que podem ou não acessar diretos. Segundo as autoras: “[s]ão os peritos médicos do INSS quem estabelece quais impedimentos são estados de necessidade para a proteção social. A definição de um corpo com impedimentos como o de uma pessoa com deficiência não é um exercício neutro de classificação dos corpos, mas um julgamento moral que combina ideais de normalidade e produtividade. A perícia é um exercício de soberania médica no campo dos direitos sociais” (p.206). O texto citado corrobora o argumento movimentado, uma vez que demonstra, em caso diferente de análise, como a produção do sujeito e de um regime de verdade que o produz como sujeito detentor de diretos, ou não, depende de muitos fatores.

¹⁴ Este processo de interação de múltiplos agentes possuidores de uma história comum foi o que Tilly chamou de Social Locating (2000).

representações sociais, mas discursos sobre o “real” do corpo e da dor, implicam na produção de regimes de veridicção (FOUCAULT, 1979) que definem o curso de trajetórias administrativas pautadas pela busca por documentos médicos.

Assim, os modos de preenchimento de fichas, as anotações de impressões pessoais no verso de prontuários, a organização da lista de espera por atendimentos – bem como a gestão dos casos considerados por emergenciais – constituem a gama de procedimentos pertinentes a esta instituição. Deste modo, na reiteração destas práticas, demonstra-se o fazer político de suas operações bem como opera na reiteração e produção do Estado enquanto estrutura autônoma, estado-ideia, como revela Timothy Mitchell (2006) ao tratar do que chama de “duplo efeito de Estado”.

Mitchell parte divisão proposta por Abrams (1988) entre Estado como ideia e Estado como sistema de práticas. Neste esquema de pensamento, a primeira categoria dá conta do estado como um sistema de práticas institucionalizadas, de modo que a segundo se refere a reificação deste sistema que assume uma identidade simbólico progressivamente divorciada da prática. Nesse sentido, ao classificar, enquadrar, esquadrihar e registrar demandas a fim de separar os “casos” pertinentes, o Centro funciona como o Estado na regulação do acesso a uma rede discriminada de tratamento por meio da formalização e rotinização de procedimentos e saberes.

O que vaza e escorre

Dentre as inúmeras funções dos documentos, talvez a mais evocada pelos trabalhadores-pacientes seja seus usos administrativos e jurídicos a fim de movimentação de benefícios trabalhistas. Selma era uma das muitas mulheres que buscavam um laudo médico para se afastar de seu trabalho. Doméstica, negra, na casa dos cinquenta anos, Selma estava pela terceira vez em tratamento no Centro, que julgava muito bom. Desta vez, conta, ela quem pediu ao médico seu encaminhamento, porque *no postinho cada dia é um, ai esse te conhece, o outro não, esse acredita em você, o outro não, porque é assim, né!*

Estava afastada de seu trabalho a dois meses, sendo que o tempo de afastamento estabelecido pelo INSS tinha sido de três meses. Uma nova perícia já estava marcada e a trabalhadora espera que o médico do Centro *fizesse um laudo para prorrogar esse meu tempo, porque eu não tô boa*. Mas Selma já vislumbrava um procedimento jurídico, porque *essa humilhação de afasta e volta afasta e volta, como se a gente melhorasse assim, do nada não era a ideal para sua saúde*. Diagnosticada com um quadro crônico de tendinopatia e desgaste em seu quadril direito, a recomendação médica era a de não mais exercer atividades laborais. Selma tinha verdadeiro pavor das perícias no INSS, ficando assustada e em *pânico só de entrar lá*. Sua relação com os documentos era complicada

Esse negócio de perícia e de tratamento para trabalhador que adoce, esse negócio eu não entendo. Perito nenhum quer saber de você, se você tá bem, se você consegue ou não voltar. Eles olham mesmo é o papel. Eu mesmo fui várias vezes no INSS e não consegui foi anda, porque faltava exame. Dizem que raio-x não vale porque não ostra anda, mas os outros

exames de imagem são muito caros, filhos, como que eu vou pagar se não consigo nem mais trabalhar direito? Então eu acho isso, eles são querem saber dos documentos, sabe. Nem a mão na gente eles põem. Você chega, mostra o laudo, mostra os exames, e, pronto. É isso. Mas foi assim que eu aprendi, eu não volto lá de qualquer jeito, de jeito nenhum. Eu vou sempre com um laudo bom, bem escritinho, detalhadinho, levo exame, levo receita, levo as fichas que o pessoal aqui do Cerest faz. Levo tudo, tudo.

Quando a perguntei se sua trajetória nos serviços públicos de saúde, ela foi enfática:

É igual, é igual. No postinho eles acham que você quer atestado para não trabalhar. Faz exame, aí você vai abrir, ele olha o exame e te fala: olha, você tá assim, assim. Não te pergunta, não te pergunta anda, se tá doendo, se não tá. É o exame e ponto. Aqui no Centro é meio assim também, você chega lá no doutor e ele já sabe se você tá doente de trabalho ou se é de outra coisa. Os exames são bons, eles mostram mesmo, eu não estou duvidando não, mas é que as vezes parece que a gente vale menos que o papel né.

Se os documentos prescrevem, separam e definem os “casos” do Cerest, de outro lado, promovem uma compreensão do seu lugar central no andamento de trajetórias burocráticas, seja no Centro ou em demandas por benefícios. O que busco evidenciar é que as pessoas aprendem a jogar com as regras do jogo, no sentido de que os documentos impulsionam ações e projetos, como no caso de Selma, que aprendeu a se preparar para as perícias munindo-se de laudos e exames de imagem.

Nesse sentido, em um universo tão marcado pela classificação, essa aparente fixidez das regras desvela interações, compreensões e movimentação para o e em torno do documento. Aos documentos, ligam-se projetos (de movimentar um pedido de aposentadoria por invalidez), saberes, emoções, técnicas e modalidades de compreensão do corpo e da pessoa.

Da prescrição, vaza um mundo de possibilidade de disputas de narrativas, de possibilidades de performances individuais, de processos pessoais e explicações individuais da dor e do trabalho. O que as fichas fazem é produzir uma noção estável do corpo e da doença e o seu “nexo” com o mundo do trabalho. Como vimos, este nexo está profundamente marcado pelo caráter moral das avaliações - como no caso das anotações de suposto excesso da performance da dor- e a imagem de estabilidade funciona como uma máscara que dá uma suposta unidade a um processo fragmentário e composto por agentes e fluxos distintos e em constante produção.

Considerações Finais

Como ramo da administração pública, as técnicas de registros e classificação em contextos hospitalares não fogem da racionalidade burocrática estatal. É nesse sentido em

que aproximo o Centro a imagem proposta por Souza Lima (1995) do Estado em ação, fazendo-se em ato cotidianamente e constantemente.

Assim, atestados, laudos, prescrições médicas, casos são palavras comuns no idioma cotidiano do Centro de Reabilitação para o Trabalho¹⁵, e formam mais que sentenças: mudam o destino de toda uma relação. Esses documentos oficiais emitidos por médicos constroem a pessoa e seu problema em um caso clínico, portanto em paciente, tornando-a assim potenciais detentoras de laudos, que são utilizados em perícias médicas empreendidas pelo INSS para fins de afastamento do trabalho. Todo paciente do Cerest, ou seja, toda pessoa cuja vida foi passada pela triagem das fichas, em que foi identificado o *nexo causal* e, desse modo, admitida para tratamento no Centro, tem seu *caso* documentado em inúmeras frentes de registro, culminando, na grande maioria das vezes, em laudos médicos a serem apresentados na situação de perícia.

Contudo, laudos são resultados de um processo anterior, que tem na documentação e no registro dos casos em potencial seu ponto de partida. Como sabemos, o processo de encaminhamento de um paciente da rede básica de saúde para a rede especializada, o Cerest, inicia-se por meio do preenchimento de uma ficha e continua via preenchimentos de outras fichas, seja em situações de adoecimento ou em situação de acidentes. Dadas as devidas proporções, tanto os casos de doenças oriundas do mundo do trabalho quanto acidentes decorrentes das ou nas condições de trabalho têm sua legitimidade garantida por meio de fichas.

Se documentos figuram espaço central nas falas e ações deste universo social, precisamos, então, nos questionar sobre sua natureza, função e produção. Etnografias de documentos e de registros médicos ganham espaço na antropologia contemporânea, sobretudo porque vivemos em uma sociedade que produz um excessivo número de registros de identificação das relações de autoridade (documentação), de modo que pensar sobre essa documentação implica em pensar os regimes de verdade que essas relações de poder fazem de si; o que é crucial, uma vez que documentos fazem pessoas, coisas, processos, incitam ações.

Desse modo, é possível pensar diagnósticos enquanto resultantes de processos administrativos que avaliam comportamentos sociais inscritos de imediato no interior da rubrica da desconfiança. Desconfiar opera aqui como um ímpeto moral que organiza todo um conjunto de técnicas disciplinares movimentadas para que uma dada “verdade” não seja aviltada (FOUCAULT, 1977; 1980). Funciona, em certo sentido, como uma zona moral altamente politizada e com poder político de interferências em trajetórias: a desconfiança funciona nesse universo social como uma moral que informa um tipo de visão política transmutada em uma política moral decisória.

A concretude desse intenso e polifônico processo é, assim, o paciente do Cerest, que trilhou um caminho administrativo por meio de fichas e representações e que, no final do processo, a relação das fichas e a consulta indicam se tratar de um “trabalhador adoecido”.

¹⁵ É necessário ressaltar que essas são categorias movimentadas por parte dos agentes da administração, ou seja, por parte da equipe técnica do Centro; por sua vez, os pacientes se expressam em outros termos, como experiência, história, dor, situação.

Em sendo assim, quero demarcar o lugar das fichas na produção do paciente, e sobretudo insistir no seguinte ponto: os diversos documentos encontrados no contexto de pesquisa não são neutros ou marcados por uma objetividade característica da impessoalidade burocrática, estão marcados pelo seu compromisso de produção de regimes discursivos e deslizamentos semânticos que fazem pessoas, geram acessos, possibilitam lutas.

Referências Bibliográficas

- ALVES DA SILVA, Wagner Guilherme. (2016). *(Re)habilitar o corpo para (re)habitar o mundo: etnografia de fluxos, limites e possibilidades*. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Museu Nacional.
- ABRAMS, Philip. (1988). Notes on the difficulty of studying the state. In: *Journal of Historical Sociology* 1(1): [s/l], p.58-89.
- CUNHA, Olívia. (2005). “Do ponto de vista de quem? Diálogos, olhares e etnografias dos/nos arquivos”. In: *Estudos Históricos*, 2005, vol.26: p.7-32.
- DUARTE, Liz Fernando Dias Duarte. (1998). A investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: Luiz Fernando Dias Duarte; Ondina Leal (Orgs.). *Doença, sofrimento e perturbação*. Perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 9-27.
- Fernandes, Camila. (2019). Figuras do constrangimento: as instituições de Estado e as Políticas de acusação. *Mana* vol.25, n.2: Rio de Janeiro: UFRJ, p.365-390.
- FERREIRA, Letícia Carvalho Mesquita (2015). *Pessoas desaparecidas*. Uma etnografia para muitas ausências. Rio de Janeiro. Editora UFRJ.
- _____. (2009). *Dos autos da cova rasa: a identificação de corpos não-identificados no Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro, 1942-1960/Letícia Carvalho de Mesquita Ferreira*. - Rio de Janeiro: E-papers: Laced/Museu Nacional.
- FOUCAULT, Michel. (1979) *Microfísica do Poder*. São Paulo: Editora Paz e Terra.
- _____. (2005) *Em defesa da sociedade – Curso no Collège de France (1975-1976)*. Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes.
- FREIRE, Lucas. (2016). Sujeitos de Papel: sobre a materialização de pessoas transexuais e a regulação de acesso a direitos. *Cadernos Pagu*, vol.48. Campinas: UNICAMP.
- GOFFMAN, Erving. (2000). “Footing”. In: Branca Telles Ribeiro; Pedro Garcez (Orgs.) *Sociolinguística Interacional*. São Paulo: Loyola.
- HULL, Matthew. (2012). Documents and bureaucracy. In: *Annual Review of Anthropology*, v. 41, pp. 251-267.
- LOWENKRON, Laura. (2015). *O monstro contemporâneo: a construção social da pedofilia em múltiplos planos*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- MENEZES, Rachel. (2000) *Difíceis decisões*. Uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- MITCHELL, Timothy. (2006). "Society, economy, and the state effect". In: Aradhana Sharma; Akhil Gupta. (Eds). *The anthropology of the state: A reader*. New Jersey: Blackwell, p. 169-186.
- NADAI, Larissa. (2018). *Entre pedaços, corpos, técnicas e vestígios: o Instituto Médico Legal e suas tramas*. (323 p.). Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP.
- PEIRANO, Mariza. (2006). *A teoria vivida e outros ensaios de antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- PISCITELLI, Adriana. (2008). Entre as "máfias" e a "ajuda": a construção de conhecimento sobre tráfico de pessoas. *Cadernos Pagu*, n. 31. Campinas: UNICAMP, pp. 29-63.
- SILVA, Janaina Lima Penalva; DINIZ, Debora. Mínimo social e igualdade: deficiência, perícia e benefício assistencial LOAS. In: *Katálysis*, v.15, n.2. 2012, p.262-269.
- SOUZA, Iara. (2007). Produzindo corpo, doença e tratamento no ambulatório; apresentação de casos e registro em prontuários. *Mana*, v. 13, n. 2, p. 471-498.
- SOUZA LIMA, Antônio Carlos. (2002). "Introdução: Sobre gestar e gerir a desigualdade: pontos de investigação e diálogo". In: Antonio Carlos de Souza Lima (Org.), *Gestar e Gerir: Estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará. pp. 11-22.
- _____. (2013). "Introdução: fazendo e desfazendo inquietudes no mundo dos direitos". In: Adriana Vianna (Org.), *O fazer e o desfazer dos direitos: experiências etnográficas sobre política, administração e moralidades*. Rio de Janeiro: E-Papers. pp. 36-67
- VIANNA, Adriana. (2002). Quem deve guardar as crianças? Dimensões tutelares da gestão contemporânea da infância p. 271-312. In: Antonio Carlos de Souza Lima (Org.). *Gestar e gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, NuAP/ UFRJ..
- _____. (2014). Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais. In: Sérgio Castilho; Antonio Carlos de Sousa Lima; Carla Costa Teixeira. (Orgs.). *Antropologia das práticas de poder: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações*. Rio de Janeiro: Faperj.

sobre o autor

Wagner Guilherme Alves da Silva

É doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde também obteve o título de mestre em Antropologia Social. Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista (UNESP – Marília).

Recebido em 25/06/2019

Aceito para publicação em 07/04/2020