

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

IGOR FANGUEIRO DA SILVA

**O CUIDADO E O CUIDADO DE SI DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA:
SANTO DE CASA FAZ MILAGRE?**

Porto Alegre

2014

IGOR FANGUEIRO DA SILVA

**O CUIDADO E O CUIDADO DE SI DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA:
SANTO DE CASA FAZ MILAGRE?**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Fangueiro da Silva, Igor
O CUIDADO E O CUIDADO DE SI DOS PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA: SANTO DE CASA FAZ MILAGRE? / Igor
Fangueiro da Silva. -- 2014.
133 f.

Orientador: Jussara Maria Rosa Mendes.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2014.

1. Cuidado. 2. Cuidado de Si. 3. Cuidado
Profissionais. 4. Saúde do Trabalhador. 5. Atenção
Básica. I. Maria Rosa Mendes, Jussara, orient. II.
Título.

Agradecimentos

Ao meu pai, Dinarte Machado da Silva, que sempre foi um incentivo e um motivador de querer correr atrás, independente de quaisquer dificuldades e empecilhos. Guardarei eternamente o sentimento de gratidão e a saudade de poder abraçar novamente meu velho pai.

À minha mãe, Jacilda Fangueiro da Silva, que ensina o sentir “à flor da pele” constantemente, que segue sendo uma cuidadora, e quem me deu (e dá) muito amor e carinho, fundamentais à minha vida!

À minha irmã, Lisiane Fangueiro da Silva, pela arte! Sim, a arte, não a gráfica, mas a arte de conviver em união mesmo com brigas e estranhamentos, que foram incapazes de fragilizar a amizade.

À minha companheira, Priscila Siebeneichler, que está sempre ao meu lado com seu carinho e dedicação, além de suportar pacientemente o destaque da “Dirce” (dissertação) e os surtos “dissertativos”. Também agradeço à sua família, Rosalina Siebeneichler, Michele Siebeneichler e Isabela Siebeneichler, trio que me acolhe sempre com muito carinho!

À “grande família” (tios, tias, primos, primas, avôs e avós) que me proporcionaram as melhores experiências da infância: viajar, brincar, ir para o mato, viver mais próximo do campo, ir à praia...

Ao Grupo de Brincantes Paralelo 30, com os quais aprendo constantemente a repensar a importância da cultura e dos saberes populares e dos povos autóctones; através do qual posso honrar a parceria e a amizade de tantos anos de Jair Felipe Bonatto Umman, Laura Bauerman, Felipe Courseil Duran, Aline Deimiquei, Diogo Paixão, Gabriela Oliveira Machada, Luisa de Paula, Cleni de Paula, Raissa Kist, Maurício César, Ana Tedesco, Miguel Umann, Fernando Finamor, Daysi de Sousa Reis, Paula Ferreira e aos que chegam (e chegarão!) e que serão grandes amigos.

Ao Mocambo, grupo de capoeira que incomodo constantemente com o desejo de um dia aprender a arte, que sempre é acolhedor de todas as formas de existência que se apresentam por lá... Ao Mestre João Baptista Godoy (Tita) por partilhar a riqueza de seu vasto saber de forma simples e com a paixão de um grande educador.

Ao movimento Guardiães do Amanhã, onde, através de Mauro Pozatti, encontrei caminhos para sustentar minhas escolhas! Aos Guerreiros do Coração, que são pais, filhos e irmãos em uma jornada difícil que é “existir” em um mundo de preconceitos, dogmas e estigmas. Ao Clã Panápana, que saiu de seus casulos para alcançar grandes voos coloridos em busca do equilíbrio e do “ser integral”.

Aos colegas da Educação Física, Eduardo Ribas, Danilo Boff, Vinicius Murad, Jaqueline Azevedo, Leonardo Riva, Luciana Dorneles, Vitor Hansen Ely e Thomas

Tetreski, que me ensinaram muito sobre a arte de ser educador com alegria e motivação para transformar a profissão!

Aos participantes da pesquisa e aos aventureiros da Devolutiva Cuidadora que, voluntariamente, expuseram seus cotidianos, seus afetos e suas relações sem “poupar” palavras e sentimentos! Foi somente com a presença de vocês (das mais diversas formas) que esse trabalho foi possível!

Ao curso de Graduação em Saúde Coletiva, no qual conheci transformadores e outros apaixonados pelo SUS, Aline Resler e Rossana Matvi, uma dupla de amigas muito queridas que me ensinam constantemente a importância da sapiência do sanitarista.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCOL), através do qual me aproximei de professores com muita sabedoria como Alcindo Ferla, Madel Luz, Simone Paulon e diversos outros. Local onde conheci outros militantes da saúde com perspectivas muito importantes que compuseram esta caminhada e, ainda, onde se estreitaram os laços de amizade, principalmente com as colegas Thais Maranhão, Clarice Coelho e Ana Celina.

Ao Núcleo de Estudos de Educação e Saúde (EDUCASAÚDE), grupo que, seguidamente, me apoia e com o qual consigo ter esperança de que a educação e a saúde, duas áreas às quais dediquei meus estudos, são fundamentais e inseparáveis na formação de muitos profissionais. Local onde encontrei a acolhida e a amizade de Ricardo Burg Ceccim, Sharlene Goulart, Belchior Puziol Amaral, Gabriele Bragatto, Daniela Dallegrove e Laura Maia.

Ao Núcleo de Estudos em Saúde do Trabalhador (NEST), coordenado pela minha querida orientadora Jussara Maria Rosa Mendes, que lidera uma “grande família” de pessoas que, com laços afetivos estreitos, seguem na militância da defesa dos trabalhadores. Aos componentes do grupo: Fabiana Konowaluck dos Santos, Paulo Antonio Barros Oliveira, Gabriela Kunz Silveira, Dolores Wünsch, Carmem Giongo, Francyele Melgarejo, Jaqueline Monteiro, Juliana Martins, Ana Lua Rauber, Thais Sarmiento, Bruna Correa e Silvana de Oliveira, que constroem essa família amorosa.

Ao movimento de Educação Popular em Saúde (Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde), aqui representado por Vera Dantas, Vanderléia Pulga, Lairton Martins Georgina Martins, Pedro Sitta, Gisáh Chein e Gabriela Zuchetto, pela prática constante da amorosidade e pela capacidade de sonhar com um SUS mais colorido, perfumado, acolhedor... Aos participantes do curso de Educação Popular em Saúde (EdPopSus) e aos envolvidos nessa construção. Agradeço a parceria e a amizade de Janine Maria Viegas Cunha, Juliana Meira Winckler, Ana Lucia Maciel, Marta Fert, Jorge Sena e Kelly Dandara Macedo.

A todos, dedico estes meus sinceros agradecimentos por me ensinarem muito e por compartilharem parte de sua caminhada ao meu lado.

...todos somos rios que corremos para o mesmo mar...
(Oremã, sabedoria Guarani)

Resumo

Quem cuida de quem cuida? Essa pergunta/incômodo nutre esta pesquisa, que tem como tema central compreender as estratégias adotadas pelos trabalhadores da Atenção Básica para cuidarem de si. Para suprir os objetivos da pesquisa, que compreendem diversos mecanismos (políticos, históricos, sociais...) que podem existir em torno do cuidar, foram criados três capítulos conceituais para fundamentar teoricamente a proposta: Proposições para o profissional da saúde cuidar de si: A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde; A saúde do trabalhador da saúde; O cuidado, o autocuidado e o cuidado de si (subdivido em: O cuidado, O autocuidado e o Cuidado de Si; e “_____” Correndo Riscos: Fugindo dos riscos na esteira da medicalização). Esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa, que utilizou como metodologia entrevistas semiestruturadas, realizadas com profissionais da Atenção Básica da cidade de Porto Alegre, avaliadas pela análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Após a transcrição das entrevistas, as respostas foram distribuídas em cinco categorias: Cuidado: Acolhimento e escuta (categoria na qual revela-se a preocupação dos profissionais com as práticas de escuta e acolhimento nos serviços); Caminhando entre o vigilante autocuidado e a construção do cuidado de si (revelando as duas facetas do cuidar, sendo uma mais impositiva, ao passo que a outra pauta-se na construção conjunta com o usuário); Política/Gestão/Trabalhadores: três monólogos simultâneos (apontando a dificuldade de comunicação entre essas três estruturas); Fazendo milagres em condições precárias (indicando as más condições estruturais da Atenção Básica); O sujeito trabalhador tentando se cuidar e os “sumicídios diários” (que revela os caminhos do cuidado das trabalhadoras e a tentativa de sair do local de trabalho e esquecer o estresse e todas as lembranças do dia). Ao fim, realizou-se a “Devolutiva Cuidadora”, na qual os resultados foram apresentados a diversas pessoas e, ainda, onde ocorreram práticas de cuidado, como roda de conversa, danças circulares, práticas de respiração etc. Cuidar de si é também cuidar do outro, por isso é fundamental que o espaço do trabalho na saúde propicie esta reflexão, evitando que o dito popular, “Santo de casa não faz milagre”, que inspirou o título desta pesquisa, seja algo normalizado nos relatos dos profissionais de saúde.

Descritores: Cuidado de Si; Cuidado; Cuidados profissionais; Saúde do Trabalhador; Atenção Básica.

Abstract

Who looks after the ones that look after the others? This question/inconvenience nourished this research, which is focused on understanding the strategies adopted by the workers of Primary Care to look after themselves. To reach the research objectives, understanding the several (political, historical, social,...) mechanisms that may exist about caring, three conceptual chapters were created to support theoretically the hypothesis: Propositions for the health professionals look after themselves: The National Policy of Humanization of the Brazilian Unified Health System (SUS); The health of the person who works with health; The care, the self-care and the care for the self (subdivided in: The self, The self-care and the Care of the Self and “_____”Taking Risks: Running away from risks on the heels of medicalization). This is a qualitative approach research which used semi structured interviews as methodology, which were performed with Primary Care professionals from Porto Alegre, evaluated by the content analysis proposed by Bardin (2011). After the interviews were transcribed, the answers were organized into five categories: Care: Shelter and listening (which reveals the worry professionals have with the listening and sheltering practices in the services); Walking between the self-care vigilant and the construction of the care of the self (revealing the two aspects of the care, when one is more imposing and the other is ruled by the shared construction with the user); Politics/Management/Workers: three simultaneous monologues (which shows the communication difficulty among these three structures); Making miracles in precarious conditions (which shows the poor structural conditions of the Primary Care); A worker trying to care for himself and the “daily suicides” (which reveals the ways workers care and the attempt to leave the workplace and forget the stress and all the day memories). At the end, it was also held the “Caring Feedback”, when the results were presented to many people and, besides, when there were care practices, like round of conversation, circular dances, breathing techniques etc. Looking after the self is also looking after the other, that is why it is essential that the workplace in health fosters this reflection, avoiding that the popular saying “No one is a prophet in their own land”, which inspired the title of this study, becomes something common in the reports of health professionals.

Keywords: Care for the self; Care; Professional Care; Worker Health; Primary Care.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|------------|
| FIGURA 1 – CONVITE DA DEVOLUTIVA CUIDADORA..... | 120 |
| FIGURA 2 –O ACOLHIMENTO | 120 |
| FIGURA 3 – RODA DE CONVERSA..... | 121 |
| FIGURA 4 –“MAPA” DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E DOS TÓPICOS DA PESQUISA..... | 122 |
| FIGURA 5 –EXERCÍCIOS DE RESPIRAÇÃO | 123 |
| FIGURA 6 – DANÇAS CIRCULARES | 123 |

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| 1. INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 INICIO ME CUIDANDO..... | 12 |
| 1.2 INCÔMODOS E DESCÔMODOS | 14 |
| 2. PROPOSIÇÕES PARA O PROFISSIONAL DA SAÚDE CUIDAR DE SI: A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PNH) | 25 |
| (ESPAÇO DE CUIDADO...) | 33 |
| 3. A SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE | 34 |
| 4. O CUIDADO, O AUTOCUIDADO E O CUIDADO DE SI | 43 |
| 4.1 O CUIDADO | 43 |
| (ESPAÇO DE CUIDADO...) | 54 |
| 4.2 O AUTOCUIDADO E O CUIDADO DE SI | 55 |
| 4.3 “_____” CORRENDO RISCOS: FUGINDO DOS RISCOS NA ESTEIRA DA MEDICALIZAÇÃO | 64 |
| 5. CAMINHO METODOLÓGICO | 72 |
| 5.1 DESENHO METODOLÓGICO | 72 |
| 5.2 SUJEITOS E TERRITÓRIO DA PESQUISA | 73 |
| (ESPAÇO DE CUIDADO...) | 76 |
| 6. DIALOGANDO COM OS RESULTADOS..... | 78 |
| 6.1 CUIDADO: ACOLHIMENTO E ESCUTA..... | 80 |
| 6.2 CAMINHANDO ENTRE O VIGILANTE AUTOCUIDADO E A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO DE SI | 84 |
| 6.3 POLÍTICAS/GESTÃO/TRABALHADORES, TRÊS MONÓLOGOS SIMULTÂNEOS E SOBREPOSTOS..... | 87 |
| 6.4 FAZENDO MILAGRES EM CONDIÇÕES PRECÁRIAS | 95 |
| 6.5 O SUJEITO TRABALHADOR TENTANDO SE CUIDAR E OS “SUMICÍDIOS” DIÁRIOS..... | 100 |
| 7. ALGUMAS REFLEXÕES, ESTRANHAMENTOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS...110 (ESPAÇO DE CUIDADO...) | 113 |
| 7.1 DEVOLUTIVA CUIDADORA | 114 |
| 7.2. CONSIDERAÇÕES FINAIS: RESULTADO DO PROCESSO DE PESQUISAR116 (ESPAÇO DE CUIDADO...) | 119 |

| | |
|---|------------|
| REFERÊNCIAS..... | 124 |
| ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 130 |
| ANEXO 2 – INSTRUMENTO DE PESQUISA | 132 |

1. Introdução

A presente dissertação tem como tema central “as estratégias adotadas pelos profissionais da área da saúde, trabalhadores da Atenção Básica¹ (AB), para cuidarem de si”. As motivações serão tratadas em tópico específico no corpo do trabalho. A proposta encontra-se dividida em três capítulos na tentativa de reunir materiais necessários e construir uma proposta mais objetiva, facilitando as leituras e a relação com a pesquisa aqui apresentada. Reconheço que esta divisão é, em alguns momentos, obstáculo de uma discussão que muitas vezes interliga as partes tornando este tema indissociável.

Apresento os capítulos de forma breve com a intenção de facilitar e aproximar o leitor dos provires no texto:

No capítulo 2 - Proposições para o Profissional da Saúde Cuidar de Si: A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH) - busquei encontrar políticas, programas, pesquisas e ações que proponham e reflitam a importância do cuidado do cuidador e do autocuidado, visando ir ao encontro do que já está consolidado e utilizar essas referências como pontos para discutir com os entrevistados. Trarei a reflexão sobre a Política Nacional de Humanização que é referência ao refletir o cuidado e os modos de pensar e agir na área da saúde. Pautarei a importância de algumas dessas propostas, bem como sua efetividade e seu alcance.

O capítulo 3 – A saúde do Trabalhador da Saúde - propõe discutir as questões que envolvem a saúde do trabalhador, apontando algumas relações históricas, pautando as discussões contemporâneas do tema e apresentando as principais políticas que o abordam. Compreender quais fatos levam os trabalhadores

¹A escolha por profissionais da Atenção Básica (AB) justifica-se uma vez que é justamente nesse espaço que se produz e se potencializa a interprofissionalidade e as práticas que utilizam as Tecnologias Leves e de promoção da saúde, ou seja, se entrecruzam constantemente com o cuidado na perspectiva deste trabalho. Optei pela AB por acreditar em suas potencialidades na construção da saúde, sendo uma das portas de entrada do SUS (potencialmente mais acessível considerando a ação dos agentes de saúde, que realizam as visitas domiciliares e sua disposição geográfica), atuando com a Promoção da Saúde e com propostas muito diferenciadas das encontradas na lógica hospitalar, que, muitas vezes, direciona sua atenção mais às doenças do que às pessoas envolvidas nos processos de adoecer. Ainda, destaco que a AB é um espaço que favorece encontros que podem ser produtivos entre os profissionais de saúde e entre estes e a população usuária do SUS. (BRASIL, 2009).

ao adoecimento permite visualizar quais aspectos do cotidiano e dos processos estão prejudicando a saúde. Dialogar com políticas e propostas que protegem os trabalhadores é fundamental para entender com quais mecanismos de proteção se pode dialogar.

O tema central desta proposta é o cuidado e o cuidado de si dos trabalhadores da saúde, pautado no capítulo 4. O Cuidado (4.1), O Autocuidado e o Cuidado de si (4.2), são os tópicos nos quais me propus a apresentar a história, os conceitos e as formas como estes se apresentam. Foi fundamental ao processo de pesquisa compreender as formas impositivas e deterministas com que os referidos aspectos muitas vezes se apresentam. O contexto histórico que Michel Foucault traz possibilita perceber como mecanismos advindos de períodos muito antigos e nutridos pela perspectiva cristã ainda se encontram presentes em nossa sociedade. Considerando que a reflexão do cuidado e do autocuidado acabaram gerando um incômodo com a perspectiva da promoção da saúde, dos modos contemporâneos de apresentar modelos e ideais de saúde e dos discursos hegemônicos da área da saúde, continuei a busca do tema no subtítulo 4.3 “- - - - -” Correndo riscos: Fugindo dos riscos na esteira da medicalização, que objetiva apresentar reflexões sobre as exposições diversas que temos em nosso cotidiano e que nos influenciam e condicionam a pensar e agir tentando criar um “corpo inabalável”. Também mostra como conceitos biológicos se mantêm valorizados em nossas vidas, inclusive colocando o exercício físico, muitas vezes, como o “salvador” de nossa sociedade e esquecendo que os corpos físicos não são iguais e nem dissociados de aspectos sociais e psicológicos.

1.1 INÍCIO ME CUIDANDO...

Iniciar o contato com uma escrita na qual se sabe que a relação poderá não ser tão fácil é uma barreira muito grande. A busca das ideias, dos conceitos e até mesmo de simples palavras pode levar um escritor/pesquisador a um estado de “loucura” (não descartando a possibilidade de uma “boa loucura” certas vezes). Começo, então, esta dissertação, produto final de minha jornada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com uma simples ideia: que ela consiga ser o mais “saudável” possível, para mim e

para os que se aventurarem nestes escritos. Esperançosamente, anseio que deste encontro ocorra uma troca, não advinda de um “sacrifício” ou de muito sofrimento, mas sim de alguém que se permitiu desfrutar o refletir, o estudar, o expor suas ideias e explorar todos os afluentes possíveis de uma pesquisa.

Apesar de me sentir pronto para sair nesta exploração, quero garantir que estou com todos os elementos necessários, pelo menos para iniciar; quero perceber tudo o que é possível para tentar aproveitar esta experiência e carregar estas informações na jornada que virá. Também quero garantir espaço para os achados que surgirem, pois serão estes encontros, ao longo do período, que permitirão que chegue ao mais próximo dos objetivos propostos. Destaco que deve ser considerado o momento de construção deste estudo, ou seja, seu movimento e, por isso, os espaços ainda se encontram amplos, visando uma construção com os achados obtidos ao longo da pesquisa.

Considerando que o objeto deste estudo é o cuidado, opto por fazer deste espaço inicial um espaço de apresentação e de “promoção da saúde do pesquisador” na tentativa de manter o que considero importante ao meu cuidado. Alternarei, entre leituras, chimarrão, reflexões, pesquisas, horas livres, buscas por conceitos, conversas, trabalhos, relacionamentos, o encontro com práticas corporais como a capoeira e a dança, que há tempos me acompanham e que, sem dúvida, contribuirão muito para a proposta. Enfim, tentarei conectar todas as possibilidades disponíveis para o meu “cuidar-pesquisando”. Falo destes espaços e encontros admitindo que o cuidado de si não seja uma prática individualista, ao contrário disso, é uma prática social. (BARROS, 2008). Cuidarei de mim para construir da melhor forma possível um trabalho que não negará sua busca teórica com a vida que envolve quem escreve. A fundamentação com elementos da cultura popular servirá, ainda, de ilustração e apoio para a proposta, entendendo que, por minha jornada de vida, encontro ali ferramentas claras para explicar teorias, fatos e encontros.

Como professor de Educação Física e sanitarista, pois assim me considero, percebo que é possível fazer muitas explorações em torno desta proposta, limitá-las durante minha escrita e busca seria injusto com este trabalho. Por isso, tentarei agregar muitas informações de diversas possibilidades, passando desde questões

de pesquisas, textos e discussões acadêmicas até as experiências vividas e que podem, de alguma forma, contribuir com sua construção.

Proponho a todos que acessarem a esta dissertação que também se permitam refletir sobre seus cuidados, contribuindo com essa proposta, pois se esta pesquisa conseguir promover e facilitar a reflexão de algumas pessoas, toda a construção desenvolvida será muito mais proveitosa e, enquanto proponente desta pesquisa, ficaria honrado e feliz em ajudar com este cuidado.

Deixarei as informações aqui em caráter atemporal, pois será escrito ao longo de outras construções e encontros da/com a pesquisa. Algumas linhas deste escrito poderão, portanto, ser construídas e reconstruídas minutos antes da impressão final do trabalho... Para salientar a importância deste espaço para este trabalho, destaco ainda que tentarei construí-lo de forma tranquila e um pouco mais levedo que aquela qual uma dissertação muitas vezes se propõe; faço uso das palavras de Rubem Alves (1990, p.57) em *Gandhi: A política dos Gestos Poéticos*:

(...) eu não devo apressar o relato. O que não é muito fácil. Talvez eu devesse me esforçar para dizer as coisas, uma depois das outras, tal como aconteceram. Mas isto só pode fazer quem não amou, não lutou, não viveu.

Trago esta citação pois me remete à importância dos encontros, sendo estes que nos motivam a refletir, mudar, inovar, pensar e repensar. Rubem Alves consegue indicar esta potência que temos nestes encontros, pois só se vive, ama e luta no encontro com o outro. Isto é o que nos move às buscas e às aventuras. Início esta construção reconhecendo a necessidade de imersão para aprofundar o tema, mas valorizando o emergir para não se sufocar e, ainda, conseguir perceber outros ângulos omissos pelo mergulho profundo.

1.2 INCÔMODOS E DESCÔMODOS

Na construção desta proposta, fez-se necessária uma reflexão aprofundada que oportunizasse estabelecer um encontro com alguns questionamentos. Há algum tempo me deparei com a pergunta: Quem cuida de quem cuida? Ou, colocado de modo mais claro: como (ou qual) é o cuidado que os profissionais de saúde buscam/utilizam/recorrem? Isso iniciou uma busca por compreender essa questão,

por explorar escritos, pesquisas e até mesmo pautar as conversas com os estudantes e trabalhadores da saúde. Apesar disso, não conseguia refletir sobre os complexos componentes que envolvem este tema, como as questões que abrangem o cotidiano do trabalhador, as formas e as ofertas de cuidado, as políticas e as micropolíticas envolvidas no universo do trabalho, entre outras. Estes questionamentos iniciais me pareciam extremamente simples, limitados ou de poucas possibilidades, mas, ao olhar de outros ângulos, ampliam-se, principalmente no encontro de alguns questionamentos já pautados na literatura.

Frequentemente, o que mais realizamos nos serviços de saúde é perguntar e prescrever; o diálogo, que coloco aqui como fundamental e indissociado a qualquer proposição de saúde, muitas vezes não ocorre. Com isso, questiono: conseguimos escutar as demandas? Perguntamos: “Qual é o problema?” ou “o que te traz aqui?”, porém, estamos dispostos a compreender a resposta na sua totalidade ou apenas ter um rápido indício de um “determinado” problema de saúde para darmos um “meio” encaminhamento (nos livrando do usuário)? Tal reflexão é fundamental, pois independente de uma pessoa ter ido ao espaço de saúde buscando auxílio, pode ser que nem ela reconheça seu problema e sua magnitude, ou não queira respondê-lo de uma forma tão pontual, por vergonha, falta de vínculo, irreflexão ou quaisquer outras questões.

Meu problema? meus problemas? problema nenhum? Podem ser questionamentos que surjam ao usuário do sistema de saúde frente às perguntas de um profissional, mas, e se a situação fosse revertida e as perguntas fossem dirigidas aos profissionais de saúde? Haveria uma resposta? Penso que quanto mais silenciado esteja o diálogo, no qual prediz-se troca, mais difícil seria responder à tal questão. Essa hipotética situação é apresentada com a ideia de que nós, profissionais de saúde, muitas vezes não nos perguntamos sobre as práticas de nossos cotidianos. Essa irreflexão acaba tornando-se tão frequente que esquecemos as possibilidades do cuidado (para os trabalhadores e para os usuários). Diversas podem ser as explicações sobre isso, como a lógica de trabalho, por exemplo, que nos expõe a uma aproximação com a experiência “taylorista²”,

² Modelo clássico apresentado pela Teoria Geral da Administração, no qual os processos de trabalho são otimizados de modo científico visando aumentar a produção. Tal teoria geralmente é marcada e

desprivilegiando possibilidades de encontros mais significativos para o usuário e para o trabalhador.

Certa vez escutei a frase: “cuidar do outro é cuidar de mim” e fiquei refletindo sobre uma incompletude na mesma, porém, ao inverter os termos e pensar que “cuidar de mim é cuidar do outro”, consegui aumentar a possibilidade desta reflexão. Silva e Gomes (2008, p. 303) mostram que “a qualidade de nossos sentimentos e emoções depende inexoravelmente do nosso convívio com os outros seres (que damos nascimento ao nos relacionar) e com o ambiente (que surge da ação) que compartilhamos”. A reflexão dos autores permite compreender a importância do encontro com o outro, já reforçado pelo texto de Rubem Alves, e, sem dúvida, esse encontro é potência do cuidar para o profissional da saúde.

Oferecer uma atenção integral aos usuários do Sistema Único de Saúde demanda, destes profissionais, uma grande dedicação, além de seu relevante saber técnico, altamente qualificado. Agrega uma ampla responsabilidade sobre uma pessoa ou equipe que, em construção com o usuário, poderá atuar no cuidado deste. Reconhecer espaços cotidianos para que se efetue o cuidado (ou não o faça, mas de forma ciente) é contribuir efetivamente com o processo de trabalho que se desenvolve nos serviços de saúde.

Em minha formação em Educação Física, o aprendizado técnico, as discussões, as disciplinas e os espaços de prática foram, na maioria das vezes, direcionados ao desenvolvimento de atividades físicas com as mais diversas finalidades, porém, sempre visando condicionamento e benefícios físicos, desenvolvimento de habilidades específicas, entre outros. Discussões sobre lazer, cultura e outras possibilidades de atuação eram mais restritas e colocadas, entre alguns, como menos valorizadas (e, na maioria das vezes, como tema oculto da formação). Percebia poucas possibilidades de discussão sob essa perspectiva em meu núcleo de saber. As conversas com os colegas, na época, limitavam-se à visão do professor de Educação Física e suas “funções”, restringindo a abertura dos olhares para outras possibilidades de intervenção. Os currículos da Educação Física ainda mantêm tradições técnico-esportivas e médico-científicas que são apontadas

como resistências aos processos de mudanças curriculares. (FRAGA, CARVALHO e GOMES, 2012).

Entendendo que esse exemplo apresentado, especificadamente na Educação Física, perpassa os limites de meu núcleo de formação e chegam a outros cursos da área da saúde (mantendo as especificidades do núcleo profissional) Ceccim e Feuerwerker (2004) indicam que:

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Também destaca-se a possibilidade de formação de cidadãos-trabalhadores capazes de interferir sobre múltiplos campos que conformam diversos planos de forças que interferem e, muitas vezes, definem seus processos de trabalho. (PASCHE, 2010 p.69). Essa perspectiva apresentada é historicamente aprendida por poucos estudantes e acaba limitando-se aos que militam pela área desde o processo de formação (como o Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde - VERSUS).

O encontro com outras pessoas, estudantes e profissionais da área da saúde contribuiu com minhas reflexões, ampliando meu entendimento das possibilidades das ações do professor de Educação Física. O Sistema Único de Saúde (SUS) não apareceu em minhas discussões durante a graduação, o que evidencia uma das fragilidades na formação dos graduandos de Educação Física naquele período. Destaco, com entusiasmo, que acompanho as atuais mudanças nos currículos da Educação Física, estratégias que contribuirão significativamente para os avanços do Sistema de Saúde brasileiro.

Ainda, agregam-se muitos conceitos e pré-conceitos sobre as possibilidades da área da saúde, principalmente com a intencionalidade de enfraquecer o SUS, validado na “teoria do Estado mínimo”, na qual vemos, historicamente, o enfraquecimento das políticas sociais (e, em consequência do Estado Social), que objetivam as necessidades humanas e o fortalecimento das necessidades do capital. (PEREIRA, 2012). Além disso, o modelo hospitalocêntrico e a racionalidade biomédica se destacam muito em discursos midiáticos como sendo os mais

importantes desse sistema, os enfrentamentos a isso são pontos centrais que refletem sobre a saúde coletiva. (FRAGA, CARVALHO e GOMES, 2012).

Ao professor de Educação Física cabe, muitas vezes, focar apenas no movimento e no exercício físico (principalmente onde perdura a verticalidade das profissões), ou seja, ficamos limitados apenas ao recorte profissional técnico, não considerando outras possibilidades e outras formas de contribuir com a saúde. Isso não contemplava meu entendimento de minha área de atuação e me colocava a “explorar outros mares”, como o da saúde coletiva. Fraga, Carvalho e Gomes (2012) destacam o quanto a “formação em saúde” ainda é um tema pouco explorado na Educação Física e necessita de uma ampliação em suas redes realizando pesquisas mais efetivas.

A inserção da Educação Física no SUS contribuindo com o cuidado é muito importante e as Práticas Corporais (CARVALHO, 2006) podem ser vistas como Tecnologias Leves. (FRAGA, CARVALHO e GOMES, 2012). Tais tecnologias são definidas por Merhy e colaboradores (1997) como de caráter imaterial relacionada à interação humana no processo de trabalho em saúde, são relações de produção e comunicação, de acolhimento e vínculos, de autonomização e responsabilização presentes no trabalho vivo em ato³. Cabe destacar que as Práticas Corporais diferem dos conceitos de Atividade Física e de Exercício Físico. Aproximam-se muito do conceito e das práticas de saúde em utilização pelo SUS, respeitando culturas, construções pessoais, histórias de vida, cotidiano, etc. Investe em outras racionalidades e não apenas nas pautadas pela biologia. Para Carvalho (2006):

são componentes da cultura corporal dos povos, dizem respeito ao homem em movimento, à sua gestualidade, aos seus modos de se expressar corporalmente. Nesse sentido, agregam as mais diversas formas do ser humano se manifestar por meio do corpo e contemplam as duas racionalidades: a ocidental (ginásticas, modalidades esportivas e caminhadas podem ser exemplos) e a oriental (tai-chi, yoga e lutas, entre outras).(CARVALHO, 2006, p.34).

Trago à proposta esta apresentação de certa forma muito pertencente ao núcleo profissional da Educação Física, porém preciso anunciar minha preocupação ao ver o “marketing” para a “venda” da atividade física (ou do exercício físico) como

³ O autor mostra o Trabalho Vivo em ato como um trabalho criador, não “cristalizado”, ou seja, autônomo. Isso permite ao trabalhador uma atuação mais “disponível” às diversas realidades apresentadas no cotidiano do serviço de saúde.

“salvadora”, protetora de todos os riscos e suficiente para obter saúde, colocada, inclusive, em alguns espaços e discursos como sinônimo de saúde. O “casamento” atividade física e dieta destaca-se e propaga-se nessa perspectiva. É importante reconhecer que esse ideal pauta-se no modelo neoliberal, reduzindo o conceito de saúde meramente a um corpo saudável.

Destaco a lembrança de um dos espaços onde trabalhei no início de minha vida profissional: uma academia de musculação onde a chefia (também formado em Educação Física) dizia com certo orgulho e de forma quase heroica e altruísta: “aqui neste espaço vendemos saúde!”. Ora, se realmente vendêssemos saúde gostaria de comprá-la e distribuí-la a todos que consiga, me sentiria maravilhado com essa capacidade. Infelizmente não a possuo e duvido que, se fosse “vendida” na lógica capitalista, seria fácil conseguir pagá-la. Ceccim (2008, p.271) revela:

(...) que cada profissão possui uma disciplina prática de interpretação de saúde-doença e uma qualidade de comunicação diferente com as histórias afetivas que configuram padecimentos, aflições ou demandas nos usuários individuais ou coletivos das ações e serviços de saúde.

Faz-se necessária uma defesa justamente para que a interpretação da Educação Física sobre saúde-doença avance um pouco mais na direção de uma perspectiva mais ampliada, na adoção de uma proposta contra-hegemônica ao modelo e ao pensamento desta área. Isso ainda se encontra presente na maioria da formação dos profissionais de saúde que acabam direcionando maior importância à saúde física. (TEZOQUIPA et al., 2003).

É importante refletirmos que os profissionais de saúde são “mediadores das influências que os sujeitos recebem do meio em que vivem pela sua prática pedagógica, de promoção, terapêutica ou clínica”. (CARVALHO, 2006, p. 40). Para isso, precisamos compreender os cenários em que se desenvolvem os mais diversos temas contemporâneos, auxiliando no desenvolvimento de um pensar crítico e autônomo.

A busca por atividade física vem aumentando, justificada por uma cultura individualista e de valorização estética, porém, estudos das ciências sociais e humanas revelam que as práticas corporais constroem caminhos que contrastam com os valores atuais “imediatistas e utilitaristas”. (CARVALHO, 2006, p.45). Penso

que é essencial que questionemos esses discursos hegemônicos, pois existe a tentativa de implantar uma verdade forçada entre as pessoas. Muitas vezes, encontramos defesas e valorização desses discursos reforçadas através de práticas autoritárias e fundamentalistas. (SILVA e GOMES, 2008).

A salvação física através da atividade física teve grande destaque no programa Agita São Paulo de 1996 que, seguindo recomendações do Colégio Americano de Medicina do Esporte e do Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos, aparece em diversas situações com discursos como os famosos 30 minutos de caminhada diária, “fazendo alongamento na fila do supermercado, passeando com o cachorro” (FRAGA, 2006) e outros muito apresentados em nosso cotidiano. É muito importante refletir que tais práticas são relevantes no contexto certo, não prescritivamente “lançada” a qualquer pessoa, e quem puder (ou sentir-se culpado e pressionado) que o faça. Ainda nessa lógica, é destacada a importância de um padrão estético que, além de ser muito difícil de ser atingido pela maioria das pessoas, coloca uma cobrança e, por conseguinte, um sofrimento naqueles que não a atingem.

Este discurso generalista, que reforça a “importância do exercício e da atividade física” e de um padrão estético determinado, é fortemente reforçado por imagens e discursos da mídia em geral. Tal controle limita as “possibilidades” do “ser” “humano”; um indivíduo que mantém um padrão estético dentro das regras citadas acima tende a ser visto como mais saudável, independente das outras exposições aos diversos riscos cotidianos que ele possa aproximar-se (inclusive os “sacrifícios” para atingir essa meta). Essa valorização estética de busca pela juventude, beleza e vigor físico se amparam muito no modelo das biociências, principalmente nas biotecnologias. (LUZ, 2008 e CARVALHO, 2006). Castiel, Guillam e Ferreira (2012, p.63) mostram tal fato como a “demonização do sedentarismo” vivido contemporaneamente.

O padrão estético divulgado como o ideal é muito comum, por exemplo, entre os esportistas de alto rendimento, porém, o que não são apresentados como construtores deste padrão são as lesões, os transtornos alimentares, o uso de drogas para aumento de eficiência, os problemas hormonais, sociais, etc. Tais fatos são muito frequentes entre os atletas, mas nada disso é destacado, pois o que

realmente aparece é a idolatria ao corpo, à força, à destreza, à agilidade. Canguilhem (2009) mostra que parece haver uma confusão entre saúde e juventude e a imagem de atletas “seduzem” as pessoas. A velhice é algo normal e saudável e para o autor “um velho saudável não é apenas ficção do poeta.” (p.152).

Em pessoas que não visam o alto rendimento, mas que praticam atividades físicas constantemente, é bem comum “lesões, desconfortos, sofrimento, dor e doença”. (CARVALHO, 2006, p. 37). Com isso, a reflexão sobre o excesso de exercício pautada, na maioria das vezes, na busca estética, é essencial para perceber que o exercício não pode ser associado à saúde como sinônimo, mas sim como uma das ferramentas que podem contribuir para a mesma. É importante refletir que as normas coletivas da vida têm interferência, inclusive, no modo de ser fisiológicos (CANGUILHEM, 2009), devendo ser considerados, dessa forma, os modos de vida de nossa sociedade. Logicamente as individualidades seguem valorizadas nesta reflexão, porém, observar todo o contexto social permite uma profunda análise das influências em nossas vidas.

Apesar de muito atual, na Grécia antiga já eram vistas tais diferenciações na sociedade, com a vida noturna, boêmia, sendo vista como muito errada se comparada à vida focada e repleta de dedicação de um atleta:

(...) os vencedores nos jogos olímpicos, pessoas sóbrias fazem com destreza nos estádios, em pleno dia, aos olhos de todos os gregos, para alcançar vitórias e coroas, nossos falsificadores embriagando-se e enchendo-se de vinho fazem seus banquetes nas trevas da noite. (LELOUP, 1996, p.49).

É interessante observar no texto de Leloup (1996) este caráter histórico da valorização do corpo, do heroísmo, da bravura e da sobriedade dos atletas juntamente com o modo sombrio dos boêmios da época. Onde os gregos percebiam um problema, destaco, em minha perspectiva, como um modo de viver muito prazeroso, e poderia contrapor exemplificando a alegria de estar em um ambiente alegre com amigos e música (e bebida) comparado à solidão de um ginásio onde um atleta passa, muitas vezes, dez horas treinando sozinho.

Após estes encontros com teorias e também com professores, profissionais e estudantes da área da saúde, questionava minha trajetória enquanto professor/profissional da saúde. Destaco esta reflexão, pois realizava

acompanhamento terapêutico e encontrava muitas perguntas e respostas sobre minhas buscas em diversas áreas, principalmente na psicologia e na saúde coletiva. Sentia-me mais capaz de outras produções e limitar-me a prescrever a execução de exercícios, uma das principais atividades de meu núcleo profissional, não me contemplava. No encontro com a área da saúde coletiva e na ampliação de minhas redes, percebi que a Educação Física pode ser como classicamente é apresentada e muito mais, visto que possui uma vasta caixa de ferramentas⁴. Neste momento, encontrei novas potências em minha profissão, identificando-me muito com o título de “professor cuidador” (entendendo a enorme potência da dimensão cuidadora em minha profissão).

Minha experiência profissional também é motivadora e geradora dos questionamentos que faço nesta busca atual, visto que me considero um cuidador, e, ao me deparar com as formas que pensava sobre meu cuidado, percebi as negligências que tinha em relação ao conceito que idealizava. Acredito que a maioria das pessoas não consiga realizar seu cuidado como gostaria, inclusive no encontro com profissionais de saúde (sendo comum escutarmos de muitas pessoas que a consulta foi rápida, que não houve a menor interação, que se esqueceu de contar tudo, etc.). É possível que os trabalhadores da saúde possam ter esta percepção ampliada, considerando que pensar o cuidado está em suas ações cotidianas, logo, refletem, ou pelo menos entram em contato com a importância de ser cuidado e de cuidar-se, o que pode ser gerador não somente dessa reflexão apontada, mas também de sentimentos de culpabilização e sofrimento, por exemplo.

Tendo em vista esta “auto intitulação” de “professor cuidador”, muitas vezes busquei perceber e discutir as práticas e os modos de cuidado e cuidado de si com meus colegas, profissionais da área da saúde a fim de aprofundar meu entendimento sobre o tema. As constatações ou as reflexões geradas nestes encontros muitas vezes acabavam indo ao encontro do dito popular: “Santo de casa não faz milagre!” (frase muito proferida em tom cômico), que provocou o título desta pesquisa. Por diversas razões eram apresentados os motivos desses fatos, que parecem justificar-se, na maioria das vezes, pelas estressantes relações nos espaços de ação dos profissionais, pelas altas demandas dos usuários, pelas

⁴ Merhy (2004, p.108) destaca a importância na composição de uma “caixa de ferramentas”, apresentada como “conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção de saúde”.

elevadas cargas horárias de trabalho e outros fatores que acabam sendo limitantes para que os trabalhadores da saúde encontrem formas de “cuidar-se”.

Também idealizava que o encontro com vários profissionais em uma equipe, através de uma construção interprofissional, permitiria uma proposta de discussão e reflexão sobre a saúde/cuidado de si, porém não era isso que percebia. Muitas vezes, o excesso de tarefas individuais não possibilita escutas entre os profissionais de saúde. Possibilitar encontros para além das relações de trabalho pode ser fundamental para a equipe, pois este encontro pode ser um importante espaço de aproximação, construção de coletividade e espaços de troca.

Destaco que a ideia desta proposta não foi avaliar comportamentos de risco, ou estilos de vida, mas sim compreender as buscas por cuidado realizadas pelos profissionais de saúde. Discutir os estilos de vida parece ser pauta comum entre os profissionais de saúde. Combater o sedentarismo e os hábitos alimentares (CAVALCANTI e OLIVEIRA, 2012) através da “moralização dos estilos arriscados de vida” (CASTIEL, GUILAM e FERREIRA, 2012, p. 47) parece ser um dos maiores enfrentamentos das equipes de saúde. Deve ser salientado, também, todo o aporte “midiático”, fornecedor de imagens e discursos e desmerecendo as singularidades nos modos de viver.

O trabalho se propôs, ainda, a verificar se essa busca por cuidado reproduz os discursos biologicistas (e cientificistas) muitas vezes marcados como únicos ou mais importantes na área da saúde. A busca revelou que outras formas de cuidado também ocorrem entre os profissionais, como as práticas integrativas e complementares de cuidado baseadas em outras racionalidades de saúde, saberes da cultura popular, religiosidades, entre outras.

Tais anseios conduziram esta jornada, disposta a ser carregada através dos encontros que ocorrerão ao longo do processo. Desejo que as descobertas e as proposições advindas da pesquisa contribuam com as reflexões e com as discussões sobre o tema e, principalmente, coma saúde dos trabalhadores do SUS, reforçando não somente o sistema de saúde, mas a importância do cuidado e do cuidar-se desvinculando discursos biologicistas e reconhecendo singularidades.

Trago, como base de minhas inquietações para sustentar as perguntas utilizadas no roteiro de pesquisa e direcionadoras da proposta, parte de minha experiência e de meu contato com os profissionais de saúde, que me revelam, em conversas informais, seu cansaço mental e físico, suas frustrações com seus modos de viver, suas condições de trabalho e a falta de tempo para cuidarem de si. Penso que encontrarei alguns desses argumentos como constantes preocupações com seus cuidados. Também acredito encontrar muitas formas de cuidado direcionadas ao corpo apenas, mantendo uma lógica cartesiana de segmentação das partes do corpo, como se não houvesse conexão e como se o cuidado físico (e estético) fosse mais importante do que outras formas.

Destaco meu reconhecimento ao fato de que cada um percebe o seu cuidado e as suas necessidades de modo diferente, mas acredito que o profissional da saúde tenha muito a dizer sobre seu cuidado e suas buscas (e construções) por saúde e que, a partir dessas falas, podemos pensar em um SUS melhor. Os caminhos que estas pessoas utilizaram extrapolarão o que a ciência baseada unicamente no modelo biológico discursa, e foram além, revelando o caráter singular dos sujeitos e sua autonomia por uma busca em algo que acreditem.

Por fim, como destaquei nesta proposta a importância do cuidado de si, deixarei espaços em branco, propositalmente colocados, objetivando proporcionar ao leitor este encontro consigo, chamados de Espaços de Cuidado. Destaco que, apesar de estarem destacadas e marcadas em um espaço/tempo específico da dissertação, não dialogam com visões impositivas, mas sim com uma proposta aberta (por isso em branco); pode ser que o leitor encontre esse espaço, inclusive entre as palavras escritas, gerando seu cuidado. Talvez seja um obstáculo permitir-se parar um processo e iniciar outro, podendo, ainda, ser prejudicial à leitura do texto, mas faço essa “aposta”. Peço que o leitor não se espante com as folhas em branco no meio do texto, pois elas estão colocadas com objetivo de contribuir para suas reflexões sobre o cuidado de si (ti).

2.PROPOSIÇÕES PARA O PROFISSIONAL DA SAÚDE CUIDAR DE SI: A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PNH)

Para discutir a proposta deste trabalho, é importante trazer elementos que contribuam para o cuidado dos trabalhadores da saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH) traz grandes subsídios para esta reflexão e propõe um olhar mais “sensível” às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) nos seus mais diversos espaços. Tal política é referência quando é refletido o cuidado, visto que dela pautam-se muitas propostas atuais dos modos de agir em saúde. Escolhi a PNH como direcionadora inicial justamente porque ela coloca em questão a análise dos serviços e propõe diálogos aos enfrentamentos cotidianos e, ainda, “reconhece que há um SUS que dá certo”. Percebo também que ela tem resultados inseridos no dia a dia do serviço e possui ações concretas com os trabalhadores.

É importante destacar, mesmo antes de apresentar o tema, que a PNH não é responsável pela “estreia” do tema humanização no SUS, mas propõe uma nova visão. Anteriormente, esta expressão estava vinculada a lógicas de baixa transversalidade (entre programas e Ministério da Saúde) e continha problemas na própria conceituação do termo. As propostas que existiam, inclusive, iam contra as ideias fundamentadoras do SUS, não contribuindo com as propostas e práticas de saúde, pois estas ainda se estruturavam apenas em sintomas. (PASCHE, PASSOS e HENNINGTON, 2011). Benevides e Passos (2005a, 2005b) indicam uma associação da expressão a sentidos religiosos, filantrópicos e paternalistas, o que gerava preconceito e acabava tornando-a menosprezada.

Para Benevides e Passos (2005b), a humanização é um conceito-sintoma⁵ que se mostra presente nas práticas de atenção:

- a) segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar);
- b) identificadas ao exercício de certas profissões (assistente social, psicólogo) e a características de gênero (mulher);
- c) orientadas por exigências de mercado que devem “focar o cliente” e “garantir qualidade total nos serviços.” (p. 390).

⁵ Os autores apresentam “conceito-sintoma” como uma “noção que paralisa e reproduz um sentido já dado”, ou seja, o termo se encontra desgastado por uma perspectiva histórica de seu uso. (BENEVIDES e PASSOS, 2005b, p. 390).

Em 2003, é criada a Política de Humanização (modificando as propostas e os conceitos utilizados previamente) que reflete os desafios encontrados ao longo dos 15 anos de SUS no país. Tem como objetivos modificar algumas estruturas dos serviços de saúde, da gestão ao serviço, contribuindo com a construção do SUS; compreende trabalhadores, usuários e gestores e propõe valores como: “a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão”. (BRASIL, 2008p.8). Ela retoma questões como a integralidade, a universalidade e a equidade da atenção, propostas na Lei nº 8080 que regula as ações e os serviços de saúde, criando o Sistema de Saúde brasileiro. (BRASIL, 1990). Para Merhy e colaboradores (1997), é fundamental a “coletivização” da gestão dos processos de trabalho de saúde, tendo como ponto central o usuário e seus interesses.

A PNH pode ter capacidade de enfrentar o modelo ideológico Taylorista (já apresentado) quando propõe a horizontalidade do sistema. Assim, o trabalho daqueles que estão na gestão (que em muitos discursos seriam vistos como os que “pensam”) e quem está na atenção (erroneamente colocados como os que “executam”) torna-se menos hierárquico. Dessa relação apresentada podem, inclusive, surgir novas propostas de entendimento do que é trabalho em saúde, além de aproximar a gestão da realidade do sistema e dos trabalhadores que estão em maior contato com os usuários.

Ainda, destaca-se a ampliação da visão de saúde direcionada para além da assistência, incorporando à gestão “promoção e prevenção e reconhecendo o cidadão não como simples cliente ou usuário, mas como sujeito.” (PASCHE, PASSOS e HENNINGTON, 2011, p.4542). Isso é fundamental para a reflexão de um espaço de saúde mais cuidador e menos “impositor”, reflexo do controle social e de visões de propostas de saúde mais ampliadas.

A própria PNH destaca “a desvalorização dos trabalhadores da saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários.” (BRASIL, 2008p.8). Além disso, percebe a falta de preparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva, necessária a

toda a prática de saúde e propõe mudanças. Para tal, mostra uma operacionalização com muitas possibilidades. Para Pasche (2010), há uma busca utópica pelas mudanças da gestão e da atenção, possibilitando um reencantamento dos trabalhadores e da sociedade pelo SUS.

No foco ao cuidado, diversas são as propostas. Penso que algumas são fundamentais na reflexão, direcionando-se aos trabalhadores do SUS e destacando-se quando se apresentam as diretrizes gerais para a implantação da PNH. Apresento todas, acreditando que elas consigam traduzir a proposta desta política e mostrar que seu enfoque é para todas as instâncias do Sistema de Saúde (Gestão, Atenção, Ensino, Controle Social⁶).

- Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;
- Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;
- Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos;
- Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- Viabilizar participação dos trabalhadores nas unidades de saúde através de colegiados gestores;
- Implementar sistema de comunicação e informação que promova o auto desenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores da saúde;
- Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS. (BRASIL, 2008, p. 24).

As diretrizes apresentadas demonstram a valorização da atuação do trabalhador da saúde, além de reconhecerem a importância de um espaço mais adequado à produção de saúde. Dessa forma, a PNH pretende contribuir e/ou reiterar os princípios da reforma sanitária, incorporando, às ideias já propostas, meios de problematizar os modos de se fazer presente nas práticas de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores e equipes no cotidiano. (PASCHE, PASSOS e HENNINGTON, 2011). O resultado do proposto coloca usuários e trabalhadores lado a lado, construindo, nos encontros cotidianos, meios de reconhecer as experiências

⁶ Os quatro componentes estruturam o “Quadrilátero da Saúde” que visa refletir a formação em saúde. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

individuais e coletivas, aumentando as possibilidades do fazer em saúde. Destaco que, além das diretrizes gerais, cinco outras orientam de modo mais pontual os objetivos, sendo elas: Acolhimento, Gestão democrática das organizações em saúde, Clínica ampliada, Valorização do trabalho dos trabalhadores da saúde, Garantir os direitos dos usuários. (PASCHE, 2010).

Pasche, Passos e Hennington referem-se, ainda, a três princípios que apoiam as diretrizes apresentadas. São estes:

A ampliação da transversalidade ou aumento do grau de abertura comunicacional intra e inter-grupos, favorecendo a capacidade de interferência mútua entre sujeitos e a sua capacidade de deslocamento subjetivo; a inseparabilidade entre gestão e atenção e, finalmente, a aposta no protagonismo dos sujeitos em coletivos. (2011, p. 4544).

Estes princípios revelam que o apoio às diretrizes da PNH está estruturado, desde a compreensão dos modos de se viver até as questões da gestão e atenção. Para Benevides e Passos:

Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem, na verdade, uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população num Serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação. (2005b, p.392).

A leitura da PNH revela, em muitos momentos, uma preocupação com a participação e organização nos processos de gestão e dos que se envolvem nessa atividade, rompendo com as propostas verticalizadas e fortalecendo as equipes. Santos Filho, Barros e Gomes (2009) mostram que, muitas vezes, as propostas verticalizadas focam em um produto e não levam em conta o processo. Para os autores:

(...) as ações, no âmbito da PNH, destacam a importância de se (re) organizarem os processos de trabalho para mudar a oferta de serviços, priorizando o modo de se discutir e articular essa (re)organização em equipe, o “que fazer” não pode suplantiar o “como fazer”.(p.607).

Outro destaque da PNH é que todos os sujeitos do SUS são vistos como “protagonistas e corresponsáveis da saúde”, combatendo relações de “tutela, desrespeito ou desqualificação do outro” (BARROS, 2008,p. 284), ou seja, o cuidado, nessa proposta, é papel não só da equipe de saúde, mas também do próprio usuário do SUS, revelando uma abertura para a construção de propostas singulares de saúde.

Ainda é válido destacar que tal política também reconhece, na reflexão sobre a AB, que os processos formativos dos trabalhadores em saúde são muito focados nos modelos biomédico e hospitalocêntrico. (BRASIL, 2009 p.10). Certamente esse viés é limitador da produção do cuidado nesse espaço, considerando que na atenção básica aumentam-se as possibilidades de ampliar as propostas de prevenção e promoção da saúde. Benevides e Passos (2005a, p. 570) mostram que o que “impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas” é a força coletiva que justamente se encontra em propostas de saúde que compreendem que o plano individual e setorial é restritor dos avanços do SUS.

A PNH mostra a importância da AB quando propõe aumentos na resolubilidade da equipe, incluindo tecnologias simples, como salas de observação ou para hidratação, sutura, entre outras orientações. (BRASIL, 2009, p. 21). Com isso, pode-se conseguir “superar a percepção da atenção básica como ação simples ou serviço menor, que qualquer um faz”. (BRASIL, 2009, p.13). Essa valorização da AB é muito importante para os trabalhadores e, mesmo sendo muito destacada e reiterada entre os discursos das políticas do SUS, ainda sofre com preconceitos, como na fala do presidente do Sindicato dos Médicos do Ceará (SimeC), médico José Maria Pontes⁷ que, em entrevista ao “blog da cidadania”⁸, menospreza a formação dos médicos cubanos, afirmando que eles “não são médicos de verdade”, pois “são formados apenas em atenção básica”. Ceccim e Feuerwerker (2004) indicam outro preconceito através do exemplo da pirâmide que coloca a atenção hospitalar no topo, revelando subordinação e hierarquização de todo o sistema.

Assim sendo, aos trabalhadores da AB é referida, muitas vezes, uma “desvalorização” da importância de seu trabalho, pois ainda se mantêm preconceitos sobre essa área. Isso valida-se muitas vezes pela própria formação dos profissionais de saúde que é pautada no modelo hospitalocêntrico e da biomedicina. (BRASIL, 2009). Carvalho (2006) encontra um meio de provocar e reafirmar a importância da AB, mostrando que o atendimento é de alta complexidade, considerando que as queixas dos usuários são múltiplas, muitas vezes sem muita especificidade e mal definidas. A ação deste profissional ainda tem:

⁷ Profissional que liderou a polêmica vaia aos médicos cubanos que realizavam treinamento em Fortaleza para o programa “Mais Médicos”.

⁸ www.blogdacidadania.com.br

(...) preocupação maior com a singularidade do sujeito que implica, necessariamente, em privilegiar o encontro, a escuta e a conversa com intuito de compreender o contexto no qual se insere o problema que ele leva. (CARVALHO, 2006, p.33).

Mesmo ciente da situação da rede de saúde, a PNH indica esperanças para suas diretrizes e pontua como objetivos “utópicos” (colocados sempre à frente, mas não alcançados) o Acolhimento, a Clínica Ampliada, a Cogestão, a Produção de Redes, a Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde. (BRASIL, 2008). Assim, deve-se valorizar os diferentes sujeitos que atuam no processo de produção de saúde, destacada como fundamental à Política de Humanização. (BRASIL, 2009).

Constata-se que esta política vai ao encontro de construir uma saúde ampla, que pode ser produzida considerando a importância da coletividade envolvida na vida das pessoas, destacando a:

(...) criação de uma responsabilidade sanitária coletiva, isto é, a produção de um sujeito coletivo, desindividualizado e não necessariamente institucionalizado, que faz de sua ação cotidiana e local – seja o trabalho formal dos profissionais de saúde, seja o trabalho de cuidado de si dos usuários e sua rede sociofamiliar – uma forma de engajamento no movimento de mudança dos modos de cuidar e de gerir. (PASCHE, PASSOS e HENNINGTON, 2011, p.4542).

O conceito dos autores permite que reflitamos o que está estagnado (a individualização dos sujeitos) e o que segue em movimento (a tentativa da criação do “sujeito coletivo”), se atualizando. Canguilhem (2009) mostra justamente que a vida não deve se assujeitar às regras, mas sim compô-las, ou seja, não devemos normalizar o “seguir ordens”, que muitas vezes pode aparecer com intenção institucionalizante objetivando a captura da singularidade e o engessamento da construção da vida.

Outro ponto importante, é reconhecer que a saúde “nasce em nossas relações, no modo como estas acontecem” (SILVA e GOMES, 2008, p.300), destacando o valor das relações de cada vida e reforçando a compreensão de que existe uma interdependência entre estas. Isso compreende que os sujeitos sejam incluídos nos processos que envolvem a saúde, “seja na gestão (dos serviços e das práticas de atenção à saúde) seja na corresponsabilização no cuidado de si e dos outros e nos processos de trabalho”. (PASCHE, PASSOS e HENNINGTON, 2011, p.4544).

O trabalho em equipe na AB é muito destacado e propõe o rompimento do velho modelo verticalizado através destas ações coletivas. Os “sintomas vagos e difusos” (BRASIL, 2009 p.32) que afetam os usuários, como destaca a PNH, muitas vezes não encontram amparo em medicamentos, fundamentando ainda mais a importância do encontro interdisciplinar nessa área. Enfatiza a importância da equipe na saúde, pois ela compõe muitas ferramentas que podem ser fundamentais para o enfrentamento dos problemas cotidianos dos serviços de saúde.

Pasche, Passos e Hennington (2011) revelam uma ferramenta muito interessante que a política disponibiliza para os trabalhadores, visto que propõe “dispositivos que alterem os modos de fazer nos cotidianos do trabalho”. (p. 4543). Para isso, os autores dividem as proposições em atividades extensivas e intensivas, sendo a primeira apresentada como participação em eventos, compartilhamento de experiências em bancos de dados (<http://redehumanizaus.net/>), etc.; que, por sua vez, contribuem orientando práticas de saúde partindo de ações em massa (grandes populações). Já as atividades intensivas têm efeitos globais partindo de ações locais. Nessa apresentação, fica destacado que é fundamental a criação de espaços coletivos e públicos (protegidos) para refletir o processo de ser trabalhador da saúde.

A PNH trata de temas essenciais à reflexão da saúde e que, infelizmente, muitas vezes passaram despercebidos. O cuidado ao trabalhador da saúde é fundamental para a estruturação e o desenvolvimento do SUS. Por este motivo, é muito importante espaços de escuta para o profissional, espaços de propostas de organização de trabalhos melhores e de uma real valorização de todos os envolvidos no trabalho em saúde.

Deve ainda ser destacada a importância desta política, pois afirmam ideais do SUS construídos no final de 1980 e que contribuem para a sustentação do sistema. O reforço da autonomia e do protagonismo coloca trabalhadores de toda a rede e usuários lado a lado na construção, continuação e desenvolvimento do SUS. Romper com lógicas cartesianas contribui para uma visão ampliada de saúde, para reconhecer a “(...) multiplicidade de determinantes da saúde e para a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde”. (BEVENIDES e PASSOS, 2005a, p.570). É necessário colocar o Sistema

em rede, fortalecendo a coletividade, pois, dessa forma, “novas subjetividades emergem engajadas em práticas de saúde construídas e pactuadas coletivamente, reinventando os modelos de atenção e de gestão.” (BEVENIDES e PASSOS, 2005b, p.393). Finalizo enfatizando a importância de apostar em modelos de propostas como essa, que permitem essa invenção e transformação cotidiana do SUS.

(ESPAÇO DE CUIDADO...)

3. A SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE

Percebendo o “apoio” institucional da PNH e de outras propostas que visam o cuidado de trabalhadores e usuários, agrego a esta construção a reflexão sobre a saúde dos trabalhadores da saúde na tentativa de aprofundar e compreender melhor o tema. Destaco que essa especificidade de classe (trabalhador da saúde) serve a este trabalho, mas também pode ser ampliada a muitas outras áreas, não restringindo os problemas e as discussões encontradas aos trabalhadores desta área. Para isso busco, inicialmente, compreender questões sobre a saúde do trabalhador de modo mais amplo para, posteriormente, aprofundar nas questões específicas da área da saúde.

Ainda, trago como objetivo deste capítulo a intenção de perceber as possíveis articulações da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) com a PNH, entendendo que existe interlocução entre as duas áreas e que é pertinente tal aproximação. Também destaco que são notórias algumas tensões epistemológicas entre as produções advindas destas políticas, porém, cabe buscar compreender os mais variados discursos na tentativa de contribuir com a saúde dos trabalhadores do SUS e com o próprio desenvolvimento do sistema (que julgo mais relevante do que problemas epistemológicos).

A área da Saúde do Trabalhador expande cada vez mais, destacando, principalmente, o apoio de políticas públicas e intersetoriais. Esses avanços se associam à concepção ampliada de saúde como direito universal e também pela sua incorporação junto à Saúde Coletiva e a outras políticas públicas. (MENDES e WÜNSCH, 2011). A reflexão sobre saúde e segurança do trabalho não é novidade e, apesar disso, apenas em 2011 obteve caráter legal com a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), decreto 7.602, que visa, entre outras ações, a proteção e a promoção da saúde através de princípios como a universalidade, o diálogo e a integralidade na articulação entre Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social, compreendendo as mais diversas situações e necessidades do trabalhador brasileiro. (BRASIL, 2011 a). Apesar de perceber a PNSST muito mais direcionada aos piores agravos de trabalho, como os acidentes que, infelizmente, ainda merecem “atenção redobrada”, destaco que a própria reconhece a necessidade de

dialogar com outras políticas. É importante refletir que, considerando o conceito ampliado de saúde aqui proposto, percebo que muitas das proposições desta política baseiam-se apenas na prevenção e no cuidado dos riscos físicos e psicológicos do trabalho, sendo que as questões mais subjetivas ainda são pouco contempladas.

No ano de 2012 foi lançada, em complementaridade à PNSST, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria 1.823). Nela, alguns pontos foram mais aprofundados e se aproximaram muito do discurso das políticas do SUS⁹. Destaco a valorização do Controle Social dos trabalhadores, a demanda territorial, o matriciamento da ST nas estratégias, a atenção integral (evitando hierarquizações nos serviços e entre gestão/serviço), a interdisciplinaridade e o reconhecimento da importância das ações em rede. A própria política destaca a necessidade de “estabelecer que a ST deve ser compreendida como uma ação transversal”. (BRASIL, 2012 p. 3).

Na própria leitura das Políticas apresentadas (PNSST e Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora) fica entendido, contemporaneamente, que a área compreende o social como determinante das condições de saúde, reconhecendo a importância de tratamentos e da prevenção e destacando a importância da promoção da saúde (MENDES e WÜNSCH,2011). Esse olhar vai ao encontro das discussões na área da saúde coletiva e privilegia uma aproximação do entendimento de saúde em diversos contextos, contribuindo não somente com a saúde dos trabalhadores, mas de toda a sociedade brasileira usuária do SUS. Oliveira e Mendes (1996) apresentam o desenvolvimento conceitual em Saúde do Trabalhador que permite a percepção dessa evolução histórica dos conceitos e das relações entre o próprio conceito da saúde e as relações de trabalho ao longo dos anos.

⁹Considerando a determinação da ação interministerial da PNSST que registra as ações pertencentes a cada Ministério.

QUADRO 1-Desenvolvimento Conceitual em Saúde do Trabalhador

| Determinantes do processo Saúde/Doença | Ação principal | Caráter principal da ação | Ator principal | Cenário | Papel do usuário | Campo da saúde |
|--|----------------------|---------------------------|----------------|-------------|--------------------------------|----------------------|
| 1. Biológico | Tratamento da doença | Técnico | Médico | Hospital | O usuário é o objeto | Medicina do Trabalho |
| 2. Ambiental | Prevenção da doença | Técnico | Equipe | Ambulatório | Usuário e ambiente são objetos | Saúde ocupacional |
| 3. Social | Promoção da saúde | Técnico/Político | Cidadão | Sociedade | Sujeito | Saúde do trabalhador |

Fonte: Oliveira e Mendes, 1996.

Este quadro permite que sejam apresentados os motivos das mudanças na área, acompanhados das atualizações e discussões no campo da saúde coletiva. Observar o caráter social como determinante do processo saúde/doença permite que sejam discutidas as relações de trabalho, colocando o trabalhador em destaque, valorizando sua história e sua autonomia.

Os desafios para a área são imensos, considerando a relação entre o capital, o trabalho e a globalização, sendo frequente, por isso, que todos trabalhadores se deparem com fatores que contribuem para seu adoecimento. Mendes e Wünsch mostram alguns que ilustram a situação:

(...) precarização, flexibilização, trabalho parcial, polivalência de funções, redução dos postos de trabalho, aceleração no ritmo da produção e das ações, somado ao desemprego estrutural, à implementação de novas tecnologias, com salários em declínio e/ou instáveis. (MENDES e WÜNSCH, 2011, p.45).

Luz (2012) acrescenta o risco da perda do emprego para muitos trabalhadores, mostrando que este gera sofrimentos que ultrapassam o nível psíquico (como ansiedade, angústia e depressão) e produzem uma vulnerabilidade orgânica, aumentando adoecimentos (p.16). Esse fato, além de apresentar a importância do trabalho na vida de muitas pessoas, revela a necessidade de um amparo ou de uma assistência, objetivando minimizar as situações, auxiliando as pessoas que sofrem com o risco de perderem seus empregos. Outro fato que aparece no cotidiano do trabalho e que muitas vezes pode passar despercebido é a substituição de uma jornada de trabalho (posta em norma legal) para uma nova

lógica de trabalho, baseada no cumprimento de metas. O autor ainda aprofunda mostrando que a “presença” do trabalho segue na vida pessoal dos sujeitos, “leva-se o trabalho para casa e o trabalho estranhado, que coloniza corpo e mente do homem que trabalha, coloniza sua vida pessoal.” (ALVES, 2013, p. 132).

A captura da subjetividade dos trabalhadores, qual nos alerta Alves (2011, 2013), também é um aspecto fundamental para compreender o que ocorre com o cuidado dos que atuam nos espaços de saúde. Nos serviços de saúde, a captura que o autor identifica contribui para distanciar/desumanizar as relações dos trabalhadores com os usuários. Esta captura pode ser um dos fatores que mais limitam e enclausuram as capacidades de criar, cuidar e ter autonomia dos trabalhadores, visto que há uma perda de “si” no cotidiano dos serviços. O autor (ALVES, 2013) faz um recorte desde 1990, mostrando os efeitos do capitalismo global no trabalho e as resistências pessoais frente a essa captura (do trabalho alienado), revelando as dimensões da precarização do trabalho ao longo de quase toda a história do SUS.

Em uma apresentação do Núcleo de Estudos de Saúde do Trabalhador (NEST) sobre a saúde dos trabalhadores (de todas as áreas) na rede de AB do SUS, foi relatado, pelos pesquisadores de campo, que, ao se referir sobre a “saúde do trabalhador” com os profissionais de saúde, o entendimento destes era que deveriam falar de si. Isso ilustra a falta de entendimento do que é a “saúde do trabalhador”, mas também marca a necessidade de uma escuta aos profissionais de saúde que, no primeiro espaço que tiveram, queriam ser escutados. Tal fato ainda foi mais acentuado na reunião do grupo, na qual havia outros profissionais especialistas na saúde dos trabalhadores que afirmaram ser comum esse entendimento entre muitos profissionais.

Direcionando-me à saúde do Trabalhador da Saúde, percebo que diversas são as questões que fazem a reflexão sobre as dificuldades encontradas por estas pessoas nos serviços. Insegurança quanto à manutenção do emprego, diferenças hierárquicas entre equipes, biossegurança, falta de tempo, remuneração baixa, excesso de usuários, são algumas das ilustrações possíveis para explicar o tema. Isso revela que as questões que podem interferir na saúde de um trabalhador de “ponta” vão desde psicológicas e morais até físicas.

Além disso:

(...) variabilidades são muito visíveis, uma vez que além das diferenças entre os trabalhadores temos as diferenças entre profissões, entre os locais de trabalho (trabalhar em uma unidade de saúde é diferente do trabalho no hospital), entre as localidades em que se situam (hospital no Rio de Janeiro ou em Recife, na periferia ou numa área nobre). (BRASIL, 2011b, p. 27).

No campo da saúde coletiva são mais frequentes exemplos como os contratos de curta duração, privatização da gestão, sucateamento de serviços para favorecer a ascensão do sistema privado e a instabilidade a cada troca de gestão, ou seja, temas mais destacados que revelam a precarização do trabalho em saúde. Os profissionais de saúde coletiva são apresentados por Luz (2008) como, provavelmente, os profissionais mais estressados em seus cotidianos, visto que necessitam de um número de horas muito elevado para compensar sua baixa remuneração e a impossibilidade de tirar algum período de férias ao longo do ano. Sabendo dessa situação, a autora reflete sobre como é possível que essas pessoas consigam, nessas difíceis condições, dedicar-se à atenção e à saúde da população. Estes podem ser fatos que contribuem para que exista uma insegurança dos usuários do sistema de saúde que, muitas vezes, se sentem “desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados”. (MERHY, 2004, p. 110).

Penso que reconhecer as causas de adoecimentos é fundamental, mas perceber as estratégias que os trabalhadores utilizam para construir sua saúde é muito importante também. Tal compreensão permite a reflexão sobre o que marca o cuidado desses profissionais e o que os preocupa. Para Lunardi e colaboradores (2004), o primeiro passo para perceber os problemas e as dificuldades é problematizar o cotidiano vivido. Deste modo, podemos perceber quais os pontos que nos levam a adoecer no serviço e onde existe este “desgaste” do trabalhador. A partir disto, buscar caminhos para construir um novo cotidiano pode ser mais fácil. Canguilhem (2009) destaca, ao refletir sobre processos de infecção, que “estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar, é um luxo biológico.” (p.150). O espaço do trabalho tolhe, muitas vezes, as possibilidades de cura dos mais diversos processos que o ser humano pode enfrentar, porém favorece o adoecer em outros momentos.

Nos serviços, além de existirem estas questões mais direcionadas à saúde individual, também existem disputas, negociações, relações de força e de poderes presentes. Para Santos Filho, Barros e Gomes (2009 p. 610), “todos nós somos responsáveis pela gestão das situações de trabalho e temos o potencial de ajudar a transformá-las ou mantê-las como estão”.

Para Luz (2008), um dos destaques do adoecimento é o estresse contínuo que, fortalecido por um ambiente competitivo, torna o local de trabalho um lugar hostil à vida no sentido social, individual e na totalidade biológica e psíquica. A autora mostra que é justamente nesse espaço que “se passa a maior parte das atividades das pessoas” (p.12), ou seja, destina-se grande parte da vida a um espaço que muitas vezes é prejudicial à saúde. Destaco que a reflexão da autora visa perceber as relações de fragilidade social e de busca de cuidado. Nessa perspectiva, o modelo econômico capitalista determina esta relação.

A interiorização, para o mundo das relações socioculturais, de valores originados na racionalidade de mercado, tais como: competição, vista como lei social; sucesso visto como vitória pessoal (com consequente exclusão ou dominação do outro); individualismo, visto como condição mesma do sucesso (sujeito individual concebido como centro da vida social, em contínua luta com outros indivíduos); lucro, categoria do mundo econômico, invadindo a esfera de valores através de seu correspondente social, vantagem (os indivíduos sentindo-se no direito ou no dever de terem vantagem sobre outros); consumismo, visto como sinal demonstrativo de sucesso (ter, ou mesmo aparentar ter, como expressão máxima do ser). (LUZ, 2008, p.12).

Essa interiorização se encontra no cotidiano de todos e no campo da saúde retarda os avanços do SUS, além de afetar diretamente os modos de atuação dos profissionais que, capturados por essa lógica, vão perdendo as possibilidades de explorar suas capacidades criativas e autônomas. O individualismo e uma necessidade competitiva acabam limitando ações de equipe, de pensamento coletivo e de uma construção conjunta de objetivos.

A precarização do emprego e das relações de trabalho são alguns dos fatores que, contemporaneamente, geram o aumento de busca por atenção em saúde e cuidado terapêutico, isso “se esbarra” na incapacidade que a lógica biomédica tem de tratar com alguns fenômenos criando uma *crise sanitária*. (LUZ, 2008, p.15). Merhy e colaboradores (1997) mostram que as capturas do trabalho vivo (que podem ser responsáveis pela crise sanitária citada acima) não conseguem

ser realizadas de modo completo, considerando a natureza tecnológica deste trabalho.

Os fatores que motivam a crise sanitária apresentados acima são complementares às ideias de Oliveira e Mendes (1996), que apresentam o entendimento dos processos sociais como determinante de saúde e doença na vida do trabalhador. Talvez, o próprio reconhecimento desta crise sanitária possa ser um fator de estresse, adoecimento, preocupação ao trabalhador da saúde que poderá deparar-se com a ineficácia do modelo de saúde vigente. Das diversas situações que podem ocorrer com o trabalhador devido a esta crise, a perda do sentido do trabalho pode ser uma das mais marcantes, fazendo com que seja perdido o entendimento dos motivadores da ação profissional, para quem se estão dirigindo os resultados do trabalho, o que se objetiva com o trabalho entre outros questionamentos. (LUZ, 2008). Contribuindo com a ideia, devemos compreender que todos os fatores adoecedores listados por Luz geram mudanças em diversos níveis, inclusive na personalidade do doente (CANGUILHEM, 2009), o que vai repercutir na ação cotidiana de trabalho.

Na própria discussão sobre a PNH tem-se mostrado diversas destas dificuldades dos trabalhadores. Pasche, Passos e Hennington(2011), apontam que a tradição da gestão do trabalho transformou o trabalhador em “recurso humano”, isolando-o de uma atuação “militante”, precarizando não só o trabalho em saúde, mas a saúde dos usuários e as possibilidades do agir em saúde. Segundo os autores, para cuidar da saúde dos trabalhadores da saúde, é necessário melhorar as condições de trabalho (remuneração, vínculos, acesso às tecnologias de cuidado que melhorem a produção de saúde) e distencionar as relações de poder nos ambientes de trabalho, pois, é provável que diversos problemas de saúde (uso abusivo de drogas, acidente de trabalho, depressão, etc.) (OLINSKI, 2006) estejam associados à gestão e à organização do trabalho. Além disso, Alves (2013 p. 131), quando apresentando a relação causal entre trabalho e saúde mental, indica que os processos de trabalho têm a capacidade de capturar “as disposições mentais do homem que trabalha”. Para Olinski (2006, p. 109), “existe uma íntima relação entre o ambiente de trabalho e o cuidado de si”.

Pasche, Passos e Hennington (2011) sugerem que para ampliar o sentido do trabalho (melhorando as condições do trabalhador) deve haver participação na gestão dos processos de trabalho, rompendo com a lógica verticalizada de meramente obedecer à gestão. A cogestão e a gestão compartilhada são exemplos de propostas para contribuir com uma maior corresponsabilização dos trabalhadores. Os autores mostram que esse meio evita um cuidado “paternalista” e piedoso que, desta forma, dignifica o trabalhador além de oferecer ferramentas para sustentar o cotidiano. Para Santos Filho, Barros e Gomes (2009), a organização dos processos de trabalho é pensada como processo dialógico e polifônico em que as múltiplas vozes e olhares estão sempre pautados para negociações. Ainda, é importante reforçar esta ideia de que “a luta por melhores condições de trabalho é um exercício ético que aponta para uma avaliação permanente das práticas e seus efeitos sobre nossas vidas.” (BRASIL, 2011 b, p.19).

Bernardi (2010) se deparou com as mais diversas questões enquanto atuava como apoiadora¹⁰. Nas conversas em roda, os trabalhadores relatam excesso de dores, de medicação, falta de horizontalidade nas ações da gestão, etc. A autora mostra que também foi importante a busca da temática da ST para construir seus entendimentos sobre o assunto, visto que percebeu a necessidade de compreender o processo histórico-social do trabalho.

Apesar das diversas situações apresentadas, saliento que se encontra, em muitos espaços, a tentativa de resistir às capturas da gestão verticalizada e da má organização do trabalho contemporâneo pelos trabalhadores da saúde, como projetos que visam aproximar a equipe e trazer mais alegria e solidariedade para o ambiente de trabalho, bem como espaços melhores para a atuação profissional partem de atitudes individuais e coletivas (como os exemplos das políticas). Os mecanismos que contribuem para isso têm, por vezes, menos “força” frente aos apresentados nesse capítulo, porém, as resistências e os enfrentamentos são essenciais, pois deles temos exemplos de outras possibilidades, podendo, desta forma, inovar e melhorar as condições de trabalho e a vida dos trabalhadores.

¹⁰ Na PNH o apoiador tem destacada importância para o desenvolvimento da política. Tem como função contribuir com a “gestão e organização de processos de trabalho, na construção de espaços coletivos onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção (SANTOS FILHO, BARROS e GOMES, 2009).

A própria PNH publicou, em 2011, o Programa de Formação em Saúde e Trabalho, no qual são questionados os modelos de saúde, a inevitabilidade de adoecer no espaço de trabalho, a prevenção, etc., reforçando a importância do diálogo como potencializador de mudanças. Apesar de algumas novas políticas públicas surgirem (PNH, PNSST), deve-se atentar às ações meramente paliativas ou assistenciais. Alves (2013) aponta sua preocupação com o fato, indicando que poucas vezes se consegue ir às raízes do problema. No ano de 2011 foi lançada a cartilha “Saúde e Trabalho”, na qual, através de uma “história em quadrinhos”, se apresentam algumas diretrizes e a preocupação da política com os trabalhadores do SUS. A história se passa em uma UBS e diversos atores dialogam sobre diversos aspectos da política, incluindo o porquê de humanizar relações no cotidiano do serviço. Ao final, é apresentado o Programa de Formação em Saúde do Trabalhador, que tem como uma de suas finalidades oportunizar espaços para discutir o cotidiano do serviço. (BRASIL, 2011a.). A proposta visa abrir espaços de diálogo permanente entre os trabalhadores, distanciando a necessidade de resoluções de problemas individualmente para uma perspectiva coletiva e reconhecendo que, quando não se consegue sugerir espaços menos desgastantes de trabalho, se adoecer mais rapidamente. (BRASIL, 2011b.).

Inspirado em Canguilhem (2009) penso que não devemos normalizar espaços de trabalho que levam as pessoas a adoecerem. Devemos refletir em como tornar estes espaços menos adoecedores e como promover uma avaliação dos próprios trabalhadores. O autor ainda mostra que a vida não deve se “assujeitar” às regras e sim compô-las, ou seja, não devemos normalizar o normativo.

4. O cuidado, o autocuidado e o cuidado de si

4.1 O CUIDADO

Cuidado é umas das expressões mais destacadas nos discursos, nas práticas e nas políticas existentes no campo da saúde (vide os dois capítulos anteriores). Observando isso, talvez seja possível colocá-lo como um conceito-sintoma, visto que, muitas vezes, parece “aprisionado” a alguma lógica de pensamento, perdendo seu caráter reflexivo e mutável de acordo com os encontros dos sujeitos. Isso não é novidade no campo da saúde (e em diversas áreas), pois alguns conceitos são rapidamente restringidos a um modo de pensar. O conceito de educação permanente, por exemplo, muitas vezes se aproxima apenas de cursos de formação e de capacitação técnica, direcionando-se mais à perspectiva de educação continuada, sem problematizar o cotidiano dos serviços. No campo da saúde coletiva, são inúmeros os autores que propõem tal discussão. Buscarei, em alguns, suas apresentações, objetivando encontrar as potências e os diálogos desses conceitos. Destaco que a maior parte dos discursos sobre o cuidado, encontrei com os autores Roseni Pinheiro e José Ricardo Ayres, mas acabei necessitando compreender as questões que envolvem o cotidiano do trabalho e a formação, e para isso, encontrei apoio em autores como Emerson Merhy e Ricardo Ceccim. Também utilizei outros autores com discursos singulares às necessidades deste trabalho.

Para compreender ainda mais o universo do cuidado, busquei nas mais diversas fontes o encontro com discursos, pensamentos e reflexões que pudessem contribuir nesta construção. A produção midiática e conceitual que discute o tema expõe, frequentemente, a falta de cuidado, a importância da humanização do cuidado, descasos de governos com a saúde da população e outras ideias. (BARROS, 2008).

Para ter uma definição inicial, utilizo o dicionário online que apresenta a palavra “cuidado” como:

s.m. Atenção, aplicação a alguma coisa: trabalho feito com muito cuidado. Precaução, cautela, diligência, desvelo: dirija com cuidado. Inquietação de espírito, preocupação: seu estado não inspira cuidados. S.m.pl. Encargo, responsabilidade: ficou entregue aos cuidados do médico.

Adj. Pensado, meditado, previsto: suas palavras são sempre bem cuidadas.¹¹

Considero esta definição excelente para ilustrar e iniciar o processo de compreensão, porém, muitas vezes, acaba ficando simplista e/ou limitada (gerador de muitos conceitos-sintoma). Para encontrar um caminho mais direcionado ao objeto deste trabalho, utilizo outro dicionário voltado para a área da saúde (Dicionário da Educação Profissional em Saúde), no qual a definição de “cuidar”, feita por Roseni Pinheiro, é apresentada como: “Cuidar deriva do latim *cogitare* que significa ‘imaginar’, ‘pensar’, ‘meditar’, ‘julgar’, ‘supor’, ‘tratar’, ‘aplicar’ a atenção, ‘refletir’, ‘prevenir’ e ‘ter-se’. Cuidar é o ‘cuidado’ em ato.” (PINHEIRO, 2009, s/p.). É este cuidado, surgido no encontro com o outro e consigo, que tentarei identificar em alguns pensadores. A pequena introdução, apresentada por Pinheiro (2009) e repleta de possibilidades, já revela a amplitude do que é o cuidado em saúde e a multiplicidade de sentidos que ele pode apresentar.

O ato de cuidar não é contemporâneo à nossa sociedade, uma vez que sua prática se dava nas sociedades primitivas, marcada, principalmente, pela atividade feminina. Na Grécia, a gestão do cuidado feito pelas mulheres era marcada pelas atividades como cuidadoras dos filhos e dos escravos doentes (PINHEIRO, 2009), ou seja, possui uma origem mais ligada às relações de tutela. Na busca por outras histórias, encontrei a versão narrada por Leloup (1996), através dos relatos de Fílon, sobre os terapeutas de Alexandria. Na narração, fica destacado que, apesar de seu afastamento temporal, existem detalhes que são discutidos (e praticados) contemporaneamente, quando revela e apresenta algumas ideias. A perspectiva integral para entender os indivíduos, por exemplo, é algo bem marcante nesses cuidadores. Outro fato destacado é colocar o sujeito como protagonista de seu processo, sendo o cuidador um “facilitador” do caminho.

Com o passar do tempo, o cuidado se desvinculou tanto da lógica matriarcal inicial quanto dos terapeutas de Alexandria (que possuía um viés religioso, ou no mínimo, associado ao misticismo). O cuidado se desenvolveu agregando novas concepções, porém outras tantas que poderiam ter importância foram perdendo-se. Acabou aproximando-se muito das profissões da saúde, em destaque a enfermagem, possuindo, inclusive, semelhanças etimológicas, e tornou-se

¹¹<<http://www.dicio.com.br/cuidado/>>

fundamental para construir propostas terapêuticas que caminham na direção de um modelo de saúde ampliado, compreendendo as questões singulares dos sujeitos às contemporaneidades do coletivo.

Sobre o cuidado contemporâneo, retrato uma já famosa história no campo da saúde coletiva descrita por Ayres (2004a), que traz, em sua proposta, uma peculiar (e comum) narrativa. O autor aborda, em seu relato, a experiência de um encontro entre ele (profissional da saúde) e uma usuária da Unidade Básica de Saúde. Esta usuária, identificada por D. Violeta, mostra-se novamente impaciente e revoltada com o tempo de espera nesta Unidade (fato recorrente e tratado como “normal”). A impaciência, no dia relatado, não é exclusiva dela e o autor também se identifica, visto que sofria com problemas em seus horários e com outros compromissos a serem realizados no fim de um turno cansativo. Nessa situação, possivelmente muito desfavorável, surge o encontro dos dois, inicialmente agressivo, fatigado e irritado (e irritante). No entanto, Ayres decide mudar sua atitude e, em um ímpeto, opta pela quebra de seu protocolo de atendimento, iniciando uma aproximação diferenciada, considerando que esse não era seu primeiro encontro e que a reação de D. Violeta era muito próxima da que apresentava-se no momento. A mudança expressada pelo autor talvez seja menos relevante do que os resultados desta, afinal, ele simplesmente guardou sua caneta e a ficha de registros da usuária, mas, mais do que isso, ele se dispôs a realmente escutar a pessoa que estava na sua frente, revertendo o modo de propor o cuidado da usuária e, conseqüentemente, o seu entendimento sobre o cuidado.

Tal condição se deu pelo privilégio da dimensão dialógica do encontro, facilitando/permitindo que um ouvisse o outro. Segundo o autor, ainda foi possível “ouvir-se a si mesmo e fazer-se ouvir não se conformando ao papel exclusivo de porta-voz da discursividade tecnocientífica”. (AYRES, 2004a, p. 23). A partir deste momento, a conversa se direciona para o “projeto de felicidade”¹² narrado através dos fatos vividos por D. Violeta. Merhy e colaboradores (1997) mostram que basta o encontro de duas pessoas em um ato ou consumo em saúde para que se tornem muito complexas as relações geradas.

¹²Conceito muito discutido pelo filósofo Martin Heidegger.

Assim sendo, o encontro narrado por Ayres (2004a), fruto do cotidiano no serviço (e destaco a escolha desta história principalmente por ocorrer na AB), foi capaz de gerar outras possibilidades tanto a D. Violeta quanto ao profissional, de forma a contribuir com seu entendimento, reflexão e construção de sua prática profissional (quicá pessoal). Mas, será que encontros assim recorrentes nos serviços de saúde têm capacidade de interferir nas reflexões sobre a busca de cuidado dos profissionais de saúde? Destaco que nesse encontro, no qual existiu uma escuta aberta, baseada na alteridade, ocorreu tal “troca” por ser inevitável ouvir, com tais qualidades, e não sentir, não ser modificado por esse “toque”. Apesar de muito simples, e até mesmo comum, o encontro possuiu uma significação de extrema importância para a o autor, porém, para alguns profissionais pode ser muito difícil perceber as possibilidades/potencialidades de um encontro com essa perspectiva. Por diversas situações, principalmente as que se relacionam aos desgastes cotidianos, o leque de possibilidades de encontros se limita. É muito importante buscar ampliar esses encontros visto que:

(...) todo o profissional de saúde, independentemente do papel que desempenhe como produtor de atos de saúde é sempre operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e, como tal, deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das Tecnologias Leves, modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculos; e, ao ser identificado como o responsável pelo “projeto terapêutico”, estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo em que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nessa intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde diante do “caso” concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha que ter poder burocrático e administrativo na organização. (MERHY, 2004, p. 115).

Com o exemplo de Ayres, propicia-se a possibilidade de demarcar algo que, nesta proposta, facilitará a construção do entendimento sobre o cuidado quando destaca-se o privilégio da dimensão dialógica do encontro. Ayres (2004a, p.22) coloca o cuidado como: “designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”. O autor ainda destaca o uso da palavra como substantivo próprio (chamando de Cuidado, com “c” maiúsculo) para destacar como referência a concepção citada. Já seu uso como substantivo comum ocorre quando aborda atividades e procedimentos no sentido comum. Apesar de concordar muito com o

que o autor propõe, não percebo a necessidade de diferenciar “Cuidado” de “cuidado”, afinal o conceito pode ser construído como uma composição de diversos pensamentos, utilizando múltiplos autores. Em muitos momentos, as teorias são complementares, a segmentação de um e o detrimento dos outros é não aproveitar a possibilidade de produção e a criação coletiva.

Destaco que no campo da saúde o “objeto não é a cura, ou a produção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado” e, através desta, será possível ir ao encontro da cura e da saúde. (MERHY, 2004, p. 108). A proposta de Merhy se restringe, muitas vezes, prendendo-se somente às lógicas técnicas e biomédicas, porém, existem muitas formas desta produção ocorrer e o “Ato de cuidar” é destacado pelo autor como “a alma dos serviços de saúde”. Essa "alma" só existe através das ‘entre-relações’ de pessoas, pautada em um tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. (PINHEIRO, 2009, s/p.).

A importância de modelos que fujam à lógica do modelo médico hegemônico é essencial ao considerar-se a diversidade do ser. Outras racionalidades, muitas vezes, conseguem estabelecer vínculos mais próximos com os indivíduos, contribuindo com sua busca terapêutica. (LUZ, 2008). A oferta dessas propostas no SUS vem sendo cada vez mais valorizada e difundida, o que afirma a importância dessas outras racionalidades no campo da saúde.

Destaco ainda a possibilidade de pensar nos ganhos de autonomia do usuário ao realizar uma proposta mais aberta pautada no diálogo, na corresponsabilização e no entendimento das especificidades daquela pessoa. Os modelos vigentes, sustentados em procedimentos apenas, não conseguem focar-se no usuário e, em consequência, limitam a produção do cuidado. (MERHY, 2004). Para Pinheiro (2009), os sujeitos anseiam muito mais do que diagnósticos, eles querem se sentir cuidados e acolhidos. Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 46) destacam que o sistema de saúde vem assumindo “papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva”.

Contribuindo com os elementos importantes para estruturar a produção do cuidado, é necessário também pensar o serviço. A caixa de ferramentas abordada no texto de Merhy (2004), por exemplo, pode ser um dos componentes que o trabalhador utiliza para atuar. Quanto mais diversas e amplas forem as “ferramentas”

da caixa, maiores serão as possibilidades de compreender e enfrentar o problema de saúde, ou seja, mais é privilegiado o trabalho vivo em ato. Além disso, o autor mostra que esta proposta gera benefícios que não se restringem ao usuário, mas engloba também a composição dos processos de trabalho que atuarão com esse sujeito. Cabe salientar que essa “caixa” não é repleta de ferramentas, ela permite que se crie, se acrescente e se adapte novas ferramentas conforme as necessidades.

A possibilidade de uma caixa com diversos dispositivos e possibilidades de atualização constante contribui com o entendimento de que para “cuidar” é fundamental compreender que os sujeitos são mutáveis a todo instante e que isso é essencial para o viver. Não entender isso nos impede de responder as variabilidades da vida (SILVA e GOMES, 2008), atando as possibilidades do cuidado. As Práticas Corporais apresentadas por Fraga, Carvalho e Gomes (2012), por exemplo, trazem ferramentas vindas da área da Educação Física que podem contribuir com o cuidado e com a atenção em saúde. Tal ferramenta vem ganhando espaço na AB, contribuindo com as possibilidades terapêuticas das equipes. (CARVALHO, 2006). Assim, a caixa de ferramentas pode dispor do trabalho em equipe e permitir, por exemplo, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares fundamentais à AB que, segundo a Política Nacional de Humanização, neste espaço é possível “produzir saúde através da promoção, prevenção, cura e reabilitação”. (BRASIL, 2009 p. 33).

Pinheiro (2009) ressalta que o cuidado se torna cada vez mais complexo, exigindo uma atuação maior dos envolvidos nos processos de saúde, não necessariamente de um cuidador. Os demandantes requerem mais atenção e responsabilidade às suas especificidades e, para isso, é fundamental incluí-los na tomada de decisão sobre sua saúde, contribuindo com seu protagonismo e sua busca por cuidado.

Devemos pensar, ainda, em formas de cuidado fora da lógica das profissões que compõem classicamente a área da saúde, visto que a produção do cuidado pode ocorrer em muitos espaços e que ainda existe essa centralidade do cuidado vindo do ponto de vista do profissional da saúde. (BARROS, 2008). A terapêutica pode ocorrer em planos diversos, construída com a participação de variadas categorias profissionais e múltiplos campos de conhecimento (CECCIM, 2008), ou seja, a caixa

de ferramentas não dispõe apenas das possibilidades das profissões da saúde, ela amplia-se de tal forma que outras áreas têm inúmeras possibilidades de contribuição para seus saberes.

Silva e Gomes (2008) indicam que certas práticas de cuidado se apresentam, muitas vezes, de forma descontextualizada, baseadas na fragmentação, na restrição técnica e normativa. Penso que é justamente nesse espaço, onde a prescrição de ações aos usuários é feita sem muito sentido e sem conexões com as vidas destes, (e) que se perdem as possibilidades terapêuticas. Nessa lógica apresentei, ao início desta proposta, as formas do meu cuidado que afetam diretamente o “cuidador” que tento compor, transpondo alguns ideais tecnoburocráticos (alguns resquícios de uma formação pouco voltada à esta reflexão), objetivando ser menos prescritivo, visando uma abertura maior às singularidades do/no cuidar.

Pinheiro (2009,s/p.) apresenta a noção de ‘cuidado’ integral e revela suas preocupações:

(...) pelo bem estar dos indivíduos (opondo-se a uma visão meramente economicista) e devolve a esses o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde, situando-os assim como outros sujeitos e não como outros-objetos.

Considerando essa noção de Pinheiro na busca por compreender este conceito, acrescento que o cuidado possui características ontológicas que coexistem com o senso comum que, muitas vezes, o associa apenas a um discurso biomédico. A técnica dura, calculada, medida, muito treinada e repetida é fundamental para compor esse cuidado, mas o que proponho é a retomada desta perspectiva ontológica “compositora” da singularidade do sujeito. Com otimismo, Pinheiro e Guizardi (2008) identificam locais onde as práticas cotidianas dos serviços de saúde têm suas estruturas permeáveis às inovações, como as “novas atividades de saúde”, gerando outras possibilidades para a atuação profissional, referenciando espaços públicos como “lugares de encontro” que acabam ressignificando o “olhar” dos usuários para os trabalhadores. Em outro estudo, reflete-se sobre a criação de um espaço de encontro nos serviços, visando uma costura entre as ontologias e os novos saberes e as práticas de saúde (MACHADO, PINHEIRO e GUIZARDI, 2008), o que contribui com a proposta de atualizar estes espaços. Essas formas e

possibilidades capazes de “atualizarem-se” frente aos encontros facilitam realizar outra leitura sobre o cuidado e se mostram importantes e necessárias para a interatividade com os outros, revelando que a ação do profissional não se dá de forma individualista, mas sim como prática social. (BARROS, 2008).

É importante refletir que o acesso universal e igualitário, proposto na Constituição Brasileira, deve respeitar as individualidades, mantendo a equidade. Este acesso deve responder às demandas da população, ou seja, ao que elas precisam. (MATTOS, 2008). É no direito à igualdade e no direito à diferença (DAGNINO, 1994) que se possibilita compreender ontologias, vivenciar propostas diferentes de produção de cuidado e acessar mais pessoas, ou seja, devemos valorizar propostas de igualdade, mas, mais ainda, destacar a importância das proposições equitativas.

Para cuidar é necessário que exista troca e vontade por compreender as realidades dos usuários. Canguilhem (2009, p.148) mostra o exemplo de uma senhora que questiona: como ela irá se cuidar se tem que cuidar do lar? Entender essa realidade permite não normalizar a situação e aprofundar o cuidado. A compreensão do indivíduo sobre o que é sua saúde é indispensável para o profissional que encontrará esse sujeito. “É, portanto, para além do corpo que é preciso olhar, para julgar o que é normal ou patológico para este corpo” (CANGUILHEM, 2009, p.152), não desvinculando o corpo biológico deste entendimento, mas reconhecendo que os sintomas, os sofrimentos e outras infinitas demandas que se revelam em um corpo podem ser fruto de histórias que precisam ser escutadas, de afetos que precisam ser criados, de sonhos que precisam ser sonhados... Indo muito além do corpo biológico, ou, do corpo “patologizado” que se apresenta.

Outro componente fundamental, quando penso em estruturar o entendimento sobre o cuidado em saúde, é o campo de ação profissional (que aparece no discurso de Pinheiro e de Ayres), visto que ele é rico em diversidades, encontros, construções, e que isso, muitas vezes, gera tensão entre o trabalhador e outros trabalhadores, entre a rede de serviços e o usuário. É importante criar estratégias que objetivem minimizar as tensões ocorridas ao longo do tempo no cotidiano do serviço, para que a produção do cuidado se efetive. Lógicas que prendem os

profissionais a suas competências específicas, sem estabelecer um diálogo multiprofissional visando conduzir à “entredisciplinaridade¹³” (CECCIM, 2008), também restringem esta produção do cuidado. O trabalho em saúde prediz uma “costura” entre profissionais, pautada no diálogo, na troca de saberes, no anseio por atender a demanda, construindo um espaço de saúde mais efetivo, acolhedor, emancipatório, etc.

Cabe destacar que o modelo hoje adotado nos serviços de saúde, em muitos espaços, ainda é sustentado por uma “ótica hegemônica do modelo médico neoliberal” e acaba colocando a dimensão cuidadora aqui proposta como complementar e, até mesmo, sem importância. Esta hierarquia das ações de saúde subordina e subjuga as ações de outros profissionais, limitando as possibilidades de compreensão ou mesmo de cura dos problemas apresentados pelos usuários. (MERHY, 2004 p. 112). O autor ainda mostra que, em determinadas situações, uma abordagem profissional é mais eficaz que outras, porém não se pode sustentar uma lógica verticalizada entre as profissões e os seus saberes. Para Ayres (2004b p. 83), “Narcísica, a Medicina tecnocientífica encantou-se consigo mesma”¹⁴.

As possibilidades adaptativas às singularidades dos usuários sofrem limitações e, afetadas por essas questões do “mundo do trabalho” (ANTUNES, 2002), as opções se restringem à técnica com forma definida, restringindo as possibilidades e os espaços de encontros. Ceccim e Feuerwerker (2004, p.46-47) complementam mostrando que:

(...) o componente serviço não pode se restringir à noção de práticas de atenção. Deve revelar uma estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e organização de conhecimentos do setor. Da mesma forma, a atenção não pode informar apenas o domínio de habilidades em fisiopatologia ou busca de evidências, recaindo sobre a alteridade com os usuários das ações e serviços de saúde e a produção de sentidos nos atos de cuidar, tratar e acompanhar, sejam problemas de saúde, seja a promoção de melhor qualidade de vida.

¹³ Para Ceccim (2008), é a possibilidade de uma “terceira margem”, diferente da interseção da interdisciplinaridade. “(...) deveria estar compreendida sempre que afirmamos o trabalho multiprofissional de maneira interdisciplinar, um lugar de sensibilidade e equilíbrio metaestável, em que a prática terapêutica emergiria em clínica mestiça ou clínica nômade; em que todos os potenciais surgiriam se atualizando e o equilíbrio não seria o outro que não a transformação permanente”. (p.267).

¹⁴ O autor coloca tal referência ao entender que existe uma perda no interesse da vida por “parte da terapêutica”. O discurso se coloca em comparação a um processo de arte na assistência encontrado (ou perdido) pelo trabalhador.

Muitas vezes, são apresentados discursos romanceados e altruístas sobre o cuidar, evocando princípios de realização pessoal, de trocas e de encontros sempre geradores de possibilidades positivas, porém sinto que as singularidades dos profissionais de saúde pouco são respeitadas para que isso ocorra. Se o profissional, ao realizar o cuidado, “chega ao ponto de deixar de lado seus sentimentos e interesses particulares” (BECKER, 2004 p.89), a vida deste está sendo muito prejudicada, ou melhor, nem está acontecendo. Destaco, novamente, o exemplo de Ayres (2004) que, por um acaso, privilegiou sua reflexão, mas que pode ocorrer nos mais diversos locais de saúde e não afetar nenhum profissional.

Como expressado em outro capítulo, na AB é onde aparece o uso das Tecnologias Leves, pois é ali que se pode existir o encontro entre pessoas, ocorrendo uma produção conjunta de saúde, ou seja, existe uma troca, um “contágio”, pois se permitem falas, escutas e interpretações, formação de uma cumplicidade, confiabilidade e esperança, e todos esses fatores são fundamentais em muitos processos de enfrentamento de um problema. Isso encontra-se sempre em processo, em movimento, o que exige do trabalhador uma atenção, dedicação e alteridade muito grande. (MERHY, 2004). É justamente nesse espaço onde:

(...)parte dos problemas que os usuários relatam não se encaixa num diagnóstico biomédico - não tendo, portanto, sucesso terapêutico com a medicalização ou execução de procedimentos. São comuns os casos de “sintomas vagos e difusos”, sintomas físicos e/ou psíquicos múltiplos, que geram sofrimento nas pessoas e sobrecarregam os serviços de saúde, sem um diagnóstico anatomopatológico correspondente. (BRASIL, 2009 p. 32).

Atuando na proposta entre-disciplinar de Ceccim (2008), uma equipe multiprofissional tem a oportunidade de compor os modos de intervenção, ampliando as possibilidades e amparando-se na própria equipe. Essa visão prediz uma relação forte dessa equipe, exigindo confiança, entrega e respeito.

O cuidado dependerá de inúmeros fatores, como alguns apresentados neste capítulo (questões ontológicas, terapêuticas, da estrutura do trabalho, das possibilidades do trabalhador, etc.), mas fica destacada a necessidade do encontro para que ele ocorra. Nos espaços de saúde, deve ser privilegiado esse encontro para contribuir com a “caminhada” do usuário. É fundamental que sejam valorizados espaços acolhedores, tanto aos usuários quanto aos trabalhadores e, dessa forma,

sejam construídos espaços de cuidado efetivos pautados na alteridade e na corresponsabilização.

Proponho explicitar a proposta de “cuidado” estruturada para essa pesquisa indicando que é no ampliar das possibilidades da dimensão dialógica¹⁵, trazida por Ayres (2004a e 2004b) e usada como uma das ferramentas fundamentais ao cuidado em saúde, ocorrente no trabalho vivo em ato (Merhy, 2004), que se estrutura esse cuidado e que também dependerá de fatores que somente o encontro das pessoas (profissional da saúde-usuário) revelará. Assim, entendo que o cuidado também depende da compreensão individual e do respeito mútuo entre os sujeitos envolvidos. Para isso, fica necessário o trânsito entre todas as possíveis margens de compreensão que possam surgir, ampliando as diversidades do viver e as possibilidades de ação do trabalhador (e das equipes) em saúde. Ainda, destaco que o cuidado exige resolutividade da formação técnica profissional ou, pelo menos, o encaminhamento de soluções (em diversos níveis) para contribuir com o processo terapêutico, independente de um registro de diagnóstico patológico, contribuindo com a promoção, a proteção ou a recuperação da saúde.

¹⁵ Sendo esta: “a abertura dos espaços assistenciais a interações dialógicas por meio de linguagens outras, como a expressão artística, o trabalho com linguagens corporais e mesmo outras racionalidades terapêuticas.” (AYRES, 2004b p.89).

(ESPAÇO DE CUIDADO...)

4.2 O AUTOCUIDADO E O CUIDADO DE SI

Assim como o tema “Cuidado”, o “Autocuidado” e o “Cuidado de si” são frequentemente discutidos entre autores da área da saúde. Percebo que, na perspectiva da saúde aqui apontada, tanto o autocuidado como o cuidado de si (independente da classificação a ser encontrada) inserem-se dentro do conceito do cuidado, visto que é parte do cuidar o reforço da autonomia dos usuários, a abertura às singularidades e as necessidades dos sujeitos. É uma das estruturas que permite expandir propostas de saúde, pois parte de uma pactuação, de uma construção conjunta na qual o usuário e o trabalhador deverão estruturar os caminhos para o cuidado.

Este capítulo se propõe a buscar estudos e conceitos sobre o autocuidado e o cuidado de si, podendo conceituá-los e encontrar as reflexões mais direcionadas aos profissionais de saúde. Entendo que os dois diferem-se em suas aplicações e conceitos e que, muitas vezes, sua aproximação, ou até mesmo seu uso como sinônimos consegue aproximar sua fundamentação. Destaco a busca inicial por entender as diferenças entre os mesmos; e que, quando compreendido que o conceito de cuidado de si, e não o de autocuidado, era o que contemplava esta proposta, optei, ainda assim, por trabalhar os dois conceitos. Isso foi feito de forma separada, sempre compreendendo que o autocuidado aparece muito associado (e aliado) ao discurso de promoção da saúde que sustenta o modelo de saúde atual.

Para a reflexão do autocuidado, faz-se necessária uma busca histórica de seu surgimento associado ao conceito de Promoção da Saúde. Esta, muito discutida no campo da AB, aparece em 1974 e propõe uma perspectiva de outro enfoque da saúde, um olhar abrangente propondo outras ações, estratégias e entendimentos. Em 1986, surge a “nova promoção da saúde”, deslocando o destaque da “medicalização” e valorizando as ações multisetoriais e as políticas públicas, destacando-se o controle social, empoderando-se e constituindo esses temas. (CASTIEL, GUILAM e FERREIRA, 2012).

O autocuidado aparece na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa. Discutido dentro do conceito de Promoção da Saúde, foi muito utilizado como um meio de valorizar a autonomia dos sujeitos em um conceito de saúde que compreende que “fatores políticos, econômicos, sociais,

culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde”. (BRASIL, 2002, p. 20). A perspectiva do “autocuidado” ganha destaque na década de 1970, em uma tentativa de diminuir a responsabilidade do Estado sobre a população, reduzindo custos e aliando-se às lógicas neoliberais. (CASTIEL, GUILAM e FERREIRA, 2012). O autocuidado e os riscos que corremos, aparecem, muitas vezes, com ideias muito próximas, nas quais se destacam a responsabilização do indivíduo e a sua culpabilização, desrespeitando as singularidades e os modos de viver. Nesse sentido, o autocuidado aparece muito mais com um caráter autovigilante.

Em uma aproximação temática exploratória na Internet¹⁶ movida pela curiosidade deste pesquisador (e não pela demanda da própria pesquisa, ou seguindo algum rigor científico mais elaborado), foi possível perceber a utilização mais comum do termo “autocuidado”, ou seja, o uso que a maioria das pessoas encontrará quando se perguntarem sobre o tema. A apresentação comumente aparece como a importância do cuidado pessoal (na maioria dos casos, cuidados físicos). O primeiro sítio destina ao portal da AB e mostra a importância do autocuidado associado ao diabetes colocando, inclusive, que:

O princípio fundamental do autocuidado é que você é o centro de qualquer mudança na sua vida e na sua saúde. Você é a pessoa que mais conhece sua própria situação, sabe o que precisa para se sentir bem, o que ajuda ou atrapalha os processos de mudanças.
(<http://dab.saude.gov.br/portaldab/autocuidado.php>)

O segundo sítio¹⁷ está vinculado às racionalidades de saúde chinesa como *Tai Chi Chuan, Qi Gong, Lian Gong*. Destaco que o domínio virtual pertence a uma escola dessas práticas e vincula-se à divulgação de suas atividades, porém interessa-se por conceituar e apresentar suas propostas de um modo mais aprofundado. O terceiro endereço¹⁸ objetiva reflexões sobre “sociologia, cotidiano, espaço urbano e política”, sendo composto por uma equipe multiprofissional (biólogo, administrador, jornalista, etc.) e, além de trazer o conceito de um dicionário, faz uma reflexão sobre nossa sociedade, criticando o modo utilitarista, hedonista e individualista como vivemos.

¹⁶ Levantamento realizado no dia 08 de agosto de 2013 no site de buscas www.google.com.br utilizando apenas o termo “autocuidado”.

¹⁷ <http://www.autocuidado.com/autocuidado>

¹⁸ <http://vivendocidade.com/o-autocuidado>

A pesquisa exploratória realizada nesses três espaços acima citados possibilitou ter uma visão básica sobre o autocuidado, revelando entendimentos que vão desde uma perspectiva clínica extensiva aos cuidados em saúde até a crítica do modo como vivemos contemporaneamente, além de apresentar um dos modos como o governo pauta o tema em suas proposições. A quebra por propostas de outras racionalidades de saúde é bem interessante e explora as possibilidades ontológicas deste autocuidado. Os outros endereços que aparecem nesta primeira “página de buscas” vinculam-se à produção científica sobre o tema e seus conceitos. O que gostaria de destacar é a primeira informação, advinda do Ministério da Saúde, na qual encontra-se muito marcada a responsabilização do sujeito, visto que o coloca no centro de tudo, e a necessidade de entender o que “VOCÊ” necessita para lidar com “SUA” doença. Fica destacado que este discurso alimenta o modelo individualista encontrado na saúde. Ainda, enfatizo que é fundamental que os diabéticos (e quaisquer outras pessoas com doenças que exigem um complexo aprendizado sobre si e sobre sua relação com a doença) obtenham informação para lidar com ela, e, em um universo de rede de informação, o Ministério da Saúde deve ser fonte confiável para que se abrandem as dúvidas. O problema, no entanto, está no modo de fazê-la. Um questionamento surge ao ver tal proposta: como dialogar com políticas e propostas tão diversas vindas do mesmo lugar (Ministério da Saúde), mas com proposições, colocações e modos de referir-se a usuários tão diferentes? Como fica o trabalhador nesse jogo? E o usuário?

Também incluo, por curiosidade, as expressões que são sugeridas pelo recurso autocompletar¹⁹. Na ordem em que aparecem, surge: autocuidado como apoiar pessoas com diabete; autocuidado diabetes; autocuidado radiologia; autocuidado ou auto cuidado; autocuidado apoiado; autocuidado hanseníase; autocuidado Ministério da Saúde; autocuidado dicionário; autocuidado saúde; autocuidado em enfermagem. O resultado ilustra o vínculo à nossa racionalidade de saúde e, à exceção das dúvidas ortográficas (auto cuidado ou autocuidado?), a maioria busca modos de cuidar alguma doença, reiterando a racionalidade biomédica.

¹⁹ Recurso que completa as possibilidades da busca após a digitação de apenas algumas letras, indicando as expressões mais procuradas com o mesmo início.

Angarida e Escobar (2007) revelam que o autocuidado vai depender de fatores externos, revelando a importância da cultura. Os autores mostram que o autocuidado pode surgir como extensão do cuidado, intenções terapêuticas, ou como prevenção da saúde. Como previamente apresentado, não proponho o autocuidado como extensão ao cuidado, compreendo-o como composição e não como algo extra, com isso o autocuidado também se encontrará nas ações do cuidar. A composição que proponho reconhece que as ações do autocuidado também são cuidadoras, com grande resolubilidade e acesso às pessoas, porém não a coloca em um espaço isolado de ação, necessitando de outras perspectivas e encontros. Nessa ideia, não há suplementação ao cuidado para que no “cuidado em ato”, definido por Pinheiro (2009, s/p), todas as possibilidades estejam presentes, contemplando as mais diversas singularidades.

Os estudos sobre o autocuidado são mais voltados justamente para essa inserção dentro das propostas de cuidado, visando a autonomia do sujeito e a “qualidade de vida”. Para Lunardi e colaboradores (2004), ainda se mantém ignorada a possibilidade de os usuários refletirem, pensarem e optarem sobre seu “caminho terapêutico”. Assim sendo, o profissional da saúde é quem define esse trajeto pelo usuário.

O cuidado de si conceitua-se por duas vertentes. Em Leonardo Boff, encontrei minhas primeiras leituras sobre o tema, porém, senti a necessidade da busca histórica que Foucault fez sobre o assunto. Entendo como fundamental a primeira vertente e nela percebo as possibilidades de enxergar, inclusive, muita poesia nas ações do cuidar. No entanto, esse uso “poético” é muitas vezes utilizado sem reflexão sobre as estruturas (e os poderes) que envolvem o cuidado de si, tornando-se altruísta e com características que me remetem ao cristianismo (cuidar do outro é cuidar de si). Assim, Foucault, que busca no passado os caminhos do cuidar de si, consegue, na perspectiva desta pesquisa, contemplar essa busca. Destaco ainda que ao compreender, mesmo que minimamente, o cuidado de si na perspectiva de Foucault, a versão dos outros autores acaba também sendo utilizada como possível dentro deste conceito, dentre as possibilidades do cuidar de si. Objetivo compreender como, com o entendimento do cuidado apresentado anteriormente, é apresentado o cuidado de si, evitando o discurso vigilante do autocuidado ou sustentado pelo modelo exclusivamente biológico.

As passagens históricas trazidas por Foucault (1985) relatam a experiência de ocupar-se consigo, passando por diversos momentos através de contos dos Espartanos (relato de Plutarco), indo até o relato de “Alcebíades” (narrado por Platão), no qual passa a existir um direcionamento ao cuidado de si, reforçado posteriormente por Sêneca, que relata a necessidade do “cuidado da alma”. Foucault (2006) mostra a origem histórica da expressão com a junção dos princípios “conheça-te a ti mesmo” e “cuidado de si” (*gnôthi seautón e epiméleia heartoû*) sendo que o primeiro, apesar de acoplado, se sobressai em uma proposta mais autovigilante. Historicamente, o “cuidado de si” estruturou as bases para o “conheça-te a ti mesmo”, que prescindia de mais regramentos, tornando base do “asceticismo cristão” (Foucault 2006, p. 14). Entendo que é esta base que estrutura e que parece colocar em uma mesma perspectiva o autocuidado e o cuidado de si dos dias atuais, pois, muitas vezes, os princípios do cuidado de si aparecem de forma muito regradora, imperativa (Foucault, 2006) já que este é um, e apenas um, dos caminhos do cuidado de si (destacando novamente que *gnôthi seautón*, ou “conheça-te a ti mesmo”, é uma parte do *epiméleia heartoû*, “cuidado de si”).

Para Foucault (2004), a norma e a disciplina contemporânea (baseadas na moralidade cristã) não permitem a relação do indivíduo consigo mesmo e, apesar disso, o indivíduo acredita ter uma identidade própria, que é, no entanto, normatizada e regrada de diversas formas. Ainda, é destacado que a moralização cristã coloca o “exame de consciência” não como encaminhador do domínio de si, mas como mantenedor da relação de dependência, baseando-se, além disso, na renúncia de si para atingir a salvação, priorizando exclusivamente o outro (e o cuidado do outro).

No campo da saúde, o “conheça-te a ti mesmo” parece contribuir com a proposta autovigilante discursada dos dias atuais. Em contrapartida, o “cuidado de si” baseia-se muito mais nas possibilidades de criação, inclusive de um estilo próprio capaz de produzir a si mesmo em uma complexa estrutura de compreensão de si mesmo. Dessa forma, o trabalho exigirá dos profissionais a capacidade de lidar com essa relação individual do sujeito e identificar meios de contribuir nesse processo. O cuidado de si exigirá um encontro consigo, com o que se pensa. A escuta, em consequência, deve permitir que se revele a expressão desse encontro e que dela surjam novas proposições para um “reencontro” consigo.

Foucault (1985) aponta, através de sua busca histórica, que o cuidado de si é apresentado, muitas vezes, como resultado de um “egoísmo” e de um individualismo das pessoas, conceito resultante de uma construção advinda desde o “mundo helenístico e romano” e associado à “cultura de si”²⁰. (p. 47). O autor mostra como se dava a relação desse processo individual em épocas diferentes, distinguindo: atitude individual (relacionada à singularidade do indivíduo e suas interdependências); valorização da vida privada (vida familiar); e intensidade das relações consigo (formas de como usar a “si próprio como objeto de conhecimento e campo de ação para transformar-se, corrigir-se, purificar-se e promover a própria salvação”). (p.48). A dificuldade de compreender sentimentos ambíguos da necessidade de cuidar-se é complexa, considerando que esse tempo para si é visto, muitas vezes, como algo egoísta, de alguém que não se importa com o “mundo” (pátria, classe, coletivos, etc.) existente a sua volta, pois está voltado ao seu cuidado. Em contrapartida, pode aparecer como algo inatingível de uma busca pessoal. O cuidado de si não nega o outro, muito pelo contrário, é através desse modo de cuidar-se e de conhecer-se que se pode encontrar o outro.

o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo caso um imperativo que circula em numerosas doutrinas diferentes; ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar; impregnou formas de viver; desenvolveu em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constituiu assim uma prática social, dando lugar as relações interindividuais, a trocas e comunicações e até mesmo a instituições; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um ser. (FOUCAULT, 1985, p. 50).

O cuidado de si vai demandar um conhecimento de si, direcionando o sujeito a se perceber, a se construir, a estruturar e desenvolver sua subjetividade que, para Foucault, “é a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade, no qual ele se relaciona consigo mesmo.” (FOUCAULT, 2004, p. 236). É importante apresentar outro determinante para o cuidado de si, que são as “artes da existência”, capazes de modificar e transformar o singular do sujeito, visto que dialogam com os possíveis deste. (FOUCAULT, 1984, p.198-199).

²⁰A “cultura de si” abordada por Foucault (1985) mostra, através de processos históricos que privilegiavam o individualismo, que os princípios do cuidado de si adquiriram um grande alcance.

Como profissional da saúde, Becker (2004) mostra sua experiência e como ela se percebia distanciada de seus ideais de seu cuidar. A autora revela que o excesso de técnica, a rotina e as atividades processuais no ambiente do hospital, limitam o trabalhador nas possibilidades de ser criativo e reflexivo. Esse fato mecaniza o cuidado, limitando, inclusive, o “cuidar de si”. Barros revela que:

O cuidado de si não é uma forma de amor a si mesmo, uma forma de egoísmo ou de interesse individual ou de qualquer forma de ensimesmamento. O cuidado de si é conhecimento de si, mas principalmente conhecimento de certas regras de conduta ou de princípios que regulam a relação entre os humanos. (BARROS, 2008 p. 289)

Os desgastes físicos e mentais facilitam o adoecimento dos profissionais de saúde e, através da pesquisa de Negeliskii (2010), pode-se perceber o quão heterogêneo é um grupo. Em sua pesquisa no Grupo Hospitalar Conceição, esse autor revela diversas realidades encontradas no cotidiano desse espaço, como obesidade, estresse e alta prevalência de profissionais com diagnóstico médico. Destaco que o autor apresenta, também, a satisfação de muitos profissionais com o emprego e com as condições de trabalho. Outro fato que aparece no cotidiano do trabalhador é o de estar sempre em contato com a dor do outro (BERNARDI, 2010), com a doença, alterando, inclusive, o modo de as pessoas se relacionarem. Há, ainda, a exigência de resolubilidade em curto espaço de tempo, afinal, quanto maior a demora, maior podem ser os danos causados pelos problemas de saúde.

Foucault (1985) mostra que o cuidado não era tarefa simples durante o período grego, visto que os cuidados (apresentados por observação às demandas dos corpos) exigem tempo. Existem diversas formas de ocupar-se de si, indo desde práticas físicas (exercícios – sem excesso –, regimes) até outras propostas, como leituras e conversas. É importante refletir que esses exemplos são diversos e não dizem respeito apenas ao corpo físico do sujeito.

Penso que existe um sentimento/sensação de um “dever cuidar-se” entre os profissionais de saúde, ou seja, a lógica de autocuidado associada à culpabilização e à responsabilização pela saúde pode estar presente entre os trabalhadores da saúde. Tezoquipa et al. (2003) mostram que os profissionais de saúde reconhecem as consequências da falta de prevenção, justificando estes possíveis sentimentos que, capturados pelas relações dos ambientes de trabalho, aumentam o estresse dos trabalhadores. É importante refletir que os profissionais de saúde têm muita

capacidade de influenciar a população (TESSER, 2010, TEZOQUIPA et al., 2003) e que partilhar ideias menos responsabilizadoras sobre o próximo evita as culpabilizações. Para que esse tipo de discurso, que mantém a lógica instituída e apenas culpabiliza o trabalhador, seja modificado, devem-se objetivar mudanças nessa situação, principalmente nas relações de trabalho, que parecem ser grandes limitadoras da autonomia e do cuidado de si do trabalhador.

Também não se pode descaracterizar que os resultados da falta de cuidado poderão inferir no adoecimento. O adoecer também é forma de expressar as cargas cotidianas, e percebemos, infelizmente, o “forçar” dos limites vendo as pessoas trabalharem com diversos problemas. Distintos podem ser os motivos para esta continuidade no serviço adoecido: as impossibilidades de afastamento impostas pelos serviços, o sentimento de “hipervalorização” construído por diversas influências e tornando o trabalhador imprescindível ao serviço, os sentimentos de altruísmo, etc.

A noção de prática de si é fundamental para estruturar o que objetivo nesta discussão, considerando que ela “implica que o sujeito se constitua face a si próprio” (FOUCAULT, 1985, p. 62), pois ela não coloca o indivíduo como incompleto e ignorante, com necessidades de correções (sociais, éticas, biológicas, entre outras), mas como alguém que tem uma estrutura singular e que, em determinados momentos, necessitará do cuidado do outro. A prática de si se valida cotidianamente tanto na busca individual pelas práticas de cuidado, quanto no “regime” biomédico. O interessante é perceber que essa cultura advinda da época clássica apenas se adaptou à contemporaneidade (aprimorando-se e desenvolvendo-se), porém seu caráter de vigilância permanente pouco mudou, aliás, a mudança parece ter sido de maior vigilância, ainda mais com o acesso facilitado ao discurso midiático. (p. 109).

O cuidado de si como prática realmente emancipadora de cuidado, na qual as subjetividades são respeitadas, é fundamental às pessoas. Para os profissionais de saúde, existe um contato cotidiano com formas de “prescrição” de autocuidado, porém, o cuidado de si pode, muitas vezes, não aparecer no modelo de atenção em saúde atual. A proximidade cotidiana com o cuidado não significa uma reflexão sobre o mesmo e sobre o cuidado de si. Seria importante que houvesse espaço a estas reflexões, evitando apenas o caráter negativo que propicia sentimentos de

culpa, contribuindo com o desgaste do trabalhador e com a diminuição de suas capacidades cuidadoras. “Quando se fica ocupado o dia todo nos negócios, deve-se, contudo, reservar um pouco de tempo para o *curatio corporis*” (FOUCAULT, 1985 p. 109). Essa busca que Foucault encontra em nossa história apoia a noção de autocuidado, baseada na sensação do dever e não de um encontro consigo. Os caminhos do cuidado de si são, muitas vezes, atravessados pelas exigências do trabalho, da resolubilidade instantânea e da cobrança por produtividade.

Conseguir parar para pensar sobre os modos como vivemos é essencial, fazendo um exame de consciência que não vise a culpa, mas sim a compreensão de nossos objetivos, as proposições e os caminhos que estamos percorrendo. Da forma colocada, conseguiremos encontrar o outro com maior disponibilidade (a este encontro), maior abertura à singularidade e com maior respeito ao processo de construção individual do cuidado.

Termino com uma reflexão foucaultiana que contribuiu no pensamento do que gostaria de apresentar quando busco compreender o conceito de cuidado de si e que pode trazer ao leitor indagações fundamentais no pensar de seu cuidado. Reconheço que terminar com uma questão pode não ser o mais correto do ponto de visto acadêmico, porém, entendo esta problematização como uma provocação, essencial ao cuidado de si. Foucault pergunta: “qual é pois o eu de que é preciso cuidar quando se diz que é preciso cuidar de si?” (FOUCAULT, 2006, p. 50). Cuidar de si é também cuidar do outro, por isso, é fundamental que o espaço de trabalho na saúde propicie esta reflexão, evitando que o dito popular “Santo de casa não faz milagre”, que inspirou o título desta pesquisa, seja algo normalizado nos relatos dos profissionais de saúde.

4.3“_____” CORRENDO RISCOS: FUGINDO DOS RISCOS NA ESTEIRA DA MEDICALIZAÇÃO

Construindo as reflexões sobre o cuidado e o cuidado de si, deparei-me com a importância de compreender mais sobre a promoção da saúde, sua história, sua aplicabilidade em políticas públicas e nos discursos da saúde. Além disso, percebi a necessidade de compreender o modo de apresentar os riscos que se corre contemporaneamente. Dirigindo-me a estes dois temas condutores, encontrei a medicalização como tema “atravessador” das duas proposições, permitindo que a “costura” dos temas seja mais bem “alinhavada”. Trago esses temas e reflexões, pois são frutos dos incômodos e desconfortos encontrados durante o processo de pesquisar (principalmente nas reflexões sobre o cuidado e o cuidado de si). Acredito que com essa busca consiga compreender um pouco mais o que é proposto neste estudo, ampliando o entendimento sobre os discursos contemporâneos direcionados à saúde e à vida das pessoas.

Reconhecendo que os discursos apresentados se direcionam para a crítica ao modelo biologicista e higienista, já enfatizo a importância desses conceitos e das práticas advindas dessas perspectivas, reconhecendo sua importância no contexto histórico do nascimento da medicina social, narrado por Michel Foucault no livro *Microfísica do Poder*. Nesta, a maior demanda por saúde encontrava resolubilidade em ações na perspectiva de um corpo-máquina curado com remédios, práticas sanitárias e pessoais de higiene e também no contexto contemporâneo. É através dessas perspectivas que as tecnologias duras se desenvolvem, tornam-se complexas e mais resolutivas.

A medicalização não é tema novo nas discussões da área da saúde (inclusive encontra-se nos escritos prévios desta pesquisa), porém é de extrema relevância destacá-la para que se perceba como se encontra presente em nosso cotidiano, ditando os modos de agir e pensar (ou não pensar) do trabalhador e também do usuário. O alerta de riscos, muito baseados em determinantes fisiológicos e com relação direta ao modelo de ciência dominante contemporaneamente, consegue “medicalizar” as mais diversas situações de nossas vidas. “Quase tudo hoje em dia tende a ou pode ser considerado um problema de saúde, a ser tratado por um profissional de saúde especializado, tipicamente um médico”. (TESSER, 2010 p. 13).

Para Tesser, a medicalização gera contraproduktividade e monotonia cultural, ao passo que impõe uma perspectiva sobre saúde/doença, ignorando as diversas possibilidades existentes.

No interagir dos doentes e profissionais está sempre, pois, pairando no ar a pressão cultural medicalizada (leiga e científica), em muitos e cada vez mais lugares, hegemônica, que é objetivista, consumista, medicalizante, alienante e assim empobrecedora da cultura em saúde. (TESSER, 2010 p. 88).

Outro fato relevante é a compreensão de um afastamento do saber (e acrescento, ainda, do viver) “médico-científico, da vida e percepção pessoal, cultural e social” (TESSER, 2010 p. 113) das pessoas. Com o tempo, conquistou-se um afastamento tão distante que ouvimos, frequentemente, uma pessoa dizer que não entendeu nada do que médico (e diversas outras profissões) falou. Há uma necessidade de retomar o abismo do grande campo da saúde com os usuários para reiniciar as possibilidades de diálogo, pois, desta forma, os sujeitos poderão compreender melhor seus processos de saúde-doença, ampliando as ações e as resolubilidades em saúde.

Também é importante destacar as relações de influência entre: dois sujeitos medicalizados; profissional “medicalizado” X usuário “pouco medicalizado”; dois sujeitos pouco medicalizados; e profissional pouco medicalizado X usuário medicalizado. (TESSER, 2010). A assimetria apresentada nesses possíveis encontros será fruto de uma disputa, de uma relação de dominância que resultará, na maioria dos casos, na “vitória argumentativa” do profissional da saúde que possui uma posição social privilegiada associada à verdade, sendo atendida ou não pelo usuário, ou seja, não há diálogo para escutar o “não” daquele que se nega a acatar sua recomendação de saúde. Não se pode descaracterizar a situação do adoecimento como potencializadora de troca para novos significados, valores e saberes, possibilitando mudança não só na vida do usuário, mas também do profissional disposto a dialogar e a construir um cuidado significativo (como exemplo de Ayres e D. Violeta apresentado no capítulo sobre o cuidado). Reduzir morbidades, mortalidade, prevenir doenças e salvar vidas é fato de extrema importância, porém, também devemos contribuir na construção da autonomia do sujeito.

Coloco como fundamental aos profissionais entenderem quais os possíveis riscos que uma população e/ou indivíduo possa estar exposta, porém, esta avaliação necessita de crítica, pois a categoria “riscos” é mutável, repleta de influências e de atravessamentos capazes de “assustar” leigos, levando-os à “cobrança” por tratamentos e terapias desnecessárias. Compreender que associado a estes riscos existem diversas estratégias de controle da vida, é fundamental ao profissional que irá, cotidianamente, encontrar pessoas que temem riscos que podem nem implicar em suas vidas.

Observar a AB também é ponto-chave, visto que, através do investimento em equipes de saúde da família (que aumentou muito nos últimos anos), tem potencial de difundir discursos medicalizantes ou trabalhar com outra proposta mais crítica pautada no respeito às construções singulares da vida e nas possibilidades de reconstrução da autonomia. Compreendendo que a medicalização valida os discursos sobre riscos, acaba “desmerecendo as Tecnologias Leves e as possibilidades interpretativas e de ação centradas nos sujeitos e em suas transformações ante suas vidas e seu contexto.” (TESSER, 2010 p. 16).

Castiel, Guilam e Ferreira (2012) narram a peculiar história de uma pichação muito bem elaborada, na qual o autor da arte fez um grande risco no muro e no fim escreveu “correndo riscos”. A bem-humorada que tentei “ilustrar” no título deste capítulo traz consigo duas mensagens bem explícitas: prediz que ele corre riscos ao fazer esse registro sem autorização do proprietário da parede, mas também mostra que o faz rápido, correndo, para não ser flagrado, justamente não “correr o risco” de ser pego. Este caricato exemplo, mostrando um saber muito interessante vindo das ruas, traz, em sua essência, algo a que nos expomos cotidianamente, reconhecendo que “viver é correr riscos”. Corre-se dos riscos, muitas vezes, na “esteira da medicalização”, pois é nela que se valida e se apoia o discurso dos riscos. O que não fica implícito é a compreensão de que, por mais distante que seja a intenção desta “fuga”, é impossível afastar-se de todas as possibilidades de adoecimento e até mesmo da morte, e ainda, enquanto estiver apoiado na esteira da medicalização, a tentativa da fuga remeterá à imagem do rato na esteira querendo alcançar o queijo, ao passo que saindo da esteira o alcançaria. É fato que de alguns riscos não se foge e a saída da “esteira da medicalização” não representa a “salvação”, mas

sim a capacidade de criticar, avaliar suas necessidades, buscar cuidado em outras propostas, etc.

Poli Neto e Caponi (2010) revelam que a noção de riscos atual difere da ideia tradicional que era associada a desastres naturais ou à vontade divina. Para os autores, é um parâmetro estruturante da vida moderna e pode, inclusive, ser usado contra a própria lógica medicalizadora, visto que é possível avaliar riscos de efeitos colaterais, de intervenção tecnológica, de dependência, etc. Nessa perspectiva, estudos sobre riscos também podem ser críticos ao modelo vigente e, até mesmo, com os “riscos” contemporaneamente associados à lógica mais biologicista.

É importante ressaltar que, mesmo com a afirmação da inevitabilidade dos riscos corridos cotidianamente, não pretendo destacar uma “sociedade catastrófica” com ambiente globalizado de risco e que se valida por diversos meios específicos (biomedicina/epidemiologia, toxicologia, economia, ciências atuariais e engenharia), compondo a “indústria da determinação/avaliação de riscos”. (CASTIEL, GUILAM e FERREIRA, 2012, p. 10). Não anseio que seja disseminado um medo dos riscos presentes em nossas vidas, muito menos que nos preocupemos em tentar achar respostas em uma busca epidemiológica para “medir a probabilidade de ocorrência de um agravo” (p. 39). Acredito na importância de reconhecermos que somos parte deste contexto, sem sofrimentos, exageros e desesperos, afinal, não desejo uma “evitação” do cotidiano da vida com riscos permanentes. (CASTIEL, VALLERO e SILVA, 2011 p. 110).

Os profissionais que atuam com a área da saúde lidam, minimamente, com uma dualidade ou com a inevitável certeza de que não se vive sem correr riscos. Trabalhar isso no encontro com o usuário não é tarefa simples, exige uma troca e uma confiança muito grande entre os sujeitos. Dessa forma se possibilita, ao profissional, compreender que as práticas e os discursos inseridos nos serviços de saúde ora se direcionam aos discursos mais ampliados e compreensivos, ora compreendem a lógica da culpabilização e da imposição. A resposta dos que não querem ser “amarrados” às possibilidades terapêuticas impostas geralmente se direciona com discursos como: “minha avó fumou durante 80 anos e morreu de problemas no fígado!”, ou ainda: “meu vizinho morreu com 23 anos de câncer no pulmão e nunca fumou UM cigarro!”. A lógica da “absolvição” pelo outro é muito

intrigante, visto que a sombra do medo epidemiológico estatístico estende-se sobre eles e, mesmo diante das elevas taxas de morte relacionadas ao uso do cigarro, é na exceção que encontram apoio.

Independente dos discursos daqueles que optam por, declaradamente, assumir algum risco muito combatido no modelo de saúde, a busca obsessiva de nossa sociedade pela “saúde perfeita” complementada pela fuga dos riscos se sobressai e é ironizada por Ilich (1999), que coloca o fato como sendo paradoxal, quase um fator patogênico. Alves, em crítica ao modelo capitalista e ao consumo excessivo, ainda coloca que: “da doença do fetiche passamos para o fetiche da doença.” (ALVES, 2013 p. 130). Assim, os remédios, as terapias, as atividades físicas, as dietas que se encontram na moda, capazes de “salvar o mundo”, destacam-se ciclicamente, surgindo a cada momento “um” (caminho terapêutico?) “mais eficaz”, “mais completo”, que tem “menos efeitos colaterais”, que somente alguns poderão ter, mais exclusivo, importado...

Como colocado no início da pesquisa, o exercício físico é uma das “vendas” de salvação e/ou fuga dos riscos vividos (e da regulação da vida). Tendo compreendido como ele é colocado, é importante entender que este se apresenta “como estratégia prioritária das políticas de (promoção da) saúde” (CASTIEL, GUILAM e FERREIRA, 2012 p. 69) e, com isso, podem compor o cenário de trabalho dos profissionais de saúde, que acabam tendo esta perspectiva como única ou de mais valia. Para contrapor essa valorização, recorro de um exemplo apresentado e discutido com colegas da Educação Física: Qual o objetivo de recomendar caminhadas a um carteiro com colesterol alto? O exemplo traz à tona outros fatores que envolvem o cotidiano das pessoas, inclusive a prática física realizada diariamente e “não resolutive²¹” de um problema. Ignorar isso é deixar de lado a singularidade do sujeito e colocá-lo na “caixinha” da doença.

A promoção de saúde aparece como central quando se pensa nos modos de viver. Este tema possui vasta discussão e, infelizmente, muitas vezes acaba sendo um dos “nutridores” da perspectiva normatizadora e higienista de muitos discursos. É

²¹Para não sofrer más interpretações destaco (novamente) a importância das práticas corporais, não apenas do exercício, como “contribuintes” da saúde de uma pessoa, mas destaco, em meu discurso, que não as percebo como salvadoras de vidas, negando outros inúmeros fatores componentes dessa vida.

colocada, por Castiel, Vallero e Silva (2011), como prática religiosa, pois muitas vezes é seguida de forma pragmatizada, quase litúrgica, entre os “fiéis”, sendo que aqueles que não a seguem merecem o julgamento, “pagando” (quase que merecidamente) por suas escolhas.

A ideia de um “estado de completo bem-estar físico, social e mental” difundido na Alma-Ata, ao final da década de 70, encontra-se ainda muito presente no pensamento dos que atuam no sistema de saúde brasileiro, o que não permite refletir sobre qual saúde queremos produzir para nós e, enquanto profissionais de saúde, como podemos contribuir com alteridade na saúde do próximo. Limitar a um estado de completude não permite compreender as diversas transformações ocorrentes na saúde de todos, “travando” esse movimento e não permitindo uma reconstrução, necessária aos processos de nossas vidas (AYRES, 2004). Acrescento, ainda, que o desenvolvimento dos processos de tecnologia leve na manutenção dos ideais da década de 70 fica estagnado, ao passo que as tecnologias duras seguem em atualização constante, alimentando a hierarquia vigente.

(...) de fato, é comum que recomendações de saúde pública sejam simplificadas, distorcidas e até mesmo falseadas mediante a exacerbação dos riscos de determinado comportamento e dos benefícios que se pode ter ao modificá-lo.(CASTIEL, GUILAM e FERREIRA, 2012, p. 60).

Os discursos da saúde muito se validam no modelo de ciência contemporâneo que, amparado na lógica biologicista, consegue este regramento do viver, criando um imaginário controle dos riscos que nos ameaçam, tornando-nos o mais “imortal” possível (p.71 e ILLICH, 2009).Castiel, Vallero e Silva (2011, p. 137) ainda acrescentam:

As vantagens da vida saudável, sem vícios especialmente com extroversão e sem angústias, é apregoada por pesquisas científicas que recomendam maniqueisticamente um estilo de vida ativo, relaxado e extrovertido- talvez só possível em contextos bem específicos em termos pessoas, levando em conta aspectos socioeconômicos, pouco acessíveis à grande maioria das populações.

Para Canguilhem(2009), o prolongamento da vida e sua duração não são vinculados ao tempo biológico, mas sim às normatizações sociais. O autor indica que, antes de considerar médias de vida, seria mais importante apontar, por exemplo, as profissões, as classes sociais e etc. Os apelos para mudança de “estilo de vida” são comuns, visto que “é mais fácil alterar padrões de comportamento do

que os determinantes sociais de doença”. (CARVALHO, 2006, p.37). Essa lógica, muitas vezes, objetiva uma padronização e se encontra, em muitos lugares, amparada por diversas estratégias de consumo (estética, de saúde, de moda, etc.). Canguilhem (2009) aponta que existem muitas falhas (inclusive nas pesquisas que validam essas regras²²) nas tentativas de apresentar as normalidades das pessoas, e questiona a necessidade de caracterizar qualquer desvio como anormal. (p.110). Cabe pensar onde ficam as individualidades em modelos assim. A tentativa de impor regras é muito questionada pelo autor que mostra o poder das infrações que oportunizam a possibilidade de ser regra fazendo regra. (p.204).

Tesser (2010) exemplifica a “marca” que o diagnóstico implica no sujeito; uma “hipertensão” controlada quimicamente será sempre uma “hipertensão”, independentemente de sua origem e dos fatores iniciais, como a perda de um ente querido resultante em outras dores que também serão tratadas quimicamente ou, até mesmo, através de terapias isoladas dessa hipertensão. É necessário aliviar o sofrimento do usuário, utilizando os mais diversos recursos que o trabalho em saúde consegue dispor, mas não se pode cair no comodismo profissional de diagnósticos rápidos que não dialogam, por exemplo, com somatizações dos fatos e sentimentos da vida.

O fim de uma consulta pode não ser apenas uma receita ou pedido de exame ou encaminhamento, mas o início de um novo patamar de diálogo, centrado na situação do doente e seu sofrimento, suas condições psicossocioexistentiais e, principalmente, seus desafios terapêuticos e possibilidades outras de interpretação. É em tal investigação que ambos, curador e doente, podem viabilizar melhora clínica e autonomização progressiva. (TESSER, 2010 p. 125).

Illich (2009, s/p), após observar criticamente o modelo de consumo de “saúde”, revela toda sua preocupação na reflexão tragicômica: "Não nos deixai cair no diagnóstico, mas livrai-nos dos males da saúde". Essa ironia permite que, descontraidamente, sejam refletidos aspectos do modelo de saúde vigente e as capturas que envolvem este processo. A frase em tom religioso talvez seja uma real prece para que alguma força mística interfira nesta lógica e ajude a modificar este

²²Ilustrando, por exemplo, que a avaliação hormonal das pessoas pode ser diferente quando comparadas com suas atividades, como o turno invertido (atividade noturna e repouso diurno) e que isso revela que constantes fisiológicas podem se adaptar ao comportamento humano. (CANGUILHEM, 2009, p.130-131).

pensamento que, validado por muitas lógicas já apresentadas, cresce e se multiplica.

Concluo compreendendo um ciclo que se retroalimenta, envolvendo a medicalização validada pelos discursos sobre os riscos e apoiada/legitimada no modelo científico vigente e na promoção da saúde, estagnada em seus conceitos históricos. O ciclo da medicalização tem, ainda, capacidade de ampliar-se e fortalecer-se, ao passo que também nutre a ciência que provará os riscos, colocará “novas” certezas, modificando a perspectiva do trabalhador da saúde e tornando “nebulosa” a promoção da saúde, ciclando, reciclando... Para este trabalho, foi fundamental compreender que tais processos são historicamente muito fortes, estabelecidos e reforçados dentro das profissões da saúde, passando, muitas vezes, de modo irreflexivo desde o processo de formação dos trabalhadores. “Remar contra essa maré” não é fácil. O apoio dos pensadores da saúde coletiva ajuda muito a refletir o assunto, porém o encontro com os trabalhadores revelará como isso se apresenta no cotidiano daqueles que vivem a realidade do sistema de saúde.

5. CAMINHO METODOLÓGICO

Esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa, o que envolve diferentes etapas e construções. Para Minayo (2007, p.25), “a pesquisa é um trabalho artesanal que não prescinde da criatividade”. O campo da saúde coletiva, no qual a proposta se originou, busca esta capacidade de propor o “novo” não somente no campo das práticas e políticas, mas também no modelo científico, inspirando construções mais singulares.

5.1 DESENHO METODOLÓGICO

O TEMA

A pesquisa proposta tem como tema “as estratégias adotadas pelos profissionais da área da saúde, trabalhadores da AB, para cuidarem de si”.

O PROBLEMA

Considerando as reflexões e as argumentações sobre as motivações e o contexto no qual a presente pesquisa se realizará, tem-se como problema a seguinte questão: “Quais são as estratégias adotadas pelos trabalhadores da AB para cuidarem de si?”

OBJETIVO GERAL

Identificar as estratégias adotadas pelos profissionais, trabalhadores da AB, para cuidarem de si através de suas próprias vivências no cotidiano de trabalho.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a contribuição da Política de Humanização nas reflexões e ações sobre a saúde e o cuidado dos profissionais do SUS.
- Identificar dificuldades e facilidades encontradas por estes profissionais ao realizarem tal tarefa e os espaços/serviços buscados.
- Problematizar as concepções de cuidado, cuidado de si e autocuidado.

- Conhecer as mediações presentes nas atividades realizadas nos serviços através das experiências destes trabalhadores.

- Entender como tais profissionais lidam com uma possível dicotomia entre seu saber sobre o cuidado, sua ação profissional em defesa de formas determinadas deste cuidado e sua vida pessoal.

QUESTÕES DIRECIONADORAS

-Seriam os trabalhadores da saúde “reféns” dos riscos conhecidos e difundidos por eles mesmos?

- Reconhecem que correm riscos, muitas vezes, maiores do que as pessoas que cuidam?

- Como estes trabalhadores da saúde avaliam suas ações centradas em uma atenção humanizada que demanda grande dedicação na interface do cuidado de si?

5.2 SUJEITOS E TERRITÓRIOS DA PESQUISA

No desenvolvimento desta pesquisa buscou-se encontrar um profissional de cada equipe de saúde da família das oito regiões de Porto Alegre: Centro, Glória/Cruzeiro/Cristal, Leste/Nordeste, Norte/Eixo Baltazar Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, Partenon/Lomba do Pinheiro, Sul/Centro Sul, Restinga/Extremo Sul, gerenciadas pelo Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF).

A escolha do IMESF ocorre por ser o órgão responsável pela maior parte da gestão da atenção primária em Porto Alegre. Considerando sua criação recente (aprovada pela Câmara de Vereadores de Porto Alegre em 15 de fevereiro de 2011), foi possível encontrar trabalhadores que enfrentaram, recentemente, uma troca de gestão, fato que pode gerar estresse e preocupação ao trabalhador e que, como já apontado, é um dos fatores de estresse dos trabalhadores da saúde. Ainda, destaco a condição inconstitucional do IMESF, sob avaliação do Supremo Tribunal Federal (STF), que coloca os trabalhadores em muita insegurança quanto à continuidade do Instituto e de seus cargos.

O critério de escolha desses profissionais foi não estar vinculado à mesma equipe de trabalho, oportunizando ampliar a amostra de cotidianos e realidades das experiências dos trabalhadores. O critério de inclusão dos sujeitos do estudo foi o tempo de serviço, considerando a métrica de cinco anos (vivenciando as trocas da gestão). O critério de acessibilidade aos profissionais também foi considerado, pois as indicações e os contatos facilitam os encontros, utilizando a técnica chamada de “Snow Ball”.

Para a etapa do trabalho de campo, quando foram realizadas as entrevistas, utilizou-se um roteiro semiestruturado contendo seis perguntas direcionadoras. Após a primeira entrevista, na qual o instrumento pôde ser testado, foram incluídas mais duas questões e um espaço aberto de fala final, provocado pela necessidade de falar um “algo a mais”. As perguntas tiveram o objetivo de orientar o diálogo (gravado) sobre cuidado, cuidado de si, política de humanização, saúde do trabalhador e condições de trabalho. A proposta de pesquisa atendeu à resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), respeitando os princípios da ética em pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, obedecendo, também, a todas as recomendações éticas e de preservação de sigilo e confidencialidade da identidade dos informantes. Apresentou-se o termo de consentimento esclarecido (ANEXO 1), expondo os objetivos da pesquisa e esclarecendo as possíveis dúvidas. Após a entrevista, o arquivo foi transcrito e enviado ao participante, garantindo que ele pudesse lê-lo, estratégia de validação das informações. Na oportunidade, o participante pôde optar por sua continuidade na pesquisa ou por seu afastamento. Nomes, locais de trabalho e quaisquer informações que pudessem identificar os participantes foram mantidas em sigilo. O instrumento utilizado para a coleta das informações, incluindo o roteiro aplicado nas entrevistas, encontra-se no ANEXO 2.

Após as transcrições, os dados foram avaliados através da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), para observar o conteúdo das mensagens. Segundo a técnica, as respostas que mais surgirem são apresentadas em categorias, porém, singularidades também podem compor o processo, a fim de ampliar o entendimento da proposta com a criação de categorias emergentes. Destaco que as afetações e as particularidades dos encontros durante o processo

de entrevista foram registradas em diário de campo com a finalidade de auxiliar a compreensão dos dados obtidos e trazer características dos ambientes, dos encontros e das particularidades dos sujeitos encontrados.

Após o envio dos arquivos de áudio e texto para as entrevistadas, realizando a validação dos dados, iniciou-se o processo de identificação das respostas que mais se destacaram (por quantidade ou por uma particularidade). Para isso, todas as respostas de determinada pergunta foram colocadas em um quadro, para facilitar a visualização. Os trechos identificados foram recortados e enviados para um novo quadro, no qual ficavam esses excertos, facilitando identificar possíveis categorias.

Ao final da pesquisa, foi proposto um espaço de cuidado intitulado: “Devolutiva Cuidadora”, descrita ao final da discussão aos participantes da pesquisa e aos interessados. O encontro propiciou diálogo entre os resultados e outras informações que as pessoas trouxeram. Também resultou em um momento de cuidado, no qual os convidados realizaram diversas práticas corporais e dialogaram sobre assuntos diversos além do foco temático.

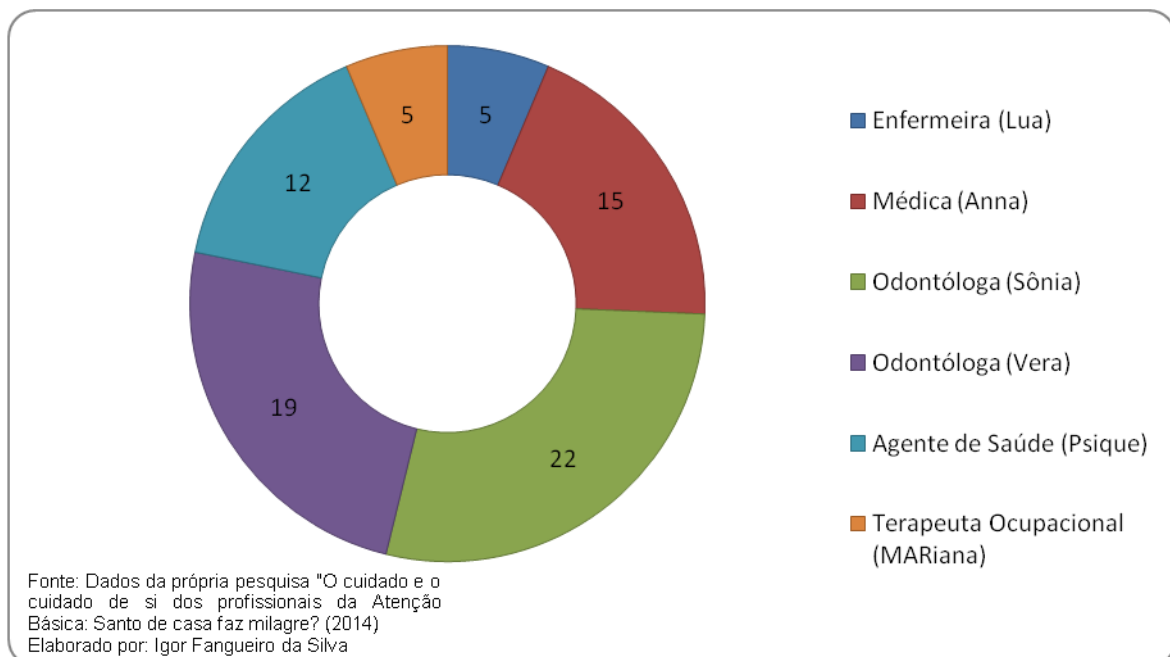
(ESPAÇO DE CUIDADO...)

(ESPAÇO DE CUIDADO...)

6. DIALOGANDO COM OS RESULTADOS

Antes de apresentar as categorias advindas das respostas, percebo a relevância de relatar, brevemente, como ocorreram os encontros com as pessoas entrevistadas. Os locais das entrevistas variaram entre a casa das pessoas e os locais de trabalho (Estratégias de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas). A receptividade, por estar conectada a uma rede de afetos e de produções de trabalho, sempre foi muito boa, facilitando os encontros. As entrevistas duraram, em média, 25 minutos, durante os quais, além das perguntas, houve espaços para mais questões, trocas e emoções (principalmente risadas). Todas as entrevistadas são mulheres, com profissões diversas e que trabalham de cinco até 22 anos na AB.

Gráfico 1 - Profissões e tempo de serviço dos sujeitos da pesquisa na AB (em anos).



Como proposta de identificação dos sujeitos, sugeriu-se que as entrevistadas escolhessem seus nomes, iniciando uma “brincadeira” de pseudônimos, alguns bastantes peculiares, que trouxe diversão, estímulo à criatividade e associação às “coisas que se gosta”. Os escolhidos foram: Psique, MARiana (destaco as iniciais pela referência da importância das “águas” que a entrevistada fez), Vera, Sônia, Lua e Anna. Durante os processos, fatos muito singulares aconteceram, entre eles destaco: a ida ao centro espírita coordenado pela Psique, uma posterior dica de

cuidado fornecida por Lua quando reclamei de dores nas costas, a apresentação de todo o serviço e seus trabalhadores de MARiana, mesmo com pessoas querendo falar com ela, entrevistas interrompidas por colegas e usuários (inclusive na casa de Psique, que é Agente Comunitária de Saúde). Anseio mostrar, com isso, que essa entrevista gerou afetações diversas e gerou cuidado, não só pela reflexão, mas também pela troca interprofissional (e mais, interpessoal!).

As duas entrevistas não realizadas deram-se pela exaustão de tentativas de comunicação com os sujeitos e com a gestão em uma região que parece ter ignorado a proposta, mesmo depois de um cordial aceite e com a solicitação para apenas “situar” a proposta do projeto. Destaco, ainda, que o tempo transcorrido em processo de avaliação do projeto no Comitê de Ética, resultando em atraso e redução do tempo de pesquisar, limitou a insistência para os encontros. O período da Copa do Mundo de futebol também dificultou alguns encontros, pois tornou-se mais difícil conciliar as agendas e, como os trabalhadores estavam acumulando demandas, foi difícil, muitas vezes, “conquistar” os 25 minutos para a entrevista.

Partindo das nove provocações, foram criadas cinco categorias: Cuidado: Acolhimento e escuta; Caminhando entre o vigilante autocuidado e a construção do cuidado de si; Política/Gestão/Trabalhadores: três monólogos simultâneos; Fazendo Milagres em condições precárias; O sujeito trabalhador tentando se cuidar e os “sumicídios diários”. Algumas categorias possuem relação direta com as perguntas realizadas, enquanto outras relacionam-se na composição das diversas respostas ou na singularidade de uma fala.

6.1 CUIDADO: ACOLHIMENTO E ESCUTA

Entre as diversas respostas, poucas foram tão unânimes quanto as que se referiram à atuação profissional e ao cuidado. O conceito de cuidar apresentado pelas entrevistadas encontra-se muito próximo ao indicado nesta proposta (capítulo 4.1). Durante as entrevistas, optei por não revelar os conceitos de cuidado, cuidado de si ou autocuidado que utilizei, evitando, desta forma, limitar as respostas apenas ao que estaria apresentado e indicar, ainda, as “preferências” ou o objetivo do pesquisador. Além de não determinar um conceito, outra opção foi não perguntá-lo diretamente às trabalhadoras, mas, tentar compreendê-lo através das respostas sobre as práticas de cuidado e construções do cuidado de si (do usuário e do trabalhador) no cotidiano.

Com o objetivo apresentado acima, foi possível observar como o tema era percebido pelas trabalhadoras, o que mostrou algumas aproximações com os conceitos teóricos que, inclusive, estruturam as políticas apresentadas nesta pesquisa. Desta forma, pode aparecer a compreensão singular sobre o tema. Tal achado contrapõe o que Baggio apresenta quando indica que os profissionais da enfermagem têm dificuldades para construir o conceito de cuidado, não conseguindo realizar conexões com sua prática e fazendo uso de “frases já prontas, aprendidas na escola, que foram elaboradas por outros”. (BAGGIO, 2007 p. 410). Destaco que essa autora direcionou-se apenas à uma profissão e ao ambiente hospitalar, o que pode mudar a perspectiva sobre o cuidado, de uma mera reprodução, como o que a autora indica, a um conceito criado e recriado no cotidiano dos trabalhadores.

As respostas apresentadas indicam preocupação em realizar uma escuta e um acolhimento aos usuários das unidades, objetivando a compreensão dos motivos que levam o usuário a buscar o serviço de saúde.

(...) ser acolhedora sempre e fazer essa escuta sempre partindo do que ele vem trazer, do que ele precisa, e fazer com que ele se sinta à vontade, assim é que ele se dá conta que saúde não é só quando tem uma doença né (...).(MARiana)

Escutar o paciente, isso é uma coisa, assim, fundamental. Tem paciente, assim, que só vem porque precisam falar alguma coisa né, às vezes não tem queixa clínica nenhuma (...). (Anna)

(...) eu digo: "o que eu posso fazer por ti?" (...). (Psique)

(...) começo com "o que que eu posso te ajudar hoje?" (...). (Lua)

Os exemplos de MARIANA, Psique e Lua ilustram a preocupação em escutar a demanda antes de qualquer ação, preocupadas com a dimensão dialógica que Ayres (2004a) apresenta. Com essas falas, também pode-se ampliar a capacidade dos trabalhadores utilizarem as Tecnologias Leves, acolhendo os usuários. (MERHY, 2004). Reforço que o acolhimento é a diretriz e o dispositivo da PNH, apresentado como:

O Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário. (BRASIL, 2008, p. 51).

Ainda, na sequência das falas percebe-se a preocupação das trabalhadoras em estabelecer a relação da escuta com a oferta do serviço, na tentativa de realizar conexões para a ação terapêutica (iniciada e, algumas vezes, encaminhada na própria acolhida). Além disso, foi apresentada a relação temporal como fundamental para construir a relação usuário-trabalhador-serviço.

(...) grande parte não precisa de um atendimento clínico de cadeira, ele precisa só conversar. (Sônia)

(...) organizar as respostas a partir do que a gente tem organizado no serviço (...) com o passar do tempo tu vai conhecendo mais, assim, os conflitos humanos, então a pessoa vai se apresentando e tu já vai tentando encontrar alguma referência nessas tuas experiências que tu já passou né, que tu já estudou também. (Lua)

(...) construindo isso no dia a dia assim, devagarzinho. (Psique)

(...) saber que o paciente vai confiar em ti e, porque senão não adianta, não vai conseguir absolutamente nada, então eu acho que a troca com o paciente é uma coisa bem importante (...). (Anna)

Diferentemente do que Tesser (2010) indica, nessas respostas não se encontra uma preocupação com o “cardápio” de serviços oferecidos na AB, mas sim um anseio por realizar as possíveis conexões para que o cuidado aconteça de forma mais resolutiva. Nas falas, pode-se perceber que o cuidado, na perspectiva destas trabalhadoras, compreende acolhida, escuta, tempo da relação (confiança) e relação com a oferta dos serviços. Pinheiro (2009, s/p.) indica a importância desta perspectiva na ação profissional, afinal “cuidar é cuidado em ato”, e dos encontros cotidianos que determinarão as formas e o conteúdo deste cuidado, não se limitando ao modelo procedimentalista. Silva Jr., Merhy e Carvalho (2010) revelam ruídos²³ no cuidar quando realizam um estudo de caso com uma usuária. Fico deseioso de ter podido entrevistar, em minha proposta, alguns usuários para verificar tais ruídos, porém, como as perguntas possuíam apenas a intenção de provocar a reflexão sobre o cuidado, optei por não utilizar a metodologia dos autores.

Tesser (2010) também se preocupa com o fato do acolhimento poder ser mais um meio de medicalizar a saúde, no entanto, as respostas seguem em uma perspectiva mais ampliada, que não indica práticas ou objetivos medicalizantes. Becker encontrou, em sua pesquisa, respostas muito similares, revelando que:

Os discursos mostram que os cuidadores compreendiam o cuidado como algo muito mais ampliado, influenciado pela maneira como vive a diversidade de sua existencialidade. (BECKER 2004, p. 98).

A perspectiva apontada pelas trabalhadoras sobre o cuidado também revela que há compreensão da importância de não ceder à pressão medicamentosa que permeia os serviços de saúde. As trabalhadoras compreendem que, para muitos usuários, sair sem um remédio prescrito, sem um encaminhamento para média ou alta complexidade e até internação (no caso da Saúde Mental) pode ser frustrante e que conseguir “driblar²⁴” esta solicitação exige vínculo, tempo e muito diálogo. MARIANA diz:

²³Entre os principais ruídos, os autores indicam que estão incapacidade de ouvir o usuário e acolher a demanda sem vincular tudo a processos diagnósticos e buscas patológicas, a desvinculação e a dificuldade de dialogar conhecimentos especializados e gerais e de prosseguir com projetos singulares.

²⁴ Utilizo esta expressão porque entendo que, para isso, exige-se estratégia e beleza, não é uma tentativa de enganar, dissuadir ou impor ao usuário outro olhar. Tesser (2010) mostra que o privilégio social do profissional de saúde irá calar o usuário, porém, não significa que existiu uma compreensão real da proposta não medicalizante.

(...) porque a maioria vem pensando ou porque a família também pensa, né, que às vezes é uma internação hospitalar que resolve, se isolar numa comunidade terapêutica, tomar uma "porrada" de medicação todo o dia. E quando o paciente vem e resiste a isso, a essa reflexão, a maior sobre essa reflexão do cuidado em si o que acontece aqui é o abandono (...) (MARiana)

A frase acima vem ao encontro do que Tesser (2010) indica, revelando a solicitação medicalizante que, quanto maior o distanciamento das realidades usuário/trabalhador, mais falha será a comunicação para “driblar” esse tipo de demanda. Em outra fala, Anna revelou que as medicações têm ciclos de “moda” e que é difícil lutar contra o excesso de demanda atual por “Ibuprofeno” e “Omeprazol” ou da antiga demanda por “Paracetamol”.

Refletindo sobre as questões de saúde apresentadas cotidianamente, Lua manifesta que muitas vezes percebe os problemas da vida social dos usuários (o que não faz sentido algum ser medicalizado).

(...) tem muitos problemas que as pessoas trazem de maneira individual que são problemas coletivos né (...) problemas dentro do seu contexto familiar, seu contexto de trabalho, seu contexto comunitário. (Lua)

Tesser (2010) relata como muitas coisas são, contemporaneamente, patologizadas e merecem atenção de um profissional da saúde. As respostas mostram que a AB ainda não é reforço da medicamentação, resistindo à lógica médica hegemônica, construindo novas racionalidades de saúde. (LUZ, 2008).

Nessa categoria, pode-se perceber dois “atravessamentos” da PNH no cuidado em saúde, visto que ela aborda a importância do acolhimento (e da escuta) no cotidiano dos serviços. Destaco, além disso, que ela estimula, em suas diretrizes, a racionalização e a adequação do “uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias” (BRASIL, 2008 p.24), o que MARiana e Anna indicaram em suas respostas.

6.2 CAMINHANDO ENTRE O VIGILANTE AUTOCUIDADO E A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO DE SI

Tentando compreender como as trabalhadoras contribuíam com a construção do cuidado de si dos usuários, pude perceber que há uma divisão ideológica entre aqueles que, coerentemente com a explicação sobre a forma, atuam cuidando, optando por estabelecer de forma conjunta os caminhos e as formas para que o usuário possa, com a sua singularidade, construir seu cuidado, e aqueles outros que seguem um modelo mais impositivo e/ou vigilante.

(...) quando tu vai buscar um tratamento de uma doença, tu quer um tratamento rápido pra aquilo, uma solução, né, e nosso usuário aqui, principalmente, ele vem muito focado em isso, assim, achando que a medicação vai dar conta, né, ou que a gente vai direcionar ou dar uma receita mágica. Então, eu acho que a grande questão tá em fazer com que ele se enxergue assim. né, sobre, em cima da questão de que ele veio buscar ajuda por que às vezes o próprio tratamento tá em mudança de comportamento dele mesmo diante da doença que ele tem ou do jeito que ele leva a vida dele, enfim, voltar esse cuidado o pra ele daí através de reflexão, de uma conversa mesmo, né, uma acolhida, uma escuta mais sensível assim. É noto, assim, que às vezes o tratamento é muito além do que a gente espera a partir do que a gente coloca numa medicação, numa consulta médica, porque a maioria vem com esse discurso inicial e que aí que tá a chave, da gente tentar fazer com que ele, que outros cuidados que ele possa ter (risos) vão vir beneficiá-lo também.(MARiana)

Que ele seja responsável pela saúde dele (...) a gente procura passar essa responsabilidade para o paciente(...).(Vera)

As respostas revelam as possibilidades que as trabalhadoras encontram para tratar o cuidado de si (ou o autocuidado) cotidianamente. Sem determinar o certo ou o errado, as duas formas implicam em uma dedicação profissional, percebida em todas as respostas. Infelizmente, o próprio Ministério da Saúde nutre, muitas vezes, perspectivas mais deterministas que transferem toda a responsabilidade para o usuário. O mesmo acontece com a formação acadêmica que, em muitas universidades, ainda encontra-se estagnada a modelos que não dialogam com a saúde coletiva. Faz-se necessário um destaque ao campo das práticas cuidadoras para que a ação se aproxime do que é compreendido sobre o cuidado, visto que as

respostas sobre o tema indicaram uma perspectiva mais ampliada sobre a saúde dos usuários.

Percebe-se que algumas respostas indicam a perspectiva do autocuidado, apresentando uma “sobre responsabilização” ao usuário, pois cabe a ele (e somente a ele?) seu cuidado, retomando o *gnôthi seautón* (“conheça-te a ti mesmo”) de Foucault (2006). Lunardi e colaboradores (2004) indicam que, dessa forma, fica muito difícil ao usuário uma construção conjunta sobre seu caminho terapêutico. Acrescento ainda que, nessa perspectiva, as singularidades do sujeito são desvalorizadas juntamente com as possibilidades terapêuticas que ele carrega em sua história.

A demanda que o cuidado de si exigirá requer muita reflexão do trabalhador e do usuário, pois é onde o sujeito fará a “experiência de si mesmo” (FOUCAULT 2004, p.236), e expor-se de verdade não é prática simples. Ao trabalhador, recai o exercício de alteridade e escuta; ao usuário, a apresentação dos problemas, dos possíveis, dos desejos, para, dessa forma, conseguir construir o cuidado de si.

A questão da formação de vínculo através do tempo e dos encontros também aparece e se destaca como fundamental para que o cuidado de si possa ocorrer com confiança e para que o trabalhador e os espaços de saúde sejam componentes desse cuidado.

(...) aquilo que eu quero pra pessoa não é o que ela quer para ela (...) não é num tempo curto é num tempo muito longo de convivência. (Psique)

(...) a gente nota também, assim, que é só o tempo. (MARiana)

(...) Acho que tá muito ligado à ideia de encontros o cuidado de si, de poder compartilhar o que as pessoas têm na vida, né, não só com serviço de saúde, mas também com sua rede (...). (Lua)

Na frase de Lua, pude perceber o quanto o conceito do cuidado de si pode estar presente no cotidiano do trabalhador quando ela se refere:

(...) faço essa analogia do cuidar de si como algo que a pessoa, onde a pessoa encontra o seu, a sua vontade de viver né, as coisas que ela gosta de valorizar, o que faz bem pra ela, né! (Lua)

É fundamental que o trabalhador amplie suas possibilidades, indo além de modelos engessados e, por isso, pouco flexíveis às diversidades. Ressalto que posteriormente serão apresentados atravessadores que limitam as possibilidades do trabalho.

Na tentativa de compreender as relações do cuidado do profissional e do cuidado que ele oferece ao usuário, percebo que a maioria entende que existe uma relação na qual as experiências do trabalhador são fundamentais para compor o cuidado com o usuário.

(...) às vezes, a gente tem que vivenciar algumas coisas para poder passar para o paciente. (Anna)

(...) na medida também qual eu passo pelas minhas experiências em relação com a minha forma de me relacionar com mundo e com minha família e tal, eu também vejo um pouquinho daqueles relatos que os usuários me trazem, sabe, eu acho que tem muita coisa parecida na vida. (Lua)

Como nesses exemplos, não existe um grande afastamento da busca por cuidado. Reflito que essas profissionais compreendem que, muitas vezes, existem diferenças (social, financeira, relacional, cultural...) entre as suas vidas e a dos usuários. Nesse aspecto, as experiências (emocionais, corpóreas, físicas e das suas buscas espirituais) são componentes da caixa de ferramentas (MERHY, 2004) do trabalhador utilizados conforme os encontros permitem, não “prescrevendo” o que experienciaram, achando importante a todos os usuários. Essas respostas também indicam a necessidade de uma maior aproximação com a realidade do usuário (a qual acredito que ocorra no diálogo relatado anteriormente), pois algumas experiências dos profissionais de saúde, principalmente em se tratando da busca por cuidado, podem ser muito distantes. Por esse motivo, o inverso também apareceu, pois alguns profissionais entendem que o afastamento social é uma lacuna muito grande. Para Sônia, o usuário tem outras carências a serem trabalhadas de outras formas, e ela, como profissional de saúde e com um padrão e modelo de vida diferente, tem outros meios de conseguir auxílio.

Illich (1999) mostra que quanto maior a oferta de cuidado, maior a busca dos usuários. Esta proposta reflete a existência, muitas vezes, da falta de possibilidades

nos espaços de saúde. Seria conveniente propor ações variadas, aliando as experiências dos trabalhadores às necessidades e às experiências dos usuários e comunidade. Dessa forma, se diversificaria a oferta, contribuindo com a construção e com o reforço da autonomia do usuário e com as ferramentas do “cuidar”. Para Illich (1999), ‘1ª ausculta substituiu a escuta²⁵, ou seja, os aspectos técnicos do cuidado se sobrepõem à tecnologia mais leve e simples que é a escuta.

É interessante perceber que há uma preocupação em realmente construir um cuidado e cuidado de si por parte das trabalhadoras entrevistadas. Para isso, elas tentam compor sua caixa com experiências cotidianas, aproximando-se do usuário para, através do diálogo, auxiliá-lo em seu cuidado. Modos imperativos, que ignoram o protagonismo e a autonomia do usuário, foram menos frequentes nas respostas, o que revela práticas cuidadoras pautadas na alteridade, ampliando a potência das Tecnologias Leves e fortalecendo a AB como local de diálogo e de resolubilidade.

6.3 POLÍTICA/GESTÃO/TRABALHADORES: TRÊS MONÓLOGOS SIMULTÂNEOS E SOBREPOSTOS

O diálogo política/gestão/trabalhador não é algo simples. Na construção desta investigação, encontrei muitos monólogos proferidos ao mesmo tempo, ou seja, ninguém se escuta. Enfatizo que me refiro aqui à gestão administrativa, que articula as políticas e gerencia os serviços. Considero, ainda, que os trabalhadores da gestão também têm suas demandas, pressões e sofrimentos, e acrescento a redundância de que são trabalhadores da saúde, não excluídos da realidade aqui apresentada.

A PNH, que tem como um de seus objetivos aproximar/democratizar a gestão do trabalho à gestão administrativa (além de propostas de melhoria nas condições de trabalho, cuidado do trabalhador, entre outros), e a PNSST, que protege o trabalhador dos mais diversos tipos de situações adoecedoras, parecem abissalmente distantes de atingir seus objetivos entre as respostas encontradas.

²⁵ O autor mostra que historicamente a medicina (escolhida pelo autor como exemplo representante da área da saúde, mas não único) tinha esta capacidade de escuta e que, ao longo do desenvolvimento, foi perdendo-se tal característica. Para o autor, o encontro era quase poético, mimético e isto era terapêutico ao usuário.

Quando questionadas sobre a contribuição da PNH e da PNSST no cotidiano do serviço e no cuidado de si a maioria declara:

Absolutamente nada, absolutamente nada (...).(Sônia)

É muito bonita a política. É cobrado isso pra ti fazer de ti para a comunidade, agora aonde que tu entra como pessoa nisso, eu sinceramente assim ó, eu falo isso para qualquer um, não tem, não tem(...).(Psique)

Pra não ser injusta, mas desde que eu trabalho aqui eu não vi chegar nada assim nesse aspecto para a equipe do serviço, para o trabalhador (...). (MARiana)

(...) se fosse uma pesquisa de responder "X" quase nunca eu ia responder (risos...) se fosse fechada ia ser quase nunca (...).(Lua)

Por essas falas, nota-se um grande afastamento das potências das políticas e da execução destas, ou ainda da informação sobre como estão sendo aplicadas no cotidiano do serviço. Com isso, expõe-se uma confusão entre os fundamentos das políticas e sua efetividade. O fato de discutir o tema e problematizá-lo com os trabalhadores já é fundamento da PNH, ou seja, a ação do questionamento da distância entre a teoria e a prática que as trabalhadoras apresentam está incluída na perspectiva das ações da política. Buscava, com esta pergunta, compreender de alguma forma como era possível existir tal distância revelada, visto que a PNH aparece explicitamente na primeira categoria, quando referiam-se ao cuidado e às respostas pautavam-se muito pelo acolhimento (dispositivo usado para ordenar a demanda, fundamentado nesta política e muito difundido). Na fala de Lua, encontrei algumas informações que contribuíram com essa reflexão:

Acho que a humanização, assim, né, acho que ela não chegou com aquilo que ela propõe em democratizar a gestão, em valorizar a gestão do trabalho. Ela não chegou a se refletir em algo conflito pro trabalhador (...) humanizar também é também valorização o profissional, né(...) também a humanização acaba pagando o pato por ser tão ampla, também por várias dificuldades de gestões, tanto local, municipal, de atravessamentos de gestões que acontece. Então, acho que na medida em que tem uma política de restrição de alguma ação que já é historicamente dada para atenção básica e essa política é retirada, na medida em que tem precarização da relação de trabalho e o profissional não tem aumento real da inflação, eu

acho que a PNH vai perdendo a proximidade, sabe, com o campo da possibilidade de ela se concretizar(...)o meu cotidiano de trabalho, a política é muito marcada pelas estratégias do acolhimento, eu acho que aí é uma marca que também tá consolidado, sabe, na AB, que é essa relação entre o acolhimento e a PNH... tem a organização do acesso, também, não ter fila, poder a unidade estar sempre aberta, sempre disponível pra fazer, às vezes, de primeiro contato né, de não ter barreira nesse primeiro contato, então essa escuta ampliada (...) é algo que vai na linha da mudança, sabe, do modelo de atendimento, assim, em relação da AB eu acho que uma unidade que tem um acolhimento que consegue funcionar bem, que consegue dar resposta ao que o usuário procura, sabe, eu acho que tende a formar mais vínculo com a comunidade, assim, e ser reconhecida em ser algo realmente efetivo, não como um postinho mas como uma unidade de saúde e que eu me cuido lá (...). (Lua)

Tal fala permitiu que eu refletisse a magnitude das políticas em geral e como a PNH “paga o pato” por diversos mecanismos. Infelizmente, existe pouca problematização sobre os fundamentos das políticas, sendo que, muitas vezes, são trabalhados nos serviços sem a devida referência, fazendo com que os trabalhadores não dimensionem a real efetividade das políticas no cotidiano dos serviços de saúde. O matriciamento, essencial para problematizar e contribuir no cotidiano do trabalho, apoiado pela PNH, destaca-se muito pouco nas falas (apenas Psique que relata solicitar apoio da equipe e que, apesar de escutar a demanda, não tem como ajudar), mas é reconhecida com potência para construir conjuntamente o cotidiano do trabalho.

A PNSST apareceu menos ainda nas respostas, talvez por (infelizmente) não estar tão colocada no cotidiano do trabalho quanto a PNH, e, quando apareceu, foi justamente pelos problemas relacionados às más condições de trabalho associadas a uma negligência da gestão. Especificamente sobre a PNSST, identifico nas falas de Vera e Sônia, relatando:

(...) aquilo perturba, aquilo faz a gente perder a audição a, a atenção do paciente, olha é horrível, horrível, nunca ninguém foi lá medir quantos decibéis a gente tá aguentando no dia a dia, que não faz, por que acho que eles estão lá só pra responder algum processo porque para ir exatamente no trabalho da gente não vejo atuação (nem de quem atuaria coma política do trabalhador e humanização?) não, aqui na minha área eu não vejo (...)
(Sônia)

(...) a gente trabalha em primeiro lugar com EPI, então a gente usa touca, máscara, luva, então a gente usa, esse é o equipamento de proteção individual (...) então eu acho que não existe, porque veio uma pessoa da comissão de saúde do trabalhador da prefeitura, a gente aqui nessa unidade que só tem um banheiro, 20 funcionários, que as pessoas frequentemente ficam fazendo infecções urinárias repetitivas em função disso entende? A gente tem que subir três andares pra subir no banheiro masculino e feminino né e que gente não tem um lugar de almoço, eu graças a Deus almoço em casa, mas as pessoas que moram longe elas têm que se adaptar aqui do jeito que dá, né, eu não vejo uma ação, o lixo daqui do lado a gente já pediu, já falou no conselho municipal de saúde e não foram tomadas as providencias, até porque a gente continua a trabalhando continua atendendo, não cruza os braços, mas a recepção tu vê que não tem janela, então, assim, eu não acho isso, eu não vejo isso para o trabalhador eu tô há 9 anos na prefeitura né, nós já tivemos casos assim que nem a guarda municipal pra ver se respalda, dá esse apoio (...)(Vera)

As duas respostas marcam a percepção de um afastamento dos fundamentos das políticas com o cotidiano do trabalhador. Ambas querem sentir-se mais protegidas fisicamente no ambiente de trabalho, mas não veem, ou não apresentaram, outras possibilidades além do Equipamento de Proteção Individual (EPI). Os estresses, as opressões, os assédios morais e outras muitas situações que acontecem no cotidiano do trabalho nem aparecem nas respostas. Entendo, com isso, que os trabalhadores ainda sofrem demais com demandas estruturais e físicas e que não conseguem observar outras questões.

Ainda faltam “atravessamentos” e diálogo entre as políticas de saúde, que parecem distantes, embora tenham objetivos (e objetos) que muitas vezes se aproximam e se sobrepõem. A proposição dos estudiosos da PNH, Santos Filho, Barros e Gomes (2009), em “deslocar” a discussão de “precarização”, “insatisfação”, “desgaste” e “adoecimento” no trabalho para o campo da análise coletiva do próprio trabalho, é interessante na perspectiva de estarem sempre presentes nas análises do trabalho; porém, percebo que as discussões que pautam a precarização, insatisfação, etc., não se limitam apenas ao que os autores indicam e precisam ser abordadas sempre que possível, inclusive destacadas antes das análises coletivas do trabalho, pois são possibilidades de acessar e transformar a realidade dos serviços de saúde. Psique explica:

É muito bonita a política, é cobrado isso pra ti fazer de ti para a comunidade, agora aonde que tu entra como pessoa nisso, eu sinceramente, assim ó, eu falo isso para qualquer um, não tem, não tem(...)
(Psique)

(...) a gente pensa muito, assim, em qualificar o atendimento para o usuário e parece que a gestão não enxerga isso né, quer produção.(MARiana)

Como já apresentado no capítulo 1, a própria PNH reconhece, “(...) a desvalorização dos trabalhadores da saúde, expressiva precarização das relações de trabalho (...)”. (BRASIL, 2008 p.8). Como aproveitar mais essas políticas e fazer com que os trabalhadores as reconheçam na realidade cotidiana dos serviços? Ambas as políticas apresentadas são muito bem elaboradas, preocupadas com detalhes importantes para melhorar o cotidiano dos serviços de saúde, sem apresentar níveis hierárquicos na gestão (possibilitando diálogos horizontais entre todos os trabalhadores do SUS) e com potencialidades muito grandes. Delimitá-las apenas a alguns dos seus preceitos é uma forma de deslegitimá-las e, por isso, surge a queixa e a sensação de um abandono das políticas de saúde que tem uma pré-seleção quanto às diretrizes e normas que serão seguidas. Valorizar as conquistas advindas destas políticas também é forma de mostrar aos trabalhadores as potencialidades das mesmas e como são fundamentais para se repensar os modelos de trabalho.

Ainda, se destaca o jogo de opressão e cobranças da gestão para cumprir metas numéricas e “cumprir tabelas” sem sentido real no dia a dia dos serviços. O trabalhador muitas vezes percebe o quanto as políticas mudam a realidade do trabalho apenas porque afetam os modos de atuar no serviço e não por pactuarem conjuntamente sobre novas proposições. Há tempos escutei uma crítica sobre a PNH que dizia que ela apenas serviu para colorir as paredes da unidade e mudar o nome “recepção” para “acolhimento”. Como apostador de um SUS melhor (e que dá certo) sinto a necessidade de que a efetividade se amplie, que o trabalhador possa perceber onde as políticas estão ocorrendo de forma plena e onde ainda deve-se melhorar. A problematização cotidiana já é fruto da construção dessas políticas e não pode deixar de ocorrer, pois ela é transformadora do cotidiano.

As trabalhadoras também indicam pontos nos quais reconhecem o apoio da gestão para seguir com seus projetos. Psique tem grupos coordenados por ela há

muitos anos e tem todo o apoio da gerência local e distrital para continuar seu projeto, assim como Vera, que relata o apoio de seu coordenador e também da gestão local em seu cotidiano, mas não percebe o apoio das gestões mais afastadas.

Lua relata uma experiência singular muito importante para a ESF, que é o modelo de gestão compartilhada que, com a necessidade de atender as demandas da gestão, foi extinta; e Anna revela como a gestão tem capacidade de interferir, inclusive, nas relações das equipes:

A gestão colegiada foi muito consumida por essas demandas que vieram verticalizadas, então as pessoas cansaram um pouco dessa história e perdeu o sentido de representação, de espaço de discussão (...). (Lua)

(...) complicado, eu vou te dizer que é uma luta titânica, a gente tá sempre correndo atrás (...) a gente teve gestores que são nossos supervisores que assim, quase que acabaram com nossa equipe, e graças a Deus a gente conseguiu superar (...) quando tu achas que a coisa vai alinhar, aí vem alguma ordem alguma coisa que tu tem que seguir o que te dizem e aí recomeça(...). (Anna)

Esses dois exemplos ilustram a capacidade interventiva no cotidiano do serviço por parte da gestão e a potência da PNH no cotidiano do trabalho. Destaco que a criação de estratégias no campo da ação profissional também vai sendo limitada pelas intervenções externas e, se a equipe já possui alguma diferença (e é normal que exista), a gestão deveria “cuidar” para não contribuir com tais estranhamentos. As possibilidades de enfrentamentos aos modelos duros e hierarquizados que a PNH propõe acabam sendo esquecidas, sobrepostas, ou ignoradas em situações como as apresentadas. Ainda, deve ser ressaltado que a proposta da gestão colegiada surge justamente como mais uma ferramenta proposta pela PNH e, quando encontrou-se presente no cotidiano apresentado por Lua, acabou sofrendo pressões para não funcionar... O diálogo ampliado, que promova gestão participativa (BRASIL 2008, p. 24), premissa da política, é silenciado pela pressão por resultados e números.

Para ilustrar a necessidade de crítica dos trabalhadores, cito o curta-metragem *O dia que Dorival encarou a guarda* (direção de Jorge Furtado) que aborda justamente a incapacidade de, muitas vezes, o serviço questionar as ordens

que recebe. No curta-metragem o preso Dorival solicita a um soldado de baixa patente para tomar banho, pois não o faz há 10 dias. O soldado responde que não pode, pois existem ordens para que ele não tome. Indignado, Dorival chama o próximo da escala hierárquica da polícia para saber quem deu a ordem; desta forma Dorival vai chamando todo o regimento até o momento em que consegue falar com o mais graduado que também não sabe quem deu a ordem. A cena descrita remete à importância dos trabalhadores lembrarem constantemente a possibilidade crítica ao sistema e à execução irracional de ordens, pois, muitas vezes, isso compromete a rede. Não podemos normalizar o normativo. (CANGUILHEM, 2009). Os exemplos de Lua e Anna revelam que ações da gestão podem comprometer diretamente as relações cotidianas do trabalho, sejam pessoais ou profissionais, pois fazem um jogo complexo com os trabalhadores que já possuem inúmeras demandas e exigências.

Conforme Benevides e Passos (2005b) para que ocorram mudanças neste cenário, para mudar o modo de atender a população, deve-se alterar os processos de trabalho, a dinâmica da equipe e o planejamento, a avaliação, a decisão e a participação. É fundamental priorizar “o modo de se discutir e articular essa (re)organização em equipe, o “que fazer” não pode suplantiar o “como fazer”. (SANTOS FILHO, BARROS E GOMES 2009, p. 607). Isso necessita de um apoio da gestão, que nas respostas aparece mais como algo repressivo, que cobra dos trabalhadores e pouco constrói. A cogestão e a gestão compartilhada, dessa forma, acabam ficando muito distantes da realidade dos serviços de saúde.

Ressalto que enquanto a saúde estiver sendo tratada como mercadoria, totalmente atravessada por ambições de empresas privadas e interessadas em parcerias com os governos, as políticas de saúde serão ideologias impraticáveis. A PNH, a PNSST e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora têm potenciais que podem transformar a saúde dos brasileiros, mas serão frases sem sentido enquanto o interesse capitalista estiver sobrepondo o interesse da saúde; seguirão como disse Lua, “pagando o pato”. Estruturas do sistema como participação social, planejamento, cogestão, diálogo, etc., estarão cada vez mais afastados da realidade do SUS. Para Rollo (2007) precarização da situação da saúde faz parte do contexto de globalização que o mundo inteiro vive. A “conta” da má gestão em saúde acaba sendo paga pelos trabalhadores”. (ROLLO, 2007 p. 47).

A escolha do IMESF foi justamente para perceber essa relação que ocorre no cotidiano do trabalhador entre o SUS que queremos (e construímos) e o SUS que controla (lógica empresarial). Não realizei uma pergunta direta sobre o tema, mas pude perceber em diversas falas²⁶ uma dualidade de ideias e sentimentos. Mesmo que as trabalhadoras percebam o quão ruim é uma gestão privada para a Saúde Pública, a maioria vivenciou a realidade de outras gestões privadas (relatadas como muito piores) como o Instituto de Cardiologia, a Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS) e o mais famoso, pelo escândalo fiscal, o Instituto Sollus. O fato faz com que a maioria aprove as ações do IMESF, não criticando o modelo imposto. A gestão fica sendo trocada, há fraudes e descobertas, e o SUS fica prejudicado. Ao fim, a AB, que se encontra sob o controle destas empresas que utilizam da racionalidade de mercado, segue sendo vilipendiada cotidianamente. Para que o trabalhador consiga “tomar” para si a gestão do trabalho, é fundamental que modelos privados não estejam coordenando o cotidiano dos serviços de saúde.

Como já anunciado anteriormente, Pasche (2010) indica que há uma busca utópica pelas mudanças da gestão e atenção, possibilitando um reencantamento dos trabalhadores e da sociedade pelo SUS. Campos (2007, p.12) revela que o HumanizaSUS vem provando sua força e a capacidade de mudança, contrariando a tradição verticalista e autoritária da saúde pública. Para reforçar o proposto por Campos, deve-se enfatizar a comunicação, tão essencial às relações pessoais e de trabalho, que, muitas vezes, é sobreposta por outras demandas, gerando uma diversidade de monólogos simultâneos que cria um quebra-cabeças com peças que não se encaixam jamais da forma exata.

Para construir o “SUS que dá certo”, lema da PNH, é primordial retomar o diálogo, fundamento essencial de toda a prática em saúde, entre trabalhadores, gerências e políticas, com o objetivo de restabelecer “elos” entre todos, respeitando a diversidade de cada serviço, problematizando o cotidiano vivido. (LUNARDI et al., 2004).

²⁶ Destaco que estas falas geralmente foram depois da entrevista, em tom mais baixo. Entendo que entre este modelo de gestão há o medo de perder o emprego ou de ser reprimido por alguma fala, mas a maioria das entrevistadas comentou sobre o tema.

6.4 FAZENDO MILAGRES EM CONDIÇÕES PRECÁRIAS

Sim, os trabalhadores da AB fazem milagres! Posso dizer que os milagres cotidianos, muitas vezes não valorizados, fazem diferenças absurdas na vida de muitos usuários. Mas, os “santos milagreiros” estão fazendo verdadeiro malabarismo para conseguir esse resultado. A *Ambiência*²⁷, diretriz da PNH, relatada como fundamental pela PNST, aparece, infelizmente, como maior queixa pelos trabalhadores e parece ser o maior entrave para uma produção de cuidado maior. Morfologia, Luz, Som, Cheiro, Sinestesia, Arte, Cor, Tratamento das áreas externas e Confortabilidade (BRASIL, 2010) aparecem no discurso da *Ambiência* como essenciais ao cuidado em saúde, mas, na prática, muitas coisas ainda faltam. Segundo a política, é necessário “adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável.” (BRASIL, 2008 p. 24). Sônia mostra que:

As instalações não são boas, são horríveis, o Estado não fiscaliza o Estado, o município não se fiscaliza a si próprio (...) é cheio de mofo, num ambiente de trabalho que tem, por exemplo, a gente tem um ruído altíssimo, que a gente tá perdendo a audição, até do barulho, que é quantidade de barulho, porque o compressor fica grudado na parede, assim, um barulho tão alto, tão alto (...) é duas cadeiras, muita gente dentro no consultório trabalhando por que são dois, alta rotação, trabalhando e o compressor muito alto (...).
(Sônia)

Destaco que essa resposta surgiu quando Sônia foi questionada sobre os apoios das políticas e da gestão, porém, o mais impressionante, e destaco como mais relevante, foi quando realizei uma pergunta aberta às trabalhadoras com o objetivo de saber o que idealizariam para facilitar o seu cuidado, em qualquer esfera possível. Nesta questão, a maioria se ateu às necessidades do cotidiano do trabalho e, principalmente, ao desejo de um melhor ambiente de trabalho. Destaco ainda que a única pessoa que não comentou sobre isso está, realmente, em um ambiente diferenciado (uma casa muito espaçosa, ventilada, iluminada...) se comparado aos outros visitados.

²⁷ “Refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutive e humana” (BRASIL, 2010 p. 5). Seguem três eixos para embasar-se: O espaço que visa a confortabilidade; O espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho; e a *Ambiência* como espaço de encontros entre os sujeitos. (BRASIL, 2010).

(...) não temos porque não temos espaço físico e isso, assim, tá deixando todo mundo muito chateado, assim sabe, então isso é uma coisa que tá indo contra a nossa tentativa de trabalhar bem, sabe. (Anna)

(...) infraestrutura é algo que carece ainda, uma ambiência que seja cuidadora sem, acho que a gente no meu cotidiano, a gente vive num lugar muito apertado, muito pequeno. Nós somos uma equipe muito grande então, de vez em quando, a gente não tem nem lugar para almoçar. Espaço de criação para o trabalhador é fundamental, para que possa, enfim o trabalho ter mais sentido e eu acho que quando (...). (Lua)

A proposta da Ambiência ainda revela a necessidade de que:

as áreas de apoio para o trabalhador – como estar, copa e banheiros – estejam bem locadas, sejam em número suficiente e para todos os profissionais. (BRASIL, 2010).

Nas falas das trabalhadoras revela-se o estresse quando se fica exposto a locais em que não existe a menor Ambiência e, além disso, prejudica diretamente a sua saúde. Quando comentei do caso do qual não foi reclamado um ambiente de trabalho melhor, escutei, de uma trabalhadora, que existem lugares para “gestor ver”, ou seja, locais onde a gestão pode referir como de excelência, como se fosse padrão em todas as outras unidades e que estão fora da realidade da rede.

A complexa trama que se revela é fundamental para compreender o sofrimento no trabalho; as políticas potentes que podem contribuir muito com o cotidiano, aliadas a uma desconexão entre o proposto na política e o cobrado pela gestão²⁸; além do cotidiano do trabalho. É muito frustrante para o trabalhador perceber que existe uma “pré-seleção” do que será implantado e o que não será em determinada política, ou, ainda, perceber que isso se deu de forma “naturalizada”, sem nem fazer parte de algo arquitetado.

A desvalorização da AB é histórica e se valida muito por uma perspectiva hospitalocêntrica, pela valorização dos critérios epidemiológicos e pelo discurso

²⁸Reconheço que a gestão também realiza outros apoios e suportes além das próprias políticas, compreendendo as singularidades dos trabalhadores, equipes e ambientes de trabalho.

associado aos riscos, e permeia, ainda, os ideais da população (usuários e trabalhadores), nutridos por um vasto aporte midiático. (TESSER, 2010). O pensamento de que a AB só serve para a prevenção da saúde e não para a clínica ainda encontra-se muito estruturado e, ao passo que não se tem infraestrutura digna para a atuação profissional resolutive, este pensamento se “fortalece” cada vez mais.

Na busca por pesquisas e referenciais sobre a saúde e o cuidado do trabalhador, encontrei grande produção voltada ao hospital. (OLINSKI, 2006; BECKER, 2004; NEGELISKI, 2010; e SILVA, 2011). Preocupado com o afastamento desse olhar científico para a AB, além da falta de diálogo com o SUS que gera estagnação da rede, isolamento do serviço e desconhecimento das políticas, direcionei um questionamento para compreender se o trabalhador da AB percebe seu cotidiano de trabalho muito afastado da realidade hospitalar. Constatado que ocorre um “desequilíbrio científico” nas propostas que privilegiam a hierarquização no SUS, sobrepondo o hospital à AB, mantendo uma valorização da produção de um serviço em detrimento de outros.

Os profissionais reconhecem diferenças nos cotidianos de serviço, percebendo, além disso, que o sofrimento no ambiente de trabalho pode ser muito próximo. Entre as falas destaco:

(...) a pessoa que vem de hospitalar para a atenção básica tem verdadeiro pavor de voltar. (Sônia)

(...)nem dentro do hospital nem na atenção básica os profissionais de saúde têm o cuidado que merece. A atenção básica, ela te massacra, é muito cruel (...). tu quer ver a coisa melhorar e, às vezes, a rede não funciona (...). às vezes, aquela pessoa diz: eu confiei em ti eu precisava que tu me ajudasse. (Psique)

(...) eu acho que existe uma sub valorização da unidade básica, da atenção básica em relação ao atendimento hospitalar, acho que existe um preconceito, "ah o postinho", então o postinho tá no nível inferior, ela não existe ainda uma, sei lá, normas reguladoras do nosso cuidado. (Vera)

(...) eu acho que o hospital é uma estrutura que te deixa mais duro, assim, mais distante, acho que é mais o contato, ali é uma situação de muita fragilidade e vejo uma atuação certa, um cuidado, assim, bem mais

rigoroso no sentido do cuidado profissional, assim. Mas acho que a AB, também dependendo da forma de gestão do processo de trabalho, ela também pode ser muito endurecedora, se tu não aceita muito, né, interferência em equipe. O processo de trabalho depende da equipe que tu tá, ele é mais endurecedor e menos criativo. (Lua)

Apesar do reconhecimento de realidades diferentes, as possibilidades do não cuidar-se (e de sofrer) no ambiente de trabalho em saúde parece similar: o sofrimento, por não conseguir articular a rede e ser “cobrada” pelos usuários, relatados por Psique; os profissionais que vêm da realidade hospitalar e não querem mais voltar, narrado por Sônia; ou a demanda do saber técnico no hospital e a necessidade de ter um processo de trabalho mais coletivo, que Lua apresenta, revelam essa diversidade de compreensões, mas marcam os tensionamentos em todos os espaços. Para Merhy (2004 p. 109):

O conjunto dos serviços de saúde, públicos ou privados, com raras exceções, não é adequado para resolver os problemas de saúde, tanto no plano individual quanto no coletivo.

O que o autor revela poderá ser mais um fator que contribua para o sofrimento do trabalhador, como apresentado por Psique. Outro fato que destaco é o preconceito ainda vigente quanto à AB. O ideal seria torná-la um espaço mais bem estruturado (diferente dos espaços visitados, que parecem eternamente provisórios), com maior capacidade resolutiva e com autonomia para os trabalhadores. Tal ação torna-se essencial para que se supere o estigma de que a AB é um serviço de ações simples e sem valor, “que qualquer um faz”. (BRASIL, 2009 p.13).

Destaco que, durante as entrevistas, pouco foi marcado pela incapacidade de conseguir resolver os problemas de saúde que os usuários apresentam, mas destacou-se que a rede falha ainda é um problema e que frustra o trabalhador e o usuário. Becker (2004) encontrou no excesso de procedimentos técnicos e na rotina de trabalho grandes limitadores da criatividade, da reflexão e do cuidado de si no hospital. No caso das entrevistadas, os limitadores não parecem concordar com os mesmos da autora, visto que o problema é entre a resolubilidade de outros serviços, formadores da rede.

Proponho que os serviços utilizem mais a força da participação e do controle social como parceira das mudanças. Os trabalhadores devem compor os conselhos

locais de saúde, reforçando o contato com a comunidade e as possibilidades de melhora da realidade também para o trabalhador. Apresentar aos usuários a realidade do serviço e reconhecer, na comunidade, amparo para resistir, mudar e transformar a realidade da AB.

As experiências expostas, tanto sobre as condições de trabalho quanto as questões das políticas apresentadas anteriormente, podem levar os trabalhadores da saúde a buscar mecanismos de defesa para aturar o estresse ao qual são submetidos. Para Olinski (2006, p. 101), tal fato se traduz no:

(...) desinteresse pelo outro, agir mecanizado, não percepção do outro como ser humano, desvalorização do cuidado e de si como pessoa e profissional. Deste modo, os ambientes de trabalho da forma como estão estruturados atualmente não favorecem o cuidado de si dos cuidadores, ao contrário, são locais naturalmente mobilizadores de emoções, sentimentos e estresse.

Reconhecer que a AB está sofrendo com uma gestão negligente e que para um desenvolvimento real de suas potências é necessário abdicar do modelo empresarial, é um dos caminhos para melhorar a saúde no país. É lamentável perceber que a maioria das trabalhadoras só anseia pelo que, por direito, deveria ser oferecido e estar presente no cotidiano de todos os serviços: condições de trabalho e espaços dignos para a ação profissional.

Outro fato que marca a situação da AB revelado nas respostas das entrevistadas, mostrando o quão milagreiros muitas vezes são os trabalhadores, é a questão da violência dos usuários contra o trabalhador. Psique e Vera relatam que:

Já fui ameaçada três vezes em doze anos de trabalho, a minha proteção foi a própria comunidade, uma delas, se não tivesse ação da comunidade, eu não sei o que teria acontecido. (Psique)

(...) uma trabalhadora foi ameaçada por um traficante, por uma pessoa da comunidade e a prefeitura não oferece nenhum auxílio psicológico (...). (Vera)

A violência em setores públicos não é novidade, porém, é imprudente negligenciar apoio aos trabalhadores quando este for solicitado. Trajano (2007) revela uma experiência na qual se articularam diversos setores públicos para trabalhar o assunto e, através da PNH, conseguiu trabalhar as habilidades dos

trabalhadores para lidarem com conflitos. Por isso, reforço a necessidade da rede de serviços públicos estar bem estruturada, tornando o ambiente de trabalho seguro fisicamente e psicologicamente.

Cabe à gestão escutar seus trabalhadores para compreender melhor o que ocorre no cotidiano dos serviços. É inadmissível que as más condições do trabalho estejam “gravadas” na vida dos sujeitos de maneira tão forte que se torne um anseio pessoal de cuidado de si. Aos trabalhadores, fica o desejo de que busquem apoio junto às comunidades para problematizar tais questões, além da compreensão de seu compromisso com a sociedade e, com isso, seguir construindo e transformando o SUS, reclamando o sistema para si, afinal, viver é correr e afrontar os riscos!

6.5 O SUJEITO TRABALHADOR TENTANDO SE CUIDAR E OS “SUMÍCIDOS” DIÁRIOS

A escolha por falar em trabalhador e não cuidador ocorre, pois, como apresentado na busca teórica, o cuidado não pertence a um serviço, mas sim aos sujeitos. O trabalhador em saúde também é cuidador, dentro e fora dos ambientes de saúde, porém, o regramento dos serviços, das políticas, as possibilidades de criar e recriar no cotidiano, a busca por redes para compor o cuidado, etc., está muito mais direcionado ao “trabalhador” do que ao “cuidador”. Algumas das referências que compõem esta construção utilizam a palavra “cuidador” (da saúde ou da enfermagem), mas parecem estar limitadas aos sujeitos e ao cotidiano do trabalho e, muitas vezes, não dialogam com políticas e diretrizes, gestões e outros olhares que objetivei nesta proposta.

Entre a conversa, três questionamentos se direcionavam, minimamente, à compreensão do cuidado de si do trabalhador. Os locais, as redes, os desejos e outros componentes do cuidado eram provocados a aparecer durante a entrevista, inclusive no cotidiano do serviço, como já apresentado. O cuidado físico, através de práticas corporais, destaca-se como de suma importância às entrevistadas, mesmo que elas não as realizem. Entre os relatos destaco:

(...)cuidados com a saúde alimentar, física (...) procuro fazer exercício.
(Vera)

(...) ultimamente não tenho feito uma caminhada. (Sônia)

Além disso, Lua relata que faz Pilates e *Tai Chi Chuan*; MARiana fez parte de grupo de corrida e hoje faz musculação; Anna fazia musculação, mas esse ano ainda não havia retomado as atividades, mas segue, contudo, fazendo sua caminhada e corrida. O que Sônia indica vai ao encontro do que Bernardi (2010) revela quando apresenta o relato de trabalhadores que reconhecem que não tem tempo para eles, requerendo espaços para si. (BERNARDI 2010). Os estudos de Tezoquipa et al. (2003) revelaram que a falta de prevenção dos profissionais de saúde gera estresse entre os trabalhadores. Acredito que isso deva acontecer, porém, as respostas não indicaram tal sofrimento e as trabalhadoras compõem esta prevenção de diversas formas (inclusive realizando check-up, relatado por Vera).

Castiel, Vallero e Silva (2011 p. 137) ainda acrescentam:

as vantagens da vida saudável, sem vícios especialmente com extroversão e sem angústias, é apregoada por pesquisas científicas que recomendam maniqueisticamente um estilo de vida ativo, relaxado e extrovertido- talvez só possível em contextos bem específicos em termos pessoais, levando em conta aspectos socioeconômicos, pouco acessíveis grande maioria das populações.

De modo geral, as trabalhadoras parecem não se importar com o estilo de vida ativa quando pensam no cuidado. Para elas, seu cuidado não é alguma reprodução mecânica e isso pode interferir (ou ser fruto) no(do) cotidiano do trabalho, onde as respostas indicam que se aborda o tema de modo mais ampliado, e não atrelado apenas a algo físico ou de um estilo de vida que necessita de suporte financeiro e de tempo, o que a maioria das pessoas não tem.

Como solicitação de espaços para si, no cuidado físico ainda surgiu o querer algum movimento (Ginástica Laboral, por exemplo) no cotidiano de serviço, objetivando não só o relaxar do corpo, mas também oportunizar outras experiências no próprio ambiente de trabalho. Isso revela uma preocupação com a saúde corporal (e talvez estética) das trabalhadoras. Becker (2004) aponta a importância da estética entre os cuidadores da enfermagem, colocando-a como fundamental para a construção da autoimagem e também para o cuidado terapêutico. Apesar de também compreender a importância desse cuidado que a autora propõe, e,

considerando a importância que o assunto tem em nossa sociedade, penso que esse tipo de preocupação se destaca mais pela valorização de padrões de beleza ditados do que realmente contribuindo com a autoimagem e com a autoconfiança das pessoas. Nenhuma das entrevistadas indicou tal preocupação com sua estética, o que revela que pode haver uma valorização/priorização de outras necessidades.

Devemos refletir que existe um reforço de padrões estéticos, principalmente pela indústria cultural e da beleza, e que muitas vezes leva aos transtornos de imagem, como anorexia ou a busca por medicamentos e procedimentos estéticos que prejudicam as pessoas. (CARVALHO, 2006). As entrevistadas parecem estar mais direcionadas ao “bem-estar físico” do que aos benefícios estéticos que suas práticas podem gerar.

Bernardi (2010) relata a demanda dos profissionais pela escuta em rodas de conversa e também a necessidade de encontrarem espaço para distencionar seus corpos. Para isso, utilizou a Ginástica Laboral como prática corporal. Como apresentado, as entrevistadas também anseiam ter Ginástica Laboral como “quebra da rotina” de trabalho e também como recurso de melhora física e relaxamento. Os relatos indicam que, como na pesquisa de Bernardi (2010), há também a necessidade de terem espaços de conversa para falar não somente das inquietações cotidianas, mas de descontração e entrosamento entre a equipe:

(...) Ter ginástica laboral, uma reunião mensal que não se falasse tanto nos problemas e dificuldades ou nas pressões, mas que fosse um momento de integração. (MARiana)

(...) um dia específico por mês para tá cuidando dos profissionais, um grande encontro (...). (Psique)

A necessidade de encontros com a equipe (dentro e fora do ambiente de trabalho) revela uma necessidade de estar com outros, ter um “cuidado social”, destacando-se como potência do cuidado cotidiano do trabalhador e parece ser o maior colaborador do cuidar-se e de não sofrer no ambiente de trabalho. A equipe se torna apoio do trabalhador, cuidando e sendo cuidada:

(...) trabalhar num ambiente agradável, mantendo um relacionamento agradável entre a pessoa, se isso faz com que a gente preserve a saúde

mental, eu acho que eu tenho um bom ambiente de trabalho se relacionar com os usuários, tanto com a gente aqui. (Vera)

(...) a equipe tentando fazer um movimento de tornar o ambiente mais saudável, sabe, da gente poder brincar com algumas coisas mesmo os trabalhadores, aniversário... de tentar ter alguns momentos assim aqui dentro, eu às vezes faço desenho da equipe caracterizado para a gente dar risadas sobre isso, mas são coisas, movimentos que a gente faz por conta (...). (MARiana)

(...) gostar do que faz, trabalhar numa equipe legal com as pessoas que a gente trabalhe em equipe né, porque não adianta eu trabalhar com pessoas que ou não afinem comigo ou eu não afine com elas (...). (Anna)

Olinski (2006) revela que existe um distanciamento dos profissionais para não sofrer, gerando um afastamento das relações. A pesquisa aqui apresentada direcionou-se à AB, ao passo que a da autora voltou-se para o ambiente hospitalar, o que mostra uma diferenciação nas relações interpessoais e interprofissionais dessas trabalhadoras da AB quando comparada aos trabalhadores que Olinski observou no espaço de um hospital. Para Baggio (2007, p. 411), é fundamental que seja dada atenção para quem convive a maior parte do tempo no ambiente de trabalho, “que vivencia os mesmos conflitos, as mesmas dores, as mesmas alegrias, enfim, o colega que está ali ao lado”. Também há, em alguns locais de trabalho, um ambiente muito competitivo, direcionando as pessoas aos seus afazeres apenas e, muitas vezes, não reconhecendo o colega (BAGGIO, 2007). Segundo a autora, os problemas se relacionam muito com o modelo de produção Taylorista e Fordista, ou seja, a captura da subjetividade que Alves (2011, 2013) anuncia está presente em diversos espaços da saúde, fazendo do trabalhador um reprodutor da clínica. A captura da subjetividade, nessa perspectiva, pode romper os ideais de uma equipe unida, fazendo com que os profissionais optem por fazer apenas sua função (Bernardi 2010), diminuindo a implicação, prejudicando o trabalho coletivo, que entendo ser o grande diferencial da AB.

As “artes da existência” se dão de diversas formas. Para Becker (2004), propostas apresentadas na reflexão sobre o cuidado de si predizem a participação da equipe de forma muito importante, pois revela que os profissionais de uma equipe de saúde pouco conseguem atuar com seus colegas. Rollo (2007, p.42) revela que percebe o surgimento de “escapes poéticos”, meios de os trabalhadores

expressarem seus sentimentos junto aos colegas e usuários, reforçando laços de pertencimento e solidariedade. A carga excessiva de trabalho não permitirá, muitas vezes, este “espaço poético” de Rollo (2007) que, sem dúvida, contribuiria com a saúde dos profissionais. Assim sendo, o trabalho inviabiliza, muitas vezes, os encontros da equipe e as possibilidades de propostas de cuidado maiores. “O ampliar das relações de trabalho para além dos aspectos técnicos é uma necessidade sentida e percebida pelo cuidador.” (BECKER, 2004, p.88). Nas entrevistas, pude perceber que a presença mais destacada das equipes na vida das trabalhadoras faz com que os ambientes de trabalho pareçam ser mais descontraídos e “leves”. Entendo que a AB tem no ACS um personagem fundamental para religar as equipes, pois, na experiência que tenho em trabalhar com os agentes, percebo uma dedicação e uma alegria capaz de “contagiar” uma equipe.

Outro “cuidado social” que o trabalhador procura ter é encontrar familiares e grupos de amigos e realizar atividades de lazer fora de casa. Entendo que isso não se caracteriza como o “sumicídio”, que será apresentado a seguir, pois não é tentativa de fugir ou esquecer o trabalho, mas sim de compor o cuidado, tendo, no serviço, outros apoios necessários.

(...) lazer, vou no cinema, ler, convivo com pessoas, amigos família (...).

(Vera)

(...) estar com ou rever os amigos é um momento também de cuidar de si que parece que, que parece que é um oxigênio novo né, estar com a família também de um jeito né tranquilo (risos) sem muito problema, compartilhar as coisas (...) mas eu acho que fazendo outras coisas, estar com outras pessoas também fora da área da saúde, também é uma questão de cuidar de si (...). (Lua)

Destaquei, no início, que ansiava perceber outras formas de cuidado. No cuidado físico pude perceber algumas práticas muito singulares. Além disso, em algumas respostas, foi possível perceber a importância da espiritualidade na vida dos sujeitos. Vera e Psique revelam o cuidar de si em sua prática Espírita e MARiana encontra apoio na espiritualidade (e no misticismo).

(...) uma atividade que eu gosto, sou espírita, então participo de um grupo uma vez por semana e isso é bem legal (...). (Vera)

Na espiritualidade, é ali que eu refaço minhas energias ou na conversa com pessoas que pensam da mesma forma que eu (...) procuro a minha ajuda, minha autoajuda, na minha espiritualidade (...). (Psique)

(...) busco cuidar bastante o lado espiritual também, busco terapias alternativas né, me envolvo com outras coisas que é do meu interesse, Reiki, energias (...). (MARiana)

É interessante perceber essa busca espiritual singular como forma de cuidado. Para Becker (2004), contribui para que o profissional encontre significados para sua vida (profissional e pessoal). Penso que este apoio traz ao trabalhador a possibilidade de um apoio diferenciado, baseado nas suas crenças e capaz de gerar outras reflexões sobre o viver. Sem dúvida, a laicidade deve ser mantida em todo o sistema público brasileiro, porém, entendo que há, para essas trabalhadoras, um destaque muito maior da religiosidade como apoio pessoal, fundamental para estruturarem-se em seu dia a dia.

Lunardi e colaboradores (2004) finalizam seu artigo refletindo sobre essa importância de encontrar caminhos para o cuidado pessoal e colocam “nós mesmos” (p.95) antes dos próprios usuários. Com isso, entendo que, antes de cuidar do outro, deve-se cuidar de si, podendo, no encontro com o outro, obter também cuidado. O trabalho tem sido tão pouco cuidador que algumas respostas revelam que o trabalhador comete um “sumicídio” ao término do expediente.

“Sumicídio” foi uma palavra criada na tentativa de compreender essa fuga desesperada na qual o trabalhador “morre” para o indivíduo poder “viver”. Uma forma de tentar expressar melhor o conceito é remetendo ao filme *Eternal Sunshine of the Spotless Mind* (Brilho eterno de uma mente sem lembranças) que mostra o processo do protagonista em apagar as memórias de uma relação amorosa acabada. A lógica da segmentação trabalho e vida social é uma crença em ser possível não “levar trabalho” ou os problemas do trabalho para casa. Alguns exemplos de respostas que indicam essa tentativa:

Eu acho que, assim, uma coisa que eu sempre falo: às 5 horas eu vou embora e eu tenho que esquecer o resto daqui, porque senão a gente não vive, porque a gente houve tudo que tu possa imaginar e mais um pouco. As 5 horas é: acabou! Chega! E aí tu tem que tentar ter tua vida, superar essas coisas. (Anna)

Eu sempre fiz atividade física que era uma forma de eu estar em outro ambiente e esquecer um pouco da minha rotina de trabalho (...) sei lá, qualquer coisa que me desligue um pouco da rotina do trabalho. (MARiana)

Os exemplos são cotidianos e quando o “sumicídio” não é possível, percebe-se a crise do trabalhador. MARiana revela uma estratégia de seus colegas para “sobreviver” a isso através de, por exemplo, solicitações constantes de trocas de serviço (circulando pela rede, dificultando criação de vínculos entre a equipe e o trabalhador e do usuário com o trabalhador). Para ilustrar e reforçar a importância de estar há algum tempo no mesmo ambiente, Ana diz:

(...) uma coisa boa que eu vou te dizer, assim, muito minha, é tu ficar bastante tempo num lugar por que daí assim, tu já sabe, o paciente vem, tu sabe, assim, de trás pra frente como é que é aquele paciente, tu já conhece, a gente tem nossa área fechada e isso é fundamental para o nosso trabalho (...). (Anna)

Outra forma de “sumicídio” encontrada foi apresentada por Sônia e Psique:

(...) hoje eu entro de licença porque tô num estresse profundo, eu já deveria tá, mas eu não tô porque tenho que terminar de resolver as coisas (impressionado com o fato), chega! (para um pouquinho), sim, sim, sim, vou parar porque já faz umas duas semanas que o médico falou: "olha tem que parar, acalmar um pouquinho", e eu: "não, não, só espera mais um pouquinho tem que terminar “Agora”, mas não tô obrigando ninguém tô aconselhando. (Sônia)

(...) eu já tive situações que eu pedi atestado e me afastei do trabalho porque eu via que não eu ia dar conta do recado, eu ia acabar surtando (...). (Psique)

Baggio (2007) revela que faltar no trabalho não é simples e que, para alguns, a ausência só é validada se o motivo for “biologicamente relevante” com disfunções graves e sintomas físicos. A autora mostra que, muitas vezes, o atestado é criticado pelos colegas, o que gera medo de apresentá-lo. Foucault (1985) indicou essa perspectiva egoísta associada ao cuidado de si pelas influências dos mundos Helenístico e Romano, que parecem perdurar até hoje. No caso apresentado por Sônia, nem foi a relação da “fraqueza frente à equipe” e sim a dependência dos serviços com aquela profissional que, além de trabalhar em duas unidades, coordena uma delas. Dessa forma, Sônia é um exemplo de trabalhadora

“hipervalorizada” e, justamente por isso, cobrada pelo serviço, pela sua gerência local e por ela mesma, a síndrome de *Burn-out* é inevitável. MARiana revela que a equipe muitas vezes parece constrangida em gerir a questão de atestados e de reconhecimento da busca por cuidado dos trabalhadores, indicando que se “repassa” para a gerência tal demanda. O que percebo é que nem sempre os profissionais da gestão farão uma escolha compreensiva à necessidade daqueles sujeitos, pois têm outra perspectiva sobre o cotidiano do trabalho além de exigências por resultados:

(...) quando veio algumas colegas fazendo terapia, acompanhamento psicológico, foi-se questionado se isso dava direito de apresentar o atestado ou se aquilo te dava direito de ser liberado, né, e isso teve que ser questionado para a gerência, né, e se tu for pensar é o mínimo que a gente deveria ter um espaço para ti poder sair e cuidar da tua saúde mental. Eu sei que a gerência colocou "não se for tantos atestados por mês", colocou algumas questões assim (...). (MARiana)

Psique, MARiana e Sônia ilustram que o trabalhador necessitado afastamento do cotidiano e ainda cuidar-se no encontro com outro profissional, fora de seu ambiente de trabalho. A “prática de si” que Foucault aborda (1985) reflete essa constituição do sujeito consigo próprio, capaz, inclusive, de reconhecer sua necessidade de buscar em outro o seu cuidado.

Apesar de não perceber o “jogo” de um trabalhador contra o outro, como Baggio (2007) apresentou, o modelo capitalista, baseado em princípios de máxima produção e mínimo gasto, nutrindo os espaços de trabalho em saúde, motivará um ambiente competitivo, colocando o trabalhador “sempre em guarda²⁹”, gerando um estado individualista, “pondo em xeque valores e padrões de sociabilidade historicamente geradores de laços sociais e sentidos culturais solidários”. (Luz, 2008 p. 16). Isso poderia contribuir para que o “sumicídio” invertesse, ou seja, ao chegar ao trabalho o sujeito arquiteta formas de “matar-se” para que o trabalhador, executor de tarefas, cumpridor de metas e com pouca crítica se revele.

Psique, que é ACS, revela, ainda, a impossibilidade de cometer o “sumicídio”, visto que permanece na comunidade e inclusive brinca com sua profissão perguntando: “eu não sei quem vem primeiro, se é a agente ou se é a gente”:

²⁹ Defesa do boxe.

(...) todo mundo vai embora e tu fica aqui inserido no meio. (Psique)

Isso contribui para o que Alves (2013) aponta, ou seja, que levar o trabalho para casa favorece o surgimento e a agudização das doenças do trabalho. O autor mostra que o espaço do lar é invadido pelas preocupações do trabalho e coloniza a vida pessoal do sujeito. A condição de alguém que mora no espaço de trabalho, ou muito próximo a ele, versus uma equipe inteira que vai embora, gera no ACS uma sobrecarga diferenciada. Ressalto, novamente, que enquanto entrevistava Psique, em sua casa, às 19 horas, uma usuária foi até lá pedir alguma informação sobre a ESF. É importante refletir sobre a impossibilidade do desvincular-se do trabalho que o ACS sofre visto que a lógica atual do sistema fará, por exemplo, com que trabalhadores busquem algum amparo após seu período de trabalho, ou seja, após a unidade ter fechado, pois ainda permanece uma referência na comunidade e é, logicamente, o agente que será procurado. O tema da pesquisa não abrange uma profissão apenas, mas reconhece singularidades de cada uma delas, uma vez que algumas perguntas foram direcionadas aos sujeitos na tentativa de compreender as particularidades das profissões na rede, enquanto proponentes de cuidado e na vida do trabalhador.

Os “sumicídios” parecem ser uma estratégia “natural³⁰” de proteção do trabalhador, dadas as condições do trabalho. Entendo que é impossível acontecer esse “sumicídio” de fato, afinal não se esquece o que se vive por vontade própria, mas é um modo de tentar lidar com a aspereza do cotidiano e acreditar na possibilidade de uma total desvinculação do sujeito trabalhador para o “vivente” do mundo externo. Apesar de a maioria das respostas indicarem uma opção por um distanciamento do cotidiano do trabalho para cuidar-se, ainda percebe-se, nas respostas singulares de Psique e de Lua, a possibilidade de religar isto:

(...) na verdade, eu percebo que a comunidade também faz parte do meu cuidado porque eu penso que tem dias que eu tô muito cansada, quando eu tô com eles eu percebo o quanto eu me alimento deles também, quanto eu tiro energia deles (...) naqueles dias que eu não tô bem, se eu disser assim: não eu vou sair para a rua e fazer visita e se eu tiver que falar de mim eu vou falar eu tenho certeza que eu vou ser muito bem acolhida sabe! Então é uma troca, chega um ponto que é uma troca mesmo! (Psique)

³⁰ No sentido de que não é refletida, afinal o sistema e os modos que as levam a cometerem o “sumicídio” estão presentes, muitas vezes, de modos silenciosos na vida do trabalhador.

(...) cuidar de si também é olhar para minhas práticas enquanto profissional de saúde e ver que sentido isso tá tendo para mim (...). (Lua)

É intrigante e motivador perceber como ainda é potente o espaço de trabalho de saúde para ser lugar de cuidado também do trabalhador. Os atravessamentos da gestão devem privilegiar isso para que o trabalhador possa ter uma produção de cuidado real. Espaços onde a reflexão e a criação são valorizadas, e não subjugadas pelo “escoamento de demanda” (Lua), merecem “acontecer” cotidianamente, evitando o esquecimento das razões de atuar na saúde.

Assim como nesta pesquisa, Becker (2004) mostra que os cuidadores que entrevistou diversificavam-se nas formas de cuidar-se e que valorizavam e destacavam a importância desde o “estar só” até a vida em comunidade, além da busca por conhecimento pessoal e outras. Lua, em uma de suas falas, cita que cuidar de si também é estar em silêncio, ou seja, é também estar só para reflexão tendo um encontro consigo.

É importante compreender as formas como os trabalhadores estão cuidando de si e como os “sumicídios” são tentativas de abandonar os sofrimentos do trabalho ao “bater o ponto”. O espaço de trabalho não pode ser um espaço hostil à vida, como Luz (2008) revela. Ele deve ser local de cuidado de usuários e profissionais, respeitando as individualidades e os modos de viver. As trabalhadoras criam oportunidades para se cuidarem e compõem muito com as equipes. Dar maior ênfase e liberdade à essa criação é construir modos de enfrentar o “sumicídio”, a condição de sujeito sujeitado para dar lugar ao ser sujeito sempre.

7. ALGUMAS REFLEXÕES, ESTRANHAMENTOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim do processo investigativo, surgem diversas questões a serem apresentadas. Alguns fatos marcaram bastante a trajetória: discursos desconexos, tentativas de controle e domínio de práticas e saberes, a pouca crítica e a problematização entre os escritos, os sentimentos, os encontros e desencontros... Tudo isso gerou anseios de compor um final que compreendesse os mais diversos fatos, além das questões teóricas a serem finalizadas. Para isso, foram criadas duas subdivisões, nas quais, após apresentar questões pertinentes aos resultados e à pesquisa, são apresentadas a Devolutiva Cuidadora e os resultados do processo de pesquisa. Objetivo, desta forma, mostrar o que foi realizado além do que apresentaria em moldes mais fechados.

Em primeiro lugar, destaco que parece existir a necessidade de “controle” sobre o tema “cuidado”, pelo núcleo da enfermagem, reforçando uma segmentação do cuidar na área da saúde. Tesser (2010) mostra que o cuidado vai saindo do campo prático e de domínio popular para ser “amarrado” aos núcleos profissionais de saúde ou criado um novo núcleo. O autor revela que as práticas de determinada profissão são o exercício ilegal de outra, revelando um domínio “legal” dos saberes.

Olinski (2006), por exemplo, faz uso de diversas práticas corporais para aproximar-se dos trabalhadores e realizar sua proposta de pesquisa, não estando presa ao núcleo da Educação Física. Percebo essa estratégia como muito positiva, logo, “cair no jogo”, que limita ou delimita os agires profissionais, é, em alguns casos, enclausuram-te. Não gostaria que o estudo sobre o movimento ou sobre as práticas corporais pertencesse a um núcleo da saúde, logicamente algumas demandas só poderão ser resolvidas com um saber específico vinculado ao estudo nuclear das áreas da saúde. O professor de Educação Física deveria ter, em sua caixa de ferramentas, mais opções de contribuir com o cuidado, ou explorar mais o que já possui, e compartilhar saberes com outras profissões. Ir para além da disciplina não é fácil, mas é fundamental para que o profissional se encontre e possa lidar com a diversidade dos sujeitos. Propostas interdisciplinares e transdisciplinares permitem, justamente, que os núcleos profissionais expandam suas barreiras, sobrepondo-se e indo além do que encontra-se estabelecido e, dessa forma, propondo e compondo novas possibilidades.

Destaco grande estranhamento ao ler a expressão “clientes” nos estudos de Baggio (2007). Conversando com alguns estudantes, fui informado de que alguns professores das universidades optam por trabalhar com essa linguagem. Apesar de uma militância ainda curta no SUS (em relação a toda sua existência), entendo que a mercantilização da saúde é um problema grave e que a perspectiva clientelista implica em reconhecer que a saúde é mercadoria, corroborando com a “venda” não apenas do “produto saúde”, mas de todo o sistema que o envolve, ou seja, o SUS. Ironicamente, Baggio (2007) indica como problema sério, no cotidiano de trabalho, as “capturas dos sujeitos³¹” pelos modelos Taylorista e Fordista, nutridos imperceptivelmente pela autora. Expressões “pacientes” e “doentes” foram ouvidas durante as entrevistas, porém, estas se filiam à lógica medicalizante já apresentada, e, de certa forma, estão há bastante tempo sendo reproduzidas nos ambientes de saúde. Desfiliar-se delas talvez não seja fácil, mas recriar uma expressão que seja pior, na perspectiva aqui apresentada, é um retrocesso na construção e no desenvolvimento do SUS.

Destaca-se que foi muito difícil encontrar pesquisas sobre a saúde e o cuidado do trabalhador no campo da AB, a maioria dos estudos que vão a campo optam pelo ambiente hospitalar. As realidades da AB e dos hospitais são muito diferentes e dialogar com os resultados foi muito difícil. Identifica-se que a questão da subnotificação de doenças e acidentes de trabalho continua sendo um grave problema de saúde pública e contribui para que o trabalhador não seja visto. O estresse permeia o cotidiano da AB, as ações não fazem eco a essa realidade, pois o quebra-cabeça continua apresentando peças desconstruídas.

O tempo necessário às práticas de si, anunciado por Foucault (1985), parece ser fundamental à reflexão do cuidado dessas trabalhadoras. Há algum tempo, existe a demanda, principalmente pela “voz” dos trabalhadores da Enfermagem, em reduzir a carga de trabalho para 30 horas semanais. Penso que um dos casos é evitar a necessidade de criar “estratégias suicidas”.

O suicídio destaca-se como forma de cuidado de si, busca singular encontrada para suportar o estresse cotidiano dos espaços de saúde. Outras formas

³¹ A autora não faz uso dessa expressão, porém, como a utilizei previamente e entendo que contempla o tema, opto por acrescentá-la.

se destacaram e revelam que as trabalhadoras encontram múltiplos caminhos para seu cuidado, não vinculando-se apenas a um único caminho. Destaco a importância dessas formas de cuidado, visto que não se hierarquizam frente à necessidade, mas sim se complementam. Com isso, a ginástica laboral, por exemplo, poderia ser um simples espaço de cuidado social. O exercício é pretexto para o encontro, um breve sumicídio durante o expediente.

Como previamente destacado, cuidar de si é também cuidar do outro, por isso, é fundamental que o espaço de trabalho na saúde propicie essa reflexão, evitando que o dito popular “Santo de casa não faz milagre”, que inspirou o título desta pesquisa, seja algo normalizado nos relatos dos profissionais de saúde. Para isso, deve-se enfatizar as potências e a eficácia das políticas de saúde quando encontradas cotidianamente no trabalho, pois muitas ações realizadas diariamente são frutos das discussões advindas de tais políticas. A horizontalidade da gestão, discutida na PNH, deve, cada vez mais, ser valorizada e destacada como fundamental ao SUS, cabendo à gestão administrativa cuidar para que o serviço não seja suplantado por demandas e exigências exageradas. As políticas estudadas têm fundamentos muito importantes para que o cotidiano do trabalho não seja “adoecedor” e não “alimente” um espaço de descuidado. Para isso, deve-se compreender cada vez mais a potência de uma política para a sua real eficácia.

Finalizo com a satisfação de perceber que esta pesquisa também funcionou como uma estratégia e se demonstrou cuidadora, ao passo que escuta o problema do trabalhador e, ainda que tenha uma capacidade pouco resolutive ao cotidiano, permite que ele reflita sobre o tema e encontre amparo, minimamente, no interesse do pesquisador. Esta pesquisa também foi cuidadora, através da devolutiva final, intitulada “Devolutiva Cuidadora” e apresentada a seguir.

(ESPAÇO DE CUIDADO...)

7.1 DEVOLUTIVA CUIDADORA

A Devolutiva Cuidadora constituiu-se como o grande produto da dissertação. Após todos os processos do pesquisar, decidi, antes de submeter a pesquisa à sua defesa frente à banca, criar um processo no qual os resultados encontrados pudessem gerar movimento e envolvimento das mais diversas pessoas que existem na rede do SUS. Essa ideia parte do compromisso de que o trabalho gera reflexões e novas proposições, por ter compreendido que a melhor forma que eu poderia atuar seria através de uma proposta singular que envolvesse diálogo, problematização, afetos, afetações, contribuindo com o cuidado dos presentes; também provendo um espaço para brincar, principalmente com práticas da cultura popular, com dança, canto e diversão.

Para esse momento, foram convidadas as entrevistadas, os usuários, os trabalhadores dos serviços de saúde, da gestão, os professores, os residentes (das residências multiprofissionais em saúde), os estudantes de graduação e pós-graduação, os militantes da Educação Popular em Saúde e quem mais pudesse ter acesso ao chamado. O Convite circulou por redes sociais, grupos de e-mail e pessoalmente. Para isso, foi produzida uma imagem (FIGURA 1) convidando as pessoas a “trazerem-se” para o encontro, além de mapear o local que seria a devolutiva (um parque público da cidade).

No dia do evento, apareceram 26 pessoas. Dentre elas estavam duas pessoas que foram entrevistadas, uma trabalhadora da gestão, um ACS, um apoiador da rede, além de residentes, estudantes de graduação e pós-graduação, professores (universitários e da rede local) e curiosos atraídos pelo movimento. Alguns participantes se destacaram por seu caráter singular de envolvimento com a proposta e com o cuidado, como a presença de uma trabalhadora acompanhada de seu marido e filho (ela seria entrevistada, mas como não conciliamos a agenda não foi possível), um morador de rua, um mestre de capoeira...

O encontro se deu do seguinte modo: Nos encontramos, sentamos ao sol (FIGURA 2) partilhamos algumas frutas, chimarrão e iniciamos uma conversa em roda (FIGURA 3). Para direcionar a conversa, mapeei (FIGURA 4) a caminhada da pesquisa, pois, dessa forma poderíamos trazer à pauta as pequenas sugestões. Além da conversa, realizamos algumas práticas corporais como alongamento,

exercícios de respiração (FIGURA5), danças circulares (FIGURA 6) e, ao final, terminamos com um Jongo, dança de matriz africana muito divertida!

A proposta era justamente criar um espaço de encontro de diversos cuidadores, trabalhadores da saúde ou não, e mostrar para todos como foi feita a caminhada, para, dessa forma, “validar socialmente” a pesquisa, não pela necessidade avaliativa, mas por acreditar na potência de transformação da mesma. Durante a semana do convite, alguns movimentos interessantes aconteceram, como um grupo (profissionais de saúde mental no qual uma colega de mestrado atua) interessado na proposta de cuidado e no tema, que perguntou sobre a possibilidade de ser realizada essa atividade em outro momento para que eles pudessem participar, além das mensagens de afeto e do desejo de que tudo ocorresse bem por parte dos convidados.

As falas ao final foram de muita importância, pois as pessoas relataram o quão bom foi estar naquela manhã de sábado, dançando, conversando, cuidando, tomando chimarrão, se emocionando, descontraído... Não tinha interesse de registro para o trabalho, mas sim constituir uma quebra no modelo que a “academia” produz conhecimento. Quis sair para rua, encontrar as diversidades para “devolver” uma produção não só dos resultados e das problematizações, mas das afetações em sua trajetória. No entanto, percebo que isso foi parte fundamental no desenvolvimento científico do trabalho, visto que novas ideias surgiram deste espaço, oportunizando uma construção mais profunda do texto. Após as duas horas, as pessoas ainda se mantinham ali querendo falar, querendo ser escutadas, participando ativamente de um processo simples e (como dito por algumas) necessário para, através do encontro com o outro, gerar novas perspectivas ou até reencantamento do cuidar!

Barros, Evangelista e Carvalho (2007), Santos-Filho e Barros (2007) e Trajano (2007) relatam experiências na qual trabalhadores e gestão conseguem, ou estão criando estratégias e espaços para o trabalhador se cuidar, onde há diálogo e diversidade de ferramentas para melhorar a saúde dos trabalhadores. Em Porto Alegre, desconheço propostas similares, mas fica o anseio de que os trabalhadores possam ter maiores possibilidades de se cuidarem e de trabalharem com o apoio da gestão, além de trazer a comunidade para si. Desejo que a Devolutiva Cuidadora

seja inspiração para novas propostas e novos voos dos trabalhadores. As figuras abaixo revelam as cores de uma proposta simples, mas capaz de muitas mudanças! Sob esse prisma, trago uma poesia recebida de um convidado de outro Estado a participar deste processo. No momento do convite, brinquei dizendo que não tinha planejado nada mas “o caminho se faz caminhando...”, e ele responde:

Quem está pronto é você
 Que tanto se dedicou
 E vai enfim exercer
 Com prazer cuidado
 Pesquisa de mestrado
 Para o Povo conhecer
 (Eduardo Teodósio de Quadros)

7.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS: RESULTADO DO PROCESSO DE PESQUISAR

Entendo como fundamental trazer, em poucas palavras, encontros e desencontros ocorridos durante o processo de construção desta pesquisa. Um dos aspectos que mais se destacou nesse processo, foi a dificuldade encontrada com os Comitês de Ética. A frustração e o sentimento de entrave são muito grandes e geram um enorme ciclo de preocupações, estresses e desnecessários sofrimentos. Coloquei como meta não sofrer com o processo de construção desta pesquisa, mas confesso que o problema com o Comitê de Ética conseguiu que eu não cumprisse tal objetivo. Extrapolando esse sentimento (e aproveitando as sensações ainda pulsantes), penso que esses processos demasiadamente burocráticos, “arrastados e desgastantes, encontram-se em igual ou maior proporção no cotidiano do trabalho. O que sofri por uma pesquisa pode ser o sofrimento diário de um trabalhador, por depender de outro que nem identificamos, pela falta de diálogo e também pela incapacidade de autossuficiência para continuar projetos. Diferentemente dos trabalhadores, não passei pelo processo de “sumicídio”, felizmente! Entendo que este fato tenha ocorrido menor “soterramento” vivenciado no processo. Percebo, em diversos colegas da Pós-Graduação, a presença constante do “sumicídio”, gerando afastamentos tão grandes que desmotivam o pesquisar.

Mudar um sistema enrijecido há muitos anos não é tarefa simples. Encontrei, durante o estudo, propostas inovadoras com possibilidade de promover mudanças, pois “correm atrás” de utopias já abandonadas por muitos. A integralidade, a

interdisciplinaridade e a intersectorialidade exigem uma articulação e sintonia entre as políticas públicas e o controle social exercido pela sociedade organizada. Anseio que este trabalho seja uma possibilidade desta desejada mudança.

Durante o processo, ainda me deparei com minha escrita, muitas vezes endurecida e determinista. Meu anseio era conseguir ser mais livre dessa perspectiva científica, mas ela está muito estruturada no processo de aprendizagem acadêmico. “Livrar-se” disto exigirá uma maior “intimidade” com a escrita, pois, no campo prático, consigo transpor os modelos técnicos através de problematização e da inconformação de estar restrito a uma área de saber como se estivesse desvinculado de todo o universo que me envolve.

Outro fato necessário de apresentar e que ameniza e torna mais leve o processo de construção da pesquisa, é que consegui ter encontros com autores que seguirei por muito tempo, pois ainda tenho muito a aprender com eles. Tive a alegria, inclusive, de ver alguns pessoalmente ao longo deste processo. Além disso, destaco a alegria em participar do Núcleo de Estudos em Saúde do Trabalhador (NEST), grupo que, com descontração, trabalha arduamente no estudo e na militância da defesa dos trabalhadores, apoiando sempre esta produção!

O encontro real dos corpos foi essencial, em minha perspectiva, para compreender as construções teóricas destes (pois escutei exemplos, realizei perguntas e aprendi sobre outros processos que compunham as ideias previamente conhecidas). Destacando ainda mais as potências do encontro, percebo a produção de cuidado que ocorreu nas entrevistas com os sujeitos da pesquisa, pois ali, escutando e sendo escutado, pude também me cuidar, saindo na maioria das vezes com a sensação de ter encontrado um velho amigo que precisava conversar e que, pós-encontro, saí com novas perspectivas, reenergizado e feliz; repleto de novas ideias e construções para essa pesquisa.

Queria muito ter podido encontrar e explorar os universos de outros autores, dos romances, histórias, poesias, contos e etc., para compor com um pouco mais de arte (e de forma humanizada) o processo, porém o tempo (ah o tempo...), o tempo

“Chronos³²”, que come seus filhos, não descansa e se revela como um determinante (talvez “O” determinante) para a conclusão do processo científico; a arte? Bom, essa seguirá na vida e tentará sempre que possível fazer o diálogo da ciência com o que “vive” fora das regras, enquadramentos e diretrizes impostas pelo modelo científico vigente.

Conseguí transpor alguns dos estranhamentos epistemológicos na área da saúde coletiva, fazendo as necessárias escolhas nos momentos relevantes. Foi muito interessante estabelecer diálogos com discursos que, por vezes, parecem ser tão diferentes, mas, ao fim, têm objetivos e objetos que se aproximam muito. O que me realiza é perceber que os discursos e as ideias, apesar de se preocuparem com uma estética própria (que já define uma “vertente” ou filiação, do escritor), focam muito mais no interesse coletivo de construir o SUS que atenda os compromissos fundamentados na sua estruturação, melhorando a produção da vida das pessoas. Epistemologias diferentes, mas a saúde é coletiva...

O “Santo de Casa”, neste caso, não fez milagre, mas se esforçou para conseguir. Ele ajudou muito nesta proposta. O possível, e um pouco do impossível, foi feito para a realização deste escrito, fazer mais talvez fosse um descompromisso com a proposta, fazer menos não seria eu... Finalizo o processo com um misto de saudosismo e alívio, entendendo que esse ciclo encerra-se para novos se iniciarem, agora é tempo Kairós, tempo para cuidar de mim!

³² “Os gregos antigos possuíam duas palavras para a moderna noção de “tempo”: chronos e kairós. Enquanto a primeira era usada no contexto de tempo cronológico, sequencial e linear, ao tempo existencial, os gregos denominavam Kairós, e acreditavam nele para enfrentar o cruel e tirano chronos. Enquanto o primeiro é de natureza quantitativa, Kairós possui natureza qualitativa. Em grego antigo e moderno, airós (em grego moderno pronuncia-se kerós) também significa “tempo climático”, como a palavra *weather* em inglês. Na estrutura linguística, simbólica e temporal da civilização moderna, geralmente emprega-se uma só palavra para significar a noção de “tempo”... Enquanto o primeiro (chronos) referia-se ao tempo cronológico ou sequencial (o tempo que se mede), o último (kairós) é um momento indeterminado no tempo em que algo especial acontece: a experiência do momento oportuno. O termo é usado também em teologia para descrever a forma qualitativa do tempo, como o “tempo de Deus”, enquanto chronos é de natureza quantitativa, o “tempo dos homens”.” (fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Kairós>).

(ESPAÇO DE CUIDADO...)

FIGURA 1- CONVITE DA DEVOLUTIVA CUIDADORA

Convite
“Devolutiva Cuidadora” da pesquisa de mestrado “O cuidado e o cuidado de si dos profissionais da Atenção Básica: Santo de casa faz milagre?”

de Igor Fangueiro da Silva
 Orientadora Profa.Dra. Jussara Maria Rosa Mendes



Traga-se para conversar, tomar um mate, brincar, celebrar, cuidar-se, cuidar do outro...

Aberto à tod@s!

Onde: Parque Farroupilha (Redenção)
 Quando: 19/07/2014 (Caso chova Transferiremos para 26/07)
 Horário: 10:00 – 12:00



FIGURA2 – O ACOLHIMENTO



FIGURA3 – RODA DE CONVERSA

FIGURA4 – “MAPA³³” DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E DOS TÓPICOS DA PESQUISA



³³ O objetivo não era que o mapa ficasse tão linear (causa e efeito), mas, considerando que houve um tempo muito curto para produzi-lo e para construir algo com mais atravessamentos, esse modelo foi o que mais contemplou a proposta.

FIGURA 5 – EXERCÍCIOS DE RESPIRAÇÃO



FIGURA 6 – DANÇAS CIRCULARES



REFERÊNCIAS

ALVES, Rubem. **Gandhi: Política dos Gestos Poéticos**. São Paulo: FTD, 1990. (Coleção prazer em conhecer)

ALVES, Giovanni. **Trabalho e Subjetividade**: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.

_____, Giovanni. **Dimensão da precarização do trabalho**: Ensaio de sociologia do trabalho. Bauru: Canal 6, 2013.

ANGARITA, O. M. V. e ESCOBAR, D. S. G. Teoría Del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. **Ciencia y Cuidado**, V. 4, n.4, 2007.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, set-dez,2004a.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004b.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: edições 70, 2011.

BAGGIO, Maria Aparecida. Relações humanas no ambiente de trabalho: o (des)cuidado de si do profissional de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2007;28(3):409-15.

BARROS, Maria Elizabeth BARROS de. De amoladores de faca e cartógrafos: a atividade do cuidado In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A., (Org.); **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008, 356 p.

BARROS, Maria Elizabeth BARROS de, EVANGELISTA, Ozélia Pereira, CARVALHO, Ricardo Augusto Alves de. Desafios para a construção de um programa de formação em saúde e trabalho na coordenação de recursos humanos/atenção ao servidor/ministério da saúde In. SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa, BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Org. Ijuí:Ed.Unijuí, 2007. 272.p.

BECKER, Sandra Greice. Cuidar de Si, cuidando do outro, ampliando a consciência do eu. 2004. (Dissertação Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

BENEVIDES, Regina, PASSOS, Eduardo, A humanização como dimensão pública das políticas de saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3):561-571, 2005a.

_____, Regina, PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005b.

BERNARDI, Simone. Entrelaçando o SUS, a PNH e a Saúde do Trabalhador in: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p.

BRASIL. Decreto Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>, acesso em: 25 jul. 2013.

_____. Decreto Lei 7.602 de 07 de Novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>, acesso em 13 ago. 2013.

_____. Decreto Lei 1.823 de 23 de agosto de 2012. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora- PNSST. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>, acesso em 13 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.40 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Saúde e Trabalho** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011 a.16 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Programa de formação em saúde do trabalhador** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011 b. 44 p.

_____. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional

de Saúde. Disponível em:<www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>, Acesso em 19 de agosto de 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, Apresentação in. SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa, BARROS, Maria Ellizabeth Barros de. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Org. Ijuí: Ed Unijuí, 2007. 272.p.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**; trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas, 6 ed. Ver. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARVALHO, Yara Maria de. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília, V. VII, p.33-45, 2006.

CASTIEL, Luis David, VALERO, Javier Sanz e SILVA, Paulo Roberto Vasconcellos. **Das Loucuras da Razão ao Sexo dos Anjos: Biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, 188 p.

_____, Luis David; GUILAM Maria Cristina Rodrigues e FERREIRA, Marcos Santos; **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, 134 p.

CAVALCANTI, A. M., OLIVEIRA, A, C. L. de, (Org.) **Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde**. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 2012. 92. Disponível em :<<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/saude-adulto/autocuidado>> acesso em 18 de jul. de 2013

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de Saúde: a perspectiva Entre-disciplinar na Produção dos Atos Terapêuticos In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A., (Org.); **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008, 324 p.

_____, Ricardo Burg, FEUERWERKER, Laura C. M., O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social, **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004

DAGNINO, Evelina (Org.), **Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania**, Anos 90 - Política e sociedade no Brasil, Ed. Brasiliense, 1994, pág. 103-115.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____, Michel. **História da Sexualidade, 3: o cuidado de si**. Trad Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: edições Graal, 1985.

_____, Michel. **A ética do cuidado de si como prática de liberdade**. In.: Ditos & Escritos V – Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2004.

_____, Michel. **A hermenêutica do sujeito**. Trad. Márcio Alves da Fonseca, Salma Tannus Muchail. 2ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRAGA, Alex Branco, **Exercício da Informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**. Campinas, SP: Autores Associados, 2006.

_____, Alex B., CARVALHO, YARA M. de, GOMES, IVAN M.; Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.10 n.3, p. 367-386, Nov. 2012.

<http://www.dicio.com.br/cuidado/>, acesso em 8 de agosto de 2014.

ILLICH, Ivan UnFacteurPathogènePrédominant, L'obsession de lasantéparfaite (A obsessão com a saúde perfeita), Le Monde Diplomatique, mars 1999. Tradução de Roberto Passos Nogueira (2013) disponível em: <www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=4902&idSubCategoria=56> acesso em: 05 set. 2013.

LELOUP, Jean-Yves. **Cuidar do ser: Fílon e os terapeutas de Alexandria**; tradução Regina Fittipaldi, Ephraim F. Alves, Lucia Endilich Orth, Jaime Clasen. Petrópolis, RJ Ed. Vozes, 1996. 150 p.

LUNARDI, V.L., LUNARDI, W.D., SILVEIRA, R.S., SOARES, N.V., Lipinski, J. M.; O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem** 2004 novembro-dezembro; 12(6): 933-9.

LUZ, M., Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil Hoje. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A., (Org.); **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008, 324 p.

MACHADO, F. R. de S., PINHEIRO, R. e GUIZARDI, F.L., *As n Novas Formas de Cuidado Integral nos espaços Públicos de Saúde*. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A., (Org.); **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UerJ, ABRASCO, 2008, 324 p.

MATTOS, R. A. Cuidado Prudente para uma Vida Decente. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A., (Org.); **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008, 324 p.

MERHY, Emerson Elias. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004 (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____, Emerson Elias et. al., **Agir em Saúde: um desafio para o público**, São Paulo: Hucitec (Série Didática), 1997.

MENDES, Jussara Maria Rosa e WÜNSCH, Dolores Sanches, Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul./set. 2011

MINAYO, Maria Cecília, **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis (RJ): Vozes. 2007.

NEGELISKII, Christian. O estresse laboral e a capacidade de enfermeiros do Grupo Hospitalar Conceição. 2010. (Dissertação Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

OLINSKI, Samantha. A Relação entre o Cuidado de Si dos profissionais de saúde e seu ambiente de trabalho: um enfoque nas interações humanas. (Dissertação Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba 2006.

OLIVEIRA, P. A.B. MENDES, J. M. R. As novas perspectivas da saúde do trabalhador. **Tendências do Trabalho**, São Paulo, nº265, p. 13-17, set. 1996.

PASCHE, Dário Frederico. Humanizar a formação para humanizar o SUS in: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p.

_____, Dário Frederico, PASSOS, Eduardo e HENNINGTON, Élide Azevedo, Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública, **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4541-4548, 2011.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. In: DICIONÁRIO da Educação Profissional em Saúde da EPSJV/Fiocruz. 2009. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>> Acesso em: 08 Jul. de 2013.

_____, R. e GUIZARDI, F.L., Cuidado e Integralidade: Por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A., (Org.); **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008, 324 p.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P., Utopias desenvolvimentistas e a política social no Brasil, **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 112, p.729-753, out./dez. 2012.

POLI NETO, Paulo e CAPONI, Sandra, Medicalização, revisitando definições e teorias In: TESSER, Charles D. **Medicalização Social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010.

ROLLO, Adail de Almeida, É possível valorizar o trabalho de saúde num mundo “globalizado”? in. SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa, BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Org. Ijuí: EdUnijuí, 2007. 272.p.

SILVA, Adão Ademir da. O cuidado de si do/a profissional de enfermagem em saúde mental. (Dissertação Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

SILVA, Fabio Herbert da e GOMES, Rafael da Silveira. Cuidado, integralidade e ética: em busca da produção comum. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A., (Org.); **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008, 356 p.

SILVA Jr., Aluisio Gomes da, MERHY, Emerson Elias, CARVALHO, Luís Claudio de. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde in. PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A., (Org.); **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro:UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. 232 p.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa, BARROS, Maria Elizabeth Barros de e GOMES, Rafael da Silveira. A política Nacional de Humanização como Política que se faz no processo de trabalho em saúde, **Interface**, V.13, supl, I, p.603-13, 2009.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa, BARROS, Maria Elizabeth Barros de. A base político-metodológico em que se assenta um novo dispositivo de análise e intervenção no trabalho em saúde in. SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa, BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Org. Ijuí:EdUnijuí, 2007. 272.p.

TESSER, Charles D. **Medicalização Social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010.

TEZOQUIPA, I.H, MONREAL, L.M.A, MARTÍNEZ, P.C., RUBIO, A.M.; *Autocuidado em profesionistas de laSalud y Profesionistas Universitarios*. Universidad de Guanajuato México; v.13, n.3, setembro-dezembro, p. 26-32, 2003,

TRAJANO, Ana Rita Castro, Construindo redes de apoio e valorização dos trabalhadores da saúde, in. SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa, BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Org. Ijuí:EdUnijuí, 2007. 272.p.

ANEXO 1–TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a): Você está sendo convidado(a) a participar da Pesquisa “O CUIDADO E AUTOCUIDADO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA: SANTO DE CASA FAZ MILAGRE?”, que tem como objetivo geral refletir sobre o cuidado e o autocuidado/cuidado de si dos trabalhadores da atenção básica da cidade de Porto Alegre. Sua participação é voluntária em qualquer etapa do processo de pesquisa, sem qualquer prejuízo. Você responderá a um questionário, com duração prevista de 45 minutos. A entrevista será gravada e será mantido sigilo quanto à identificação dos participantes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, e obedece a todas as recomendações éticas e de preservação de sigilo e confidencialidade da identidade dos informantes. Os dados coletados serão utilizados para fins científicos e para qualificação das políticas públicas e serão mantidos, assim como as gravações, sob a guarda do Núcleo de Pesquisa em Saúde do Trabalhador (NEST), e destruídos após 5 (cinco) anos. Serão divulgados dados gerais da pesquisa, de forma a não identificar pessoalmente os participantes. Qualquer esclarecimento ou informação adicional poderá ser obtido com o pesquisador Igor Fanguero da Silva, pelo telefone (51) 8467-3434, ou pelo e-mail: igor_fanguero@hotmail.com. Para esclarecimentos sobre os meus direitos como participante ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso entrar em contato com a Profa. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes, responsável pela pesquisa, através do telefone (51) 3308-5462, ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS, pelo telefone (51) 3308-3629.

Pesquisador: Igor Fanguero da Silva.

Assinatura:_____.

Abdicando dos meus direitos autorais, firmo o presente documento, sabendo que quaisquer dúvidas em relação à pesquisa podem ser esclarecidas pelo pesquisador ou pelo CEP. Eu, _____, aceito participar do estudo acima descrito.

Assinatura: _____. Data ____/____/_____.

Local: _____. Este documento consta em 02 vias: uma destinada ao pesquisador, outra ao sujeito da pesquisa

ANEXO 2– INSTRUMENTO DE PESQUISA

Nome: _____

Contato (e-mail): _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____

Tempo de serviço: _____ anos.

Nome para a pesquisa:

Roteiro:

- 1) Considerando os cotidianos de trabalho na saúde, onde o cuidado é parte do fazer, como realiza este cuidado em tuas ações com os usuários?
- 2) O Autocuidado ou o “cuidado de si” compõem estas ações (com o usuário)?
- 3) Como exercita o “cuidado do cuidador”, do trabalhador, ou seja, teu cuidado?
- 4) Quais os espaços/locais que faz essa busca?
- 5) Como se percebe nessa relação entre a busca por cuidado e autocuidado e a prática profissional na área da saúde?
- 6) Considerando que a Política Nacional de Humanização discute a importância do cuidado e do cuidado do cuidador há dez anos, reconhece alguma contribuição desta ou de algum programa que facilitem/propiciem/possibilitem o cuidado de si E da política de saúde do trabalhador? E da gestão?
- 7) O que idealizaria para facilitar teu cuidado?
- 8) As demandas da Atenção Básica são diferentes comparadas às do hospital. O que pensa que cada serviço pode afetar no cuidado do trabalhador em saúde? Demandas iguais ou diferentes? Quais?
- 9) Espaço para uma fala a mais, um pensamento ou reflexão sobre o tema que não falaste na entrevista.