

OS TEMPOS DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Poder, controlo e resistência

Nick J. Fox

Resumo No período moderno, o tempo foi mercadorizado, no contexto do processo de trabalho. Este texto sugere que a construção do tempo, enquanto moeda de troca, pode ser perspectivada sob muitos aspectos da vida moderna, podendo o tempo ser comprado, vendido e trocado. Nesta óptica, foram avaliados quatro estudos de caso. Analisa-se o caso de uma unidade cirúrgica ambulatória para identificar a rotinização dos cuidados de saúde, utilizando o tempo como instrumento de controlo. As decisões sobre a alta hospitalar após a intervenção cirúrgica demonstram como o tempo presente pode ser “vendido” para “comprar” tempo futuro. A interrupção das rotinas durante a cirurgia sugere a forma como o tempo pode ser utilizado como meio de resistência face ao poder, enquanto as pessoas idosas, em lares, detêm tempo na medida em que este se transforma em algo que tem de ser preenchido. Argumenta-se que o tempo não é apenas um instrumento de controlo mas também um *locus* de resistência. Esta pode ser realizada através de um tempo repensado criativamente.

Palavras-chave tempo; cuidados de saúde.

Introdução

A importância e a centralidade do tempo e da “temporalidade” para as culturas modernas foram identificadas na alvorada da história da sociologia. Enquanto Marx explicava a relação do trabalho com o tempo, sob o capitalismo (Adam, 1990: 112), Weber via a história do capitalismo moderno como sendo a história do racionalismo e da racionalização, referindo-se esta à organização das pessoas e dos objectos no espaço e no tempo. A possibilidade do cálculo dos fins e dos meios proporciona uma *racionalidade formal* nas organizações modernas, da qual o cálculo do tempo e do custo económico a ele associado representa apenas uma parte (Fox, 1991).

No capitalismo industrial essa racionalização é clara, com figuras tão proeminentes como Henry Ford e Frederick Taylor, na estruturação espaço/tempo dos postos de trabalho. A contribuição de Taylor foi analítica: ele fragmentou as tarefas produtivas em componentes, contribuindo para aumentos de poupança de tempo na produtividade, na medida em que os trabalhadores se concentravam apenas numa parte do processo produtivo e não no seu todo. A contribuição de Ford foi complementar: ele concebeu a linha de montagem sobre a qual a produção taylorizada seria alcançada (Morgan, 1986).

Juntos tornaram possível a racionalização do processo de trabalho industrial e a implementação de alvos produtivos mais elevados, com base no aumento da

rapidez do trabalho. Os trabalhadores numa linha de montagem automatizada tinham de produzir à velocidade da própria linha de montagem, os intervalos eram institucionalizados e os trabalhadores estavam sujeitos a regimes de gestão e a sistemas de regras que ditavam como e quando poderiam começar e terminar o trabalho (Helman, 1991: 124ff).

Isto levou à rotinização da vida do trabalhador enquanto indivíduo (Adam, 1990: 106-7). O trabalho iniciava-se todas as manhãs quando tocava a sirene da fábrica, e os trabalhadores picavam o ponto à entrada e à saída, de modo a confirmar as suas horas de trabalho. As férias deixaram de ser flexíveis: tinham de se ajustar à organização da fábrica. No Norte da Inglaterra, vilas e cidades inteiras encerravam todos os anos durante duas semanas, enquanto os trabalhadores gozavam férias: assim, o sistema de produção em linha cessaria durante as férias, evitando eventuais ausências dos trabalhadores. O absentismo tornou-se um problema para os gestores das fábricas e foram instituídos sistemas de regulação das faltas devidas a doenças verdadeiras ou simuladas. Finalmente, o próprio decorrer da vida estava organizado para satisfazer as necessidades da indústria. Os trabalhadores eram recrutados na adolescência e trabalhavam até à idade da reforma, que no Reino Unido — até recentemente — era estabelecida aos 65 anos para os homens e aos 60 anos para as mulheres. A tradicional oferta que recebiam após uma vida de trabalho era, ironicamente, um relógio de pulso em ouro, a partir do qual a pessoa reformada poderia ver passar os segundos do tempo de vida que lhe restava.¹

Alguns destes regimes do capitalismo industrial foram modificados, particularmente no que respeita às linhas de produção. A especialização flexível (pós-fordismo ou fujitsuismo) tem procurado envolver os trabalhadores na produção de uma forma mais completa, acompanhando um produto desde o início ao fim, em vez de apenas trabalharem numa única componente (Morgan, 1986). A análise de tais inovações, como a gestão *just-in-time* e a gestão da qualidade total,² que derivam do pós-fordismo, tem utilizado interpretações sobre o tempo inspiradas em Foucault, em que o tempo é visto como um mecanismo de controlo através da vigilância (Sewell e Wilkinson, 1992). Os estudos de Foucault sobre os regimes disciplinares reconhecem frequentemente o papel ocupado pelo tempo: desde o pronunciamento de sentenças cuidadosamente calculadas para prisioneiros (Foucault, 1979) até à determinação do mínimo de anos de estudo necessários para o treino médico (Foucault, 1976: 81).

Ambas as perspectivas centram a nossa atenção na relevância do tempo e da “temporalidade” no controlo dos indivíduos, na imposição da cultura sobre a natureza desorganizada. Ambas parecem ser relevantes para o estudo dos cuidados de saúde. O sistema de saúde moderno tem muitos atributos da linha de montagem, sendo o indivíduo doente a matéria-prima, e o indivíduo curado o produto (Helman, 1984: 132). Os hospitais são geridos por burocratas sem rosto ou por médicos graduados dominadores: eles são rigidamente hierárquicos, impessoais e indiferentes face à inovação. Particularmente no caso da enfermagem, os profissionais aprendem conjuntos de acções a serem desempenhadas em circunstâncias diferentes: estes protocolos ou “planos de cuidados” determinam o trata-

mento que um doente recebe (Fox, 1995). Para os doentes, as experiências de cuidados de saúde — em clínicas, enfermarias ou lares — são de rotinização de regimes que reduzem a possibilidade de acção (Fox, 1992; Strong, 1978; Zerubavel, 1979). Para quem tenha uma doença crónica, toda a sua vida é rotinizada pelos contactos com instituições e profissões prestadoras de cuidados (Roth, 1963).

Helman argumentou que no período moderno (que teve início com o Iluminismo, por volta de 1800) o Ocidente passou a ser dominado por uma noção de tempo *monocrónica*. O tempo é visto como sendo linear, um factor absoluto num universo newtoniano face ao qual as vidas são medidas e trespassadas (Adam, 1990: 52, Game, 1991: 93). O tempo monocrónico contrasta com o tempo *policrónico*.

...o tempo mais humano, qualitativo, o tempo das pessoas, e não o tempo da pontualidade, o tempo de fazer coisas para elas e com elas. Aqui as tarefas só são terminadas “quando o momento é certo” e não antes. Assim, a alimentação terá de ser preparada para o palato ou para os amigos, e não apenas para o relógio, e o convívio social e o calor humano são mais importantes do que as agendas e as marcações (Helman, 1991: 130-1).

A proposta de Helman é que o tempo monocrónico nos faz mal à saúde, enquanto o tempo policrónico nos permite viver em contacto com os “ciclos intemporais dos mitos antigos” (1991: 139). Uma tal formulação opõe a cultura à natureza, sugerindo que — se fossemos capazes de nos libertar da cultura — poderíamos regressar a uma ancestral relação mais equilibrada e saudável com o tempo. Infelizmente, os paraísos são muito dificilmente recuperados, mesmo que tivessem existido em primeiro lugar: na realidade o conceito de “natureza” é ele próprio cultural, sendo definido em relação ao seu oposto (Derrida, 1976: 44).

No entanto, esta oposição entre tempos monocrónicos e policrónicos é sugestiva de um entendimento alternativo de uma luta, não entre cultura e natureza, mas sim entre poder e resistência ao poder. Se as racionalizações da modernidade procuram um tempo linear, absoluto, então essa procura é a consequência da sua impossibilidade: da relatividade do tempo, entre actores e entre contextos e pontos de vista. A racionalização é um exercício de poder, tornado significativo apenas por causa das resistências que se recusam a submeter-se.

Assim sendo, a racionalização contém as sementes da sua própria destruição. A história dos esforços (tais como o fordismo, o pós-fordismo e a gestão *just-in-time*) para estabelecer a ordem situa-se perante as resistências de outros que perturbariam essa ordem e reporiariam o caos. O tempo na modernidade representa a moeda de troca (Adam, 1990: 114), mas não apenas para aqueles comprometidos com a coordenação económica da sociedade capitalista. No seu estudo sobre a profissionalização, Coffey (1994) descreve como o tempo...

...constitui uma parte do processo de negociação e de interacção, na qual se envolvem os recém-chegados a um contexto ocupacional ou organizacional (...). A natureza temporal do compromisso profissional e a relação entre o indivíduo e a organização reconhecem a potencial mercadorização do tempo no contexto de trabalho. O tempo

pode ser comprado, vendido ou oferecido em busca de um compromisso organizacional (Coffey, 1994: 954-5).

Marx argumentava que os trabalhadores vendiam a sua “força de trabalho” e para o operário isto traduz-se directamente em horas de trabalho (Adam, 1995: 90). Para os profissionais, Coffey argumenta que o tempo é igualmente uma moeda de troca, tanto ao nível simbólico como ao nível estritamente material, algo que é constitutivo daquilo que Bourdieu designou por *habitus* (Bourdieu, 1990: 9-10). Poder-se-á acrescentar que o tempo é algo que é comprado, vendido e trocado em todos os aspectos da vida — não só ao nível de trabalho — desde o nascimento à morte, e o objecto desta economia não é apenas o tempo monocrónico do racionalismo mas também os tempos policrónicos da acção contextualizada. A economia do tempo é, assim, não apenas o instrumento daqueles que procuram poder e controlo mas também um aliado na campanha de resistência à racionalização.

Neste texto, utilizo duas fontes de dados para explorar estas ideias sobre o uso do tempo no contexto dos cuidados de saúde. A primeira diz respeito a doentes hospitalizados, com base nos dados que recolhi sobre a organização da cirurgia, e a como o tempo estrutura as actividades dos profissionais e dos doentes, nas enfermarias e no bloco operatório (Fox, 1992). A segunda refere-se a trabalho recente efectuado sobre os cuidados de saúde, relatando dados qualitativos a partir de entrevistas efectuadas a pessoas idosas na Tailândia e na Austrália, para analisar como é que culturas com diferentes perspectivas sobre o tempo afectam as percepções e as experiências dos indivíduos idosos (Fox: no prelo). A minha análise não está interessada apenas em documentar o aspecto controlador do tempo, mas pretende também considerar como a passagem do tempo pode, por vezes, ser um instrumento ou um recurso para resistir ou recusar o poder, uma mercadoria que pode ser negociada, apropriada ou “desperdiçada”. Assim, não me centrarei apenas nas racionalizações e rotinas dos cuidados de saúde (Roth, 1963, Zerubavel, 1979), mas também em acontecimentos nos quais o tempo parece libertar-se do controlo e oferecer possibilidades de desafios por parte dos sujeitos de racionalização.

Voando sobre o tempo: as rotinas numa unidade ambulatoria de cuidados cirúrgicos

Durante o trabalho de campo realizado no General Hospital, em finais dos anos 80, observei a organização dos serviços cirúrgicos em diversos sectores. Um destes foi o de cirurgia ambulatoria (*day case surgery, DCS*), então uma nova iniciativa no General Hospital, apesar de ser agora uma prática corrente para uma vasta gama de procedimentos cirúrgicos.

A organização do tempo é central na cirurgia ambulatoria: na realidade é o aspecto relevante que a define como tal. Pela sua própria natureza, a cirurgia ambulatoria dá ênfase à intervenção e, ao limitar a estadia no hospital a algumas horas antes e depois da intervenção cirúrgica, retira importância a esses períodos. O DCS faz parte de um projecto para a utilização eficiente de recursos, lidando

com tantos doentes quantos forem possíveis no hospital, ou seja, quantos possam ser fisicamente incluídos numa lista cirúrgica diária, evitando pelo menos uma limitação: a que é imposta pela existência de camas. Um doente numa lista de DCS pode ter tido alta antes da lista na qual está incluído ter sido completada, enquanto um cirurgião pode ver o doente apenas quando este está em estado inconsciente sobre a mesa operatória, particularmente se o exame pré-operatório foi efectuado por um interno. Como tal, é um estudo de caso de como o tempo pode dominar um processo, reduzindo-o ao equivalente da linha de produção.

Um dia na unidade de DCS do General Hospital

Os dados que se apresentam seguidamente foram recolhidos durante um dia passado na unidade de DCS do General Hospital, cerca de quatro meses após a sua inauguração. A construção da unidade foi feita a partir da conversão de instalações já existentes e incluía uma pequena área de recepção, uma enfermaria de estilo *Nightingale*, com espaço para 15 camas móveis que poderiam ser levadas directamente para o bloco operatório e para a parte mais afastada da unidade, gabinetes, sanitários, zona de sujos, etc. Uma porta nessa zona mais afastada dava acesso à zona principal do hospital e estava situada na entrada oposta à do bloco operatório da unidade. A zona circundante a cada cama era fornecida de oxigénio e de uma fonte de aspiração de secreções, podendo ser isolada através de uma cortina. A unidade abria todos os dias úteis às 8 horas da manhã e encerrava normalmente às 18 horas, quando o último doente do dia tinha alta. A composição diária de recursos humanos incluía um director clínico, o Dr. F (um anestesista e gestor a tempo parcial), uma recepcionista, uma enfermeira responsável pela enfermaria, uma enfermeira de serviço, uma enfermeira em formação e duas auxiliares de enfermagem. Os doentes eram recebidos à chegada pela recepcionista e aguardavam num pequeno compartimento situado ao lado da recepção até que os enfermeiros de serviço lhe atribuissem uma cama móvel. A porta no extremo da unidade só podia ser utilizada por pessoal do serviço.

Tempo

8h07 Chega a primeira doente e, tendo sido atendida pela recepcionista, é levada para uma enfermaria e colocada na cama móvel 8. Ela senta-se na beira da cama, as cortinas são fechadas, e a doente despe-se e veste uma camisa cirúrgica.

8h13 Conforme os doentes vão chegando, solicita-se que aguardem na zona de espera. Depois são novamente chamados à recepção e inscritos pela enfermeira responsável. Chega um doente inesperadamente, sem ter confirmado a sua marcação. Enfermeira: Lamento, tínhamos uma vaga mas já foi preenchida. Terá (de voltar) para a semana.

8h17 Doentes das camas 9 e 4 acompanhados pelos pais.

8h25 O médico de serviço chega, verifica a lista e vai à cama 2, agora ocupada.

8h26 Camas 3 e 10 ocupadas. Uma afluência de doentes a chegar significa terem de esperar até serem conduzidos às macas.

8h30 O doente da cama 4 é trazido da sala de espera. Os doentes estão escalados de

modo a chegarem de forma faseada até às 9 horas, mas uma espera de 15 minutos instala-se à medida que os doentes passam pelo processo burocrático até serem atendidos.

Os nomes dos doentes são riscados de um quadro que existe no posto de trabalho de enfermagem, e são anotados os pormenores relativos ao regresso a casa: “Mãe”; “A mãe fica”; “Ficámos de telefonar”. Pulseiras de identificação em plástico são colocadas nos doentes depois de instalados.

8h32 O anestesista Dr. R observa o doente da cama 6. Que tal se não lhe dermos uma anestesia geral?. O Dr. R observa os doentes à vez, alguns recebem pré-anestesia, dependendo do procedimento cirúrgico previsto e da história do doente.

8h35 Chega o doente da cama 5.

8h52 O maqueiro chega e leva o doente da cama 1 para o bloco operatório. O responsável Dr. F. chega e reúne-se com a enfermeira de serviço. A unidade está hoje a atender três listas: uma lista de cirurgia oral (camas 1 a 5) no bloco operatório respectivo, uma lista de cirurgia ortopédica no bloco operatório 5 (camas 6 a 8) e uma lista de cirurgia plástica (camas 10 a 11). Os doentes são levados para um dos três blocos operatórios quando são chamados.

9 horas As listas cirúrgicas começam a funcionar nos diversos blocos operatórios.

10h15 O doente 1 regressa do recobro. Os enfermeiros que são peritos em recobro certificam-se de que os doentes estão prontos a abandonar essa sala na altura certa. Enfermeira responsável: Procuramos não administrar medicação pós-operatória forte, e não necessariamente uma pré-medicação. Temos de assegurar que um doente consegue chegar e regressar sem ter de conduzir. Se não estamos certos de o doente ter recuperado ou se existe problema com o regresso a casa, então poderá ser necessário mantê-lo cá.

Investigador: Com que frequência é que isso sucede?

Auxiliar: (a folhear os registos) Oito vezes este mês, 26 nos últimos quatro meses.

12h30 O doente da cama 2 tem alta. Os familiares dos outros doentes aguardam as decisões relativas à alta, tomadas pela enfermeira responsável após ter consultado os clínicos.

12h40 A enfermeira responsável, a aluna de enfermagem e uma auxiliar vão almoçar, deixando uma enfermeira responsável pela unidade.

13h05 A lista de cirurgia oral está completa. O Dr. P vem à unidade e deixa algumas instruções à enfermeira de serviço. Os doentes vão tendo alta ao longo da tarde.

16h40 A unidade encerra.

As idas e vindas dos doentes continuam ao longo do dia. A boa coordenação das actividades na unidade DCS tem influência sobre a hora da cirurgia nos diversos blocos operatórios. Existe a preocupação da circulação rápida e eficiente dos doentes através dos procedimentos cirúrgicos, tal como o demonstra o seguinte extracto das notas de observação tomadas nesse dia.

Tempo

11h05 O doente é trazido para o bloco operatório, tendo sido anestesiado após uma espera de 30 minutos na sala de anestesia. A intervenção inicia-se: a remoção de

material de consolidação óssea após um acidente de trânsito ocorrido duas semanas antes.
11h15 O anestesista Dr. R (para o cirurgião): Está na altura do doente seguinte? (i.e. para pedir ao maqueiro que traga o doente seguinte para a sala de anestesia).

O cirurgião, Dr. P: Não.

11h35 Material de osteossíntese maxilofacial removido, o Dr. P começa agora a retirar os fios que foram inseridos através das sobrelhas. Estes não saem tão facilmente e inicia-se uma hemorragia, o que causa um comentário adverso por parte do anestesista e pedidos de desculpas do Dr. P

11h45 Primeiro fio removido.

11h50 Segundo fio removido. Dr. P: Pronto, estamos a suturar.

11h52 Dr. P (para o anestesista): Pronto. O Dr. R chama o doente seguinte.

11h56 O primeiro doente é levado para a sala de recobro. O Dr. R vai para a sala de anestesia e anestesia o doente seguinte.

Conforme os doentes pré-operatórios na unidade são substituídos pelos que estão a recuperar do pós-operatório, o ambiente agitado é substituído por uma rotina de prestação de cuidados muito mais tranquila, seguindo-se uma multiplicidade de tarefas administrativas com vista à alta. Se tudo correr de acordo com o plano cirúrgico, o atendimento dos doentes ao longo do dia significa que ninguém será internado no hospital (incluindo a transferência para uma enfermaria diferente). Este extracto etnográfico sugere uma “máquina bem oleada” eficiente em que o pessoal consegue produzir uma linha de montagem de doentes tratados com êxito. Como tal, pode ser considerada como uma condensação das racionalizações modernas discutidas atrás. Isto reflecte-se no comentário feito pelo Dr. F, o responsável clínico, perante o investigador nove meses atrás. Para ele, quaisquer problemas eram do âmbito da gestão.

O desenvolvimento da cirurgia ambulatória é uma questão de recursos e de logística. Implica uma mudança na prática cirúrgica, mas não tanto em termos de técnica como em termos de gestão. A investigação necessária diz respeito à viabilidade — que tipo de cirurgia pode ser realizada, (...) configuração da enfermaria e política operacional.

O racionalismo económico da linha de produção DCS implicou que todos os envolvidos — doentes e pessoal — aceitassem o controlo que o regime impunha. Isto teve consequências negativas em termos da prestação de cuidados e da satisfação profissional, tal como os seguintes membros da equipa referiram.

Enfermeira: Não vimos os indivíduos doentes depois a recuperarem. Não é gratificante trabalhar aqui.

Auxiliar de Enfermagem: Não há tempo para preencher um plano de cuidados para cada doente, e assim não podemos prestar-lhes cuidados adequados.

Enfermeira: Ontem tivemos aqui um homem, e porque eu não tive oportunidade de o conhecer, mesmo por um dia que fosse, não lhe pude dar a tranquilidade necessária

antes da intervenção. Senti-me como uma empregada de balcão ou uma cabeleireira. Estou ansiosa por (abandonar isto).

No primeiro caso, documentei a utilização do tempo enquanto técnica de gestão com vista a melhorar a eficiência. É, na realidade, um bom exemplo de uma gestão *just-in-time*, sem qualquer folga no sistema, e da necessidade de todos os sectores da organização trabalharem em conjunto. Aqui o tempo é um mecanismo ou uma tecnologia de controlo: os trabalhadores têm de trabalhar ao ritmo da organização e com uma determinada carga de tarefas que tem de ser concluída no espaço de um dia (é altamente inconveniente para todos os implicados na DCS o facto de os doentes terem de ficar no hospital de um dia para o outro) e eles sabem que têm poucas alternativas senão manter os doentes a circular como numa linha de montagem.

O seguinte estudo de caso — das visitas dos cirurgiões às enfermarias e das decisões sobre a alta — ilustra outra economia em que o factor tempo é importante, não só enquanto veículo no qual as negociações têm lugar, mas também enquanto meio a ser negociado.

A compra do tempo: doentes, cirurgiões e datas de alta

Para os doentes cuja intervenção cirúrgica não se pode realizar em regime ambulatorio, a consequência inevitável de se submeterem à cirurgia é permanecer no hospital durante o pós-operatório, para recuperarem dos efeitos fisiológicos de uma anestesia prolongada e confirmar que o processo de cicatrização se iniciou sem complicações de infecção. Com as inovações recentes, tais como a microcirurgia, e com o apoio pós-operatório disponível ao nível da comunidade, os internamentos são agora muito curtos após muitos procedimentos cirúrgicos, mas o período que decorre entre uma intervenção e a alta continua sendo um tempo em que tanto os cirurgiões como os doentes têm de aguardar que a natureza siga o seu curso. Quando efectuei este trabalho de campo, a maior parte dos doentes cirúrgicos poderia esperar passar um período de pelo menos cinco dias numa enfermaria em situação de pós-operatório.

As agendas do doente e do cirurgião poderão ser bastante diferentes durante esse período. Para os cirurgiões é necessário tempo para aferir o processo de recuperação do doente, enquanto para o doente o regresso a casa e à vida sem limitações impostas pelo hospital são uma prioridade. Em tais circunstâncias, as escalas de tempo poderão também divergir. Para o cirurgião, o tempo que medeia entre as visitas pós-operatórias poderá parecer curto; para o doente, dois ou três dias entre visitas médicas poderá parecer uma eternidade. Assim, talvez não constitua surpresa que as questões em torno do tempo sejam abordadas em muitos destes encontros, em que a visita médica passa a ser encarada como um acontecimento crucial na determinação do futuro imediato de um doente. O primeiro extracto desta parte — registado a partir de uma visita efectuada na sexta-feira de manhã — é típico de uma primeira visita pós-operatória e indica as divergências da agenda do cirurgião e do doente.

(A Doente C submeteu-se a uma intervenção cirúrgica para remoção de um quisto do ovário. A cirurgiã, Dr.^a A, visita-a 24 horas após a intervenção).

Dr.^a A: Olá Sr.^a C, já resolvemos o seu problema. Deixe-nos ver a sua sutura.

(A enfermeira e o internista puxam as cortinas à volta da cama, colocam a Sr.^a C em decúbito dorsal e levantam o penso).

Dr.^a A: Sim, está bem. Não vai ter uma grande cicatriz aí.

Doente C: Obrigada. Quando posso ir para casa?

Dr.^a A: Até segunda-feira. (Para a enfermeira) Pode dar-me um (tipo de penso) por favor?

Mesmo para os doentes que não esperam uma alta imediata, as visitas médicas à enfermaria pautam a monotonia da vida no hospital. E mais, representam uma ocasião que pode fornecer indicações sobre o futuro, sobre o que um doente pode esperar. A doente N tinha sido submetida a uma grande cirurgia devido a um carcinoma intestinal. Ela preparou-se para a visita médica à enfermaria, que se realizava duas vezes por semana, aplicando maquilhagem e sentando-se na cama para aguardar o Dr. D, que, por sua vez, a considerava uma doente problemática. No decorrer da visita ela tem pouca oportunidade para negociar o seu futuro, enquanto o Dr. D parte abruptamente.

Dr. D: Como está a ileostomia (ligação do intestino para o exterior através da parede abdominal)?

Doente N: Está muito melhor, pelo menos esta funciona.

Dr. D: Ainda bem.

Doente N: ... (tenta formular uma pergunta, mas o Dr. D afastou-se e iniciou um diálogo com o médico de serviço).

Dr. D: Bem, até terça-feira.

Atrasos nas datas de alta previstas são particularmente devastadoras para os doentes. A seguir, uma doente esperava ser informada de que poderia regressar a casa, mas a avaliação feita pelo cirurgião indica a necessidade de passar mais uns dias no hospital. A doente reúne argumentos a favor de uma alta precoce.

Dr.^a A: Olá, Sr.^a Z, penso que pode ir para casa na segunda-feira.

Doente Z: Na segunda-feira, não hoje?

Dr.^a A: Não, penso que terá de ficar até segunda-feira. (Para o médico de serviço) Doutor, ausculte os movimentos intestinais. Onde mora, Sr.^a Z?

Doente Z: Em —

Dr.^a A: Vive sozinha?

Doente Z: Sim, mas providenciei para que as minhas irmãs viessem a ...

Dr.^a A: ...Sim. (Para o médico de serviço) Estão bem?

Médico de serviço: Sim, estão bem.

Doente Z: ...são enfermeiras. Já não trabalham mas são enfermeiras...

Dr.^a A: Sim, pode ir para casa na segunda-feira.

Noutras ocasiões, a alta é negociada ponderando a situação domiciliária do doente face aos riscos da alta. O doente W era um idoso a quem tinha sido removido grande parte do estômago devido a um carcinoma gástrico.

Dr. D: Quem vai cuidar de si quando sair do hospital?

Doente W: (Sorrindo) Diga-me quando posso sair e eu providenciarei quem cuide de mim.

Dr. D: (Sorrindo) Certo... mas diga-me, seriamente?

Doente W: Bem, a minha irmã. Ela é mais velha que eu, claro, mas ...

Dr. D: Uma pessoa que lhe prepare as refeições?

Doente W: Ah sim, isso está pensado.

Dr. D: Marque uma consulta clínica para a próxima quarta-feira e pode ir para casa agora.

Doente W: Quando?

Dr. D: Assim que esteja tudo pronto.

Doente W: (tenta sair da cama) Vou-lhe telefonar. Obrigado. Vou telefonar agora.

Para o cirurgião o momento da alta é frequentemente o fim da história, e a decisão poderá parecer bastante banal, talvez reconhecendo que provavelmente não haverá discordância dado o entusiasmo que a maior parte dos doentes manifesta perante a possibilidade de deixar o hospital.

Dr.^a A: (Olhando para o processo clínico, falando com o médico de serviço, ignorando a doente) Penso que a Sr.^a A pode ir para casa hoje. Podemos fazer uma observação rápida, doutor. (Dirigindo-se agora à doente) Como se sente?

Doente A: Estou bem.

Dr.^a A: (verifica o estado da ferida cirúrgica) Bom, pode ir para casa hoje, há alguém que a venha buscar?

Doente A: Sim.

Dr.^a A: Bem, está bem. Trate de tudo se fizer favor, doutor.

Em todos estes casos o cirurgião procura controlar a interacção. Apesar de um cirurgião não poder — excepto em circunstâncias extremas — evitar que um doente abandone o hospital contra indicação médica, as interacções são enquadradas como se o doente não tivesse voz activa. Os cirurgiões afirmam a sua autoridade, e a sua capacidade de efectuar julgamentos subtis sobre a alta é utilizada para manter essa autoridade. No seguinte extracto, o Dr. D pondera a possibilidade de existir uma infecção da ferida operatória, contra a probabilidade de o doente recuperar tão bem em casa como no hospital.

Dr. D: (Dirige-se ao doente enquanto olha para o processo clínico) Olá, Sr. Y, queremos mandá-lo para casa, mas não estou satisfeito com essa temperatura elevada.

Doente Y: Não.

Dr. D: Não sei o que pode estar a causá-la. Já fizemos culturas da ferida operatória e ela não está infectada. Não sei o que poderá estar por trás disso. Já está tudo pronto para regressar a casa?

Doente Y: Sim, a minha mulher pode vir buscar-me hoje.

Dr. D: Pode ir para a cama e ela olhar por si?

Doente Y: Sim.

Dr. D: Não gosto dessa temperatura elevada... Telefone à sua mulher e pode ir já para casa.

Doente Y: Muito obrigado.

O Dr. D utiliza a frase “Não gosto dessa temperatura elevada” duas vezes na sua breve interacção. A primeira vez sugere que a temperatura elevada é uma possível complicação que deve ser resolvida antes da alta, enquanto que na segunda vez altera o significado e agora a pirexia (termo médico para designar febre) é um pormenor irritante que está a impedir o regresso a casa. O facto de o Dr. D não estar satisfeito com o acontecimento significa que o pode ignorar e assim permitir que o doente regresse a casa.

Genericamente falando, podemos ver nesta situação um outro exemplo de como o tempo faz parte de um regime de controlo, mas aqui ele é invocado duas vezes. O tempo não é o único mecanismo de controlo (a visita pouco frequente à enfermaria, que deve ser aguardada como uma determinante crucial da situação de um doente), mas também é, em muitos casos, o que está a ser determinado (a duração da estadia no hospital, as expectativas de futuro após a intervenção). O tempo é um recurso que aparentemente é para ser dispensado com muita latitude pelo cirurgião. Mas para “comprar” tempo, este tem de transcorrer, ser consumido. Lembramos a sugestão de Coffey de que o tempo é uma mercadoria que pode ser negociada, comprada e vendida.

Poderemos também efectuar a comparação com um regime prisional. Aqui também os presos têm de consumir tempo para comprarem tempo. Em Inglaterra, cumprir uma pena de prisão é designado como “cumprir tempo”. E é apenas quando uma certa parte do tempo está “cumprida” que existe a possibilidade de o tempo restante vir a ser descontado, de forma a proporcionar ao preso um futuro em que o tempo passe a ser seu e não do regime prisional.

Em síntese, vimos nestas etnografias de uma unidade de ambulatório e de uma visita à enfermaria de cirurgia dois exemplos de como o tempo é gerido e manipulado. Em ambos os casos, parece haver pouco espaço de negociação. No primeiro, a gestão utilizou o tempo para maximizar a eficiência de um serviço. No segundo, o tempo é uma mercadoria a ser vendida pelos cirurgiões e uma mercadoria a ser passivamente consumida pelos doentes. No entanto, isto é apenas parte da questão, porque em diferentes circunstâncias o tempo não pode ser tão facilmente utilizado como instrumento de poder ou de autoridade. Por vezes, o tempo pode ser manipulado por diferentes grupos para satisfazer os seus fins, perturbando rotinas e introduzindo a possibilidade de luta e de resistência.

Matando o tempo: a perturbação das rotinas cirúrgicas

Para além da unidade de DCS, existiam dez blocos operatórios no General Hospital, e a organização dos serviços cirúrgicos era um empreendimento que implicava

120 enfermeiros e auxiliares durante os turnos diurnos, a provisão de materiais, desde as compressas esterilizadas ao equipamento cirúrgico, e a regulação da ocupação dos blocos operatórios durante as 24 horas do dia com doentes. Enquanto um gestor do departamento cirúrgico tinha a responsabilidade global da gestão, cada par de blocos operatórios era gerido localmente por uma enfermeira responsável.

O meu estudo etnográfico da rotina diária das actividades cirúrgicas no General Hospital revelou a existência de perturbação constante causada por uma forte componente de aparente ineficiência e imprevisibilidade. Os doentes chegavam atrasados ou, pelo contrário, eram precipitadamente excluídos das listas operatórias ou substituídos por quem necessitava de procedimentos bastante diferentes; os procedimentos não eram os que estavam planeados e incluídos na lista inicial; não era feito qualquer registo do tempo de anestesia; muitos doentes estavam marcados, e as listas eram longas, fazendo com que o pessoal tivesse de trabalhar até tarde; os instrumentos cirúrgicos não estavam disponíveis ou não chegavam ao mesmo tempo que o doente. Em muitos casos, o factor tempo estava no cerne da perturbação. Segue-se um extracto das minhas notas de campo, referentes a uma manhã no bloco operatório.

Tempo

10h30 O doente anterior tinha sido levado para a sala de recobro, mas apesar de se ter contactado a enfermaria para enviar o doente seguinte, este ainda não tinha chegado.

A enfermeira anestesista: Os cirurgiões ortopédicos são os piores, eles preparam as coisas no último momento e depois não se organizam adequadamente ... eles não comunicam. Isto é provavelmente devido ao facto de que muitos deles são estrangeiros... eles não se compreendem uns aos outros.

10h45 Sem que nenhum doente chegue, envia-se um interno à sua procura. Entretanto outro doente é acrescentado à lista, um jovem de 16 anos. Mas este doente ainda não foi visto pelo médico residente, não foi autorizado e pode não ter estado em jejum o tempo necessário antes da intervenção. O interno é novamente enviado à procura do doente. O primeiro doente é finalmente encontrado numa enfermaria diferente da esperada.

11 horas O interno regressa.

Interno: Ele foi autorizado. A enfermeira pensava que a idade de consentimento era de 18 anos mas ele próprio assinou. O pai tem estado à espera para assinar o consentimento.

Cirurgião (para o investigador): Isto é o tipo de coisa que acontece. O consultor diz à enfermeira, que diz ao residente que, por sua vez, se esquece ou está demasiado ocupado.

11h20 O doente chega. Ele não quer uma anestesia geral e discute com o anestesista. Ele não foi pré-medocado e está muito irritado. Finalmente, o anestesista consegue convencê-lo a submeter-se ao procedimento.

11h40 O doente é levado, já inconsciente, para o bloco operatório.

12h30 O último doente que consta da lista é adiado. Um telefonema para a enfermaria revela que metade do pessoal de enfermagem está no intervalo do almoço e não há ninguém que possa acompanhar o doente ao bloco.

Anestesista Dr. M: Isto acontece todos os dias. Eles devem saber que vai acontecer, mas ninguém faz nada.

Após várias experiências semelhantes, concluí que a perturbação da rotina era a norma no serviço de cirurgia do General Hospital. No entanto, a menos que obrigado, o pessoal do bloco operatório preferia não falar sobre o assunto e existia uma aceitação geral de que uma actividade incerta tal como a cirurgia não podia ser controlada pelo relógio. Contudo, um informador — o anestesista Dr. J — tornou-se um comentador entusiástico sobre as ineficiências verificadas no bloco. A utilização das mesmas para definir a superioridade moral e intelectual dos anestesistas perante os cirurgiões está documentada noutro lugar (Fox, 1994). Ele culpabilizou uma variedade de pessoas pelos atrasos:

Enfermeiras

Dr. J: Aquele telefonema era da enfermaria — não há ninguém que acompanhe o doente até aqui. Isso habitualmente significa que a enfermeira responsável não planeou o trabalho adequadamente.

Enfermeiras e doentes

Dr. J: Os doentes são chamados por carta e concordam ou não com a vinda. Por vezes, é difícil encontrar substitutos, mas significa que não se pode planear com confiança que a lista será cumprida exactamente como foi proposta. Alguns cirurgiões antecipam isto e convocam mais doentes, do que aqueles que esperam atender. Depois têm muitos doentes, e isto é irritante se acontece demasiadas vezes. Trata-se de um problema para o pessoal de enfermagem, porque este é muito rígido.

Cirurgiões

Dr. J: Ontem isto estava num caos absoluto (o bloco de cirurgia plástica). A lista foi preparada de forma que os doentes eram esperados no bloco horas antes de chegarem ao hospital. Da parte da tarde, dois casos foram acrescentados à lista, o que significava que não havia tempo suficiente sem que o pessoal ficasse depois das seis e houve necessidade de reprogramar, e apenas um dos casos está a ser resolvido hoje.

Dr. J: Dois ou três por cento dos doentes terão um problema que não pode ser previsto (o que torna a anestesia arriscada). O anestesista necessita ver o doente, mas algumas firmas (de cirurgiões) não conseguem elaborar uma lista até à manhã do próprio dia.

Os cirurgiões, por outro lado, encontraram os seus bodes expiatórios, frequentemente entre os funcionários mais baixos da hierarquia.

Cirurgiã Dr.^a A: Não posso acreditar, o homem veio de tão longe (para fazer uma biópsia) e a secretária mandou-o embora. Ele veio de — e ela mandou-o embora.

Cirurgião Dr. A: Aqui estamos (nas instalações sanitárias), prontos para fazer o nosso trabalho e ficamos à espera das decisões do maqueiro para nos trazer o trabalho.

Os cirurgiões estavam na defensiva quanto à sua própria culpabilidade na causa

dos atrasos e utilizaram a desculpa da incerteza para justificar as suas acções, por exemplo, ao programarem muitos doentes para uma só lista.

Cirurgião Dr. Y: A cirurgia ortopédica no General Hospital funciona sete dias por semana, assim existem sempre urgências. Uma lista é elaborada com muito pouca antecedência. Há doentes na enfermaria e decidimos colocá-los numa lista. As pessoas dizem que eles não têm de constar *desta* lista mas têm de constar de *uma* lista. As pessoas esquecem isso.

Cirurgião Dr. T: Sim, existe muito tempo de espera, esse é o preço de fazer parte de uma grande organização.

Culpavam os anestesistas de causarem atrasos entre doentes, reduzindo a rotatividade dos doentes de uma lista.

Anestesista Dr. C: O cirurgião não considera a anestesia senão como um gasto de tempo e parece que não a tem em conta quando elabora uma lista. Não a considera ... Os cirurgiões encaram o bloco operatório como sendo deles, eles é que dizem o que se vai passar. Nós temos que ter o doente pronto quando eles o querem.

Por outro lado, se um doente foi induzido e preparado para os cirurgiões, não há garantia destes estarem preparados para o receberem. Numa ocasião presenciada pelo investigador, um anestesista teve de manter um doente sob o efeito da anestesia durante um longo espaço de tempo, porque os cirurgiões estavam ainda no seu gabinete quando o doente foi colocado na mesa operatória.

Dr. J: O anestesista prepara uma pré-medicação, directamente ou através do médico residente. O cálculo do tempo é crítico, por isso é essencial que se preveja a duração da intervenção.

Globalmente, o trabalho de campo identificou os cirurgiões enquanto causadores de grande parte da perturbação. Por um lado, encaravam a incerteza como sendo legítima, caso fosse consequência infeliz do empreendimento cirúrgico. Eles percebiam arranjos de última hora ou mudanças nas listas, mudanças de procedimento, sobrecarga de listas e omissão do tempo de preparação como riscos da incerteza do seu trabalho. Para os cirurgiões, as responsáveis são as enfermeiras, ao nível da enfermaria, e os maqueiros, que nem sempre estão disponíveis para levar os doentes para o bloco operatório, os anestesistas, porque demoram demasiado tempo a induzir a anestesia ou a preparar os doentes, ou os doentes, que não aparecem a horas para a intervenção. Estes são todos reduzidos a faltas ao nível da gestão.

No entanto, em vez de procurar culpados, quero sugerir que podemos encarar as acções dos cirurgiões como uma resposta, uma resistência a esforços para impor um regime definido pela gestão sobre o seu trabalho. Da perspectiva da gestão, o controlo e a manutenção das rotinas de cirurgia devem ser um objectivo, e isto ressalta dos comentários da gestão e das enfermeiras do bloco operatório.

Directora do Departamento Cirúrgico F: O trabalho realizado pelo Departamento de Cirurgia engloba uma grande tarefa de gestão de recursos humanos. O dia no bloco operatório decorre das 8 às 17 horas; duas ou três enfermeiras trabalham meio dia, as restantes entram de serviço no turno seguinte. Certifico-me que o trabalho se organiza de forma a rentabilizar o pessoal. De tempos a tempos consulto os horários para fazer uma utilização eficiente dos blocos e verifico o numero de urgências que ocorrem.

Director Clínico Dr. M: As urgências são mais de carácter administrativo do que médico. Se gerimos uma unidade eficiente, queremos gerir as enfermeiras, os anestesiologistas e o equipamento, tudo ao mesmo tempo. Então enchemos os blocos operatórios das nove às cinco com cirurgia electiva. Se surge uma urgência, há que olhar para a lista electiva e encontrar tempo para esse tipo de cirurgia. Os cirurgiões preferem deixar as urgências acumular e operar durante a noite. Mas isso é mau para os doentes, porque a intervenção será feita por cirurgiões de chamada. A alternativa é ter três blocos a funcionar à noite — mas a maior parte do tempo dois permanecem sem ser utilizados.

Para a directora do Departamento Cirúrgico F, o objectivo não era simplesmente o de maximizar a passagem dos doentes, mas gerir eficientemente um recurso (recursos humanos e tempo de bloco). Ela resumiu o que considera como sendo atitudes e comportamentos pouco razoáveis por parte dos cirurgiões.

Dr.^a F: Os cirurgiões são “primas donas”, querem os blocos abertos mais tempo, independentemente do seu funcionamento efectivo. Estou sempre a dizer aos cirurgiões que controlem as suas listas. Recentemente, houve uma noite com 12 casos de urgência. Os consultores em cirurgia torácica, ginecológica, neurológica e cirurgia geral, todos compareceram e todos queriam operar tão depressa quanto possível. Eles só se interessam pelo seu próprio doente e pelo que querem fazer, não estão interessados nos colegas. Pretendiam a existência de mais pessoal e de mais blocos operatórios, e cabia à responsável da noite a decisão de quem ocupava o bloco e em que ordem. Felizmente, ela tinha uma grande experiência e conseguiu impor-se, e nenhum doente sofreu do ponto de vista médico. Quando os cirurgiões acalmaram chegaram à conclusão de que estavam a ser egoístas, mas desde então tenho recebido chamadas telefónicas dos cirurgiões pedindo-me que resolva a situação de modo a que não torne a repetir-se... Os cirurgiões tentam aproveitar-se e utilizam chantagem emocional para manter o pessoal além da hora de saída prevista. Um dos cirurgiões no bloco de cirurgia plástica diz que se uma enfermeira quer trabalhar no bloco operatório, então não poderá ter vida própria. Isso é tão antiquado!

Poderemos concluir que os cirurgiões resistem por uma razão: não apenas devido à sua oposição, mas porque desejam proteger a sua autonomia clínica, o seu direito a operar como e quando entendem. A gestão é considerada uma ameaça a essa autonomia, e o esforço de regular a cirurgia dentro de limitações temporais específicas encontra resistências através da perturbação de rotinas. Eles utilizam a desculpa da incerteza para apoiar a perturbação e, devido à sua posição na hierarquia, a gestão do General Hospital não consegue exercer o controlo que

considera desejável. É apenas através de iniciativas lideradas pela gestão, tais como a cirurgia ambulatória, em que os cirurgiões foram eficazmente conquistados com promessas de tempos acrescidos de intervenção, que os esforços para rotinizar e controlar as acções foram eficazes. Perguntei a um cirurgião da boca porque é que ele tinha apoiado a cirurgia ambulatória:

Cirurgião Dr. P: Não tive a lista completa que pretendia. Agora, com a unidade ambulatória, tê-la-ei. Tive de cancelar uma clínica, mas a unidade ambulatória deu-me a oportunidade de conseguir o que queria. Posso misturar os casos em ambulatório com os outros doentes, não tem qualquer problema...

Em síntese, podemos verificar que mais uma vez o tempo é um recurso. Mas neste estudo de caso existe uma luta mais equilibrada de autoridades, e o tempo torna-se um meio de luta. O tempo é algo sobre o qual se luta, um território a ser conquistado ou perdido como qualquer outro. A gestão procura impor rotinas, os cirurgiões resistem e afirmam a sua autonomia clínica. No interior do bloco operatório podem fazer o que querem, recorrendo a justificações de julgamento clínico quando o bom funcionamento do bloco é perturbado pelas suas actividades. A gestão reage com novas estratégias para impor a ordem. A introdução da cirurgia ambulatória, com o seu conjunto de rotinas e modelo de linha de montagem, foi possível porque ofereceu algo em troca (uma mudança de organização dos tempos, conforme se verifica). Mais uma vez, o tempo é concebido como uma mercadoria que é adquirida, vendida e pela qual se luta.

Tempo nas mãos: envelhecer na Austrália

Será então possível dispor de tempo em excesso? Para explorar este aspecto, passarei da cirurgia a uma investigação mais recente, um estudo em que abordei australianos idosos que viviam num lar, sobre o seu processo de envelhecimento (Fox, no prelo).³ Alguns dos idosos entrevistados tinham limitações ou doenças crónicas que requeriam cuidados de enfermagem, enquanto outros tinham optado por permanecer num tipo de instalações “hoteleiras” que forneciam refeições, serviços de limpeza e outros serviços, se necessário.

Recordando a situação dos idosos que aguardavam alta após cirurgia, argumentava-se que tinham de passar tempo (a recuperar) para comprarem tempo (as suas vidas para além do hospital). Neste estudo, para os idosos não é possível efectuar semelhante negócio. Eles estão a utilizar o seu tempo (as suas vidas nos lares) mas não há nada para além disso que este tempo possa adquirir. Se a qualidade do seu actual dispêndio de tempo não é satisfatória, não existe nada como recompensa. O tempo é agora algo que se gasta, tendo muito pouco para mostrar em troca.

Sr. M: O tempo é um factor importante num sítio como este, quando se é inválido.

Investigador: Então, tempo é algo que não vos falta?

Sr. M: Sim, é verdade. Pergunto-me “que dia é hoje?” porque quando não se trabalha é difícil saber que dia é.

Investigador: Existe algum aspecto da sua vida de que tenha saudades?

Sr.^a G: De quando tinha mais trabalho para fazer. Mantinha-me ocupada e não tinha tempo para pensar na tristeza de se perder alguém.

O tempo só é um recurso se for preenchido, quando não há com que o preencher, é limitativo. A abundância do tempo ameaça e há que resistir-lhe.

Sr.^a S: Detesto estar neste quarto. Quero dizer, gosto deste quarto e da vista, mas não se pode ficar todo o dia dentro de quatro paredes. Gosto de sair para qualquer lado, pelo menos duas vezes ao dia, sentar-me num lugar diferente ou sentar-me ao ar livre durante uma hora e pouco. Há que manter a velha mente a funcionar, é isso que penso.

Sr.^a H: Por vezes, tenho visitas. E há frequentemente coisas aqui onde eu posso ir à tarde e principalmente fico sentada, como agora, espero pela hora do almoço. Depois vou almoçar e se há algo a conhecer, fico lá e vejo... É algo para fazer, pelo menos mantém a mente ocupada.

Há que evitar tempo desocupado, porque sem algo para preencher o tempo a vida deteriorar-se-á. Manter-se ocupado passa a ser um fim em si mesmo.

Sr. K: Actividade, não estar aqui sentado a apodrecer... Tenho (cancro) desde 1981 e luto constantemente contra ele. É por isso que a actividade é importante. A actividade tem-me mantido vivo... Trabalhava 30 horas por semana mas tinha papelada, trabalho mental para fazer e não era difícil, porque se não nos apetecia fazê-lo, não éramos obrigados.

Sr. M: Eu diria um ambiente agradável e coisas para fazer. Pode chamar-lhe terapia ocupacional.

Conforme o tempo se torna mais vazio, a vida torna-se mais monótona. Com pouco para preencher os tempos entre acontecimentos e sem nada poder esperar.

Sr.^a S: Não penso muito sobre o futuro. Temos de viver uma vida tranquila e conhecemos bastantes pessoas. Existem coisas diferentes que podemos fazer. Podemos ler, embora eu já esteja a chegar ao ponto em que não consigo ler, e isso é desconcertante porque pensei que sempre poderia ler. Penso que vivo uma vida monótona agora, mas a família é agradável.

Sr. W: Tudo o que tenho é poder andar a pé... Há muitas actividades aqui em que não posso participar porque sou invisual. Não posso ver, mas dizem-me “entre e dê uma olhada”, mas não é bom para mim ir lá. O meu conselho é: se puderem fiquem na vossa própria casa.

Neste texto defendi que o tempo é um recurso e, como tal, é algo que pode integrar luta e resistência. Não é o tempo em si que é o objectivo a atingir, mas sim as coisas com que o podemos preencher (Derrida, 1993: 3). Assim, talvez seja a potencialidade que o tempo encerra que o torna aliciante enquanto algo a deter. É como o dinheiro, em si mesmo tem pouca utilidade, mas é desejável possuí-lo porque pode ser transformado em quase tudo. No entanto, neste caso final, vimos uma situação

em que o tempo deixou de ser uma moeda de troca. Em vez de ser um bem escasso existe em abundância, e em vez de ser um recurso é um peso: trata-se de uma cunhagem que deixou de ser reconhecida. A falta de coisas para preencher o tempo disponível torna-o ridículo em si e à sua passagem, um tempo vazio é receado como algo que levará à introversão, à solidão e à depressão. O tempo agora torna-se o inimigo de si próprio, não o meio de realização pessoal. Ironicamente, os comentários aqui referidos foram propostos em contraponto a um cenário de carência de pessoal que em tempos existiu nos lares: algures, noutras entrevistas, muitos residentes comentaram o pouco tempo que o pessoal dispunha para eles.

Notas de conclusão

O tempo é central à forma como os seres humanos percebem o mundo, e no período moderno, a forma principal de pensar o tempo tem sido enquanto recurso com um valor económico a ele ligado (Adam, 1995: 91). Demonstrei nestes estudos de caso como o tempo é uma característica de diferentes contextos, no âmbito da saúde e dos cuidados de saúde. O tempo não tem, no entanto, um único significado para além de que este varia — dependendo da situação e do ponto de vista daqueles envolvidos. Do que se disse, poderemos identificar:

- o tempo como unidade de valor económico (as horas que se trabalha para ganhar dinheiro, o tempo que se consome para produzir qualquer objecto);
- o tempo como recurso a gerir, manipular ou controlar para maximizar ou alcançar um objectivo e, portanto, também disponível como lugar de resistência;
- o tempo como algo a ser trocado, comprado, vendido ou oferecido;
- o tempo como algo a ser preenchido.

Assim, o tempo é não apenas um fenómeno natural, mas um atributo cultural que se constrói e utiliza socialmente; o tempo é polissémico: o tempo policrónico descrito por Helman (1991). Por exemplo, pode fazer-se uma distinção entre tempo institucional e tempo pessoal. Para a instituição, o tempo pode ser um bem limitado, e o controlo sobre ele pode ser tanto uma fonte de poder como um meio para alcançar poder e autoridade. De um ponto de vista pessoal, o tempo poderá não ter o mesmo valor que tem para uma organização e, por vezes, um bloco de tempo poderá ser trocado por outro que é considerado mais valioso. Como Adam (1990: 114) salientou, em alguns casos, o tempo de que se dispõe é muito valioso (por exemplo, o tempo de um cirurgião), noutros, poderá não ter valor (por exemplo, o tempo de um trabalhador não qualificado ou de uma pessoa reformada). Este valor, no entanto, não é apenas um “valor de mercado” mas também um valor pessoal: para alguém que tem muito para integrar num período de tempo limitado, o valor pessoal do tempo não se pode reflectir no seu valor de mercado. Coffey sugere (1994: 955) que isto evidencia as tensões entre a autonomia pessoal e o controlo organizacional. Eu acrescentaria que é também um instrumento que dá aos indivíduos a capacidade de resistir ao poder: o tempo pode ser manipulado

precisamente *porque* pode ter diversos significados e valores para diferentes participantes num dado contexto.

A saúde e os cuidados de saúde estão interligados com as questões da finitude humana: para os humanos, o tempo é necessariamente limitado. Numa economia capitalista, este tempo limitado é apropriado pela sua transformação em trabalho, e o tempo torna-se frequentemente equiparado a dinheiro. Mas isto é apenas uma parte da questão, tal como procurei demonstrar. O tempo também é mercadorizado de outras formas, e pode ser comprado, vendido e oferecido, de acordo com diferentes regimes. No bloco operatório é utilizado como meio de controlar ou de resistir ao poder. Nas enfermarias, é trocado por tempo futuro. Num lar de idosos, é um bem com pouca utilidade e pode tornar-se num pesadelo em vez de um recurso.

Dado que estudamos e pesquisamos a saúde e os cuidados de saúde, necessitamos de abordar a forma como o tempo é utilizado e os diferentes significados que este poderá assumir para os diferentes participantes no mesmo contexto. A teoria social pode oferecer uma alternativa para o duplo pressuposto (construído em parte pelo modernismo e pelo capitalismo) de que o tempo é natural e de que pode ser contabilizado de maneira análoga ao dinheiro. A isto Weber chamou “racionalidade formal” (Fox, 1991: 714-7), o cálculo dos meios e dos procedimentos que levaram às modernas práticas de contabilidade. Ele colocou este conceito em oposição à “racionalidade substantiva”, preocupada com os fins ou os resultados, julgada a partir de um ponto de vista específico (por exemplo, a perspectiva do capitalista que procura o lucro no processo de produção). As racionalidades substantivas são sempre relativas e contextuais, e neste texto abordamos os conflitos que surgem entre organizações que procuram impor uma racionalidade formal do tempo e os indivíduos com as suas próprias agendas e as suas próprias avaliações do “valor” do seu tempo e do tempo dos outros.

Se a modernidade enfatizou a mercadorização do tempo, ela também o converteu, concomitantemente, em algo que deve ser contestado e, por isso, um espaço para reivindicações alternativas da “verdade” (Derrida, 1976: 12). A resistência — no contexto do tempo, tal como com outros recursos — pode ser *negativa* (uma recusa ou rejeição, tal como uma greve, em que os trabalhadores se recusam a vender o seu tempo a um patrão) ou *positiva*: uma libertação das noções constrangedoras do tempo enquanto moeda de troca ou algo a ser receado pelo seu vazio. As humanidades ofereceram exemplos de tais reconceptualizações criativas do tempo: desde a experiência de reflexividade de Proust à “cura falada” de Freud, face aos passados fabricados (Game, 1991: 90ff). Para as explorações da saúde e dos cuidados de saúde pelas ciências sociais, isto sugere uma agenda dupla. Primeiro, analisar os aspectos da organização moderna e a experiência da saúde e dos cuidados de saúde, para encontrar as formas em que o tempo é utilizado não só como técnica de poder mas também como uma estratégia de resistência. Segundo (e esta tarefa praticamente ainda não se iniciou), explorar como a resistência ao tempo da modernidade pode moldar o crescimento humano e a realização pessoal face aos constrangimentos e limitações, transformando o tempo de adversário em cúmplice.⁴

Notas

- 1 Outra interpretação possível é a de que se trata da oferta do "tempo" para substituir todo o tempo concedido pelo trabalhador durante a sua vida activa.
- 2 A gestão *just-in-time* é uma técnica que identifica os clientes internos e externos de uma empresa e organiza a produção de forma a que as necessidades dos clientes sejam satisfeitas em tempo útil. Ao mesmo tempo que reduz os níveis de *stock* improdutivos, requer uma organização que dê respostas. A gestão da qualidade total aborda as questões da qualidade através de todo o processo produtivo, com a finalidade de reduzir a variabilidade (erros) através de mecanismos de *feedback*. Ambas as técnicas procuram maximizar o valor acrescentado da produção industrial.
- 3 As entrevistas foram efectuadas durante 1997, a residentes em dois lares de idosos no Sul da Austrália.
- 4 Estes comentários finais reflectem o compromisso para com um projecto de teorizar a resistência, primeiro articulado em Fox 1993 e desenvolvido nos meus trabalhos seguintes sobre a saúde.

Referências bibliográficas

- Adam, B. (1990), *Time and Social Theory*, Cambridge, Polity.
- Adam, B. (1995), *Timewatch. The Social Analysis of Time*, Cambridge, Polity.
- Bourdieu, P. (1990), *In Other Words*, Cambridge, Polity.
- Coffey, A. J. (1994), "Timing is everything: graduate accountants, time and organisational commitment", *Sociology* 28 943-56.
- Derrida, J. (1993), *Given Time: 1. Counterfeit Money*, Chicago, Chicago University Press.
- Derrida, J. (1976), *Of Grammatology*, Baltimore, John Hopkins University Press.
- Foucault, M. (1976), *The Birth of the Clinic*, Londres, Tavistock.
- Foucault, M. (1979), *Discipline and Punish*, Harmondsworth, Penguin.
- Fox, N. J. (1991), "Postmodernism, rationality and the evaluation of health care", *Sociological Review* 39 (4) 709-44.
- Fox, N. J. (1992), *The Social Meaning of Surgery*, Buckingham, Open University Press.
- Fox, N. J. (1993), *Postmodernism, Sociology and Health*, Buckingham, Open University Press.
- Fox, N. J. (1994), "Anaesthetists, the discourse on patient fitness and the organization of surgery", *Sociology of Health & Illness* 16 (1) 1-18.
- Fox, N. J. (1995), "Postmodern perspectives on care: the vigil and the gift" *Critical Social Policy*.
- Fox, N. J. (em preparação) "Growing old in Thailand and Australia: some accounts".
- Helman, C. (1984), *Culture, Health & Illness*, Bristol, Wright.
- Helman, C. (1991), *Body Myths*, Londres, Chatto & Windus.
- Morgan, G. (1986), *Images of Organisation*, Londres, Sage.
- Roth, J. (1963), *Timetables*, Indianapolis, Bobbs Merrill.
- Sewell, G. and Wilkinson, B. (1992), "Someone to watch over me: surveillance, discipline and the just-in-time laboyr process", *Sociology* 26, 271-90.

Strong, P. (1979), *The Ceremonial Order of the Clinic*, Londres, Routledge.

Zerubavel, I. (1979), *Patterns of Time in Hospital Life*, Chicago, Chicago University Press.

Nick J. Fox. Universidade de Sheffield, Reino Unido. Community Sciences Centre. Northern General Hospital. Sheffield S5 7AU, UK.