

O Sofrimento Ético-Político e a Reforma Sanitária Brasileira: Algumas Considerações Sobre os Trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família

Ethical-Political Suffering and the Brazilian Sanitary Reform: Considerations About the Workers of a Family Health Unity

DANIEL RANGEL CURVO¹
MARÍSIA OLIVEIRA DA SILVA²

RESUMO

Objetivo: Este artigo teve como objetivo levantar algumas considerações sobre a vivência do sofrimento ético-político de trabalhadores da Saúde da Família em seu processo de trabalho. A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) da cidade de João Pessoa, PB. *Material e Métodos:* Sob a perspectiva da metodologia qualitativa, foram realizadas entrevistas e grupos focais com trabalhadores, assim como observação participante do ambiente de trabalho da USF. Para atingir os objetivos da pesquisa, os dados colhidos foram analisados de acordo com a proposta operativa de Minayo sobre a hermenêutica dialética. Nessa proposta, os dados devem ser interpretados buscando compreender seu significado expressivo e sua determinação histórica, somando, assim, a capacidade comunicativa da hermenêutica e a capacidade crítica da dialética. *Resultados:* Os resultados apresentam a impotência dos trabalhadores perante o cuidado dos usuários como o sofrimento emblemático da pesquisa, ocasionado pela precarização das condições de trabalho. Para superar essa impotência ocasionada pela precarização, os trabalhadores se valem de jeitinhos que a contornem e possibilitem realizar o cuidado com o usuário. *Conclusão:* O estudo aponta que a potencialidade crítica do sofrimento ético-político encontra-se soterrada sob um dever moral assistencialista e imediatista. Por fim, é retomado o aspecto crítico do sofrimento ético-político como um importante fator de mobilização social em defesa da reforma sanitária brasileira.

DESCRIPTORIOS

Política de Saúde. Programa Saúde da Família. Saúde do Trabalhador.

SUMMARY

This article has had the objective of raising some consideration about ethical-political suffering of workers of a family health program in their work process. The research was developed in a Family Health Unit (FHU) in João Pessoa, PB (Brazil). Under the perspective of a qualitative methodology, interviews and focal groups were conducted with workers, in addition to participating observation at their working place in the FHU. In order to achieve the research aims, data collected were analyzed according to Minayo's operative proposal on dialectic hermeneutics. In that proposal, data must be interpreted in view of comprehending their expressive meaning and historical determination, therefore adding the communicative capacity of hermeneutics to the critical capacity of dialectic. Results have shown workers' impotency towards user's care as the emblematic struggle of the research, occasioned by the precarious work conditions. In order to get over the precarious situation, workers find palliative alternatives to make the care of users become a possibility. This study has pointed out that the critical potential of the ethical-political suffering is found dug under an immediate and assistance moral duty. At last, the critical aspect of the ethical-political suffering is brought back as an important factor for social mobilization in defense of the Brazilian sanitary reform.

DESCRIPTORS

Health Policy. Family Health Program. Occupational Health.

1 Psicólogo residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (NESC/UFPB) – período de 2009 a 2011.
2 Professora Assistente III, Departamento de Psicologia da UFPB

O sofrimento é uma experiência do gênero humano, faz parte da vida de todos nós. Quem nunca sofreu? De dor, de amor, de fome... Alguns dizem que se aprende com a dor, que nada de grande se consegue sem esforço e sofrimento. Há aqueles que o enxergam como parte dos desígnios de Deus, como castigo, carma, ou provação. Já outros colocam que o sofrimento não serve para nada, que deveria ser eliminado da vida. O fato é que este afeto existe e, está aí, em abundância, afetando todos nós.

Os ambientes dos serviços de Saúde são, comumente, permeados de afetos como o sofrimento. Em uma Unidade de Saúde da Família (USF), do Sistema Único de Saúde (SUS), os profissionais conhecem e acompanham as famílias que atendem, sabem onde moram, suas condições socioeconômicas, seus projetos de vida. Estabelecendo, assim, fortes vínculos com os usuários dos serviços. Entendemos que este vínculo proporciona a potencialização de um aspecto do sofrimento, o ético-político.

Na tentativa de entender um pouco mais sobre o referido afeto, no contexto das relações de trabalho, realizamos um estudo na USF onde cursamos a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), realizada na cidade de João Pessoa-PB, durante o período 2009-2011. Nessa direção, buscou-se analisar o sofrimento de trabalhadores da Saúde da Família, em seu potencial ético-político. Neste artigo, são discutidos os primeiros resultados apresentados acerca do tema, os quais estão inseridos numa pesquisa mais ampla, desenvolvida dentro da perspectiva do método qualitativo.

A experiência na RMSFC permitiu-nos permanecer, por quase dois anos, vivenciando e trabalhando no cotidiano de uma USF. O sofrimento dos trabalhadores, desde o início, chamou-nos a atenção. Este sofrimento, ao que parece, não chamou apenas a nossa atenção, posto que oito dos vinte e dois trabalhos de conclusão de curso da RMSFC abordaram a questão da saúde do trabalhador de saúde.

Tendo em vista os objetivos do estudo, trataremos, inicialmente, uma definição do que é sofrimento ético-político. Em seguida, veremos como a prática da medicina moderna desconsiderou o aspecto ético-político do sofrimento. Entretanto, observa-se que, partir dos anos 1970, esse modelo de medicina passa a ser criticado. Situação que, no Brasil, irá se configurar como o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira. Sob influência dessa crítica, é instituído na Constituição de 1988 o atual sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, o aspecto ético-político do sofrimento e das práticas de saúde passam a ser valorizados, e os trabalhadores se tornam essenciais

para a consolidação do SUS e a continuidade da Reforma Sanitária Brasileira.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O sofrimento ético-político

Por mais estranho que possa soar inicialmente, o sofrimento é um dos mais importantes e benéficos afetos humanos. Para FREUD (1998; 2004), por exemplo, uma das motivações fundamentais para o surgimento do aparato psíquico é a tarefa de reparar o entorno de forma mais consciente com a intenção de esquivar ou superar situações de sofrimento em seu desprazer. De fato, o sofrimento é uma das grandes forças que retiram o sujeito de uma situação cômoda e o coloca em movimento de interação ativa com a realidade e com a criação.

Porém, a importância e benefício do sofrimento não está em si, mas na possibilidade que abre para a percepção e transformação do entorno e da interioridade do sujeito a fim de melhor entendê-lo e/ou evitá-lo. LEPARGNEUR (1985) chega a destacar um importante papel cultural para o sofrimento:

[...] é verossímil pensar que o espanto diante do sofrimento plantou na mente humana uma interrogação fundamental e primordial. Basta lançar um olhar sobre as literaturas místicas, profanas e religiosas, para se perceber o papel cultural do sofrimento como incentivo da procura que constrói o ser humano (p.214).

O sofrimento pode colocar o humano em processo de questionamento e de busca para respostas fundamentais e situacionais da vida, assim como mobilizá-lo para a ação transformadora. SÖLLE (1996) descreve esse processo em três fases, que variam com a elaboração da capacidade do indivíduo entender e lidar com o sofrimento: “É uma tentativa de pôr em ordem a experiência” (SÖLLE, 1996, p.80).

Na primeira fase, a fase da dor surda, o sujeito precisa aprender a conhecer, escutar a sua dor. Basta conseguir enxergá-la, como num espelho calado. Na segunda fase já é possível começar a refletir sobre o sofrimento, produzir novos entendimentos que geram novos conflitos e queixar-se repetitivamente. Na última fase o sujeito já pode discutir sobre o sofrimento e organizar, inclusive coletivamente, a superação dele.

O conteúdo do sofrimento já pode ser discutido e a libertação ser organizada (fase

3). *Tal processo é em si doloroso, uma vez que aumenta de imediato o sofrimento e desestrutura todos os elementos que a mascaravam. [...] Torna-se um sofrimento percebido, e somente sob essas condições pode surgir o novo questionamento que assim se enuncia: Como organizarei eu a supressão do sofrimento? A manifestação da dor nesta fase torna solidárias as pessoas, ao invés de privatizá-las. O comportamento ativo substitui o meramente reativo, a superação derrota a impotência e – que seja inicialmente através da experiência do fato de que os sofrimentos socialmente produzidos podem ser combatidos – leva à mudança também das estruturas* (SÖLLE, 1996, p.81/82)

Para SÖLLE (1996), a elaboração do sofrimento leva do isolamento e mudez para a solidariedade e transformação. Quando o sujeito elabora o sofrimento, ele se aproxima de sua capacidade humana de intervir sobre a realidade e diminuir sua alienação historicamente construída.

Porém, nem sempre chegamos nesse terceira fase, onde o sofrimento exerce essa função questionadora e potencialmente transformadora. Algumas vezes ocorre exatamente o contrário, o indivíduo acaba por resignar-se com sua situação. Segundo SÖLLE (1996), isto acontece quando o indivíduo se sente impotente e naturaliza a situação de sofrimento tendo-a como inevitável. “Trata-se de uma forma de alienação de si mesmo, o que sociologicamente pode ser caracterizada como ‘ausências de poder e significação’” (p.20), ou seja, o sujeito não reconhece em sua força de transformação qualquer possibilidade de influir na situação dada ou nas causas desta.

O sofrimento resignado está ligado à alienação que o sujeito possui de sua capacidade de intervir na realidade, assim a elaboração desse sofrimento colabora com a superação da alienação (SÖLLE, 1996; SAWAIA, 2009). Uma das vias dessa elaboração se dá pela linguagem, pela comunicação, pela troca com o outro. Com efeito, BIRMAN (2003) ressalta que

[...] o sofrimento é uma experiência essencialmente alteritária. O outro está sempre presente para a subjetividade sofrente, que se dirige a ele o seu apelo e lhe endereça uma demanda. Daí a sua dimensão de atividade, no qual se inscreve sempre a interlocução na experiência do sofrimento (BIRMAN, 2003, p.5).

É próprio ao sofrimento buscar um porquê de

sua presença, um motivo, algum sentido. É isso que o difere da dor - com isso não queremos estabelecer uma separação rígida entre os dois termos, mas sim ressaltar o gradual entrelaçamento da cultura e dos afetos (SAWAIA, 2007; BRANT e MINAYO-GOMEZ, 2004). Na experiência da dor, a subjetividade se fecha sobre si mesma, sem consideração com o outro ou com a cultura (BIRMAN, 2003). Já no sofrimento, prevalecem as dimensões da alteridade, reflexividade e linguagem. Assim, por ser uma espécie de dor com representação simbólica, o sofrimento cria laços discursivos entre os sujeitos e permite que estes partilhem as explicações que possuem sobre a vida que dói, sobre o cotidiano que se deve suportar (BRANT, MINAYO-GOMEZ, 2004).

Quando relacionamos o sofrimento com entendimento, comunicação e ação, entramos também no terreno da práxis e da ética enquanto busca humana pela felicidade pública (SAWAIA, 2009). SAWAIA (2009) ressalta isso colocando que o sofrimento possui um potencial ético-político que “[...] revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social [...]” (SAWAIA, 2009, p.102). Segundo a autora, ao conhecermos o sofrimento ético-político, poderemos

[...] analisar as formas sutis de espoliação humana por trás da aparência da integração social, e, portanto, entender a exclusão e a inclusão como as duas faces modernas de velhos e dramáticos problemas – a desigualdade social, a injustiça e a exploração (SAWAIA, 2009, p. 106).

Esse aspecto ético-político presente no sofrimento é uma sensibilidade voltada à dor do outro, em especial quando esse outro sofre as consequências do modo de produção capitalista (SAWAIA, 2009). O contraponto do sofrimento ético-político é a felicidade pública (ou ético-política) que “[...] é sentida quando se ultrapassa a prática do individualismo e do corporativismo para abrir-se à humanidade” (SAWAIA, 2009, p.105).

O sofrimento ético-político nos parece importante para a busca da melhoria das condições de vida (e de saúde) da maioria da população, pois, além de favorecer um entendimento crítico da situação que gera sofrimento, gera uma relação de empatia entre os que sofrem, facilitando as relações de troca e união para a superação dos sofrimentos. Nesse sentido, comenta SÖLLE, “Somente os sofredores atuarão, por iniciativa própria, na eliminação de situações em que seres humanos ficam expostos a sofrimentos evitáveis e destituídos de sentido, como os relacionados com a fome, a opressão, a tortura” (1996, p.10).

Como veremos agora, a medicina moderna desconsiderou o aspecto ético-político do sofrimento em suas práticas de cuidado. Ao fazer isso colaborou com a criação de sujeitos passivos perante as situações de sofrimento, alienados de sua capacidade de interpretação, mobilização e transformação da realidade.

A desapropriação do sofrimento na medicina moderna

A entrada na era moderna traz mudanças importantes para todas as esferas da vida humana, inclusive para as formas de entender e lidar com o sofrimento. A análise sobre o nascimento da medicina moderna e do Setor Saúde parecem chave para entendermos esse processo. Segundo AROUCA (1975),

[...] analisando o nascimento da Clínica, considera que a medicina reside na relação imediata do sofrimento com o que o alivia, e que esta relação era inicialmente do instinto e sensibilidade, estabelecida pelo próprio indivíduo que sofre, antes de difundir-se em uma rede de relações sociais (AROUCA, 1975, p.152).

O autor vai demonstrar que o advento da medicina moderna desapropriou o sujeito da responsabilidade de lidar com seu sofrimento, colocando-o em uma posição passiva, de não-saber perante seu processo de cuidado. O saber sobre o sofrimento e sobre as formas de lidar com este, foram monopolizados pela classe médica, tornando as populações dependentes diante do sofrimento (AROUCA, 1975; BRANT, MINAYO-GOMEZ, 2004). O sofrimento que tem, em seu processo de elaboração, força para nos retirar da alienação foi, ele mesmo, apropriado e alienado pela medicina.

Essa desvinculação entre o sujeito e sofrimento que a medicina moderna realiza, está relacionada com a concepção positivista de ciência, hegemônica do séc. XIX. Tal concepção prega que para conhecer um objeto é preciso isolá-lo das influências de seu entorno. Desta forma,

[...] o médico precisou abstrair o sujeito, pois sua disposição, temperamento, fala, idade, modos de vida perturbavam a identificação da doença, segundo o desenho nosográfico preestabelecido. [...]. Nessa nova racionalidade, o olhar clínico foi dirigido para o corpo, representado como lugar da doença. Houve um quase silenciamento do paciente que, em vão, tentava falar de seu sofrimento e daquilo

que imaginava ser o seu mal (BRANT, MINAYO-GOMEZ, 2004, p.216).

Esta mentalidade, o modelo médico, é ainda hoje hegemônica e conforma a teoria e prática da maioria dos atuais profissionais da Saúde (FEUERWERKER, 2005). Uma das consequências desse processo é que “Os profissionais tendem, assim, a restringir o seu objeto de intervenção ao corpo doente, distanciando-se da pessoa e de seu sofrimento” (BRASIL, 2005, p.56).

A medicina, conforme se consolidou como explicação moderna para o sofrimento, hegemonizou uma noção de cuidado que desconsidera o sujeito e seu contexto socioeconômico. Assim, a possibilidade crítica e ético-política do sofrimento, que está em sua significação pelo sujeito na relação interpessoal, é descartada. Na medicina (e no setor saúde em geral), o sofrimento se transforma em uma questão estritamente técnica.

Esse processo geral de restrição do sofrimento à doença não deve ser entendido apenas em termos técnicos e metodológicos, pois possui importantes funções econômicas e políticas. Nesse sentido, sabemos que o desenvolvimento da medicina científica contribuiu (e contribui) para a manutenção do sistema capitalista, tanto no sentido de colaborar mantendo em funcionamento o corpo de trabalhadores e amenizar as tensões sociais, como pelos novos mercados de consumo que surgiram em consequência desse modelo – consultas médicas e de outros profissionais, procedimentos, equipamentos, medicamentos, atenção especializada e hospitalar, e assim por diante. Todo esse processo, conhecido como a *medicalização da sociedade*, visa amenizar as mazelas sociais medicalizando algumas de suas expressões (BRASIL, 2005).

BRANT E MINAYO-GOMES (2004), expõe o processo de “transformação do sofrimento em adoecimento” nos ambientes de trabalho como um importante desarticulador dos trabalhadores na luta por melhores condições de trabalho. Essa transformação do sujeito que sofre para o sujeito que adocece equivale a uma transformação do sujeito que opina para o calado e passivo.

O processo de constituição da medicina, enquanto poder disciplinar, colaborou para afastar o ser humano de sua relação com o sofrimento, provocando a redução do sofrimento em adoecimento e retirando seu potencial contestador (BRANT; MINAYO-GOMES, 2004). É nesta lógica de exclusão do sujeito e redução do sofrimento em adoecimento, que nascem as diversas profissões e serviços do que hoje fazem parte do chamado Setor Saúde.

Porém, enquanto construção humana, essa forma de lidar com o sofrimento também é determinada

historicamente e passível de transformações. Com efeito, ela passou a ser sistematicamente contestada a partir da década de 1970. Esse processo de contestação levou, no Brasil, ao desenvolvimento de um movimento social, conhecido como *movimento de reforma sanitária brasileira*.

A reforma sanitária brasileira e a atenção básica

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira surge e se consolida durante a luta contra a Ditadura Militar de 1964 e o processo de redemocratização em meados dos anos 1980. Segundo FEUERWERKER (2005), esse movimento de reforma sanitária possui três ideias-força principais: 1) construção de um modelo de democracia igualitária e participativa, como contra-ponto à ditadura militar que o país enfrentava; 2) ampliação do conceito de saúde, deixando de restringir-se ao corpo doente e tentando perceber e lidar com o humano em sua complexidade singular e histórico-social; 3) crítica às práticas médico-hegemônicas de cuidado, buscando incluir o sujeito de forma ativa e defendendo a saúde como direito de todos, não como mercadoria.

O movimento de reforma sanitária conseguiu garantir na Constituição de 1988 o atual Sistema Único de Saúde (SUS), onde a saúde passa a ser um direito universal garantido pelo Estado. A ampliação do conceito de saúde como mais do que simples ausência de doença, levou a defini-la como a “[...] nossa capacidade de enfrentar os adoecimentos, buscar ajuda e entender o que está ocorrendo, como, ainda, os momentos da vida, nos quais somos capazes de pensar, sentir e assumir nossos atos e decisões” (BRASIL, 2005b, p.29).

Nessa nova concepção, as práticas de saúde passam a buscar um sujeito ativo na forma de interpretar e lidar com o sofrimento e com o adoecimento. Neste contexto, a Atenção Básica/Primária se apresenta como um nível de atenção à saúde muito propício para o desenvolvimento dessas práticas. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), as ações de saúde nesse âmbito, visam utilizar tecnologias de cuidado de elevada complexidade e baixa densidade, focando em ações de prevenção, promoção e educação em saúde.

A Atenção Básica realiza o acompanhamento longitudinal das populações adscritas dentro de um território delimitado, considerado em sua dinamicidade e complexidade. Busca “desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado” e o de “estimular a participação popular e o controle social” (BRASIL, 2006, p.11).

Atualmente, a “[...] Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização conforme os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006, p.11). Em informe sobre a Saúde da Família, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, coloca:

O PSF [Programa Saúde da Família] representa ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde – que engloba tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva – e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida (DAB, 2000, p.317).

Parece-nos bastante significativo e peculiar a proximidade cotidiana que os profissionais da Saúde da Família estabelecem com as condições de vida de seus usuários, com o lugar onde estes habitam, sorriem e choram. A proposta da Estratégia Saúde da Família, ao favorecer o fortalecimento do vínculo entre trabalhador e usuário, a aproximação dos profissionais de saúde do território do usuário, e a interação profissional-usuário como um espaço de construção de cidadania, se apresenta como um terreno fértil para o uso do potencial crítico do sofrimento ético-político.

No entanto, a consolidação desse novo modelo enfrenta diversos interesses, em especial o daqueles que fazem da saúde um objeto de lucro e manutenção da ordem posta, isto é, enfrenta os grandes interesses econômicos e políticos favoráveis às reformas neoliberais que precarizam e desfinanciam as políticas sociais (BRAVO, 2008).

Segundo BRAVO (2008), existem dois grandes projetos para o setor saúde. Um advém da reforma sanitária e tem o SUS como uma de suas estratégias. “Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (BRAVO, 2008, p.101). O segundo projeto está em consonância com a lógica neoliberal de contenção de gastos públicos com as políticas sociais, e a saúde é utilizada como mercadoria geradora de lucro. Sobre a disputa entre os dois projetos, BRAVO ainda comenta:

O Projeto de Reforma Sanitária está perdendo a disputa para o Projeto voltado para o mercado. Os valores solidários que pautaram

as formulações da concepção de Seguridade Social, inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema (2008, p.107).

Assim, mesmo que, no atual contexto da saúde pública se busque ampliar a noção de cuidado para além do corpo e da doença, identificamos que a Reforma Sanitária e o SUS enfrentam desafios que não se restringem apenas ao âmbito de novas tecnologias de cuidado. Segundo BRAVO (2008), para enfrentar esses desafios, faz-se necessário um amplo movimento de massas que avance com propostas concretas frente esses desafios. Nesse sentido, entendemos que o sofrimento ético-político pode favorecer a criticidade e mobilização para um movimento de massas – no qual os trabalhadores da saúde ocupam um importante papel.

O trabalhador da saúde

Diversos aspectos nos levaram a focar a pesquisa nos sofrimentos dos trabalhadores da saúde. Segundo MACHADO (2005), o setor saúde é um dos maiores geradores de emprego da economia brasileira e vem crescendo nesse sentido. O SUS é o grande empregador, e a esfera municipal é a que mais contrata. Porém, apesar da enorme quantidade de trabalhadores no Setor Saúde, pouca atenção foi dada à saúde e à qualidade de vida desses. Essa situação só teria começado a mudar com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação a Saúde, em 2002 (MACHADO, 2005).

Sobre esse descaso com os trabalhadores da saúde, o informe do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da UFMG, coloca que “Con frecuencia se percibe al trabajador de la salud solamente como el instrumento para proveer los servicios y no como un trabajador o una trabajadora, con condiciones de trabajo que influyen en su salud y en su vida” (NESCON, 2008, p.9).

Esse processo de descaso com os trabalhadores da saúde se agravou com as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, em especial na década de 1990, pela implementação das políticas neoliberais que flexibilizaram os direitos trabalhistas e fizeram dos locais de trabalho “arenas competitivas, individualizadas em ambientes pouco saudáveis” (MACHADO, 2005, p.272). Tal processo levou os trabalhadores de saúde a se submeterem a vínculos empregatícios frágeis, baixas remunerações, e condições inadequadas para o trabalho, comprometendo sua qualidade de vida e o produto de seu trabalho (NESCON, 2008).

Hoje se reconhece que “la calidad del cuidado a la salud, depende de la manera en la que el sistema

encara las necesidades y la subjetividad de los trabajadores en el ejercicio de sus tareas” (NESCON, 2008, p.10/11). Está cada vez mais claro que a efetivação de um ou outro dos projetos de saúde (direito x mercadoria) tem nas posturas dos trabalhadores da saúde um momento decisivo. Dentro dessa perspectiva, MACHADO coloca:

É preciso enfrentar os efeitos deletérios da política neoliberal que se impôs na década de 1990, provocando o desestímulo, a perda do sentido de carreira profissional, a precarização do trabalho, entre outros males a serem combatidos. Pensar hoje a questão dos recursos humanos significa pensar aqueles que são os protagonistas da Reforma Sanitária, aqueles que detêm a técnica, o saber e o trabalho a serem postos a favor da população brasileira (MACHADO, 2005, p.278).

Uma ação recente para se pensar a saúde do trabalhador de saúde é a criação de uma Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS que, dentre outras coisas buscará

[...] o reconhecimento da interconexão entre a saúde do trabalhador e diversos aspectos relacionados às relações de trabalho, como a existência de planos de carreiras, cargos e salários, e a desprecarização dos vínculos de trabalho. Também o reforço sobre a realização de uma gestão democrática nos locais de trabalho, com a participação ativa dos trabalhadores e suas representações é aspecto reforçado no texto (VAZ, 2011, s/p).

A saúde do trabalhador de saúde ou, mais especificamente, a capacidade dos trabalhadores interagirem com seus sofrimentos e com os sofrimentos dos usuários será determinante na qualidade de serviço. O informe do NESCON (2008) nos atenta para o fato do trabalhador da saúde funcionar como um mediador entre as demandas dos usuários e as finalidades do sistema de saúde.

Uma característica importante do trabalho em saúde é que ele se dá em relações interpessoais, em especial trabalhador-usuário e intraequipes (trabalhador-trabalhador). Essas relações e encontros são permeados por sofrimento e esperança, gerando uma alta carga afetiva. Nesse contexto relacional são, ao mesmo tempo, produzidos e consumidos os procedimentos de saúde (BRASIL, 2005).

No trabalho em saúde, “Precisamos inventar,

cada um à sua maneira, formas para não nos deixarmos petrificar e não desaprendermos a ver e ouvir afetos e vivências” (BRASIL, 2005, p.83), ou seja, não se deve deixar-se condenar pela dor e sofrimento do outro, mas também não podemos nos cegar em relação a isso. Acreditamos que seja necessário uma boa capacidade elaborativa do próprio sofrimento para que o trabalhador possa lidar de maneira adequada com o sofrimento do outro, principalmente quando se trata de fazer emergir o potencial crítico do sofrimento ético-político.

A análise de DEJOURS (1996) sobre o sofrimento no processo de trabalho, parece indicar um importante caminho para o desenvolvimento da capacidade elaborativa do sofrimento. Para o autor, o sofrimento dos trabalhadores em seus ambientes de trabalho é essencial para a compreensão da saúde e da motivação desses, assim como para a melhoria da qualidade do trabalho executado.

Para que o sofrimento seja fonte de prazer e motivação no trabalho, e não fonte de mais-sofrimento e desmotivação, é importante haver um espaço de palavra, de partilha e elaboração do sofrimento. Diz-nos DEJOURS, “[...] a transformação do sofrimento em iniciativa e em mobilização criativa depende fundamentalmente do uso da palavra e de um espaço de discussão onde perplexidades e opiniões são públicas (1996, p.170).

Esse momento para a palavra é espaço para o (re)conhecimento mútuo entre os trabalhadores, para a troca de suas experiências, dificuldades, medos, sofrimentos, perspectivas, ou seja, para que um trabalhador possa ver o outro como um ser humano que também sofre e que está sob as mesmas condições de trabalho - um espaço para o afeto, para troca do sofrimento ético-político. Porém, esse processo de reconhecimento e resignificação não bastam para a transformação do sofrimento em iniciativa e mobilização criativa. Como observa MENDES (2010): “Transformar o sofrimento implica ação política sobre a organização do trabalho, espaço de deliberação e reconhecimento do trabalho como uma atividade coletiva” (p.25).

Entendemos que num espaço como esse, o sofrimento em seu caráter ético-político ganha possibilidades maiores de análise e elaboração, podendo contribuir para o enfrentamento concreto e coletivo das questões levantadas por tal afeto. Assim, a realização desse potencial depende de como o trabalhador convive com os sofrimentos vivenciados durante seu processo de trabalho. Tendo em vista as considerações feitas buscamos, no presente estudo, investigar como esses trabalhadores vêm reagindo às situações de sofrimento no processo de trabalho.

METODOLOGIA

Método significa o modo de se proceder para se alcançar determinado fim. No campo científico, um método proporciona, ao sujeito pesquisador, meios de acesso aos objetos pesquisados e a realização dos objetivos de uma pesquisa. Desta forma, são os objetos e objetivos de uma pesquisa que indicam os métodos, técnicas, instrumentos e formas de análises que devem ser utilizados (MINAYO, 2007).

Em nossa pesquisa, da qual este artigo é um dos frutos, tivemos como objetivo compreender um pouco mais sobre as reações dos trabalhadores, da USF onde realizamos a RMSFC, quando confrontados com situações de sofrimento ocasionadas pelo processo de trabalho. Este foi um objeto de difícil acesso, e para entrar em contato com ele nos valemos dos *métodos qualitativos*.

Segundo MINAYO (2007), os métodos qualitativos se aplicam ao estudo de “[...] produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (p.57). No caso, buscamos compreender um pouco mais sobre as interpretações que os trabalhadores da USF realizam de seu sofrimento.

Os métodos qualitativos reconhecem a implicação social de suas pesquisas e a influência da subjetividade e posição ideológica do pesquisador, opondo-se ao mito da neutralidade científica. Com efeito, DESLANDES E GOMES (2007) colocam que a pesquisa qualitativa demarca a posição ideológica do pesquisador e que este tem como objeto as interpretações e práticas de sujeitos concretos e historicamente situados.

Reconhecendo a complexidade da vida humana, outra característica importante desse método é ampliar o leque de instrumentos e técnicas de pesquisa, assim como o leque de aportes teóricos para a análise dos dados colhidos (DESLANDES, GOMES, 2007). Quanto mais ângulos da realidade e do objeto for possível incluir na pesquisa e na análise, mais detalhada e completa ficará a percepção do pesquisador.

De forma ampla, a pesquisa qualitativa “[...] consiste num conjunto de práticas materiais e interpretativas que tornam o mundo visível” (DESLANDES; GOMES, 2007, p.103). É importante ressaltar que as pesquisas realizadas sob o método qualitativo admitem tanto a impossibilidade da apreensão completa do objeto como reconhecem que todo resultado da pesquisa será influenciado pela subjetividade do pesquisador, que focará e analisará os dados colhidos conforme seus valores e suporte teórico (MINAYO, 2007).

Nesse sentido, visando obter uma maior fonte de dados acerca do objeto investigado em nossa

pesquisa, utilizamos as seguintes técnicas de coletas de dados: observação participante; grupos focais; e questionário. MINAYO (2007) destaca a importância da estratégia de observação participante que, de forma resumida, consiste na presença do pesquisador no ambiente de pesquisa, participando do cotidiano e das relações próprias desse espaço, modificando e sendo modificado por elas - em nosso caso, já acontecia antes mesmo no início da pesquisa por meio da RMSFC e foi, inclusive, dessa experiência cotidiana na USF que surgiu o tema do sofrimento para ser pesquisado.

Para MINAYO (2007), a observação deve estar atenta aos fatos que não aparecem por meio dos instrumentos formais de entrevista, como conversas informais, gestos, festas, crenças, hábitos, etc. A autora recomenda o registro de tais fatos em um *diário de campo*, e assim foi feito.

Outra forma de aproximação do objeto foram os grupos focais. Segundo FLICK (2009), as pesquisas realizadas em grupo aproximam-se mais das relações reais do cotidiano, colocam em roda as diversas opiniões possibilitando troca e transformação, balanceiam o exagero em falas individuais, e aumentam a complexidade dos dados obtidos. Nas entrevistas do tipo grupo focal, “[...] a ênfase recai sobre o aspecto interativo da coleta de dados. A marca que define os grupos focais é o uso explícito da interação do grupo para a produção de dados e *insights* que seriam menos acessíveis sem a interação verificada em um grupo” (FLICK, 2009, p.188).

Nessa perspectiva, foram realizados três encontros de grupo focal com temas pré-definidos e com participação de cinco pessoas. Os critérios de escolha desses cinco participantes foram: serem de Equipes de Saúde da Família diferentes, por terem maior tempo de trabalho na ESF, envolverem maior diversidade de categorias profissionais, e apresentarem disponibilidade para a participação do grupo focal.

No primeiro encontro foram trabalhadas as principais situações de sofrimento vivenciadas no trabalho. No segundo encontro foram expostos os resultados dos questionários e discutidos. Finalmente, no terceiro encontro foram pensadas formas de enfrentamento dos sofrimentos vivenciados. Quanto ao questionário foi proposto para ser respondido por todos os trabalhadores, e teve como objetivo levantar os principais sofrimentos e as formas de reação frente a eles.

Para a análise do material coletado através das diferentes técnicas e instrumentos, foi adotada a *abordagem hermenêutico-dialética* (MINAYO, 2007). Somando a capacidade crítica da dialética e a capacidade compreensiva da hermenêutica, Minayo (2007) apresenta uma proposta operativa segunda a qual a

interpretação dos dados dar-se-á em dois níveis. Um primeiro onde se busca conhecer as determinações fundamentais (o contexto sócio-histórico do objeto pesquisado) e como o objeto se insere nesse contexto. Sendo o segundo “[...] o ponto de partida e o ponto de chegada de qualquer investigação: é o encontro com os fatos empíricos [...]” (MINAYO, 2007, p.355).

Como recomendado, esta pesquisa foi aprovada (Protocolo CEP/HULW nº. 523/2010. Folha de Rosto nº. 371097) pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba e obedeceu a resolução 196/96 do SISNEP. Os procedimentos de coleta de dados foram realizados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido feita pelos sujeitos participantes da pesquisa, que tiveram seu anonimato preservado por meio do uso de nomes fictícios nas transcrições.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme realizávamos colheita e análise dos dados da pesquisa, se revesaram diversos temas e enfoques para este artigo. Só foi possível defini-lo com certo grau de violência sobre a diversidade, recortando artificialmente seu movimento, conforme o artigo foi sendo escrito.

O tema do sofrimento do trabalhador da saúde chamou atenção logo quando passamos a conviver com pessoas que trabalham nessa área, ao ingressarmos na RMSFC. Às vezes aparecia como uma espécie de piada sarcástica: o trabalhador da saúde adoecendo... Como um “rir pra não chorar”. Isso desde o início pareceu um recurso para lidar com o sofrimento adoecedor e, ao mesmo tempo, um sintoma de que os trabalhadores não se sentiam capazes de mudar tal situação geradora de sofrimento.

O sofrimento numa USF advém de diversas fontes, e não cabe nesse artigo esgotá-las – nem acreditamos que conseguiríamos se tentássemos. O cenário da pesquisa foi uma Unidade Integrada de Saúde da Família, na qual quatro equipes de Saúde da Família e uma Equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde ocupam um mesmo imóvel e dividem algumas salas – como de citológico, vacina, farmácia, reunião, entre outras. Trabalham aproximadamente de 70 profissionais, das diversas categorias que compõem uma equipe de Saúde da Família – incluindo equipes de Saúde Bucal e Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Por se localizar distante de outros serviços de saúde, a USF, inaugurada em março de 2008, é um dos mais importantes equipamentos sociais de sua redondeza, com uma população adscrita em torno de 4.200

famílias. Como ressaltamos na fundamentação teórica, o próprio processo de trabalho no Saúde da Família favorece a criação de vínculo e implicação com o usuário. Só quem já teve a experiência das visitas domiciliares pode constatar esse fato: o encontro com o espaço doméstico do usuário nos coloca em contato com seu mundo privado, íntimo, com as relações familiares e com os vizinhos, as condições da casa, a condição socioeconômica, o saneamento do bairro, etc.

A impotência perante o cuidado como sofrimento emblemático

Durante nossa residência na USF, foi muito comum alguns trabalhadores “desabafarem” sobre o quanto sofriam no trabalho. Diversos eram os motivos. Mas um deles parece-nos emblemático, talvez o mais doído e constante, e se referia às situações em que os trabalhadores não conseguiam resolver o problema de saúde de um usuário com o qual tivessem estabelecido vínculo. Esse sofrimento também apareceu nos questionários e nos encontros de grupo focal (GF). Com efeito, no GF a primeira situação de sofrimento relatada foi

Lana: [...] quando o paciente chega pra mim, que eu não posso resolver aquilo que o paciente me pede. Muitas coisas que o paciente necessita, mas que eu não disponho pra o paciente, entendeu?

Logo em seguida outros trabalhadores continuaram:

Júlia: Tem a questão assim, que as vezes você se sente impotente pra resolver

Lana: Com certeza.

Júlia: Essa sensação de impotência é um dos maiores sofrimentos que tem dentro da saúde. Porque as coisas nunca dependem só da gente. Depende de algo mais e esse algo mais é sempre feito, as vezes, da forma que eles acham que deve ser melhor. Enquanto que nós aqui, que estamos na ponta... Aqui é que a gente sabe como é que as coisas acontecem realmente. Então eu acho que o maior sofrimento é a sensação de impotência.

Pedro: De impotência... Também concordo, plenamente.

Tanto no exemplo de Lana quanto no de Júlia, a impotência vem por conta de algo que eles não dispõem, que não depende deles. A explicação da impotência

devido questões que fogem da governabilidade foi uma constante. No caso, de Lana se referia à falta de equipamentos e insumos adequados para o cuidado; e de Júlia à falta de autonomia das equipes para organizar o processo de trabalho.

Referências importantes e sintomáticas das condições e organização do trabalho em saúde, a falta de materiais para os procedimentos e a gerência vertical certamente possuem raízes históricas determinadas. Sem a intenção de aprofundar a questão, podemos indicar a falta de materiais como um dos frutos da lógica neoliberal de precarização das políticas públicas (BRAVO, 2008); e a pouca autonomia para a organização do trabalho tendo raízes na organização taylorista de trabalho (CAMPOS, 2007).

As dificuldades nas relações interpessoais favorecendo a impotência da equipe

Diversos outros fatores surgiram para explicar a impotência em realizar um cuidado de qualidade com o usuário da USF. Um deles está relacionado às dificuldades interpessoais entre os trabalhadores. Essas dificuldades colaboram com a desunião da equipe, desarticulando o processo de trabalho e diminuindo a potência de intervenção dela. O ambiente de trabalho apareceu permeado por intrigas e fofocas. Como eles referem, está em funcionamento a *rádio corredor* ou *rádio correio*:

Pedro: O que é pior aqui nessa unidade, além da desunião...

Andreia: ...é a rádio correio

Pedro: ...é a rádio correio.

Por meio dessa *rádio* se espalham comentários depreciativos entre e sobre os profissionais da USF, fortalecendo o clima de desunião. Um agravante aparece na fala de Andreia, segundo ela além dos profissionais se depreciarem,

Andreia: [...] tem a questão também do profissional com o usuário... Porque quantas das vezes o usuário chega aqui pra meter o cacete em determinado profissional e... - eu vou citar meu exemplo mas não foi comigo não, que eu não gosto - eu dou ouvido àquele usuário e em seguida eu também ajudo ele a meter o cacete no outro, no profissional. E aquilo ali, Pedro, não vai ficar só nele, não. Porque ele vai falar com o vizinho, vai falar com a família, ele vai denegrir o seu nome para a população em peso. E aí é quando se vem aquela coisa assim, que a

enfermeira não presta, que é isso, é aquilo. Porque eu, como colega de trabalho, como equipe, ajudei aquele usuário - que não foi solucionado o problema naquele instante - a meter o cacete em Pedro.

A postura do profissional em depreciar seu colega foi desencadeada porque *não foi solucionado o problema* [do usuário] *naquele instante*. No caso relatado, parece que foi mais fácil tornar-se cúmplice do usuário e denegrir o colega, em vez de buscar explicações mediadoras entre os dois, fortalecendo a equipe. Esta postura de culpabilizar um profissional pelos problemas não resolvidos é uma fala muito comum no dia-dia da USF, em especial quando se refere às dificuldades de consultas que não estejam agendadas ou sejam de usuários de outra das equipes da USF integrada.

Este “uso” que fazem da enfermeira (no exemplo colocado por Andreia), nos parece a eleição de um bode expiatório, próximo ao que Bauman comenta sobre os criminosos que acabam servindo de

[...] válvula de escape para uma ansiedade longamente acumulada. [...] sempre que a discórdia está disseminada e difusa, sem alvo definido, quando grassam a desconfiança e hostilidade mútuas, o único avanço ou recuo possível rumo a solidariedade, a um habitat seguro – solidário – é escolher um inimigo comum e unir forças num ato de atrocidade comunitária contra um inimigo comum. Somente a sociedade dos cúmplices é (enquanto dure) garantia contra a hipótese de que o crime seja definido como crime e punido de acordo (BAUMAN, 2000, p.18/23).

Guardada as devidas proporções, observamos que o profissional que não *solucionou o problema* é colocado como autor de uma espécie de crime, como um vilão no qual se possa *meter o cacete* impunemente, graças à cumplicidade existente entre o profissional e o usuário. Essa cumplicidade faz com que os dois examinem a realidade de forma parcial, condenando o outro profissional e fazendo-o digno de escárnio. De acordo com BAUMAN (2000), num mundo onde as “[...] durezas e sofrimentos contemporâneos são fragmentados e dispersos; e assim também a dissensão que eles geram” (p.22), a possibilidade de descarregar agressividade em alguém é uma importante forma de gerar solidariedade e união.

É como se, naquele momento, o mais importante não fossem os motivos da demora, mas sim a eleição de

um alvo para descarregar agressividade e dar algum sentido ao sofrimento. O que queremos ressaltar nesse trecho é que a desunião entre os profissionais e a falta de entendimento sobre as reais causas da não solução do problema do usuário, fizeram com que, num momento de fragilidade um membro da equipe se voltasse contra outro. Entendemos que esse tipo de atitude diminui a força da equipe em *solucionar* os problemas e ainda pode colocar a população contra um profissional.

A desunião como reflexo da sociedade de mercado

Essas dificuldades nas relações interpessoais dos profissionais da USF foram generalizadas, durante o GF, como sendo “falta de ética”. Conversando sobre os motivos dessa “falta de ética” nas relações entre os profissionais, os próprios trabalhadores esboçaram algumas explicações. Dentre estas, destacamos um rico diálogo que, segundo pensamos, toca em uma das principais causas da desunião dos trabalhadores – a fragilidade do vínculo empregatício e a concorrência no mercado de trabalho.

Após Júlia ter colocado que essa “falta de ética” ocorria pela falta de educação de berço, Pedro coloca:

Pedro: Mais eu discordo também, Júlia. Eu disse que você pode ter a melhor criação do mundo, você pode... todos nós somos gente boa, ninguém aqui tem índole ruim. Mas eu estou dizendo assim, é o próprio local de trabalho que induz a você fazer algumas coisas.

Andreia: É, contamina...

Lana: É eu também acho...

Pedro: É como chega as coisas aqui. Por exemplo, [...] eu acho que a partir do momento em que você trabalha em um ambiente como esse, que você não tem estabilidade no emprego - que é uma coisa que pesa. Ai, por não ter esta estabilidade e por você não ser respeitado enquanto profissional...

Lana: é verdade...

Júlia: Sempre você vai querer ser o melhor para se garantir

Pedro: ...sempre você vai ta querendo ser... Eu acho isso sabe?

Graça: Você acendeu uma luz agora...

Pedro: Como assim?

Graça: Porque eu vinha perguntando, como Daniel, como influência, o porquê disso. Gente o porque dessa competitividade? Mas agora você clareou um pouquinho a ideia...

[...]

Pedro: Porque assim, você aqui mata um leão por dia. Você tem que provar que você é bom sempre...

Graça: É uma selva, viu?

Pedro: É uma selva. Você tem de provar que você faz seu trabalho, que está tendo resolubilidade, que você é pessoa ativa...

Júlia: Vai atingir indicador.

Pedro: Vai atingir indicador, fazer isto, fazer aquilo. Se você não faz coloca outra pessoa no seu lugar. E todo final de ano tá todo mundo aqui com os cabelos arrepiados: quem vai sair desta vez?

Esse trecho do GF é uma rica síntese das condições de trabalho no capitalismo contemporâneo. A instabilidade no emprego é uma das questões marcantes de nossa época e, segundo BAUMAN (2000), dificulta a formação da identidade e do senso crítico do sujeito que, cada vez mais, se submete cegamente às imposições do mercado. ADORNO, HORKHEIMER (1978) comentam que “[...] a sociedade burguesa desenvolveu um dinamismo social que obriga o indivíduo econômico a lutar implacavelmente por seus interesses de lucro, sem se preocupar com o bem da coletividade” (p.55). Talvez possamos inferir que não só a USF é uma selva onde se mata um leão por dia; o capitalismo (selvagem) está regendo nosso dinamismo social e fomentando a *guerra de todos contra todos*.

A desarticulação da rede de saúde como entrave

Um último elemento que destacaremos, dentre aqueles levantados pelos trabalhadores para explicar a impotência perante a necessidade de cuidado do usuário, é a experiência que relataram a respeito dos outros níveis de atenção da rede de saúde. Esta rede apareceu como sendo insuficiente e mal articulada, não dando suporte e continuidade ao cuidado dos usuários encaminhados pela USF. Um exemplo colocado pelos trabalhadores foi a situação de um senhor que há dois meses é mandando de um hospital para o outro e não consegue ter um atendimento digno, que investigue as causas de seu problema. Apenas é medicado e mandado de volta para a USF, onde aparece novamente com o mesmo problema:

Lana – Este paciente está aqui toda semana, e tem semana de ele vir duas ou três vezes na unidade, ser colocado no SAMU para levar e no dia seguinte..., já aconteceu de ele ir hoje e amanhã cedo, de manhã, ele está aqui na

unidade de novo, no mesmo horário e com o mesmo problema...

[...]

Lana - Mas aí é que está o problema da rede, a rede joga de volta para o PSF, como Graça colocou agora. Porque vai para hospital? O hospital tem a solução mas não resolve..

Graça- E por que não investigar a causa, né?

Lana- Justamente, o hospital não tem ferramentas para isso? Porque ele não resolve o problema daquela criatura.

O funcionamento inadequado da rede faz com que o usuário volte à Saúde da Família com seu problema agravado, ocasionando mais sofrimento no usuário e nos trabalhadores que estabeleceram vínculo com ele. Como nas situações anteriores, acreditamos ser insuficiente explicar a desarticulação da rede de saúde como consequência do posicionamento de alguns indivíduos. Uma razão histórica para isto pode ser dada olhando o próprio surgimento da rede pública de saúde, em especial durante o surgimento do complexo médico-hospitalar na Ditadura Militar de 1964, desenvolvido visando principalmente o lucro (BRAVO, 2008).

Uma resposta recorrente dos trabalhadores frente às situações de sofrimento

Durante a experiência na USF, percebemos diversos profissionais implicados em resolver os problemas dos usuários. Realizam isso com a comunidade por perto, na correria do cotidiano e, em muitas vezes, sob a urgência do sofrimento e do perigo de morte. No trecho abaixo os trabalhadores comentam sobre suas posturas pró-ativas e ressaltam que, mesmo com os limites dados pela precarização das condições de trabalho, os profissionais se esforçam, superam as *picuinhas*, dão *nó em pingo d'água* para oferecer cuidado a quem precisa:

Pedro – Eu acho, eu acho que o profissional se esforça.

Lana – Com certeza.

Júlia – Quantas vezes que a gente faz coisas no dia-dia que não tem subsídio para fazer?!

Graça – É o famoso dar nó em pingo d'água.

[...]

Júlia – As vezes o consultório está com alguma coisa quebrada, a gente pega de um e

leva pro outro, dá um jeitinho pra atender o usuário.

Daniel – Sempre quebrando o galho?

Júlia – É... Digamos, não tem o receituário azul, um está sem o médico, mas o outro médico tem lá e dá um jeito..

Lana – Uma não tem folha de encaminhamento, a outra tem... é... laudo de APAC, a outra tem... sai dividindo.

Andreia – As vezes não tem água, vamos buscar água...

Lana – É, tudo aqui dá um jeitinho, é o famoso jeitinho brasileiro é o PSF M.V.

[...]

Andreia – Enfim...

Lana – A gente sofre mas...

Andreia – A gente é unido pra essas coisas, eu acho que não tem picuinha nesse momento...

Lana – De ajudar, é...

Lana – ...que alguém tá precisando e a gente ir lá fazer o socorro.

Daniel – E dai assim, parece que vários dos exemplos que vocês trouxeram foi algumas coisas que é falta de condições de trabalho, né? Faltou água, faltou uma receita, faltou...

Lana – Isso... Mas, a grande população não fica prejudicada pela falta do produto, né, do material.

Apesar de vermos nesse trecho a mobilização de um grupo para o socorro de alguém que sofre, não podemos cair no erro de esquecer que essa mobilização é um *jeitinho* para contornar a precarização das políticas de saúde. Sabemos que quando o usuário chega com uma queixa grave, é preciso tentar todos os *jeitinhos* para oferecer-lhe o cuidado que necessita. O problema não é se mobilizar para remendar as falhas advindas da precarização das políticas públicas, mas sim ficar apenas nisso, *apagando o fogo*, resolvendo as demandas imediatas e não conseguindo se organizar para reivindicar e organizar melhores condições de trabalho.

Ao que percebemos, a mobilização dos trabalhadores acontece mais por uma obrigação moral em ajudar o próximo na imediatas sufocante do cotidiano, do que por uma clareza crítica de sua situação de trabalho e das condições de saúde da população. Acaba-se realizando uma moralização das questões enfrentadas, tendendo a despolitizá-las, e desmobilizar os trabalhadores e população para um enfrentamento mais organizado, para além da necessidade imediata. Essa postura acaba por naturalizar a ordem social posta (a regida sob o mercado capitalista), e incentivar ações

que apenas amenizem suas consequências, sem a perspectiva de transformação radical por meio da luta de classes – potencial cabível à classe trabalhadora (BARROCO, 2008).

Assim, além de explorar mais uma vez o trabalhador, fazendo com que ele *remende* as falhas das políticas públicas por meio de seu esforço e criatividade, tal postura acaba por substituir a noção de direito universal à saúde como uma conquista histórica por uma espécie de sacrifício benevolente dos trabalhadores em prol dos mais necessitados. IAMAMOTO (2006) é quem nos alerta para essa questão:

A atual desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais desloca a atenção à pobreza para a iniciativa privada ou individual, impulsionada por motivações solidárias e benemerentes, submetidas ao arbítrio do indivíduo isolado, e não à responsabilidade pública do Estado. As consequências de transitar a atenção à pobreza da esfera pública dos direitos para a dimensão privada do dever moral são: a ruptura da universalidade dos direitos e da possibilidade de sua reclamação judicial, a dissolução de continuidade da prestação dos serviços submetidos à decisão privada, tendentes a aprofundar o traço histórico assistencialista e a regressão dos direitos sociais (IAMAMOTO, 2006, p.3).

Nesse sentido, lembramos a ressalva de Pedro Demo em relação à solidariedade. Segundo ele há, na sociedade atual, um uso assistencialista e capcioso da solidariedade, tornando-a contraditória e gerando, mesmo “[...] em posturas que se querem honestas, efeito contrário à revelia, à medida que provoca subalternidades imperceptíveis e não menos eficazes” (DEMO, 2002, p.12). Segundo o autor, é preciso manter-se sempre crítico e auto-crítico em relação à solidariedade, para que ela não se realize de modo perverso. O mesmo se aplica ao sofrimento ético-político, que pode ocultar sob o discurso ético, uma proposta político-ideológica de moralização das consequências sociais do capitalismo e com isso fortalecer esse sistema econômico. *De boas intenções o inferno está cheio*, diz o dito popular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o exposto, vimos que o principal sofrimento apresentado pelos trabalhadores da USF se referia à impotência em resolver o problema de saúde

do usuário. Levantamos, então, diversos fatores que promoviam essa impotência e que eram, ao mesmo tempo, geradores de novos sofrimentos: condições de trabalho; gerência vertical; desunião e depreciação entre os trabalhadores; rede desarticulada; foram alguns deles. Depois expusemos um relato de comportamento pró-ativo dos trabalhadores perante a falta de condições de trabalho, ressaltando seu risco ideológico e assistencialista.

Com os dados levantados, percebemos que esses sofrimentos não podem ser adequadamente entendidos sem levar em consideração a conjuntura atual da cultura e da economia capitalista. Muitos dos constrangimentos que os trabalhadores sofrem advém de um processo histórico-social mais amplo, relacionado com as políticas macroeconômicas de cunho neoliberal. Mesmo os constrangimentos referentes às relações interpessoais ganham nova luz quando levamos em consideração o processo de concorrência por emprego no mercado de trabalho atual somado às precarizações dos vínculos trabalhistas.

Pudemos perceber em nossa pesquisa que, sem que os trabalhadores tenham um entendimento crítico e auto-crítico sobre os entraves que impossibilitam a realização do cuidado que querem prover aos usuários, o sofrimento ético-político tende a promover explicações e ações moralistas e/ou imediatas, fazendo com que as causas histórico-sociais dos entraves permaneçam intocadas. Tal lógica faz com que, ao tentarem superar a impotência perante os limites externos impostos ao cuidado, os trabalhadores acabem camuflando a precarização das políticas públicas e a violência estrutural da sociedade regida pelo mercado capitalista e, com isso, fortalecendo a própria impotência e resignação dos trabalhadores.

Quando se trata de superar os sofrimentos ético-políticos devemos agir com reflexão e crítica, pois eles revelam “[...] as formas sutis de espoliação humana por trás da aparência da integração social [...]” (SAWAIA, 2009, p.106). Mas como abrir espaços para a reflexão crítica desse afeto? Nos parece que algo como *reconhecer o inimigo* contra quem se luta, é momento chave na superação crítica do sofrimento ético-político. Nesse sentido, acreditamos que o processo descrito por SÖLLE (1996) para a elaboração do sofrimento, e a

proposta de DEJOURS (1996) para transformação do sofrimento em mobilização criativa, nos indicam importantes caminhos.

Nas questões referentes ao setor Saúde, o uso saudável, por assim dizer, do sofrimento ético-político, além de melhorar o ambiente de trabalho, a saúde e a capacidade de produção dos trabalhadores, abre um importante canal de diálogo entre os trabalhadores e os usuários. Acreditamos que essa troca, a tentativa de criar explicações e enfrentamentos conjuntos para a superação dos sofrimentos ético-políticos, favorece a formação de empatia entre os trabalhadores e usuários. Vemos essa relação empática como uma possibilidade de “[...] estimular a participação popular e o controle social” (Brasil, 2006, p.11) na Atenção Básica e com isso fortalecer o processo de reforma sanitária brasileira.

O setor Saúde, enquanto uma das políticas públicas essenciais, se apresenta como mais um importante espaço de mobilização política e luta contra as iniquidades da sociedade capitalista. RODRIGUEZ NETO (2003), chama atenção para a possibilidade de construção de nexos que façam do Sistema de Saúde um dos mediadores na criação de consensos numa sociedade de classes e, assim, instrumento para lutas políticas que transcendam os limites do setor. Entendemos que as considerações com o sofrimento ético-político podem colaborar na construção desses nexos.

Não há dúvidas de que este tema – o sofrimento ético-político dos trabalhadores da Saúde da Família – merece ser mais explorado. Realizamos nesse artigo uma primeira aproximação, dentro dos nossos limites e capacidades. Talvez cheguemos à conclusão que ele abre mais questionamentos do que respostas. De toda forma, a investigação sobre esse afeto mostrou-se uma importante via para pensarmos os desdobramentos da economia capitalista na subjetividade. No caso dos trabalhadores da Saúde da Família, o que se destaca nessa primeira aproximação é a existência de um potencial ético-político ambíguo e sem autoconsciência que pode tanto continuar colaborando com o uso do setor saúde como mantenedor da ordem capitalista vigente, quanto pode favorecer a continuidade e o aprofundamento da Reforma Sanitária Brasileira na busca de uma sociedade mais justa, democrática e saudável.

REFERÊNCIAS

1. ADORNO T, HORKHEIMER M. Indivíduo. *In: Temas básicos da Sociologia*. Trad. Álvaro Cabral. 2. ed. São Paulo: Cultrix; 1978, p: 45-60.
2. AROUCA A. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. [Tese] Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1975. 197p. Disponível em / Available in: <http://teses.iciet.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf> acesso em 12/11/2010.
3. BARROCO M. *Ética e Serviço Social – fundamentos ontológicos*. 6. ed. São Paulo, Cortez, 2008, 224p.
4. BAUMAN Z. *Em busca da política*. Trad. de Marcus Penchel, 1. Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000, 213p.
5. BIRMAN J. Dor e sofrimento num mundo sem mediação. *In: Resumos do congresso Estados Gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial, realizado entre 30/10 e 02/11 de 2003*, Rio De Janeiro, 2003, 1-7p. Disponível em / Available in: http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/5c_Birman_02230503_port.pdf Acesso em 11/11/2010
6. BRANT LC, MINAYO-GOMES C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica a psicodinâmica do trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1): 213-223, 2004.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente: trabalho e relações na produção do cuidado em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
8. BRASIL Ministério da Saúde. *Saúde e doença: dois fenômenos da vida-Curso de formação de facilitadores de educação permanente – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005b.
9. BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
10. BRAVO M. Política de Saúde no Brasil. *In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. MOTA, et al., 3. ed., São Paulo: Cortez; Brasília, 2008, 88-110p.
11. CAMPOS G. O Caráter anti-Taylor do método. *In: Um método para análise e co-gestão de coletivo: a constituição do sujeito, a produção d valor de uso e a democracia nas instituições: o método da roda*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, 21-40p.
12. DAB – Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 34(3):316-319, 2000.
13. DEJOURS C. Uma nova visão do sofrimento humano das organizações. *In: O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. Org. CHANLAT J. Trad. RODRIGUES AM, 3. Ed. São Paulo: Ed. Atlas. 1996, 149-174p.
14. DEMO P. Introdução. *In: Solidariedade como efeito de poder*, 2. ed. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire, 2002, 9-13.
15. DESLANDES S, GOMES R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. *In: Pesquisa qualitativa em serviços de saúde*. Org. BOSI M, MERCADO-MARTÍNEZ F, 2. ed., Petrópoles: Vozes, 2007, 99-120p.
16. FEUERWERKER L. Modelos technoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface*. 9(18): 489-506, 2005.
17. FLICK U. Grupos focais. *In: Introdução à pesquisa qualitativa*. Tradução: COSTA JE, 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009, 180-193p.
18. FREUD S. El Malestar en la cultura. *In: Obras completas*. Vol. XXI. Buenos Aires: Amorroutu, 1998, 57-141p.
19. FREUD S. Formulações sobre os dois princípios do acontecer psíquico. *In: Escritos sobre a psicologia do Inconsciente: volume 1*. Coordenação Geral da Tradução Luiz Alberto Hanns, Rio de Janeiro: Imago Ed., 2004, 63-77p.
20. IAMAMOTO M. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo, 1-37p. Disponível em / Available in: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf Acesso em 10/10/2010.
21. LEPARGNEUR H. *Antropologia do sofrimento*, 1. ed. São Paulo: Editora Santuário Aparecida, 1985, 255p.
22. MACHADO MH. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na reforma sanitária. *In: Democracia e Saúde: história e perspectivas do SUS*. Org. Nísia Trindade Lima, et al., Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, 257-281p.
23. MENDES A. Prazer, reconhecimento e transformação do sofrimento no trabalho. *In: Trabalho e Saúde: O sujeito entre emancipação e servidão*. Mendes, A (org.) 2ªreimpressão. Curitiba: Juruá, 2010.
24. MINAYO M. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2007, 406p.
25. NESCON. *Condiciones de salud y trabajo en el sector salud*. Org. ASSUNÇÃO A, ROSALES C, BELISÁRIO S, 1. ed. Belo Horizonte : Nescon – Núcleo de Educação m Saúde Coletiva, 2008, 38p.
26. RODRIGUEZ NETO E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*, Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2003, 260p.
27. SAWAIA B, *O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão*. *In: As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Org. SAWAIA B, 9. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009, 97-118p.
28. SÖLLE D. *Sofrimento*. Trad. ALLGAYER AE, 1. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996, 189p.
29. VAZ CA. *Saúde do trabalhador do SUS terá Política Nacional: entrevista com o coordenador de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, Carlos Augusto Vaz, no dia 23/02/2011*. *In: Revista Proteção*. Disponível em / Available in: http://www.protecao.com.br/site/contenut/noticias/noticia_detalhe.php?id=Jay5AJyA>Acesso em / Access in: 29/05/2011.

CORRESPONDÊNCIA

Daniel Rangel Curvo
Rua João Nantes Junior, 453. Ribeirania
14096-260 Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil

E-mail

danielcurvo@gmail.com