

ASSISTÊNCIA À SAÚDE AOS POBRES OPRIMIDOS E MARGINALIZADOS E O AMOR¹

Dr. Eymard Mourão Vasconcelos²

1 - A PROVOCAÇÃO PARA INICIAR ESTAS REFLEXÕES

Minha mãe passou mal e foi assistida por um cardiologista de confiança de outro médico que já a acompanhava. A família gostou muito do seu atendimento, mas se assustou ao ser informada que sua consulta custava 300 dólares. E que sua agenda no consultório estava cheia, não sendo fácil a marcação de nova consulta.

Comentei o fato a vizinhos e eles manifestaram uma grande admiração por médicos como ele. Começaram a citar nomes de outros médicos que deviam ganhar mais de 25 mil dólares mensais. E passaram a conversar sobre os melhores caminhos profissionais para se obter este sucesso na medicina. Percebi que esta é a situação admirada e invejada pela maioria das pessoas do meio social a que pertencço. Esta percepção mexeu comigo. Senti que eu também tenho lampejos de inveja desta situação. Passaram em mim sentimentos de vergonha de não ter conduzido minha profissão rumo a este ideal.

De repente, fui tomado por uma reação. Não! Este modo de encarar a medicina não é o meu. E não é de muitos outros profissionais. Subitamente, no meio da conversa com os vizinhos, eu disse: *“mas há outros caminhos para ser médico. Eu mesmo sou um especialista em medicina de pobre”*. Eles se espantaram. *“Para tratar dos pobres é preciso de algum saber especial?”* Comecei a

¹ Texto resultante da integração de textos originalmente publicados no blog Rua Balsa das 10. Disponíveis em: <<http://balsa10.blogspot.com.br/>>

² Graduado em Medicina (1975), mestre em Educação (1986), doutor em Medicina Tropical (1997) com pós-doutorado em Saúde Pública pela ENSPFIOCRUZ. É professor aposentado do Departamento de Promoção da Saúde do Departamento de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. É o atual coordenador da Rede de Educação Popular e Saúde.

explicar as difíceis exigências do trabalho em saúde nas condições de pobreza e marginalidade. Mas eles não se interessaram muito e a conversa terminou. Talvez lhes tenha parecido que eu estava apenas racionalizando meu “pouco sucesso profissional”.

Esta conversa provocou em mim muitos pensamentos que me ajudaram a entender, com mais clareza, o meu longo caminho profissional (sou formado há 42 anos) e o de muitos outros companheiros. Vi que, apesar de ter já empunhado muitas bandeiras de luta (a reforma do ensino médico da Universidade Federal de Minas Gerais — na época em que era estudante —, a organização do movimento de médicos residentes de Minas Gerais, a mobilização social contra a ditadura militar, o fortalecimento do movimento popular de saúde, a construção do Sistema Único de Saúde, a consolidação da atenção primária à saúde no Brasil, a educação popular em saúde, a espiritualidade na saúde e a mudança da formação universitária na UFPB), havia um compromisso mais de fundo ligando tudo: a compaixão e indignação com a situação da pobreza, opressão social e marginalidade de grande parte da população. E o encantamento com as formas criativas e solidárias de ter saúde que costumam surgir com o estar junto como médico.

Sim, a assistência à saúde aos grupos sociais subalternos tem exigências e desafios próprios. Exige saberes especiais. Tem gratificações próprias. E tem uma ampla legião de profissionais dedicados a ela. Mas pouco se conversa sobre isto.

Há muitos estudos epidemiológicos sobre a situação de saúde destes grupos sociais e sobre as causas de seus problemas. Muitos eventos e debates têm sido realizados sobre o planejamento e o gerenciamento dos serviços públicos que atendem grande parte das pessoas destes grupos sociais. Há publicações bem sofisticadas teoricamente sobre os caminhos da humanização do atendimento público em saúde.

Em meio a tantas discussões técnicas complexas sobre o sistema público de saúde, talvez estejamos nos afastando de algo fundamental: as raízes desta motivação profunda que mobiliza

tantos profissionais para se comprometerem com os pobres, oprimidos e marginalizados, se submetendo a situações de trabalho extremamente difíceis.

Há muitos profissionais que atendem estes grupos sociais porque não encontraram locais melhores de trabalho. Eles se conformam com este trabalho. Ou ali estão enquanto não conseguem algo mais próximo de seus sonhos. Desdenham seus pacientes e suas comunidades. Alguns, na juventude, até sonharam com uma medicina voltada para os que mais precisam, porém logo deixaram de lado isto, que passaram a chamar de romantismo ingênuo, e caíram na sedução do individualismo consumista e passaram a ridicularizar os que ainda persistem.

Mas há uma minoria que está aí por opção de vida. Sofrem com a pobreza dos serviços destinados aos pobres, mas não se afastam. Sabem que, para superar esta situação com a participação e protagonismo dos pobres e marginalizados, é preciso estar com eles, participando, animando e aprendendo com suas lutas e suas buscas. É uma gente animada que está nos serviços de atenção primária à saúde, hospitais, instituições especializadas, organizações não governamentais, igrejas, movimentos sociais, universidades, nas secretarias de saúde, etc. São tão diversos os caminhos deste engajamento...

2 - O GOSTO E A POESIA DO TRABALHO EM SAÚDE

Há, no imaginário da população, uma associação do trabalho em saúde com o que é penoso: morte, dor, secreções, descontrole emocional, exigência excessiva de estudos e treinamento, gritos, sangue e situações de muito stress. Isto é ainda mais ampliado se o trabalho se refere ao atendimento de pobres, oprimidos e marginalizados. Aí, há ainda a associação com sujeira, serviços feios e precários, violência, dificuldade de comunicação e ignorância. Como explicar então a grande procura por formação

profissional neste campo e a realização pessoal de muitos trabalhadores do setor saúde?

Há compensações bem evidentes como as boas remunerações e o prestígio social que ainda estão presentes, principalmente para os médicos e os empresários do setor. Mas as fontes mais importantes de realização são mais sutis e menos conversadas.

As pessoas querem ser significativas no meio social em que vivem. Têm também um forte anseio de avançar no entendimento dos mistérios da vida. Tudo isto pode ser intensamente vivido no trabalho em saúde.

O profissional de saúde tem acesso, como poucas pessoas têm, ao *olho de furacão* da vida humana. Na crise trazida pela doença, as pessoas revelam realidades que não costumam ser contadas para mais ninguém. Muitas vezes, nem mesmo para a esposa, filhos, pais ou amigos mais próximos. Expõem a intimidade de seu corpo e de sua casa. Narram conflitos sociais em que estão envolvidos. Abrem seus corpos para exames que revelam dinâmicas internas de sua fisiologia e anatomia que poucos compreendem bem. A condução do tratamento exige, além do conhecimento e manejo de instrumentos técnicos de intervenção, um entendimento ampliado das características psicológicas do paciente, da sua cultura familiar, das pressões sociais que recebe e das suas limitações e possibilidades materiais. Há um enorme campo de possibilidades de acesso a muitas dimensões dos mistérios da existência humana que infelizmente nem todos profissionais aproveitam ou têm disponibilidade de tempo ou de maturidade psicológica para reparar e pensar, pois o sofrimento e as angústias do paciente costumam provocar os medos, fantasias e bloqueios. O profissional de saúde é assim constantemente desafiado, tornando seu trabalho muito instigante. E tem oportunidade de uma intensa interação social com pessoas e grupos muito diversos. É um trabalho dinâmico que abre muitas

perspectivas de estudo, interação e contato com dimensões escondidas da vida.

Na confusão familiar e na instabilidade emocional, trazidas pela doença significativa, o profissional pode ser central como referência de ordenação e motivação para a busca de soluções. A intervenção técnica sobre o corpo do paciente, o ato profissional mais ressaltado pela sociedade, sempre se acompanha do agir sobre estas dimensões subjetivas e familiares, mesmo quando o terapeuta não toma consciência e reflete sobre elas, tornando-se, portanto, menos eficaz. Quando o seu trabalho se esparrama para os problemas e mobilizações da comunidade, a interação com a complexidade da vida se torna ainda mais intensa. A experiência de realização deste criativo e complexo papel ordenador, esclarecedor e mobilizador, nestes momentos de crise, é a grande fonte de realização do trabalho em saúde. O pior sofrimento é aquele que parece não ter explicação e perspectiva de solução. É muito gratificante lidar com situações próximas do caos e participar de forma significativa de seu esclarecimento, da sua superação ou de seu alívio. A vivência desta experiência marca profundamente, mesmo que a correria dos atendimentos seguidos, nos serviços de saúde, não permita conversar e até pensar muito sobre ela. A lembrança da gratidão e da alegria restabelecida fica ressoando nos intervalos da agitação do trabalho. Cada situação difícil enfrentada é um aprendizado. Como temos sede de saber. A realização no lidar com a crise acontece se temos o olhar aberto aos sentimentos do outro que atendemos, não ficando com a mente presa nos rancores do trabalho e nas metas pessoais. E quando não estamos presos a respostas e condutas predefinidas, tornando cada ato de cuidado e cada enfrentamento comunitário uma pesquisa e uma construção coletiva.

Há uma metáfora das tradições espirituais orientais que expressa bem este ato de criação: a linda e alva flor de lótus, que surge e se desenvolve nos pântanos mais fedorentos. Do caos e da lama, a poesia brota; e encanta. Muitas vezes, a vida que emerge

destas situações é de uma qualidade muito superior ao que antes existia. A doença evidencia o erro de modos de vida das pessoas e da sociedade. Mobiliza energias de superação de situações que antes já se queria modificar, mas se estava acomodado. O profissional participa de um processo criativo com algumas intervenções técnicas e como regente, mas também assiste o jogo de outras intervenções e dinâmicas sobre as quais não tem nenhum controle. Acolhe-as e, a partir delas, reorienta suas ações. Há uma surpresa em cada processo terapêutico. Como a médica norte americana Rachel Naomi Remen (1998) afirma, é como se o profissional de saúde estivesse na primeira fila do teatro da vida.

As pessoas e famílias, que já viveram este confuso e denso processo das situações de aflição e adoecimento mais graves, sabem a importância e a profundidade deste agir profissional como regente de uma criação cheia de arte. Por isto, o trabalho em saúde é ainda muito valorizado socialmente, mesmo com as tantas mazelas revoltantes dos serviços existentes. Apesar da mercantilização e burocratização do trabalho em saúde, a população insiste ainda em associá-lo à ideia de sacerdócio, que enfatiza sua dimensão sagrada (aquilo que toca nos nebulosos fundamentos mais essenciais da vida humana). Muitos profissionais, tomados pela lógica tecnicista que vê o seu trabalho como o de um mecânico de gente em uma linha de montagem burocratizada e rotinizada, estranham este tipo de valorização. Há, porém, uma grande verdade nesta percepção popular.

Este significado profundo do trabalho em saúde é a sua grandeza, mas também o seu fardo. As pessoas se tornam exigentes e intolerantes quando os profissionais desconsideram estas implicações humanas sutis presentes em cada problema de saúde, do tratamento de uma simples cárie em um dente incisivo ao enfrentamento de um câncer avançado no patriarca da família. Aceita-se que o vendedor da padaria, o gerente do banco, o dono da oficina mecânica ou o funcionário da empresa de telefonia atuem

de forma centrada nos interesses de sua empresa e restrita à demanda específica feita. Mas para o profissional de saúde, isto não acontece. As exigências são maiores.

Muitos estudantes que entram nas faculdades do setor saúde não imaginam a gravidade de suas escolhas de vida profissional. Entram em um campo que grande parte da população vê como sagrado. Um trabalho marcado por uma intensa complexidade técnica e humana e que abre para possibilidades muito ricas e diversas de contribuição para a vida das pessoas e da sociedade. Um trabalho que pode ser muito desafiante, dinâmico e criativo se esta complexidade for assumida com reverência. Um trabalho em que cabe muito gosto e poesia, mas também carregado de densas exigências simbólicas.

3 - OS PERIGOS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Usualmente, considera-se que a assistência à saúde é sempre positiva. Quanto mais, melhor. O problema estaria essencialmente na sua falta. Há, porém, muitos efeitos negativos da assistência à saúde realizada dentro do modelo hoje dominante. Se o trabalho em saúde tem muitas potencialidades, ele também pode trazer riscos para as pessoas e muitas consequências deseducativas.

Os problemas fazem parte do viver e a sabedoria humana consiste em saber lidar com eles de forma a superá-los, quando possível, ou aprender um jeito de conviver com eles. O lidar com os problemas e desafios do existir pode ser fonte de encontros, alegria, realização e revoluções muito positivas. Todos são chamados a adquirir esta sabedoria e a garra para persistir nos enfrentamentos. Tudo que aliene as pessoas e os grupos sociais desta capacidade de lidar com os problemas precisa ser combatido. E muitas vezes a assistência à saúde tem feito isto. A saúde é, antes de tudo, uma conquista de cada pessoa, dos movimentos sociais e da organização política da sociedade. Mas, assiste-se a um crescente movimento de delegação do enfrentamento dos problemas do existir para os doutores especialistas. Os doutores

podem ser apoiadores e assessores deste movimento pessoal e social de enfrentamento dos problemas do existir, mas muitas vezes têm atuado de forma a alienar seus clientes desta iniciativa. Isto acontece porque a assistência à saúde gera muitos lucros e traz muito prestígio para os grupos políticos que a implementam. Para aumentar estes lucros e legitimar esquemas políticos de dominação, tem se investido na mistificação das possibilidades da assistência à saúde. Se os doutores são capazes de tantas maravilhas que não se entende direito, é melhor deixar que eles decidam e controlem o que se deve fazer para ter saúde.

O próprio modelo de atendimento clínico das profissões de saúde reforça esta atitude de alienação dos pacientes. Em geral, o profissional ouve a queixa, faz perguntas, examina e pede exames complementares para, em seguida, chegar **sozinho** a uma conclusão diagnóstica e estabelecer um plano de tratamento que deve ser seguido. O termo “paciente” expressa bem esta postura passiva de entrega das pessoas de seu corpo para a análise e ação do profissional. Esta maneira de atendimento tende a divulgar a ideia de que a maioria dos problemas de saúde se deve a um defeito em uma parte do corpo que será consertado por um profissional (ou um grupo deles) que atua como um mecânico de automóveis, atuando focado sobre a peça defeituosa. É como se os problemas de saúde não tivessem ligação essencial com a organização da vida do paciente e de sua comunidade. Como se não fosse necessário também fazer um rearranjo no seu cotidiano, o que não tem como ser feito sem a participação ativa do paciente na análise da situação, na definição de estratégias e no envolvimento na sua implementação. Este modelo de atendimento reforça ainda mais a noção de que a fonte legítima para avaliar e pensar a vida correta é o saber científico, produzido nos centros internacionais de pesquisa, do qual os profissionais de saúde são os representantes e operadores. Quanto mais obediente o paciente for, melhor será para sua saúde.

É mais cômodo encontrar uma pílula mágica que controla a tristeza e o nervosismo do que reorientar as prioridades de meu existir e refazer as minhas relações afetivas. É mais fácil buscar uma pílula que resolva os problemas de aprendizagem de meu filho do que reorientar os processos de ensino em que ele está submetido e ampliar o suporte doméstico para o seu estudo. É tentador encontrar um comprimido que me emagreça sem precisar reorganizar a minha alimentação e participar do movimento político de controle da propaganda de alimentos com grande densidade calórica. É sedutor ter acesso a um medicamento que cura minha ressaca sem precisar enfrentar o alcoolismo e participar da luta política para impor limites para a propaganda de bebidas alcoólicas para jovens, associando seu uso com transbordante alegria e intensa sociabilidade. Estes são alguns exemplos do fenômeno denominado de **medicalização da vida social**. Oferecem-se e se propagandeiam medicamentos, manipulações clínicas e aparelhos médicos que eximem as pessoas de transformar suas vidas. A grande esperança é deslocada para o encontro de melhores medicamentos e a conquista da capacidade de consumi-los fartamente.

Atrás deste processo estão grandes indústrias de insumos médicos, empresas fornecedoras de novas modalidades de tratamento clínico e os grandes meios de comunicação de massa que lucram com sua propaganda. Os profissionais de saúde podem ser cúmplices, conscientemente ou não. Muitas vezes, esta medicalização já está impregnada em muitos livros estudados e em muitas aulas proferidas na universidade, pois as indústrias de insumos médicos têm grande influência nos centros de pesquisa e de difusão do conhecimento médico. É preciso ter uma atitude crítica de pesquisa e estudo para conseguir sair fora desta cadeia de processos de medicalização social. E ter a firmeza para fugir das bonificações, materiais e simbólicas, oferecidos para quem participa.

Este consumismo de medicamentos, cirurgias e tratamentos clínicos de eficácia limitada ou ainda sem comprovação não apenas pode ser alienante das iniciativas e saberes de cada cidadão para o enfrentamento das dificuldades do viver, mas também muito perigoso para a saúde. Foram desenvolvidos processos muito poderosos de intervenção sobre o corpo, tanto para examiná-lo como para tratá-lo. No afã de vender estes aparelhos, procedimentos clínicos, cirurgias e medicamentos, tem se difundido procedimentos de investigação e tratamento que ainda não têm eficácia comprovada, mas que podem causar muitos danos. Os ricos são os mais ameaçados por estes procedimentos intempestivos ameaçadores. Mas este risco é também difuso, pois as empresas convencem e compram governantes para conseguir sua difusão também nos serviços públicos. A implementação de procedimentos médicos propagandeados nos meios de comunicação e que, por isto estão na moda, ajuda a dar uma imagem de modernidade para os governantes, mesmo que isto se faça pelo desvio de recursos destinados a procedimentos tradicionais de eficácia bem comprovada. Assim, muitos profissionais, não diretamente cúmplices da cadeia de interesses comerciais, acabam sendo seus executores inocentes, pois esta incorporação tecnológica vem acompanhada da difusão de textos, com a aparência científica, para justificá-la.

Assim, vem se ampliando a ideologia de que o saber científico, produzido nos grandes centros internacionais de pesquisa, é o único saber legítimo. O saber que é adquirido pela experiência de vida, pela reflexão e diálogo entre as pessoas e pelo aprendizado das tradições familiares e culturais vem sendo desacreditado. Os doutores dos serviços de saúde podem fortalecer este descrédito se atuam de forma autoritária e normativa. Em nome da busca da saúde, acaba se querendo regular o comportamento cotidiano das famílias, desde a forma como devem comer, defecar, amar, relacionar com os filhos e organizar suas casas. Nenhum campo do saber científico se intromete tanto nos

detalhes do viver cotidiano como o da saúde. A atitude de “donos do saber” verdadeiro, porque científico, de muitos profissionais de saúde os torna pouco abertos para o diálogo e para a busca de entendimento dos contextos de vida dos seus pacientes. Muitas vezes, esta atitude de soberba se revela até com grosseria e rispidez, contribuindo para baixar a autoestima de clientes já fragilizados pela crise de saúde. Este desacreditar da capacidade das pessoas pensarem e determinarem com autonomia seus próprios caminhos de vida leva a uma atitude de dependência aos saberes especializados criados externamente, sem perceber seus limites e os interesses econômicos neles entranhados. Nada pode ser mais prejudicial para a saúde da população, no longo prazo, do que a perda da capacidade crítica, da autonomia, da sabedoria para gerir a própria vida e da garra e capacidade para lutar pelos direitos e projetos políticos de mudança social.

Os perigos alienantes e deseducativos da assistência à saúde não param aí. Principalmente na assistência à saúde dos pobres, marginalizados e oprimidos, são usuais práticas educativas, tanto nos atendimentos individuais como nos grupos, que geram o fenômeno denominado de culpabilização da vítima. Para forçar uma aderência mais intensa do público aos seus ensinamentos e prescrições, os profissionais de saúde tendem a exagerar a sua importância, associando diretamente o seu não seguimento como a única causa de um fracasso do tratamento. *Se você não ferver a água que dá de beber ao seu filho, ele vai acabar tendo diarreia e você será a culpada. Se você não parar de fumar, a crise de asma do seu neto vai voltar. Se você não fizer dieta para valer e emagrecer, sua diabetes vai se descontrolar novamente. Se vocês não vierem participar da reunião com a secretária de saúde amanhã no posto, a reforma que estamos planejando não vai sair. Se você não fizer força quando eu mandar, seu filho vai custar a nascer e o parto vai doer muito mais.* Todas estas recomendações têm seu valor. O problema é associá-las de forma direta e simplista com os possíveis insucessos no tratamento e na prevenção das

doenças, como se não houvesse muitos outros fatores influenciando e como se sua implementação fosse algo dependente apenas de uma escolha voluntária. A higiene da água, a realização de uma dieta bem-feita, o parar de fumar e a participação em mobilizações sociais são ações que dependem também de condições materiais, psicológicas e ambientais que muitas vezes não existem para estas pessoas. Isto tende a tornar os problemas, que têm raízes na organização política e cultural da sociedade, em culpa das pessoas que sofrem suas consequências. Para populações que não têm acesso a saneamento básico, escola de qualidade, moradia decente e condições sociais que possibilitem tranquilidade e tempo para cuidar de si, acaba se propagandeando que suas doenças se mantêm apenas por desleixo e preguiça. É a culpabilização da vítima.

Atitudes como estas são também usuais quando há um fracasso no tratamento e o profissional, ao invés de discutir francamente outras possibilidades e avaliar criticamente o que foi feito, simplifica buscando justificar o insucesso pela não implementação dos cuidados prescritos por ele. A culpabilização da vítima evita um processo de maior pesquisa e diálogo. Ela abaixa a autoestima e reforça a subalternidade. Não contribui para a formação de pessoas mais sabidas, fortes, tranquilas e felizes para terem uma convivência construtiva e preservadora com o meio ambiente físico e humano.

Algo bem diferente está acontecendo nos grupos sociais mais privilegiados economicamente e em outros grupos não tão privilegiados, mas que ficam almejando intensamente participarem da elite. Neles, nas últimas décadas, cresceu muito a valorização excessiva e narcisista do cuidado do corpo pela busca incessante de uma aparência esbelta e formosa, por um consumo obsessivo de produtos e serviços de saúde. Nestes grupos, surgiu uma mania pela saúde, entendida principalmente como manutenção de uma vitalidade juvenil permanente do corpo pela incorporação individual de estilos saudáveis de vida e o consumo de ginásticas, alimentos, procedimentos estéticos e medicamentos especiais.

Difere do processo acima referido de alienação pela entrega aos doutores da responsabilidade pela definição dos caminhos do cuidado da saúde, pois há uma ênfase na responsabilidade pessoal para com a própria saúde, mas de uma forma simplista, pois esta juventude permanente é ilusória e a fixação no cuidado do corpo desconsidera outras dimensões do viver saudável. Cuidar bem do corpo, fazer exercícios físicos regulares, ter hábitos de vida saudáveis, procurar ser bonito e cuidar dos detalhes da alimentação são atitudes muito positivas, mas que se tornam perniciosas quando viram uma obsessão que evita pensar e considerar o processo de envelhecimento, sofrimento e morte que estão presentes em todas as formas de vida. O profissional de saúde vira um instrumento desta busca obsessiva e ilusória. Ele precisa ter uma percepção crítica das demandas destes clientes para não reforçar suas ilusões e poder contribuir para seu esclarecimento. É a consciência da morte, com as suas etapas preliminares, o envelhecimento e as doenças, que faz o ser humano se desapegar de suas transitórias potencialidades de juventude e buscar orientar o seu viver por valores mais duradouros como a amorosidade, a solidariedade e a justiça.

Saúde plena é entrega apaixonada, com sabedoria, ao jogo da vida. Não se entrega com garra e alegria ao viver se estamos apegados à preservação de detalhes do corpo, imobilizados pelo medo do sofrimento e da morte inevitável, obcecados pelo conserto dos inúmeros pequenos defeitos presentes em todos ou amargurados com as perdas que vão se acumulando com o tempo.

Os profissionais de saúde, apesar do termo saúde em seu nome, são chamados a atuar principalmente nas doenças, nas crises, nas perdas, no sofrimento e na ameaça de morte. Mas podem fazê-lo de uma forma que ajude as pessoas a se aproximarem da saúde plena. O momento da doença e da crise pode ser um momento de reorientação da vida. Este é o desafio da proposta de integralidade na saúde. Mas para isto, precisam conhecer e saber superar os perigos que cercam o trabalho em saúde.

4 - EXIGÊNCIAS E SABERES ESPECIAIS NECESSÁRIOS

É usual ouvir a afirmação de que qualquer coisa basta para a assistência à saúde aos pobres. Sendo eles tão carentes, qualquer migalha já teria um grande significado. Na sua propalada ignorância, eles nem saberiam valorizar esforços mais elaborados de assistência. Por isto, causa surpresa verificar a existência de tantos profissionais estudando arduamente como aprimorar a sua atuação junto a eles. Causa também surpresa constatar que os pobres estão revoltados com a assistência que lhes é usualmente prestada. As manifestações mais agressivas de insatisfação causam indignação nos serviços. Para deslegitimá-las e esconder seu real significado, estas revoltas e agressividades são logo classificadas como grosseria, falta de educação e ignorância, que, no imaginário das elites, seriam típicas das classes populares.

É notória a precariedade da maioria dos serviços destinados aos grupos sociais subalternos. É usual encontrar prédios feios, cheios, desorganizados e com atendentes ríspidas, profissionais com baixos salários, escolhidos sem processos seletivos bem feitos e gerenciados de forma ora autoritária, ora displicente. Isto reflete a realidade do jogo político: de um lado, mais recursos e melhor organização dos serviços destinados aos grupos sociais com mais poder e melhor condição econômica e, de outro lado, menos recursos e pior organização dos serviços destinados aos pobres, oprimidos e marginalizados. No setor saúde, isto gera graves consequências, pois estes últimos grupos sociais têm uma condição sanitária muito mais precária e exigem muito mais recursos e ações sanitárias para se obter a equidade.

A precariedade da assistência não se deve apenas à precariedade dos recursos. O modelo da assistência prestada nestes serviços é, em geral, profundamente inadequado. Eles têm, como referência orientadora, o modelo de atenção denominado de biomedicina, o modelo hegemônico de assistência à elite econômica e social, mas que ali é operada de forma caricatural. O

modelo biomédico já vem gerando muitas insatisfações e críticas importantes entre os usuários de padrão cultural e econômico privilegiado, mas é entre os grupos subalternos que ela manifesta mais suas limitações.

Em que consiste este modelo biomédico de assistência? Não é algo que diz respeito apenas à assistência médica, mas a todas as outras profissões do setor saúde (fisioterapia, odontologia, nutrição, farmácia, educação física, terapia ocupacional, enfermagem, etc.). Trata-se de um modelo de assistência que se tornou dominante no setor saúde a partir do final do século XIX e só começa a ser criticado, de forma mais consistente, no final do século XX.

Nele, doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, estudados do ponto de vista da biologia celular, da bioquímica e das leis da física. O papel do profissional de saúde é intervir física e quimicamente para consertar o defeito no *mecanismo enguiçado*. As atividades mentais (pensamento, sentimento, sonho, contentamento, sofrimento e angústia), quando valorizadas, são entendidas apenas como resultado da anatomia, bioquímica e fisiologia do cérebro.

Para trabalhar orientado por este jeito considerado, até então, como científico de prestar assistência, são necessários profissionais que apliquem as técnicas de modo desvestido de sentimentos, pois estes corroeriam a objetividade. São necessários profissionais que aprendam a olhar para os pacientes de um modo focado em seus órgãos e, não, na sua totalidade como pessoa. Cada manifestação do paciente é processada procurando identificar seu significado como sinal de acometimento de algum órgão específico do seu corpo, de modo a chegar a uma classificação do problema dentre uma das diversas entidades patológicas já definidas e estudadas pela ciência. As manifestações do paciente têm sentido e são valorizadas apenas se ajudam a encontrar a classificação do problema dentro das categorias já padronizadas pela ciência. Este modelo exige também profissionais treinados a mirar

principalmente as doenças (os defeitos), desvalorizando as singularidades positivas e a garra e a criatividade da pessoa para enfrentar desafios e viver com alegria e solidariedade. É necessário também que os profissionais sejam treinados a dar valor apenas ao saber produzido nos grandes centros de pesquisa e que conseqüentemente desvalorizem o saber produzido localmente pelas comunidades e pelos colegas. O saber presente nas tradições passa a ser visto apenas como curiosidade. É ainda preciso de profissionais competitivos e, conseqüentemente, individualistas, pois a concorrência é consagrada como o grande instrumento de garantia da eficiência. Tudo isto resulta em trabalhadores habilidosos em tratar doenças orgânicas, mas que não sabem cultivar o florescimento da vida.

Este modelo biomédico de assistência teve um enorme impacto positivo na melhoria das condições de saúde da população durante o século XX, em que se tornou dominante. Continua gerando inovações fascinantes na assistência à saúde, mas vem sendo crescentemente denunciado como ineficiente (os crescentes recursos que exige estão cada vez gerando menores resultados), ineficácia (a insatisfação dos usuários tem aumentado muito), iatrogênico (o número de danos e adoecimentos causados pela própria assistência têm crescido enormemente), desumano (a desconsideração de dimensões subjetivas e sociais inerentes aos problemas de saúde tem revoltado e gerado muito sofrimento nos pacientes, pois os trata como coisas) e entranhado de interesses comerciais (os tratamentos considerados mais modernos têm sido definidos principalmente por empresas interessadas em ampliar o consumo de seus produtos).

A insatisfação com o modelo biomédico e a sua inadequação são muito maiores para com os pobres, oprimidos e marginalizados. A situação de miséria, a opressão social, a humilhação, o sufoco na gestão do cotidiano e a insegurança em relação ao dia seguinte geram uma tensão e instabilidade emocional muito grande. Eles ficam muito mais vulneráveis às variações da

realidade social. Têm uma dificuldade muito maior para seguir tratamentos prescritos de forma insensível às suas condições de vida. Por terem menos conhecimento para decodificar as informações e orientações técnicas dos profissionais, acabam as compreendendo menos e tendo muitos mal-entendidos. Têm menos opções e recursos para compensar e superar o agir técnico focado apenas sobre os órgãos do corpo acometido pelo problema. A espoliação e perda de tempo e energia das ações de saúde desnecessárias e corrompidas, pelo interesse comercial, lhes causam muito maior dano e revolta por causa da precariedade de seus recursos e reservas. Além disto, usualmente têm acesso apenas a ações muito limitadas do modelo biomédico. A expressão “uma medicina pobre para os pobres” é uma realidade comum. Os preconceitos para com eles e, até, certa repulsa de muitos profissionais fazem com que sejam tratados com desdém e rispidez.

As práticas do modelo biomédico foram pensadas e elaboradas com vistas aos pacientes de melhor condição econômica e política, consumidores mais almejados das empresas que comandam a pesquisa e produzem os meios materiais para implementação dessas práticas ou que operam os serviços privados que as oferecem. A maioria dos doutores dos serviços de saúde, principalmente as suas lideranças, veio das elites ou das classes médias da sociedade e, mesmo sem perguntar, compreendem melhor as condições culturais, psicológicas e materiais de seus pacientes, vindos do mesmo ambiente social. Assim, naturalmente, suas orientações e prescrições levam em conta sua realidade, mesmo que o modelo de consulta não valorize as dimensões sociais e psicológicas. Mesmo que os profissionais de nível superior não tenham uma preocupação de deixar seus raciocínios serem entendidos, os seus clientes mais privilegiados são capazes de compreendê-los em parte e até questioná-los. Estes pacientes podem ter acesso ainda, pela compra no mercado profissional, de uma série de serviços de apoio complementar (psicoterapias, massagens, variados tipos de *personal trainers*, cuidadores,

empregadas domésticas, medicinas holísticas, academias de ginásticas, ioga, ginástica postural, *spas*, musicoterapias, polícias privadas, danças terapêuticas, entretenimentos, tratamentos estéticos, consultorias especializadas, acesso a ricas fontes de leitura e pesquisa, engenheiros, maior disponibilidade de tempo e recursos para participar de espaços reflexivos e pedagógicos, advogados, associações de defesa do consumidor, entidades de classe, políticos amigos, etc.) que compensam parcialmente o caráter tecnicista e focado apenas no órgão doente da biomedicina.

Por estas razões, pode-se afirmar que o modelo biomédico é um terno costurado *sob medida* para os setores mais privilegiados da sociedade. E, mesmo assim, tem se mostrado com enormes inadequações para estes clientes.

Não basta propor ou querer prestar uma assistência à saúde de boa qualidade para os grupos sociais subalternos. É preciso, para isto, repensar as práticas de assistência para eles. O modelo biomédico de assistência demorou séculos para se consolidar. Um novo modelo de atenção, mais humano e adequado para os setores econômica e politicamente marginais da sociedade, também exigirá um processo demorado e que só poderá ser conseguido por um longo e coletivo esforço de pesquisa e compartilhamento de experiências. É ainda preciso lutar politicamente para se ter recursos necessários para esta assistência de qualidade para grupos tão desconsiderados, apesar de serem numericamente tão expressivos. Pouco adianta apenas a vontade sincera de ter uma prática mais integral e holística se não há recursos e treinamento em novas formas de abordagem: no corre-corre dos serviços, acaba-se sendo obrigado a operar os formatos tradicionais de atendimento, com rotinas já bem estabelecidas e treinadas, para conseguir ser rápido.

Dos saberes já acumulados na perspectiva mais ampla de assistência, o saber mais importante é o que enfatiza a importância do diálogo para a redefinição das práticas assistenciais. O diálogo é o grande instrumento para a busca de adequação da assistência a

estes grupos sociais tão diversos e vivendo situações existenciais tão diferentes daquelas imaginadas pelos profissionais de saúde.

O profissional, diante de cada caso, dispõe de múltiplos meios de investigação, que fornecem diferentes níveis de precisão ao diagnóstico, e tem diferentes formas de tratamento, que proporcionam níveis diversos de segurança e de cobertura. Cada um destes meios de investigação e tratamento tem diferentes custos (dinheiro, tempo, sofrimento, afastamento das atividades e esforço físico) para o paciente e para a sociedade. Cada um dos possíveis meios de investigação e de tratamento para uma determinada situação resulta em diferentes níveis de agressão para o corpo e para a rotina familiar. A decisão de quais recursos, de investigação e tratamento, vão ser empregados, em cada caso, não é uma decisão puramente técnica, mas baseada em valores subjetivos e culturais, bem como na consideração da realidade material em que as pessoas vivem. Os padrões de investigação e de tratamento tidos como ótimos pelo modelo biomédico são, no fundo, decisões e padrões estabelecidos levando em consideração as condições de vida das classes dominantes. E mesmo as condutas ainda não padronizadas podem ser mais facilmente decididas, sem diálogo, pelos seus profissionais porque eles são membros destas mesmas classes. As considerações que eles fazem, baseados em suas próprias condições pessoais e em suas vivências, são, em grande parte, aplicáveis aos seus clientes. Isto não ocorre em relação aos grupos sociais subalternos. Como um profissional pode compreender as estratégias, ou mesmo o milagre, de sobrevivência de uma família composta de quatro filhos e uma mãe (abandonada pelo marido) que vivem em casebre da periferia de uma pequena cidade, sem móveis e sem utensílios domésticos, e que têm um rendimento declarado apenas de pequenas lavagens de roupas e da bolsa família? Dificilmente um profissional conseguirá compreender bem a sua psicologia, os seus hábitos de vida, as suas prioridades e a sua visão da sociedade. Como ele pode então decidir por eles? Só existe mesmo um caminho: o diálogo.

Os pacientes trazem para os atendimentos, visões e saberes importantes (porque integrados em sua cultura e em sua realidade material de vida) que precisam ser valorizados. Por isto, é preciso aprender a construir as condutas terapêuticas através do diálogo. De um lado, o paciente que conhece intensamente a realidade onde está inserido o seu problema de saúde e carregado de crenças, saberes e estratégias de intervenção nesta realidade. De outro lado, o médico com conhecimentos técnicos sobre o problema, mas também carregado de crenças próprias da cultura do grupo social de onde veio. Na medida em que cada um sabe dos seus limites, é possível estabelecer uma relação, onde o diálogo não é apenas uma estratégia de convencimento, mas a busca de uma terapêutica mais eficaz por estar inserida na cultura e nas condições materiais do paciente, como também por estar aberta a outras lógicas de abordagem da doença. Agindo dessa forma, se contribui para a formação de cidadãos mais capazes de gerirem sua saúde.

Nestas várias décadas de atuação profissional, tenho viajado para vários locais do Brasil, chamado para dar assessorias e participar de eventos. Tenho convivido com muitos trabalhadores de saúde que atuam junto aos pobres, oprimidos e marginalizados. Percebo que vivem grandes dificuldades na relação com os grupos sociais subalternos. Angustiam-se e se revoltam, muitas vezes, porque seus clientes não entendem e não incorporam as verdades que trazem. Costumam dizer *“este povo não nos compreende”*. Sentem-se como se seus esforços fossem desvalorizados. Alguns chegam a dizer: *“não merecem minha dedicação”*. A grande dificuldade é não perceberem que a cultura destes grupos e pessoas que assistem é expressão de um rico conhecimento e sabedoria de enfrentamento das dificuldades e de busca de felicidade nas condições concretas de sua tensa existência. Uma sabedoria e um conhecimento que se mostram de jeito bastante esquisito e confuso para o padrão dos profissionais. Não percebem também que têm outros valores para orientar suas prioridades do existir. Não percebem ainda que há uma diversidade muito grande de formas de

pensar, sonhar e organizar a vida entre os grupos subalternos. De forma alguma são uma realidade uniforme. Na verdade, *a maior crise de compreensão é nossa*; nós, profissionais, é que não entendemos suas variadas formas de buscar uma vida intensa, nas suas tão diferentes realidades. Com isto, nosso trabalho fica superficial. Porque desconsideramos seus caminhos diferentes e não acreditamos na possibilidade de terem formas próprias e inteligentes de organizar suas vidas marcadas por tantas precariedades, confusões e opressões, não investimos na superação das incompreensões. Acabam sendo vistos como apáticos, deseducados e descontrolados.

As pessoas marcadas pelo sofrimento e pela humilhação da subalternidade, em geral, apresentam dificuldades para se expressar ou para elaborar um discurso direto e claro na linguagem dos doutores, em sua relação com os serviços de saúde, dificultando o entendimento de sua lógica e de seus valores. Esta característica cria desafios muito especiais para o seu atendimento. Para superar esta crise de compreensão, é preciso aproximação com abertura afetiva. O coração (símbolo da inteligência emocional e espiritual do ser humano) tem grande poder de compreender aquilo que o raciocínio lógico não consegue. É preciso criar dinâmicas para que as pessoas silenciadas se expressem. É preciso promover um ambiente afetivo para que se percebam acolhidos e à vontade para explicitar suas considerações e opiniões.

Mas é necessário também de estudo. Muito já foi escrito e sistematizado sobre os caminhos diversos de busca da saúde dos pobres, oprimidos e marginalizados de nossa sociedade. A antropologia, psicologia, sociologia, ciências das religiões, economia e pedagogia têm muito para contribuir neste sentido. Só com esta compreensão e a conseqüente valorização de seus saberes, valores e iniciativas, um verdadeiro diálogo poderá reorientar a assistência à saúde e torná-la potente e gratificante.

5 - AS VÁRIAS FACES DA POBREZA, OPRESSÃO E MARGINALIDADE NA SOCIEDADE

Pobreza, opressão e marginalidade são conceitos pouco precisos nas ciências humanas. Têm sido estudados por diferentes autores e disciplinas, com diferentes definições e ênfases teóricas. Justamente por causa desta imprecisão conceitual é que eles são adequados para as reflexões deste livro. Assim, permitem nominar pessoas e grupos sociais muito diversos e situações inesperadas de subalternidade e exclusão que não se enquadram em esquemas teóricos clássicos. Expressam uma realidade em que a sensibilidade afetiva costuma, muitas vezes, detectar com mais precisão do que as muitas análises sociológicas.

Já vi pobres marginalizados na Inglaterra (imigrantes paquistaneses) com condições materiais melhores do que muitas famílias consideradas ricas na cidade onde morava, no interior da Paraíba. O ser considerado pobre tem uma dimensão relativa que depende da situação de disponibilidade de recursos em determinado ambiente social. Vi também opressores com atitudes aristocráticas, morando em favelas bem precárias.

Minha mãe, que trabalhava na pastoral da saúde de sua paróquia católica, em bairro bem rico de Belo Horizonte, conheceu e apoiou pessoas extremamente oprimidas e marginalizadas (principalmente idosos e deficientes físicos ou mentais), morando em apartamentos finamente decorados deste bairro tão nobre. Um ex-aluno trabalhou na ONG Médicos Sem Fronteiras, assistindo populações ricas, mas extremamente oprimidas pela guerra e dominação política. Há pessoas com boas condições materiais, mas que vivem humilhados por pertencerem a grupos sociais marginalizados, como os travestis e os ciganos. Pertencer a um grupo religioso pode ser fator importante de exclusão social. Pessoas pertencentes à determinada religião podem ser opressores ou oprimidos dependendo do lugar onde moram.

Opressão e marginalidade podem surgir em situações inusitadas e inesperadas. Podem estar em situações extremamente variadas: favelados das periferias dos grandes centros urbanos, camponeses, índios da Amazônia, índios nos bairros urbanos, sem-terra, moradores de rua, idosos oprimidos por filhos e netos, prostitutas que sustentam sua casa, mas vistas com vergonha pelos familiares, imigrantes, presos das penitenciárias, desempregados, o aluno desajeitado e tímido da escola famosa, dependentes de drogas psicoativas, os gays, as pessoas com deficiência física, as esposas de maridos grosseiros, o amante acuado por jogos persistentes de chantagem emocional, o trabalhador de grande empresa exploradora de mão de obra, o doente crônico deixado isolado em seu quarto, pessoas com agitação mental maior que a usual, o empregado do sapateiro da esquina, o funcionário público com vínculo precário, pessoas com aparência física muito diferente dos padrões de beleza, as vítimas da guerra, os ciganos, as faxineiras dos luxuosos shoppings centers, os operários, o morador de distante povoado ribeirinho, pessoas com ideias e propostas de vida muito diferentes da maioria, filhos de pais autoritários, etc.

Se a opressão e marginalidade são mais evidentes em alguns grupos sociais e em algumas situações familiares e institucionais, elas, de alguma forma, são também experiências de todos. Os profissionais de saúde não são apenas pessoas que delas cuidam. De alguma forma, eles também as experimentam em suas vidas, de modo mais forte em alguns momentos e em alguns de seus espaços de convivência. Essas dolorosas experiências próprias, mesmo que transitórias, são importantes referências para melhor compreender as pessoas a quem cuidam.

As situações de opressão e marginalidade são muitas, mas a maioria está definida pela inserção de seu grupo social no processo econômico e na consequente forma de participação da riqueza produzida, podendo ser enquadrada dentro do conceito marxista de classe trabalhadora. Empregados subordinados de grandes e pequenas empresas, grandes ou pequenas fazendas, casas

de famílias e pequenas propriedades rurais. Eles e seus familiares. São pessoas que vivem de trabalho assalariado ou que até mesmo não o conseguem durante períodos, quando sobrevivem de pequenos negócios precários. São elas que constroem a imensa riqueza mundial atual, mas tem acesso apenas a uma parte pequena dela. Assim, grande parte desta enorme variedade de situações está determinada por um número bem mais restrito de causas sociais, a maioria delas ligadas à forma como a riqueza é produzida e distribuída na sociedade. E como o poder político é controlado. As ciências sociais e a economia política são fundamentais para a compreensão destas origens comuns de muitas destas situações.

Há também dinâmicas subjetivas profundas que reiteradamente têm gerado mentalidades e atitudes criadoras de opressão e humilhação nas relações sociais e que, ao longo da história, em diferentes contextos políticos e modos de produção econômica recriam a exploração e a exclusão com diferentes roupagens. Estas dinâmicas subjetivas têm sido objeto de intensa preocupação e elaboração por parte das tradições espirituais da humanidade e de muitas correntes filosóficas.

Há, portanto, uma grande inter-relação entre causas subjetivas profundas e causas políticas e econômicas. Diferentes tradições teóricas enfatizam uma dimensão ou outra, gerando apaixonadas polêmicas.

A assistência à saúde integral busca contribuir também no enfrentamento destas fontes estruturais, subjetivas e sociais, da pobreza, opressão e marginalidade, sendo, portanto, importante buscar que os pacientes e os grupos assistidos as compreendam. O tratamento e a prevenção de doenças são importantes espaços para questionamento e discussão das causas mais gerais do sofrimento. Para contribuir neste sentido, o profissional precisa se inteirar destes estudos.

No entanto, **as teorias mais importantes sobre as origens da pobreza, opressão e marginalidade na sociedade não dão conta de explicar e identificar todas as situações.** A

realidade é mais complexa do que as teorias existentes. Muitas vezes, o apego extremo a determinada teoria sociológica, religiosa ou econômica sobre as causas e explicações da opressão e exclusão impedem a percepção de situações novas e até frequentes. Por isto é importante a sensibilidade, que pode conseguir perceber situações inusitadas. Pela sensibilidade pode se identificar, se comprometer e, posteriormente, buscar análises explicativas para estas situações inesperadas. As teorias são importantes instrumentos para apurar nosso olhar sobre a realidade, mas podem também turvar a visão.

A identificação e conhecimento de muitas situações de opressão e marginalidade têm sido possíveis também pela formação e luta de movimentos sociais destes grupos. São movimentos que criam união e articulação política, divulgam saberes e denúncias e trazem para a cena cultural e política questões até então encobertas.

Pessoas que não convivem de perto com os pobres oprimidos e marginalizados podem vê-los de forma romântica e simplista, como se fossem apenas vítimas inocentes e passivas da opressão social. Eles são constituídos de grupos e pessoas contraditórias como quaisquer outras. São vítimas, mas também cúmplices do sistema de opressão. Outros modos de opressão e subalternidade podem ser criados dentro de famílias e grupos sociais empobrecidos e marginalizados. Pessoas injustiçadas podem exercer grandes injustiças e ter ações extremamente perversas. Se entre eles há muita luta solidária de superação, também há indolência e desunião. A miséria e humilhação não têm apenas efeitos materiais e psicológicos, mas também morais. Podem gerar comportamentos tumultuados, agressivos e ressentidos. Suas contradições têm sido usadas politicamente para justificar o não investimento em políticas sociais a eles destinadas. A visão mítica dos pobres é também base para uma intensa rejeição após a percepção das primeiras contradições. Comprometer-se com eles, é fazê-los, acolhendo também estas contradições e ajudando pedagogicamente sua progressiva superação.

Os serviços de saúde são um dos principais locais para onde se dirigem os que mais sofrem e são maltratados na sociedade. Se o profissional não tiver uma visão restrita à queixa orgânica bem específica dos pacientes e tiver sensibilidade, ele pode ajudar a identificar e problematizar realidades opressivas bem maquiadas pelas famílias ou pela cultura dominante. Uma queixa centrada em um problema físico bem específico pode ser o jeito socialmente mais aceito para se chegar aos profissionais de saúde e pedir socorro, quando o sofrimento é difuso e confuso por derivar de situações sociais complexas. Alguns machucados nas pernas e braços podem revelar situações de espancamento repetido em famílias garbosas. Algumas modalidades de doença pulmonar podem indicar condições de trabalho insalubres. Uma dor de cabeça persistente pode mostrar o ritmo desumano de trabalho de uma empresa. Isto dá uma dimensão política muito forte para o trabalho em saúde, tornando-o instigante e grave. Exige um saber e uma habilidade para lidar com situações que podem gerar perseguições ao profissional. O solo por onde se desenvolve o trabalho em saúde exige um caminhar reverente. Mas também pode ser trilhado levemente com espírito comercial e de ostentação.

Os serviços de saúde podem ser também locais que reforçam a marginalização e exclusão de pessoas e grupos sociais. *“Não vou neste serviço, porque lá me sinto mais pobre do que normalmente já me sinto”*. Muitas resistências em procurar os serviços se devem aos olhares de rejeição e às pequenas ironias, que ali acontecem provenientes dos profissionais ou dos outros usuários. Na fragilidade da crise trazida pela doença, rejeições aparentemente pequenas causam grande efeito de afundamento da autoestima. Para alguns grupos mais excluídos, é preciso criar serviços específicos próprios para se conseguir uma frequência regular, tamanha é a rejeição com que são tratados.

A assistência à saúde, que acolhe e trata a opressão e a marginalização, pode acontecer em diferentes tipos de serviço. Os serviços de atenção primária à saúde, bem inseridos na vida

comunitária e com condições de dar um acompanhamento próximo e de longo prazo, são espaços privilegiados para um trabalho potente e criativo. As enfermarias dos hospitais acolhem os subalternos por períodos limitados, em momentos de muita fragilidade e de dependência intensa a um cuidado humano e pedagógico, podendo ter grande significado na transformação de situações de opressão. As unidades de atendimento de urgência iniciam o cuidado nas crises, momentos cruciais na vida das pessoas, onde as situações de injustiça e desprezo se mostram evidentes, clamando por iniciativas firmes e carinhosas. O atendimento ambulatorial especializado é fundamental no acompanhamento de pessoas acometidas por problemas específicos e servem de referências orientadoras da assistência continuada nos serviços de atenção primária. Neles, é possível rever condutas antigas que não estavam dando resultados satisfatórios e perceber dimensões humanas ainda não consideradas. Organizações não governamentais e movimentos sociais voltados para problemas específicos de saúde (como para portadores de HIV, usuários de serviços de saúde mental, Síndrome de Down, hanseníase, dependentes de drogas psicoativas, etc.) ou para públicos específicos (como os homossexuais, prostitutas, meninos de rua, negros, etc.) são espaços de trabalho riquíssimo e locais de articulação de lutas políticas fundamentais. Por traz do funcionamento de todos estes serviços, há gestores que podem atuar numa perspectiva de sua transformação em direção a uma assistência mais humana e integral. É um trabalho mais distante do atendimento às pessoas, mas muito difícil, pois exige muita habilidade política e uma visão ampla das possibilidades e alternativas. Os gestores dos serviços de saúde podem criar condições gerais propícias a uma assistência integral e orientar amplamente o conjunto de serviços em direção a um cuidado humanizado. O atendimento integral não depende apenas de uma relação interpessoal humanizada, mas também de condições

materiais e institucionais que exigem trabalho habilidoso e persistente para serem construídas.

São, portanto, muitas as formas, espaços e possibilidades de um trabalho em saúde a serviço da superação da opressão, pobreza e marginalidade em suas múltiplas e surpreendentes faces. Elas precisam ser articuladas para serem mais potentes.

6 - O AMOR NO TRABALHO EM SAÚDE

Para muitos profissionais de saúde, o trabalho com os pobres, oprimidos e marginalizados não se orienta só pelo dever profissional, pela cobrança das instituições onde estão empregados, pelos lucros financeiros que obtêm ou por uma obrigação moral aprendida em sua formação. Orienta-se principalmente pelo vínculo afetivo e pelo compromisso fundado neste vínculo. A partir deste vínculo afetivo, aproximam das pessoas e comunidades com um olhar e uma escuta sensíveis, atentas para dimensões sutis da realidade. Orientam seu agir principalmente pela percepção das suas consequências no olhar, nos corpos e nas palavras das pessoas que cuidam.

Este vínculo se inicia com o encantamento com a criatividade da população, a gratidão e valorização como são acolhidos nas comunidades, os instigantes desafios teóricos trazidos pelas complexas situações em que são chamados a lidar e seus consequentes aprendizados, além do clima de amizade e de alegria que surge neste tipo de trabalho. Trata-se inicialmente de um vínculo reforçado pelos encontros e acontecimentos do momento. Mas este vínculo vai se aprofundando. Situações de dificuldade, ingratidão, tensão, conflito e frustração surgem, criando períodos sem estes reforços. São tempos áridos que desanimam alguns, mas fazem outros profissionais descobrirem estar vinculados para além das emoções presentes. Trata-se de um vínculo mais visceral e mais atávico que os aproxima de um compromisso não apenas com os usuários mais próximos dos

serviços, mas com a população em geral, principalmente os mais necessitados. Vai criando uma maior capacidade de indignação com outras situações de injustiça e opressão presentes na sociedade. Envolve-os, aos poucos, nas lutas políticas pela ampliação dos direitos sociais e pela superação das causas estruturais da desigualdade. Este vínculo mais profundo, que vai ficando sem medo das dificuldades, enfrentamentos e perseguições decorrentes, é mais bem expresso pelo conceito de amor.

O amor é um sentimento simples de ser entendido por ser uma realidade existencial universal, mas, ao mesmo tempo, é um conceito confuso e de significado teórico pouco preciso por assumir formas muito diferentes no cotidiano da vida humana. Há o amor de mãe, dos casais, dos religiosos, dos políticos populistas, do comércio preocupado com a venda de presentes, dos prostíbulos, dos poetas, etc. Há ainda o amor ao dinheiro, ao poder, a Deus e àquele prato favorito. A grande valorização do amor romântico, entre os casais na cultura contemporânea, tem criado uma referência muito forte para sua compreensão, que tende a tornar o conceito de amor em algo muito idealizado, com as qualidades mais belas possíveis, o que cria ilusões por esconder as suas contradições e seus condicionamentos sociais. No mundo acadêmico e profissional, onde impera uma ideologia de valorização da objetividade racional e lógica desvestida de qualquer emoção, passou a ser um conceito extremamente evitado. Mas na vida privada destes profissionais e acadêmicos, fora dos seus ambientes de trabalho e pesquisa científica, tem sido um dos temas que mais gera interesse. Na última década, no entanto, vem sendo tema de crescente debate nas ciências humanas.

Amor é um vínculo afetivo intenso e profundo entre seres que reorienta a relação entre eles, a partir do momento em que se estabelece. Diferencia-se dos outros vínculos afetivos pela intensidade. Nele, dinâmicas inconscientes tornam-se fortes, superando o controle da vontade consciente. Gera um enlevo afetivo que toma simultaneamente a consciência e o agir dos seres

envolvidos. Desencadeia um tipo especial de acolhimento, compreensão mútua e aceitação de diferenças não bem compreendidas. Cria uma relação de reciprocidade com um forte sentimento de união de interesses, propósitos, necessidades e emoções. A partir daí, estabelecem-se compromissos que se baseiam mais na emoção do que na vontade e no dever racionalmente construído. Neste vínculo, passa-se a sofrer e alegrar intensamente com o sofrimento e a alegria do outro. A partir do momento em que se estabelece na vida das pessoas, passa a ser elemento estruturante importante do sentido e da motivação que dão ao seu existir. É uma experiência, ao mesmo tempo, espontânea como também intencionalmente cultivada. A abertura e o investimento da vontade consciente criam condições para que a sua dinâmica de envolvimento emocional se aprofunde.

Amor é, portanto, regido principalmente pelo sentimento e não pela vontade. Não se ama por obrigação. Ele não pode ser ordenado. Não é um dever moral. Quando existe amor, o dever moral é supérfluo. Mas como ele não está presente na maioria das relações humanas, a moral é necessária. Para muitos filósofos (SPONVILLE, 2011), o agir regido pela moralidade é um agir como se houvesse amor, com aparência de amorosidade, para o bem do convívio humano em sociedade. A moral, sim, é regida pela vontade e pelo dever.

A valorização dos sentimentos, das emoções e das intuições significa uma abertura para dimensões e forças que estão fora do controle da vontade e da elaboração consciente e lógica. É uma abertura para elementos vindos do inconsciente, onde não existe apenas o amor: ali estão também rancores, instintos confusos, medos intensos, agressividades, ímpetos contraditórios e a agitação de nossas neuroses. Para dar espaço à amorosidade é preciso também acolher e elaborar nossas dimensões sombrias, que tendem a se manifestar juntas. Não basta querer amar. O amor vem. E vem misturado com o que não é amor. Amar é um processo exigente de elaboração. Ao fazê-lo, potências subjetivas ligadas à

sensibilidade e à intuição são desenvolvidas, levando a superação do viver restrito ao que é racional, medível e claramente explicável.

A valorização do amor no trabalho em saúde significa a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas. O vínculo afetivo cria novos canais de compreensão. Leva a mente a colocar-se no lugar do outro, para perceber o significado dos acontecimentos a partir de sua perspectiva. Alguns chegam a afirmar que só se compreende bem aquilo que se ama. Assim, o amor permite que o afeto se torne elemento estruturante dos diálogos, acordos e motivações do processo de construção de uma vida com mais saúde. O amor aciona um processo subjetivo de elaboração, não totalmente consciente, que traz importantes percepções, motivações e intuições sobre a realidade para o processo de produção da saúde. Assim, são incorporados ao trabalho aspectos mais sutis da realidade subjetiva e material da população. O amor é, portanto, uma dimensão importante na superação de práticas desumanizantes e na criação de novos sentidos e novas motivações para o trabalho em saúde.

O vínculo afetivo, nesta perspectiva, se diferencia das situações de submissão presentes nas relações de dependência emocional, não podendo ser confundida com sentimentalismo ou infantilização das relações de cuidado. Em nome do amor, muitas cobranças opressivas são feitas. Ao contrário, o amor fortalece o compromisso com a superação de situações de sofrimento e injustiça. Enquanto referência para a ação política, pedagógica e de cuidado, o amor amplia o respeito à autonomia de pessoas e de grupos sociais em situação de iniquidade, por criar laços de ternura, acolhimento e compromisso que antecedem às explicações e argumentações.

Há inicialmente uma surpresa ao perceber a potência terapêutica e de transformação social do agir regado pela emoção

amorosa. Vai se percebendo, no entanto, que a expressão desta emoção precisa ser modulada para que seja eficaz e ética. Não é qualquer emoção, pois ela também pode ser expressão de rancores, preconceitos e neuroses. É preciso aprender a lidar com as emoções no trabalho profissional. É um processo de aprendizado demorado que acontece por meio de vivências, em que erros e acertos são cometidos e refletidos. A relação continuada e franca com os pacientes, possibilitada pelo vínculo, permite que estas situações possam ser revistas. Vai se desenvolvendo o que vem sendo chamado de inteligência emocional (GOLEMAN, 1996). E a vida afetiva do profissional, inclusive sua vida privada, vai sendo enriquecida.

Em uma sociedade onde grande parte dos profissionais tem um trabalho alienado, sem vínculo com o que se produz, ter um trabalho criativo e integrado com seus principais propósitos de vida é um grande privilégio. A qualidade deste trabalho, carregado de motivação e sentido, acaba sendo reconhecido, gerando gratificações, inclusive financeiras. Portas institucionais se abrem, mesmo sem iniciativa intencional para isto.

A valorização do trabalho profissional por amor é algo bastante propalado em discursos de gestores, empresários e políticos para cobrar um maior empenho do trabalhador, muitas vezes, sem condições institucionais mínimas. Por isto, há uma desconfiança generalizada contra o uso desta palavra no ambiente institucional. Mas o que realmente dá força e legitimidade para o trabalho, por e com amor, é a vivência de experiências significativas em que ele aconteceu, transformou e encantou. Depois de experiências como esta, discursos, ideologias e mensagens adocicadas têm pouco valor. Quem passou por esta vivência, evita falar muito sobre ela, pois as palavras são pequenas para expressá-la bem. Só conversam com quem percebe entender destes caminhos sutis da subjetividade humana. Trata-se de uma experiência que leva a uma paz e a uma sensação de sentido pleno que dão uma certeza e uma assertividade para seguir o caminho

tomado. Assenta-se em rocha firme e se sente bem apoiado. As ventanias e confusões do trabalho não mais abalam significativamente. Depois desta experiência, firme na rocha, se tem força para enfrentar gestores, empresários e políticos com discursos hipócritas. O desafio passa a se manter-se assentado nesta rocha, nesta vivência do amor, pois rancores, cansaços, medos e seduções individualistas de consumo e poder podem crescer e fazer se afastar da rocha. E o trabalho em saúde é cheio destes perigos.

Mantê-lo nas trilhas do amor exige sabedoria, estudo e reflexão.

A experiência da centralidade do amor na existência humana transforma os objetivos do trabalho em saúde. A amorosidade e a ternura passam a ser não apenas uma metodologia de aprofundamento do diálogo e do cuidado, para se tornar também seu objetivo. Não se busca apenas uma sociedade justa, igualitária, participativa, sem marginalizados e com direito assegurado à assistência, mas também uma sociedade amorosa, pois só assim o ser humano se realiza plenamente. A amorosidade é, pois, instrumento e finalidade do trabalho de promoção da saúde.

As dimensões da emancipação ligadas à justiça, democracia e equidade das políticas sociais têm passos e metas mais palpáveis e delimitadas. São necessárias mudanças das leis, do sistema de representação política, da distribuição dos recursos públicos, da organização da produção econômica, do fortalecimento de organizações sociais, etc. São metas e passos muito difíceis, mas palpáveis dentro de uma lógica racional. Já a ampliação da amorosidade na sociedade é uma dimensão da emancipação menos palpável e menos controlada pela ação consciente. Depende do acolhimento e difusão de dinâmicas que, como o vento, a vontade não consegue governar; apenas cria-se espaço, elabora-se e espera. Isto é extremamente incômodo para as mentes regidas pelo cálculo e pelas estratégias racionalmente definidas.

REFERÊNCIAS

SPONVILLE-COMTE, A. *O amor*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

GOLEMAN, D. *Inteligência Emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva, 1996.