



História, Ciências, Saúde - Manguinhos

ISSN: 0104-5970

hscience@coc.fiocruz.br

Fundação Oswaldo Cruz

Brasil


Faria, Lina; de Castro Santos, Luiz Antonio
As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar
História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 18, diciembre, 2011, pp. 227-240
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138058012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar

*Healthcare professions: a
critical analysis of care*

Lina Faria

Docente do curso de graduação em Fisioterapia/
Universidade Gama Filho; fisioterapeuta intensivista do Hospital
Estadual Adão Pereira Nunes.
lina@compuland.com.br

Luiz Antonio de Castro Santos

Professor-associado do Instituto de Medicina Social/
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
lacs@ims.uerj.br

Condomínio Village Itaipava, casa 19
25745-071 - Petrópolis - RJ - Brasil

Recebido para publicação em junho de 2010.
Aprovado para publicação em agosto de 2011.

FARIA, Lina; CASTRO SANTOS, Luiz A.
As profissões de saúde: uma análise
crítica do cuidar. *História, Ciências,
Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro,
v.18, supl. 1, dez. 2011, p.227-240.

Resumo

Discute a atuação de enfermeiros e fisioterapeutas no Sistema Único de Saúde, particularmente do Programa de Saúde da Família. Examina a emergência de novas profissões e a redefinição da atuação de tradicionais profissões de saúde. Destaca os desafios do trabalho multiprofissional e interdisciplinar na formação das novas gerações de profissionais de saúde e em suas práticas, em busca da humanização do cuidar de forma universalista, integrada e de boa qualidade. A saúde coletiva tem contribuído nesse sentido, ao articular-se com outras áreas de conhecimento das ciências humanas. Outras vezes os campos do cuidar tendem a negligenciar qualquer tipo de intercâmbio com as ciências humanas, voltando-se unicamente para uma interlocução com as ciências biomédicas.

Palavras-chave: cuidar; fisioterapia preventiva; enfermagem; saúde da família; Brasil.

Abstract

The article focuses on the activities of nurses and physical therapists within Brazil's Unified Health System (Sistema Único de Saúde), especially the Family Health Program. With the appearance of new professions and redefinitions in the practices of traditional healthcare professions, the subsequent multi-professional, interdisciplinary type of work has presented challenges when it comes to training new generations of healthcare providers, all part of an endeavor to humanize care and provide universalist, integrated, high-quality services. Collective health has contributed to this effort by networking with other fields of knowledge and human sciences. Healthcare fields have also sometimes tended to disregard any type of exchange with the human sciences, preferring to limit interactions to biomedical fields.

Keywords: care; preventive physical therapy; nursing; family health; Brazil.

Sou mais sensível a mim mesmo ao acompanhar o crescimento do outro, da mesma forma que o músico está mais em sintonia consigo quando se deixa tomar pelas necessidades da música.

Milton Mayeroff (1971, p.10)

Este artigo aborda o tema do cuidar como processo fundamental da atenção à saúde e requisito indispensável da formação em fisioterapia e enfermagem. É nesse campo que estão em foco, além da prevenção e de seus ‘grandes números’, os cuidados com pacientes, tomados em sua individualidade inalienável. Busca-se abrir um leque de questões, do ponto de vista conceitual, sobre a organização social do cuidado, em relação à doença, à cura e à morte como ‘atos organizacionais’ (Chambliss, 1996). Papéis, instituições e contextos organizacionais – do hospital ao trabalho de saúde pública, seja na metrópole ou em um posto de saúde rural – são produtos de interações sociais, envolvem grupos de interesse, conhecimentos especializados, ocupações e profissões, hierarquias, conflitos e alianças, negociações e imposições. Os enunciados ‘fortes’, entre as políticas, programas e estratégias mais recentes no campo da saúde, concentram-se nos propósitos de humanização do cuidar, no direito à atenção integral, universal e equitativa. No entanto, basta acompanharmos o dia a dia nos noticiários, sobretudo das grandes cidades, para termos ciência da luta dramática da população brasileira para buscar, sem sucesso, uma atenção digna e integral. Há processos sociais de exclusão e marginalização aí envolvidos, particularmente no tocante à ‘organização social do cuidar’, que têm sido negligenciados em análises e documentos substantivos e programáticos de estudiosos e formuladores de políticas. O presente artigo pretende, em seu foco central e em alguns de seus desdobramentos, analisar e detalhar tais dimensões e processos que, a nosso ver, exigem profunda revisão e reflexão.

No terreno da exclusão, estão em jogo os instrumentos de análise que remetem à estrutura de classes e a dimensões e processos históricos que, em cada país, conduzem aqui a graus de vulnerabilidade, ali à total marginalização. Há problemas candentes na organização social do cuidar que, por assim dizer, são anteriores à luta pela atenção equitativa. Referimo-nos ao próprio sentido, ou significado, do cuidar, que exige um esforço de análise e interpretação calcado no instrumental sociológico de uma fenomenologia do cuidar. Em outras palavras: há desafios para os programas e profissionais de saúde que se somam à superação da exclusão e que se relacionam, diretamente, à própria natureza do cuidar.

Considere-se, desde logo, a natureza da relação entre o médico e o paciente, tema recorrente na literatura. Não apenas em países sob ritmos recentes de modernização do complexo médico-hospitalar, como é o caso brasileiro, mas também em hospitais e ambulatorios de quaisquer países, a perda de prestígio do clínico e o crescente distanciamento entre médico e paciente são indiscutíveis. Stanley Reiser (1978), em livro clássico sobre a evolução da medicina ocidental, descreve os processos de longa duração que conduziram àquela perda de prestígio: “Os médicos modernos, mais do que homens e mulheres em quaisquer outras profissões que envolvem serviços a pessoas, são obrigados agora a usar tecnologias intimamente, continuamente e com expertise. O médico tornou-se um protótipo do homem tecnológico” (p.10).¹

Desde o pós-guerra e dos grandes avanços da tecnologia médica, a mão que cura (*the healing hand*) dos médicos clínicos não faz sentido para os especialistas que utilizam tecnologias sofisticadas. O caso da Aids marcou um ponto de inflexão nos EUA e no Canadá e logo em outros países: os depoimentos de doentes terminais, durante a década de 1980, expressavam justamente o apreço pela mão que cuida (*the caring hand*), isto é, o 'toque humano' das equipes de enfermagem e visitadoras voluntárias, que marcavam sua presença de um modo diferente da equipe médica e de especialistas (Fox, Aiken, Messikomer, 1999). O sociólogo Talcott Parsons (1969) mencionava um hiato de competência (ao qual chamou *competence gap*) entre o profissional e o 'leigo'. Esse hiato, por certo, também se verifica no interior de outras profissões. Ressaltamos aqui o hiato entre o profissional e o paciente: a distância crescente; o não envolvimento, favorecido pela relação hierárquica; o enquadramento ou *framing* do paciente pelo médico, como se fosse aquele tão somente um quadro nosológico.

A literatura, no campo da enfermagem, sugere pontos de superação do dilema apresentado pelo binômio especialização/distanciamento (Kirschbaum, 2007; Barreira, 1999). A relevância do cuidar é a palavra-chave que parece indicar uma das possibilidades de superação, ou mesmo o convívio enriquecedor diante da tensão entre os dois elementos desse binômio. Possivelmente a proposta de pesquisa-cuidado (Neves, Zagonel, 2006), que replica em certa medida a preocupação, antiga nas ciências sociais, com a pesquisa-ação, também procura enfrentar os desafios da atenção médica, a partir de uma compreensão da dinâmica entre pesquisa, teoria e práticas em enfermagem.

Ainda assim, há um problema constitutivo das profissões (Freidson, 1975, 1998), que é a existência da hierarquia entre profissionais no mundo do trabalho. Parsons (1969) já se mostrava sensível a esse ponto, muito antes que a sociologia das profissões se tivesse projetado, por meio de autores catalisadores como Eliot Freidson. De acordo com Parsons, "a ação efetiva em sistemas coletivos complexos necessita a diferenciação ao longo de um eixo de liderança e acompanhamento, ou uma relativa concentração de autoridade e poder" (p.136). O problema que logo se coloca é como evitar, na organização concreta do cuidar, que o exercício da autoridade profissional implique dominação e subordinação. Conforme nos revela a história da profissão da enfermagem no Brasil, e de fato em todo o mundo (Castro Santos, 2008), essa posição de dominância e 'concentração relativa de autoridade e poder' (para retomarmos as palavras de Parsons), exercida pelos médicos diante das equipes de enfermeiros, se consolidou particularmente no espaço dos grandes complexos hospitalares.

Uma estratégia de defesa, por parte da profissão de enfermagem, resultou na busca de territórios de competência compartilhados com o poder médico: a ênfase na gestão, isto é, a preocupação com a preparação de quadros para as atividades de liderança e coordenação. Aqui temos um dos muitos desafios confrontados pela profissão: ao tempo que a enfermagem procura defender-se da *professional dominance* exercida pelos médicos criando espaços de disputa (Freidson, 1975, 1998), a ênfase na gestão abre uma brecha em suas defesas na outra ponta da atividade – no cuidado com o paciente. Há por certo saídas ou caminhos alternativos que superam o dilema entre 'gestão' e 'cuidado'. O debate terá de levantar as possibilidades de construção dessa oposição em outros termos, fugindo às

ideologias profissionais da moda. (Aludimos à verdadeira torrente de cursos e programas de gestão que caracteriza as profissões de saúde no momento.)

Com efeito, nossa experiência nos cursos de pós-graduação em saúde e sociedade, no decorrer da última década, revela uma situação paradoxal. O cuidado – objetivo precípua do complexo profissional de que falava Parsons Talcott (1969) ao discutir a atenção à saúde – tem sido por não poucos, particularmente pelos alunos, avaliado como atividade ‘menor’, diante da atividade supostamente superior da gestão hospitalar ou da gestão de recursos humanos de saúde. Nas discussões realizadas em nossos cursos, temos apontado em outras direções, procurando superar aquele aparente paradoxo.

Primeiramente, a força da medicina humanizada e integral dependerá, no futuro próximo, da capacidade dos profissionais médicos de alcançar o cuidar do doente – e não apenas da doença – como valor primordial para a atenção no processo saúde/doença. Em segundo lugar, cabe-nos refletir sobre a dualidade constitutiva da formação do campo da enfermagem. Referimo-nos à diferenciação crescente entre o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem, que terá de ser de algum modo superada, no longo prazo. Há fortes indícios de uma perigosa clivagem ocupacional e hierárquica nesse processo, que data de várias décadas e que vem sendo enfrentada, apenas recentemente, em relatórios e propostas de trabalho da Organização Pan-americana de Saúde (Malvárez, Heredia, 2005). Tudo indica que a separação entre o auxiliar que cuida e o enfermeiro que administra ou exerce posições de chefia terá de ser reavaliada. De algum modo, a manutenção do vínculo direto entre enfermagem e pacientes está em questão e não pode ser perdida – ou se perderá com ela o compromisso com valores comuns, como o apreço pelo toque humano (*the caring hand*), o sentido de respeito, confiança e obrigação moral que deve prevalecer no interior da enfermagem e da profissão médica. Impõe-se a superação do distanciamento crescente entre paciente, por um lado, e médico e enfermeiro, por outro, como condição para o resgate do atendimento integral, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (Brasil 1994, 2000, 2001).

Uma área da saúde que se consolida

Como se coloca a fisioterapia em relação a esse campo complexo das profissões do cuidar? Seu papel na busca de soluções para tais dilemas será fundamental. O profissional fisioterapeuta, mesmo ao contar com importantes técnicas e recursos eletroterapêuticos – a exemplo da eletroestimulação neuromuscular (Bevilaqua-Grossi, Pires, 2002) –, não pode prescindir do cuidado e da empatia.² O ‘cenário do cuidar’ (Carvalho et al., 2009) pede a direta relação verbal, o tocar, o sentir, o motivar o paciente. A fisioterapia pode colaborar ativamente com as demais profissões da atenção à saúde: o fisioterapeuta necessita estar junto ao paciente para que este supere a perda de movimento; para fazer (res)surgir nele a motivação para realizar tarefas e minimizar suas limitações. O comando ‘direto’ do fisioterapeuta, verbal ou gestual, e a aprendizagem processual ou declarativa do paciente são dinâmicas interligadas e necessárias. A aprendizagem processual é inconsciente, automática. As profissões do cuidar e do curar em geral contam com tais processos para a recuperação do paciente, no entanto os caminhos da humanização do cuidar – hoje

defendida e difundida nos hospitais públicos e nos programas de saúde da família – passam por outro tipo de aprendizagem, particularmente relevante no cuidado: o reforço da memória, o movimento consciente, pensado, elaborado, funcional; a atitude reflexiva por parte do paciente e do profissional; a construção de uma matriz comunicativa e interativa.

A chamada fisioterapia preventiva ou comunitária (Byrne, Hardy, 2005) recebe aqui atenção especial: quais valores, condutas, programas e estratégias devem ser cultivados e difundidos, de modo a gerar, no interior das equipes multiprofissionais, um foco privilegiado sobre a dimensão humana e ética nos processos do cuidar e/ou do curar?

A prevenção e a assistência à comunidade têm-se destacado entre as atribuições do fisioterapeuta, nos diversos níveis de atenção à saúde. Se a recuperação e a cura são imperativas na atenção à saúde, a fisioterapia preventiva atua para criar condições para a qualidade de vida. A prevenção de complicações deve estar presente em todas as fases: no diagnóstico, no tratamento, na recorrência da doença e nos cuidados paliativos. A saúde da família, no Brasil, tem permitido aos profissionais de fisioterapia participar ativamente da construção de uma atenção primária à saúde – que se quer ampla e integral³ – e maior proximidade dos novos profissionais com as classes populares e necessitadas das cidades e do campo. A proposta de humanização do cuidado e a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica fazem da chamada Estratégia de Saúde da Família um projeto de transformação do modelo assistencial vigente (Brasil, 1997). Tal projeto, instituído em 1994 no processo de consolidação do SUS, como modelo desenvolvido fundamentalmente pelos municípios⁴, abria a possibilidade para práticas focalizadas nos propósitos do cuidar e no direito à atenção integral (Viana, Dal Poz, 2005, p.230). A participação do fisioterapeuta na Saúde da Família e em ações de cuidados em saúde, seja no nível primário, secundário ou terciário, é condição primordial para a concretização de uma assistência fisioterapêutica humanizada e universalista.⁵

É importante definir três níveis de aplicação de medidas preventivas, para entendermos melhor o papel desse profissional. O nível primário de prevenção é aplicável durante o período de pré-patogênese, ou seja, quando o organismo ainda se encontra em equilíbrio. Nesse nível, importam as ações que evitem condições ou situações que levem à perda do equilíbrio, tais como educação sanitária, nutrição adequada, condições adequadas de trabalho, habitação adequada, exames periódicos e campanhas de orientação sobre temas específicos. O nível secundário refere-se à ação sobre organismos já com alterações funcionais – é o período de patogênese. Nesse momento, ações realizadas com o objetivo de diagnosticar precocemente possíveis sequelas e estabelecer medidas terapêuticas adequadas poderão proporcionar um novo patamar de equilíbrio ao organismo. Finalmente, o nível terciário de prevenção é estabelecido quando o indivíduo, após passar por outros estágios, permanece com uma sequela e/ou uma incapacidade que necessitam ser minimizadas para se evitar invalidez parcial ou total (Deliberato, 2002, p.6-7).

Nos três níveis de atuação, o cuidado, por meio do toque, é fundamental. O ideal de serviço do fisioterapeuta está centrado no bem-estar do paciente e na qualidade da assistência. Cuidar, desde a contribuição historicamente consolidada pela enfermagem, significa tratar do paciente como um todo, considerando o contexto social, psíquico, familiar e os aspectos culturais. Na equipe multiprofissional, enfermeiros e fisioterapeutas devem buscar,

pelo contato com o paciente – pela empatia, pela compreensão, pela escuta –, o alívio da dor e do sofrimento. Na relação fisioterapeuta/paciente, como na relação desse profissional com os demais, as práticas ou ‘tecnologias’ empregadas não podem prescindir do acompanhamento e do cuidado no processo de reabilitação (Chizzoti, 2003). O olhar do profissional de saúde, nesse sentido, deve ser totalizante, buscando uma assistência que procura ir além da doença e da técnica.

As possibilidades de intervenção do fisioterapeuta junto ao paciente não se restringem à reabilitação de organismos lesionados. O modelo reabilitador, que por várias décadas orientou a atuação desse profissional (Rebelatto, Botomé, 1999), vem sendo reavaliado.⁶ Atualmente, a prevenção de problemas e a promoção de saúde passaram a fazer parte do leque de atuação do fisioterapeuta. Não basta a utilização de recursos terapêuticos específicos – como a cinesioterapia e os recursos terapêuticos manuais. Compete ao profissional aliar-se aos demais membros da equipe da Saúde da Família na promoção de campanhas educativas sobre a higiene, a alimentação e o corpo, fundamentais na prevenção de várias patologias. Essa concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença. Cabe ao fisioterapeuta o desafio de redirecionar sua própria prática e compreender a dimensão social de sua atuação, para capacitar-se “como um profissional de saúde de forma mais global” (Véras, 2002, p.192).

A humanização do cuidado – na assistência hospitalar, na assistência domiciliar, nos serviços de saúde e nos cuidados paliativos – é uma meta, um objetivo que deve estar presente no dia a dia da atividade profissional. Ceccim e Merhy (2009, p.534) lembram que estudos recentes “têm mostrado resultados interessantes na disputa por modos mais efetivos de atender nos serviços de saúde: a humanização dos cuidados em saúde; a integralidade; o cuidado como a alma dos serviços de saúde; o acolhimento como rede de conversações; as práticas de saúde como projeto de felicidade; a atenção integral como escuta à vida; saúde e cidadania de braços dados, entre outras designações” (p.534). São iniciativas, frisam, que muitas vezes buscam substituir modalidades correntes nas práticas de atender e, eventualmente, rompem com ‘ordenamentos profissionais e do trabalho’. Os autores fazem uma crítica às ‘condutas do tipo diagnóstico prescrição’ e chamam a atenção para formas diferentes de cuidar entre os profissionais, “parecendo – muitas vezes – que uns cuidam e outros não, ou que uma dada equipe de saúde ocupa-se do cuidado e outra não” (p.534). Na visão de Suely Deslandes (2004, p.29), humanizar o cuidado é reconhecer os direitos do paciente e democratizar as relações que envolvem o atendimento. Segundo a autora, a humanização é a antítese da incomunicabilidade. Uma relação verdadeiramente terapêutica é aquela na qual a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente é incentivada e valorizada (p.28-29).

“Integralidade e prudência andam juntas”, acentua Mattos (2001, p.50). A prudência, como virtude do cuidar, é proposta por Mattos ao prescrever o “uso judicioso e prudente das técnicas de intervenção” (p.50; grifo nosso). Não residiria, talvez, justamente na denominação técnicas – que pode remeter a tecnologias disciplinares – um dos muitos desafios que enfrentamos? Não deveríamos adotar e propor, não técnicas, mas procedimentos ou práticas que traduzam a necessária habilidade artesanal⁷ no cenário do cuidar? Os problemas do distanciamento não seriam, em grande parte, uma imposição do mundo

da técnica, do fazer impessoal? Cabe, mais uma vez, à equipe multiprofissional, em que fisioterapeutas e enfermeiros têm papel primordial, promover uma mudança na cultura organizacional de atendimento em saúde, abrindo caminhos que possam tentar superar a incomunicabilidade. A prudência se coloca diante de cada profissional no sentido proposto pelo pensador espanhol setecentista Baltasar Gracián (2003, especialmente p.49-58): uma arte cultivada em direção à integridade, ao respeito ao outro e a si.

A atuação em equipe

À diferença do profissional da enfermagem, que tem inserção antiga nos níveis de atenção à saúde, o fisioterapeuta deve ainda conquistar e consolidar seu lugar. Experiências em algumas regiões brasileiras mostram que a inserção da fisioterapia na Estratégia de Saúde da Família enriquece e desenvolve os cuidados de saúde da população (Sampaio, 2002a, 2002b; Freitas, 2002; Vêras, 2002; Rezende, 2005; Barbosa et al., 2010). É importante ressaltar, no entanto, que a atuação do fisioterapeuta nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e em outras áreas da atenção à saúde é uma prática recente. Sua inserção se dá ainda de forma lenta. Em vários municípios, é possível constatar que as ações profissionais se restringem ao trabalho nos consultórios ou clínicas particulares. Poucos fisioterapeutas atendem por meio do SUS. A área de atenção primária ou básica é recente. Os serviços de fisioterapia são fortemente vinculados aos serviços médicos e aos níveis secundário e terciário.

No Brasil, antes mesmo de sua regulamentação, o campo da fisioterapia teve algum destaque por ocasião dos surtos de poliomielite, no início da década de 1950. Por levar à paralisia e atrofia de músculos, afetando, sobretudo, as crianças, a atuação fisioterapêutica diante da enfermidade se fez necessária não só no Brasil, mas em várias partes do mundo, igualmente atingidas pela pólio (Barros, 2008). Ampliaram-se, desde então, os campos de atuação profissional. A oncologia foi outro exemplo importante, particularmente na área hospitalar, em que o tratamento do câncer teve significativa evolução (Teixeira, Fonseca, 2007). Além da oncologia, as áreas de intervenção fisioterapêutica incluíram ortopedia, neurologia, cardiologia, angiologia, reumatologia, pediatria, ginecologia, geriatria, pneumologia e, mais recentemente, cuidados paliativos na morte hospitalar (Fulton, Else, 1997).

Ressalte-se que a atuação abrangente e a acumulação de experiência profissional redirecionam o campo de atenção. O fisioterapeuta deve atuar, progressivamente, em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo a prevenção, a promoção e a recuperação, com ênfase no movimento e na função. Ele tem adquirido prestígio profissional, tem sido cada vez mais reconhecido como ator importante nos serviços de saúde e tem conquistado reconhecimento legítimo nas equipes e núcleos de apoio. No entanto, à semelhança do que ocorre com os profissionais da enfermagem, o papel que ocupa diante da autoridade médica deve ser fortalecido e estimulado, em sua atuação em ambulatorios, consultórios, centros de reabilitação, centros de saúde, na Estratégia de Saúde da Família e nas atividades de ensino de graduação e pós-graduação. Por certo, a legitimidade da profissão não atende apenas à norma legal; diante da população, o impacto público dos profissionais tem condicionantes sociológicos e culturais que operam de modo a sedimentar ou fragilizar seus papéis sociais.

Se considerarmos os obstáculos que afetam em especial a contribuição do fisioterapeuta à saúde da população, a deficiência de cursos para a formação de um novo profissional está entre eles. São poucos os currículos que abrigam disciplinas como introdução à saúde coletiva, fisioterapia preventiva, fisioterapia aplicada à atenção básica à saúde, fisioterapia na saúde da família, fisioterapia em saúde pública, educação e promoção da saúde, inclusão social e epidemiologia. Poucos visam a uma atuação profissional socialmente significativa, com enfoque na necessidade de saúde das pessoas e na dignidade humana. Essas disciplinas são relevantes para conformar um padrão universalista, que permite ao profissional capacitar-se tanto para o atendimento hospitalar como para o trabalho num centro ou posto de saúde. Nesse contexto, a formação dos profissionais da saúde deve contemplar não apenas a qualidade do conhecimento, mas, no entender de Rangel (2009, p.61-62; grifo do original), as “relações *humanas* que presidem todos os atos, decisões e práticas dos educadores e seus alunos, assim como dos profissionais da área de saúde, entre si e com os usuários dos seus serviços”. O profissional formado com a convicção das implicações sociais de suas ações assume sua prática com competência e qualidade. Os fisioterapeutas encontram-se diante do desafio de lutar por práticas docentes que atendam a uma formação mais crítica, mais reflexiva e voltada para a mudança social e para os programas de assistência à comunidade.⁸ As Diretrizes Curriculares Nacionais e o Código de Ética Profissional são os primeiros passos nessa direção.

O caminho a seguir

O balizamento das ciências humanas aponta para interessantes ângulos de análise e superação dos dilemas do distanciamento em relação aos pacientes. De que modo uma pedagogia do cuidar pode incluir o paciente, como sujeito ativo, consciente, ‘impaciente’, no interior do chamado complexo profissional abordado por Parsons? Quais são os fundamentos (e limites) da atitude solidária que institui as práticas do cuidar? Respeito ou compaixão entre profissionais e pacientes hospitalizados? Solidariedade ou piedade na atenção individual à saúde da família? (Caponi, 2000).

Esses desafios e orientações para a ação são, a rigor, a um tempo prévios e simultâneos à prática do cuidar: configuram uma atitude internalizada e exteriorizada pelo cuidador, como lembraria Mayeroff (1971). Isso significa que não bastará ao profissional procurar a doença, a disfunção, ou a anomalia (ou ainda sua ausência, a partir de uma normalidade previamente definida).⁹ Mais que isso: diríamos que não apenas um profissional em particular, mas todos deverão estar imbuídos da necessária empatia para buscar ou considerar, em cada paciente, o conjunto de suas necessidades para o cuidar ou para o autocuidado. Esse ponto deve ser enfatizado: falamos de uma ética política que dê sentido ao próprio cuidar, à prática cotidiana de todo profissional de saúde, independentemente de sua formação ou de sua inserção específica no sistema hierárquico de funções e responsabilidades.¹⁰

A Estratégia de Saúde da Família no Brasil tem favorecido uma assistência universalista e humanizada – as equipes têm atuado, de forma significativa, mesmo em comunidades com dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Entretanto, não se pode pensar, apesar dos indicadores estatísticos favoráveis, que a assistência à saúde e a prestação de serviços

deixaram de ser um problema. Para tanto, faz-se necessário conhecer as principais características do atendimento da Saúde da Família, nos vários municípios e regiões brasileiros. No futuro, será importante recuperarmos a trajetória da atuação profissional de enfermeiros e fisioterapeutas, destacando a importância de seu trabalho na saúde pública e, em particular, no SUS e na Estratégia de Saúde da Família, áreas em que tais ocupações ocupam graus de autonomias mais altos, em relação ao 'poder médico'. Tais programas e sistemas vêm permitindo a consolidação e a prática compartilhada de profissões até então desconsideradas – como a própria fisioterapia – e uma redefinição da atuação das tradicionais profissões de saúde.

Retomemos a reflexão sobre o campo da fisioterapia. A área de cuidados paliativos, na qual o cuidar se projeta como a dimensão primordial, já reconhece a importância da atenção fisioterapêutica. Os fisioterapeutas ingleses Jolliffe e Bury (2002) definem cuidadosamente o papel do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em relação à morte hospitalar. No Brasil, ainda que tenham decorrido quarenta anos desde a assinatura do decreto-lei (938, de 13 de outubro 1969) que provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, o impacto do tema é incipiente. Pouco foi escrito no interior do próprio campo sobre a importância do cuidar como uma dimensão da atenção à saúde. A institucionalização da fisioterapia como área de ensino e pesquisa, o estabelecimento de uma comunidade de objetivos e interesses no Brasil e a própria temática do cuidar nesse campo são questões recentes. Descrever o modo pelo qual a consolidação da comunidade e o amplo campo de atuação se processaram no país não é tarefa fácil. Essa dificuldade está relacionada ao estudo da emergência e consolidação de qualquer profissão, em especial daquelas que nasceram como uma especialização da área médica, como é o caso da enfermagem de saúde pública e da própria fisioterapia.

Embora os processos de profissionalização da enfermagem e da fisioterapia, no Brasil, tenham sido marcados pela hegemonia médica na saúde, é possível dizer que ambas as profissões vêm crescendo no domínio do conhecimento e da atuação profissional. Se tomarmos o exemplo da enfermagem no país, o tema de sua formação e rumos atuais envolve questões que estão no centro das reflexões historiográficas, antropológicas e sociológicas (Castro Santos, 2008). Constitui exemplo excepcional de profissão que surge de um encontro/desencontro entre valores e sistemas pedagógicos nacionais e internacionais, notadamente norte-americanos (Faria, 2007; Castro Santos, Faria, 2010). Nessa confluência e confronto de orientações reside a emergência da enfermagem de saúde pública, fruto da proposta conjunta de sanitaristas brasileiros e da enfermagem norte-americana, que resultou na criação da pioneira Escola Anna Nery, no Rio de Janeiro.

Considerações finais

O trabalho aqui esboçado permite recolocar, do ponto de vista das ciências sociais e da historiografia, algumas questões que hoje estimulam a reflexão não só no campo da saúde, em termos gerais, mas especificamente no interior da enfermagem, da fisioterapia e da atenção básica. Os desafios foram sugeridos: cuidar ou controlar? Gestão ou cuidado? Ênfase na doença ou no doente como pessoa? De que modo alguns dilemas, como no caso

da ‘gestão ou cuidado’, permitem ou comportam certa flexibilidade? Algumas leituras têm sido problemáticas para o debate intelectual hoje realizado no campo da saúde. A própria historiografia se ressentida de certa fragilidade na interpretação, haja vista a proliferação de estudos em que as conquistas da saúde pública são consideradas tão somente atos disciplinares.

Áreas tradicionais, como a enfermagem, e emergentes, como a fisioterapia, se têm, portanto, defrontado com novos desafios. Além da busca da humanização do cuidar, têm pela frente a produção de ‘autoconhecimento’, a compreensão de suas próprias possibilidades no campo do saber aplicado, além da produção de conhecimentos adequados às necessidades de uma população em constante transformação social, cultural e comportamental. Considerem-se, sobretudo, questões impostas pela mudança de perfil epidemiológico de várias doenças, novas necessidades da saúde pública, em razão do envelhecimento populacional, e o quadro persistente das desigualdades sociais. Os contextos da marginalidade social em países periféricos impõem um reexame dos papéis profissionais, que se devem distanciar de modelos importados como ‘pacotes’ de formação e capacitação.

Em todas as áreas de atuação abertas por novos programas e estratégias no Brasil, não basta falarmos da vulnerabilidade e fragilidade das populações, nas acepções cunhadas por Robert Castel (1991, 2008), pois estaremos talvez dando destaque aos ‘pobres de Paris’. Desde estudos clássicos de autores latino-americanos, ainda no final da década de 1960, o conceito de massa marginal, proposto pelo sociólogo argentino José Nun (1969), estabelecia os contornos de nossa ‘diferença’ em relação a outras regiões do capitalismo mundial. Essa especificidade histórica exige uma postura flexível em relação a prioridades e programas que não são os nossos, pois resultam de um *download* de convenções, princípios e conceitos emanados – como ditames universais – da Organização Mundial de Saúde. Nosso é o terreno duro da marginalização como ‘perda de função social’ de determinados grupos sociais na esfera produtiva e social. Os chamados determinantes sociais da saúde (que chamaríamos antes contextos e condicionantes de saúde, em vez de determinações), propostos como modelos de validade universal, não são necessariamente ‘determinantes’ na periferia. As consequências dessas especificidades históricas, para definição de estratégias e programas de atenção à saúde, entre nós, são decisivas. Nun (1969, 2000) destacou elementos importantes para o tratamento da questão no cenário latino-americano.¹¹ Dentre os elementos desse teatro da exclusão no Brasil, destacam-se seus efeitos desagregadores sobre o tecido social, a segregação cultural e socioespacial, o desinteresse político, a ausência de uma cultura de classe, o trabalho desvinculado da efetiva cidadania (Zaluar, 1994, 2004). As desigualdades sociais geradas pela dependência econômica, nos países da periferia do capitalismo mundial, levam à existência de indivíduos brutalmente situados à margem do processo produtivo; de um contingente populacional ‘disfuncional’ que não interessa ao mercado, à produção e, em última análise, às políticas de saúde pública.

Se as mudanças ocorridas no Brasil a partir dos anos 1980 foram significativas para o setor saúde, tendo sido a ‘nova reforma sanitária’ – que trouxe o SUS – um passo em direção às reivindicações da sociedade por uma saúde mais humanizada e integral, a ‘vulnerabilidade’ em saúde pública ganha contornos mais dramáticos e estruturais. De que modo e sob que condições – que sugerem a necessidade de educação popular em saúde,

intensa politização, redução do corporativismo sindical e envolvimento solidário com a massa marginalizada – poderão os profissionais e as equipes da saúde entender e estender suas atividades, atribuindo-lhes um caráter mais compartilhado e menos segmentado, na direção de um vigoroso papel na atenção à saúde?

NOTAS

¹ Nesta e nas demais citações de textos em inglês, a tradução livre é de Luiz Antonio de Castro Santos.

² Conforme o *Dicionário Caldas Aulete*, “empatia: experiência pela qual uma pessoa se identifica com outra, tendendo a compreender o que ela pensa e a sentir o que ela sente, ainda que nenhuma o expresse de modo explícito ou objetivo. Nas inter-relações pessoais e sociais, capacidade de alguém se ver como os outros o veem, de ver outrem como os outros o veem e também como ele mesmo se vê. [Do gr. *empátheia*, pelo ing. *empathy*. Cf.: *simpatia* e *antipatia*.]”.

³ O documento assinado em Alma-Ata é comumente citado como o ponto inicial da atenção plena à saúde dos cidadãos de todo o mundo, mas a historiografia sobre os movimentos sanitários, como indica George Rosen (1994), entre outros estudos clássicos, revela as raízes de um processo anterior, de longa duração, que culminou em conferências e acordos mundiais, como em Alma-Ata.

⁴ O Programa de Saúde da Família (PSF) tem suas bases na criação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991. O Pacs, por sua vez, remonta a tradições antigas no Brasil e no mundo, que focalizavam a família como unidade de ação e não apenas o indivíduo. A noção de área de cobertura (por família) foi da mesma forma reintroduzida no Brasil e em muitas outras regiões. Ver, a respeito, Castro Santos, Faria, 2010, cap. 6; e Viana, Dal Poz, 2005, p.230.

⁵ Empregamos o termo universalista em seu significado histórico, de tendência a se tornar, ou pretender-se universal, consagrado por autores clássicos do pensamento social como Teófilo Braga (1884). Em seu *Sistema de sociologia*, o crítico português se referia, por exemplo, às pretensões de um ‘cristianismo universalista’. Ver a citação do crítico em *Dicionário Aulete Digital*, verbetes Universalismo/Universalista.

⁶ O Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, em seus artigos 1º, 7º e 21, determina a atuação desses profissionais no âmbito da promoção da saúde, da prevenção e da participação em programas de assistência à comunidade. No entanto, no que se refere ao fisioterapeuta, sua atuação tem sido mais centrada no processo curativo das enfermidades (Sampaio, 2002b).

⁷ “A habilidade artesanal designa um impulso humano básico e permanente, o desejo de um trabalho bem feito, por si mesmo. Abrange um espectro muito mais amplo que o trabalho derivado de habilidades manuais” (Sennett, 2009, p.19).

⁸ As Diretrizes Curriculares Nacionais sugerem uma formação com foco na competência para uma assistência humanizada. O artigo 3º estabelece: “o Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos e culturais do indivíduo e da coletividade”. O artigo 5º, n. VIII, esclarece que o fisioterapeuta deve “exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social” (Brasil, 19 fev. 2002).

⁹ As considerações críticas a este artigo, feitas em parecer extremamente criterioso, foram aqui incorporadas, na medida do possível. Os autores agradecem o parecer e assinalam sua dívida para com ele, bem como, fraternalmente, nossas fortes discordâncias quanto a certos comentários críticos.

¹⁰ Os aspectos dessa ética do cuidar estão expostos em um pequeno livro do filósofo fenomenólogo Milton Mayeroff (1971), *On caring*, cuja tradução para o português foi, a nosso ver, bastante descuidada.

¹¹ Em texto recente, José Nun (2000) trouxe excelente revisão do tema da exclusão e da massa marginal na América Latina. Hayda Alves, professora do Polo Universitário de Rio das Ostras (Universidade Federal Fluminense), trabalha atualmente sobre a temática da massa marginal em sua tese de doutorado, focalizando, em particular, as mudanças na conceituação da pobreza urbana na América Latina.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Erika Guerrieri et al. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v.23, n.2, p.323-330. 2010.
- BARREIRA, Ieda de Alencar. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo, v.7, n.3, p.87-93. 1999.
- BARROS, Fábio Batalha Monteiro de. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.941-954. 2008.
- BEVILAQUA-GROSSI, Débora; PIRES, Kênia Fonseca. Correlação entre a fadiga subjetiva e objetiva na eletroestimulação neuromuscular. *Fisioterapia Brasil*, Rio de Janeiro, v.3, n.4, p.216-222. 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>. Acesso em: 26 set. 2009. 19 fev. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf. Acesso em: 8 jul. 2010. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica: Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/publicacoes_cad02_treinamento.pdf. Acesso em: 5 jun. 2010. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 19 mar. 2010. 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2010. 1994.
- BYRNE, Nuala M.; HARDY, L. Community physiotherapy for children with cystic fibrosis: a family satisfaction survey. *Journal of Cystic Fibrosis*, Amsterdam, v.4, n.2, p.123-127. 2005.
- CAPONI, Sandra. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2000.
- CARVALHO, Quitéria Clarice M. et al. Abuso sexual infantil: percepção de mães em face do abuso sexual de suas filhas. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.17, n.4, p.501-506. 2009.
- CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica dos salários*. Petrópolis: Vozes. 2008.
- CASTEL Robert. De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. In: Donzelot, Jacques (Ed.). *Face à l'exclusion*. Paris: Esprit. p.137-168. 1991.
- CASTRO SANTOS, Luiz A. A duras penas: estratégias, conquistas e desafios da enfermagem em escala mundial. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.13-28. 2008.
- CASTRO SANTOS, Luiz A.; FARIA, Lina. *Saúde & história*. São Paulo: Hucitec. 2010.
- CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.13, supl.1, p.531-542. 2009.
- CHAMBLISS, Daniel. *Beyond caring: hospitals, nurses, and the social organization of ethics*. Chicago: The University of Chicago Press. 1996.
- CHIZZOTI Antonio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez. 2003.
- DELIBERATO, Paulo C.P. *Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações*. São Paulo: Manole. 2002.
- DESLANDES, Suely F. A humanização e a construção política do lugar de sujeito no processo comunicacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.1. p.25-29. 2004.

- DICIONÁRIO AULETE DIGITAL.
Rio de Janeiro: Lexicon. 2008 e anos seguintes.
- FARIA, Lina.
Saúde e política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.
- FOX, Renée C.; AIKEN, Linda; MESSIKOMER, Carla.
The culture of caring: Aids and the nursing profession. In: Nelkin, Dorothy; Willis, David P.; Parris, Scott V. (Ed.). *A disease of society: cultural and institutional responses to Aids*. Cambridge: Cambridge University Press. p.119-149.1999.
- FREIDSON, Eliot.
Renascimento do profissionalismo. Trad., Celso Mauro Paciornik. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 1998.
- FREIDSON, Eliot.
Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd, Mead & Company. 1975.
- FREITAS, Marcos Souza.
A fisioterapia na atenção primária à saúde em Juiz de Fora. In: Barros, Fábio Batalha M. (Org.). *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil. p.17-27. (Série Fisioterapia e Sociedade). 2002.
- FULTON, C.L.; ELSE, R.
Rehabilitation in palliative care: physiotherapy. In: Doyle, Derek; Hanks, Geoffrey W.C.; MacDonald, Neil (Ed.). *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: Oxford University Press. 1997.
- GRACIÁN, Baltasar.
A arte da prudência: aforismos selecionados. Trad., Davina Moscoso de Araújo. Rio de Janeiro: Sextante. Ed. original, 1647. 2003.
- JOLLIFFE, Judy; BURY, Tracy.
The effectiveness of physiotherapy in the palliative care of older people. London: The Chartered Society of Physiotherapy. 2002.
- KIRSCHBAUM, Débora I.R.
Historicidade e construção do conhecimento em enfermagem. Trabalho apresentado no 1. Simpósio Ibero-Americano de História da Enfermagem: Memória e Identidade Profissional, 29-31 out. 2007. São Paulo. 2007.
- MALVÁREZ, Silvina; HEREDIA, Ana María (Ed.).
Profesionalización de auxiliares de enfermería en América Latina. Washington: Organización Panamericana de la Salud. (Serie Iniciativa Regional para la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, edición especial n.13). 2005.
- MATTOS, Ruben.
Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj; Abrasco. 2001.
- MAYEROFF, Milton.
On caring. New York: Harper Collins. 1971.
- NEVES, Eloita P.; ZAGONEL, Ivete P.S.
Pesquisa-cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.11, n.1, p.73-79. 2006.
- NUN, José.
O futuro do emprego e a tese da massa marginal. *Novos Estudos*, São Paulo, n.56, p.43-62. 2000.
- NUN, José.
Superpoblación relativa, ejército industrial de reserva y masa marginal. *Revista Latinoamericana de Sociología*, Buenos Aires, v.5, n.2, p.180-225. 1969.
- PARSONS, Talcott.
Research with human subjects and the 'professional complex'. In: Freund, Paul A. (Ed.). *Experimentation with human subjects*. New York: Braziller. 1969.
- RANGEL, Mary.
Educação e saúde: uma relação humana, política e dialética. *Educação*, Porto Alegre, v.32, n.1, p.59-64. 2009.
- REBELATTO, José Rubens; BOTOMÉ, Sílvia Paulo.
Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva. São Paulo: Manole. 1999.
- REISER, Stanley J.
Medicine and the reign of technology. Cambridge: Cambridge University Press. 1978.
- REZENDE, Mônica de.
A inserção do fisioterapeuta na atenção básica do SUS. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2005.
- ROSEN, George.
Uma história da saúde pública. São Paulo: Editora Unesp. 1994.
- SAMPAIO, Rosana F.
A experiência em Belo Horizonte. In: Barros, Fábio Batalha M. (Org.). *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*.

Rio de Janeiro: Fisiobrasil. p.11-15. (Série Fisioterapia e Sociedade). 2002a.

SAMPAIO, Rosana F.
Promoção de saúde, prevenção de doenças e incapacidades: a experiência da Fisioterapia/ UFMG em uma Unidade Básica de Saúde. *Revista Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v.15, n.1. p.19-23. 2002b.

SENNETT, Richard.
O artífice. Trad., Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Record. 2009.

TEIXEIRA, Luiz A.; FONSECA, Cristina.
De doença desconhecida a problema de saúde pública: o Inca e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2007.

VÉRAS, Mirella M.S.
O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. In: Barros, Fábio Batalha M. (Org.).

O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil. p.185-192. (Série Fisioterapia e Sociedade). 2002.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto.

A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.225-264. 2005.

ZALUAR, Alba
Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas. Rio de Janeiro: Editora FGV. v.1. 2004.

ZALUAR, Alba.
Cidadãos não vão ao paraíso: juventude e política social. Campinas: Editora da Unicamp. 1994.

