

CUIDADO EM SAÚDE

Carla Cristina Lima de Almeida

Marco José de Oliveira Duarte

O conceito de cuidado remonta a importantes tradições filosóficas, religiosas e culturais, e a sua trajetória acompanha as mudanças que marcaram as organizações societárias ao longo do tempo. Correntes filosóficas oriundas de diferentes cenários geopolíticos compreendem a existência humana em sua dimensão de interdependência (NASCIMENTO, 2016; BOFF, 1999).

A emersão do pensamento ocidental moderno foi um marco para a hegemonia do conhecimento técnico-científico em detrimento da conexão entre as dimensões ético-político-estéticas do cuidado. Como aponta Foucault (1985, p. 50), o “cuidado de si” em seu alcance geral enquanto “cultura de si” tomou a forma de uma atitude, desenvolveu-se em procedimentos, constituindo um conjunto de práticas e saberes que demarcaram uma “intensificação das relações sociais”. Esse processo está articulado ao aprofundamento do capitalismo que, no seu expansionismo colonial, subjugou violentamente não apenas os povos negros e indígenas como também um conjunto de filosofias e cosmovisões não modernas.

A par desses processos, podemos assinalar que o conceito de cuidado passa a integrar a lógica de atenção em saúde no Brasil, especialmente, a partir de 1988, no bojo da estruturação da saúde como direito, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, no campo da saúde, os sujeitos (trabalhadores, usuários e gestores) operaram as mudanças nas organizações e modelos de atenção e cuidado da saúde, como observado historicamente na área da saúde mental e drogas, mas também como em diversas políticas e programas que imprimiram os princípios da integralidade e da equidade do sistema, não sem disputas de direção, matizes e dimensões sobre a produção do cuidado na saúde.

Afirmar a lógica da produção do cuidado como trabalho em saúde tem sido, para além de uma estratégia discursiva, a necessidade de compreender, ontologicamente, as questões específicas deste modo de agir no campo da saúde. Principalmente porque a centralidade do trabalho em saúde baseia-se, portanto, no processo produtivo do cuidado, ao tomar como pressuposto que este ato produtivo do cuidado é uma atividade humana, seja material ou não material.

É neste sentido que se compreende que toda a atividade humana é um ato produtivo e desta forma, todos(as) trabalhadores(as) da saúde produzem cuidado ao usar das tecnologias de trabalho, dos tipos leve, leve-dura e dura (MERHY, 2002). Estas que são operadas pelos sujeitos e, dialeticamente, pelo mundo do cuidado em saúde, entendida, como trabalho vivo em ato (MERHY, 1997). Este entendimento do agir em saúde é, desta forma, a experiência radical de (re)invenção da saúde como bem público e potência de luta em defesa da vida singular e coletiva.

Desta forma, segundo Franco e Merhy (2012), pode-se afirmar que há um modo específico como cada um significa o trabalho e o cuidado, determinados socialmente, na produção do agir em saúde, seja ele expresso no trabalho prescritivo, repetitivo e *taylorizado*, entendido na lógica do procedimento-centrado, seja ele expresso como trabalho acolhedor,

emancipador (ALMEIDA, 2014) e compartilhado, com estabelecimento de vínculo entre o trabalhador e o usuário (e também autor) do cuidado, na perspectiva assim entendida como usuário-centrado. Contudo, vale ressaltar, que em ambos os casos, “a subjetividade está agenciando as opções para o cuidado. A subjetividade, portanto, é uma das muitas dimensões que compõem o complexo cenário do trabalho em saúde” (FRANCO; MERHY, 2012, p. 152) seja como reprodutora da ordem das coisas, em uma perspectiva curativa, seja como produtora de sentido de vida, em uma perspectiva ampliada de saúde e do processo de trabalho e do cuidado em saúde.

Em se tratando de trabalho vivo do cuidado em saúde, a partir do olhar do trabalho profissional do Serviço Social, tem-se a ideia de que a dimensão material deste cuidado se comporta no uso de tecnologia leve, nas chamadas tecnologias relacionais das práticas profissionais com o conjunto de usuários, contribuindo, assim, para a organização de um modelo técnico-assistencial em saúde que articula os saberes (interprofissionalidade) compartilhados (trabalho coletivo) e que se exerça de modo livre e criativo um modo de produção do cuidado, pautado no acolhimento, na criação e estabelecimento de vínculos, na construção e acompanhamento de projetos terapêuticos, para se garantir e efetivar o direito de todos à saúde.

Ressalta-se que, historicamente, a configuração do modelo de assistência na saúde esteve – e em alguns casos ainda é, se tomamos o modelo privatista – centrada nas tecnologias duras (instrumentos) e leve-duras (técnica), segundo Franco e Merhy (2012), desenvolvendo um processo estruturante da produção do cuidado centrado nos procedimentos, com menores graus de liberdade de seus trabalhadores e usuários, operado por lógicas estruturadas, instituídas e protocolares, típicas do trabalho morto, ou seja, alienado e regulado pelo mundo do trabalho em si.

Assim, o cuidado ganha a forma de um dispositivo de controle, ao ser reduzido aos saberes especializados como parte do projeto de sociabilidade colonial dominante cuja norma é o homem branco, cis-heterossexual e burguês. O cuidado adquire um aspecto moral que por meio da condenação articula um conjunto de estratégias eugenistas e higienistas sobre os corpos de trabalhadores(as) pobres, negros(as) e dissidentes das periferias do mundo.

Os efeitos dessas técnicas são a manutenção de corpos dóceis; a reprodução das desigualdades sociais de gênero, sexualidade, raça e classe; bem como a subalternização de distintas lógicas de viver. As instituições de saúde são um lugar de regulação dessas normas e, em vista disso, ocorre uma permanente tensão entre profissionais e entre estes(as) e usuários(as) dos serviços e suas famílias em torno da sua capacidade ou não de prover cuidados, o que aparece com frequência associado ao julgamento sobre as formas de organização das famílias atendidas.

Nesse percurso, são acionados valores políticos e morais acerca dos comportamentos de mulheres, consideradas na ordem burguesa as principais responsáveis pela organização da vida familiar e pelo atendimento de suas demandas, em suma pelos cuidados de entes familiares. Essa expectativa comprime ainda mais as mulheres negras das classes trabalhadoras, tendo em vista que na condição de provedoras e precariamente inseridas como força de trabalho, apresentam grandes dificuldades de atender as demandas apresentadas pelos equipamentos sociais em torno de cuidados cada vez mais intensificados. Há, portanto, uma divisão sexual e racial do trabalho articulada no trabalho do cuidado.

Gonzalez (2020, p.49-59) sinaliza a sobrecarga de trabalho das mulheres negras, sendo comum terem que enfrentar nas instituições sociais muitas demandas que não consideram suas condições de vida e trabalho, como as exigências das escolas sobre o “rendimento” de seus filhos; ou ainda “acordar mais cedo (três ou quatro horas da “manhã”) para enfrentar as filas dos postos de assistência médica pública, para tratar de algum filho doente”.

Desse modo, sob as condições da organização social capitalista o cuidado precisa ser entendido como trabalho. Não somente pela natureza das atividades como também por sua funcionalidade na produção da vida da classe trabalhadora. Estudos feministas têm denunciado a invisibilização do trabalho realizado na vida doméstica e familiar, a naturalização das mulheres nos trabalhos de cuidado (dentro e fora de casa) e sua desvalorização social. Advogam a ampliação do conceito de trabalho, incorporando a dimensão da produção e reprodução social como inerentes à funcionalidade do sistema capitalista (KERGOAT, 2016; IPEA, 2016; BHATTACHARYA, 2019).

Nas instituições de saúde, esses aspectos se apresentam no cotidiano da assistência quando as famílias são acionadas para efetivarem os acompanhamentos de saúde em casa, nas consultas ambulatoriais ou nas internações hospitalares, sendo retificadas quando porventura não são as mulheres as principais referências do trabalho do cuidado. O cuidado familiar muitas vezes é parte dos protocolos de atendimento, uma vez que se torna coadjuvante de projetos terapêuticos os quais envolvem assistência domiciliar e outras formas de cuidado exercidos majoritariamente por mães, filhas e parentes do gênero feminino (BERNARDO, 2018). Nesse sentido, os cuidados em saúde são cada vez mais delegados às famílias e, conforme Alencar (2004, p. 63) “ressurgem os discursos e as práticas de revalorização da família”, apoiados no conservadorismo que justificam a responsabilidade das famílias na provisão das necessidades de seus entes.

Como apontam Nogueira e Monteiro (2014, p. 151) ocorre um “deslocamento da lógica do cuidado institucional ao cuidado domiciliar”, ao mesmo tempo em que o Estado se ausenta das suas funções. Esse fenômeno tem sido descrito como “familismo”, para designar o lugar que as famílias ocupam nas políticas sociais neoliberais, destituindo do Estado a prerrogativa da proteção social, e por consequência o direito à saúde como um direito social. Ocorre que o familismo das políticas sociais, se articula com a feminilização dos cuidados e a racialização, como vimos apontando anteriormente. A premissa moral de que cabe às mulheres exercer o trabalho do cuidado, desconsidera que as mulheres – marcadas por classe, sexualidade e raça – são atingidas de maneira desigual pelos efeitos da precarização do trabalho, do desmantelamento das políticas sociais e da violência e violação de direitos conduzida pelas práticas neoconservadoras e fascistas que se abatem sobre a sociedade capitalista contemporânea.

Desse modo, o dispositivo de controle acionado por meio do trabalho do cuidado em saúde, além de reafirmar muitos tradicionalismos em relação ao gênero, reatualiza a desumanização da população negra (também da indígena e das pessoas dissidentes de sexualidade e gênero), o que Carneiro (2005) enuncia como dispositivo de racialidade. Com isso, também são negadas as inúmeras estratégias de cuidado e proteção desses sujeitos, o que repercute nas práticas de saúde e nas lógicas de organização do sistema.

Se por um lado, a formalidade instituída do cuidado em saúde limita-se à um nível de atenção do sistema de saúde, a escolha de um procedimento, a um ponto de atenção da rede,

por outro, a dimensão subjetiva e instituinte do cuidado, implica em sentidos, significados, produção de encontros, integralidade, de atender, acolher e respeitar o direito de ser diferente, tanto de usuários como de trabalhadores, a partir dos marcadores sociais, como raça-etnia, gênero e identidade de gênero, sexualidade e orientação sexual, mas também de deficiências ou patologias, de vulnerabilidades e sofrimentos próprios em decorrência de seus territórios existenciais (AYRES, 2004).

De fato, resta-nos estabelecer linhas de fuga de forma organizada frente à captura explicativa pelo modelo biomédico de que o processo saúde-doença e seu adoecimento é instalado no corpo biológico, fazendo patológico e disfuncional. É este o modo hegemônico de se fazer o cuidado em saúde, como temos visto, individualizante em si, enaltecendo medidas morais do cuidado e do autocuidado, reforçando a ordem médica, vai de encontro a um processo de medicalização da vida, associado aos usos indiscriminados de fármacos, reforçando a medicamentação dos sujeitos.

É neste contexto, portanto, que se introduz novos elementos nesse olhar sobre o cuidado, na perspectiva do projeto radical da Reforma Sanitária no seu agir em saúde, como aposta coletiva, produzindo esta ação entre muitos sujeitos e saberes, principalmente, pela materialidade do trabalho coletivo do ato cuidador em equipe (DUARTE, 2004). É nesta direção que emerge uma ética do cuidado que não está descolada da compreensão política e crítica da distribuição desigual, social, histórica e discursiva do processo saúde-doença-cuidado entre os vários grupos populacionais, demarcados socialmente pela diferença, mas também pelos modos de subjetivação e de andar a vida, historicamente determinados.

Como também é na gestão do cuidado e na implementação de práticas assistenciais em saúde, comprometidas e responsáveis pelos usuários nos seus modos de andar a vida singular e coletiva, que se traçam as linhas, os projetos e modelos criativos e potentes das muitas formas de fazer o cuidado com o outro, mas também de si, e que se expressam no cotidiano dos serviços de saúde, nas organizações da sociedade civil, mas também nas instâncias do controle social e de gestão da política de saúde. É sobre uma aposta em um projeto coletivo e plural do bem-viver, entendendo que saúde é democracia em tempos de resistência e de construção. Desta forma, lutar pelo cuidado digno, humanizado e integral em saúde é um direito no Estado democrático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALENCAR, M. M. T. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 90 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Orgs.). Política social, família e juventude: uma questão de direitos. 2ª ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2004.
- ALMEIDA, C. C. L. Saúde e cuidado: elementos para o trabalho com famílias. In: DUARTE, M. J. de O. *et al.* (Orgs.). Política de saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais. Campinas, SP: Ed. Papel Social, 2014.
- AYRES, J. R. de 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. São Paulo, set., 2004.

- BERNARDO, M. H. de J. A produção de cuidados na família e as políticas para o envelhecimento. Em Pauta -Teoria social e realidade contemporânea, n. 42, v. 16, p. 65-80. Rio de Janeiro, jul.-dez., 2018.
- BHATTACHARYA, T. O que é teoria da reprodução social? Revista Outubro, n. 32, p. 99-113. São Paulo, jan.-jun., 2019. Disponível em: <http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2019/09/04_Bhattacharya.pdf>. Acesso em 18 de abr. de 2023.
- BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano – Compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1999.
- CARNEIRO, A. S. A construção do outro como não-ser como fundamento do ser. 2005. 340f. Tese (Doutorado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- DUARTE, M. J. de O. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M.; GAMA, A. de S.; MONNERAT, G. L. (Orgs.). Saúde e serviço social. São Paulo: Cortez, 2004.
- ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO – EPSJV. (Org.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2008.
- FOUCAULT, M. História da sexualidade: o cuidado de si. v. III. 4ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, n. 6, v. 2, p. 151-163. Brasília, 2012.
- GONZALEZ, L. A mulher negra na sociedade brasileira: uma abordagem político-econômica. In: RIOS, F.; LIMA, M. (Orgs.). Lélia Gonzalez: Por um feminismo Afro-Latino-Americano. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2020.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Economia dos cuidados: marco teórico-conceitual. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7412/1/RP_Economia_2016.pdf>. Acesso em 17 de abr. de 2023.
- KERGOAT, D. O cuidado e a imbricação das relações sociais. In: ABREU, A. R. P.; HIRATA, H.; LOMBARDI, M. R. (Orgs.). Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.
- NASCIMENTO, W. F. Aproximações brasileiras às filosofias africanas: caminhos desde uma ontologia Ubuntu. Prometeus, ano 9, n. 21, edição especial, p. 231-245, dez. 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/320930747_APROXIMACOES_BRASILEIRAS_AS_FILOSOFIAS_AFRICANAS_CAMINHOS_DESDE_UMA_ONTOLOGIA_UBUNTU>. Acesso em 18 de abr. de 2023.
- NOGUEIRA, A. C.; MONTEIRO, M. V. Família e atenção em saúde: proteção, participação ou responsabilização? In: SILVA, L.; RAMOS, A. (Orgs.). Serviço Social,

saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional.
Campinas, SP: Papel Social, 2014.