

O CUIDADO EM SAÚDE DE MULHERES CAMPONESAS COMO ATIVIDADE DE TRABALHO

*Bianca Rückert
Celina Maria Modena
Daisy Moreira Cunha*

1. Introdução

O cuidado pode ser caracterizado como um *“modo de fazer na vida cotidiana que se caracteriza pela atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com pessoas e coisas em lugares e tempos distintos de sua realização”* (Pinheiro, 2009, p. 110). Este modo de fazer resulta das diversas experiências de vida, as quais são moldadas por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos e se configuram em práticas de determinados sujeitos sobre os “outros” em certa sociedade. Por isso, podemos dizer que o “outro” é o lugar do cuidado (Pinheiro, 2009).

Esta é uma categoria abordada por diversos campos disciplinares na contemporaneidade, desde a filosofia (Heidegger, 1989), à sociologia (Fine, 2005), e ao feminismo (Hirata, 2016), para citar alguns. Tais campos trazem reflexões próprias sem, contudo, deixar de compreender o cuidado como uma forma de ser e manusear nossas experiências do cotidiano, as quais não ocorrem isoladamente, mas a partir das relações intersubjetivas que envolvem os seres humanos, considerando-se aquele que recebe o cuidado não como um simples destinatário dessas ações, mas como coconstrutor da vida humana (Ayres, 2017).

Na Saúde Coletiva, o cuidado é discutido como *“designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou*

recuperação da saúde” (Ayres, 2004, p. 22), isto é, de uma ação integral em saúde. Nessa mesma perspectiva, Pinheiro (2009) adota o termo “cuidado integral de saúde” em referência a uma ação que traz implícita o entendimento de saúde como direito de ser, considerando-se as diferenças de classe, gênero, raça e etnia, bem como o direito à pluralidade terapêutica.

Mas para que este cuidado integral se efetive, é necessário que o trabalho em saúde seja concebido como uma prática social, compreendendo-se a prática assistencial e as relações entre profissionais e usuários não apenas como resultado das tecnologias materiais, mas também das normas sociais (Donnangelo, Pereira, 1979). Devemos considerar, portanto, que há reinvenções no trabalho em saúde e não apenas reprodução das normas técnicas. Tais reinvenções adquirem concretude no “*saber que orienta esses modos de produzir técnica e socialmente, os cuidados*” (Schraiber, Mota, Novaes, 2009, p. 387).

Assim, nas práticas de cuidado desenvolvem-se um “*interjogo de saberes e fazeres*” (Barros, 2007, p. 118), os quais demandam escolhas. Qualquer que seja o trabalho em saúde – desde o realizado por um profissional de nível técnico ao profissional de nível superior, por exemplo – há sempre uma dimensão do trabalho que pode ser antecipada, prevista, “rotineira” (próprias de cada ofício e tarefa) e uma dimensão inédita, nova, “*criando uma desanonimação de cada fazer*” (Louzada, Bonaldi, Barros, p. 44, grifo dos autores).

Partindo dessa perspectiva, a Ergologia nos fornece um referencial teórico e metodológico apropriado para estudar o cuidado em saúde. De acordo com esta abordagem, toda atividade humana do trabalho é, simultaneamente, adesão a uma norma antecedente e construção de novas normas no meio. Neste debate de normas, patrimônios individuais e coletivos de saberes e valores dão vida ao meio. Para tanto, a Ergologia propõe o olhar para as especificidades que se despontam da atividade e a concebê-las como um debate de normas e valores, de dimensão coletiva e individual, micro e macro, simultaneamente. (Schwartz, Durrive, 2010).

Este artigo tem, portanto, o objetivo de ampliar o debate sobre o cuidado em saúde como atividade humana. Partindo das

contribuições da abordagem ergológica sobre o trabalho, em diálogo com a Saúde Coletiva, analisamos a dimensão reflexiva que se inscreve no cuidado em saúde desenvolvido por mulheres camponesas de assentamentos e acampamentos rurais.

Entre as populações do campo; sejam quilombolas, assentados, agricultores familiares, entre outros, é possível constatar a presença de uma diversidade de saberes e práticas de cuidado em saúde. Tais práticas fazem parte do cotidiano dessas comunidades e relacionam-se, em geral, ao uso de plantas medicinais, segurança alimentar, crenças e religiosidade, apoio social, para citar as mais comuns. Vale destacar que tais saberes possuem estreita relação com o contexto cultural, as condições de vida e de acesso aos serviços de saúde (Rückert, Cunha, Modena, 2018).

Nesse contexto insere-se Medicina tradicional e complementar, conceito usado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para se referir aos saberes e práticas alicerçados em variadas culturas, ou que não estejam inseridos no sistema de saúde hegemônico, com o objetivo de promoção e reabilitação à saúde, prevenção, diagnóstico e cura de enfermidades. Segundo a OMS, os cuidados com base na Medicina tradicional e complementar constituem-se como a principal forma de cuidado de milhões de pessoas em todo o mundo (OMS, 2013). No Brasil, tais recursos terapêuticos foram institucionalizados por meio da Portaria 971 de 03 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006).

Assim, neste artigo investigamos o cuidado em saúde de âmbito familiar e comunitário de mulheres de assentamentos e acampamentos rurais do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, nas regiões do Vale do Rio Doce e Vale do Mucuri, Minas Gerais, Brasil. Para tanto, discutimos as variabilidades que se apresentam no meio de trabalho em saúde, e a capacidade das cuidadoras em articular diversos recursos e saberes na construção do cuidado em saúde, por meio de um agir reflexivo.

2. Aspectos Metodológicos

Essa investigação desenvolveu-se a partir dos pressupostos da pesquisa qualitativa, abordagem metodológica que visa investigar os valores culturais, as representações e relações sociais de grupos, instituições e atores sociais, bem como os processos históricos e sociais relacionados às políticas públicas (Minayo, 2014). Esta investigação também se desenvolveu a partir da Ergologia, abordagem transdisciplinar que busca a construção de uma visão mais global do trabalho humano, visando recuperá-lo “*em toda sua complexidade no momento mesmo de sua realização como matéria para o diálogo entre as disciplinas*” (Cunha, 2013, p. 2).

As mulheres participantes desta pesquisa são cuidadoras, pertencentes a assentamentos e acampamentos rurais nos seguintes municípios das regiões do Vale do Rio Doce e Vale do Mucuri, estado de Minas Gerais: Campanário, Governador Valadares, Jampruca, Mathias Lobato. Vale destacar que, um assentamento rural é um conjunto de unidades agrícolas instituídas através das medidas de reforma agrária, destinadas a famílias de baixo nível socioeconômico, e por isso possui caráter definitivo (Brasil, 2020). Já um acampamento rural é a fase anterior ao assentamento, no qual as famílias habitam uma área agrícola como forma de pressionar o poder público para o cumprimento das medidas de reforma agrária e, portanto, possui caráter temporário.

Essas mulheres integram os coletivos de saúde dos assentamentos e acampamentos, responsáveis por ações de saúde como: cuidado das famílias assentadas e acampadas, acompanhamento das famílias aos serviços públicos de saúde, oficinas de educação em saúde, preparo de hortas e produtos medicinais e participação nas equipes de saúde das mobilizações locais, regionais, ou mesmo nacionais. Para tanto, utilizam práticas integrativas e complementares que incluem desde plantas medicinais, argiloterapia, reiki, aromaterapia, escalda-pés e massoterapia, para citar os mais comuns. Tais recursos podem vir acompanhados, ainda, de recomendações sobre alimentação saudável.

Para o trabalho de campo foram utilizadas observação participante e entrevista semiestruturada. A observação participante buscou identificar os contextos de realização das práticas de cuidado, os saberes inscritos e os mecanismos de produção, socialização e mobilização dos saberes. Já a entrevista semiestruturada abordou aspectos relacionados às características do trabalho de cuidados, ao histórico de construção das práticas de saúde, à dinâmica de produção e mobilização dos saberes dessas práticas, além de experiências exitosas.

O estudo foi realizado em dois momentos: em 2011 e em 2017. A pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos, aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 2011 (Protocolo CAAE- 0114.0.203.000-11) e pelo Comitê de Ética do Instituto René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (IRR-Fiocruz), em 2017 (Protocolo CAAE- 0114.0.203.000-11).

Participaram ao todo nove mulheres, com idade entre 28 e 65 anos, provenientes de cinco áreas de reforma agrária. Para cada participante foi apresentado um termo de consentimento. A identidade das participantes foi preservada e os nomes delas foram alterados para a sigla C (cuidadora), acompanhada de numeração crescente e do ano em que foi realizada a entrevista.

Para a produção teórica, foi desenvolvida “*análise de conteúdo construtiva interpretativa*”, que considera a produção teórica como um “*processo constante, contraditório e variável*” (Rey, 2005, p. 118). Nesse método, a análise é realizada a partir do confronto entre o movimento do pensamento e a realidade investigada, produzindo-se sínteses provisórias e novas indagações no curso da pesquisa. Assim, a teoria opera como propulsora do desenvolvimento da investigação, que, por sua vez, proporciona novas reflexões teóricas e, por isso, “*a teoria representa um processo vivo, em desenvolvimento e construção*” (Rey, 2005, p. 62).

3. Resultados

Para analisar a dimensão reflexiva presente na atividade do cuidado das mulheres camponesas, iniciamos a apresentação dos

resultados com alguns fragmentos da entrevista de uma cuidadora. Nesses fragmentos, após ser indagada sobre “*como você prepararia alguém para ocupar seu lugar como cuidadora em uma mobilização?*” ela mostra que vários são os aspectos a serem considerados, que, perpassam pelo problema de saúde apresentado às possibilidades de cuidado. Observa-se como o trabalho das mulheres camponesas é marcado por diversas variabilidades que se apresentam no encontro com as pessoas, as quais demandam escolhas, gestões no nível micro, para dar respostas às necessidades dessas pessoas.

[...] o primeiro passo é escutar a queixa da pessoa. Você vai escutar, escutar, escutar mesmo, daí você vai pensando, por exemplo, se é um emocional, a pessoa tá chorando..., vai escutar, ele vai desabafar, você vai dar o floral pra essa pessoa; o primeiro passo é o floral...”. Às vezes a gente dá um floral e a pessoa fala que já tá se sentindo melhor. Ai a gente pede ele pra descansar um pouquinho no cantinho pra ele tentar relaxar, mas se for uma dor, por exemplo, que mesmo dando floral..., se for dor de cabeça, aí vai precisar de passar por algum... aí a orientação é essa, insistiu a dor, a queixa da pessoa mesmo depois do floral ou uma massagem que tiver ali disponível, se puder fazer uma massagem, aí dá o remédio que for[...] que foi indicado pra aquela queixa ali... e pedir que a pessoa fique de repouso ali uns instantinhos...; observar e fazer essa primeira prosa com essa pessoa; é nesse sentido aí (C4, 2017, grifo nosso).

Nesse encontro elas fazem uso de uma escuta qualificada, que permita melhor conhecer as pessoas e suas singularidades e propor um cuidado mais adequado, conforme discutido em trabalho de Rückert e Aranha (2020). É possível observar, ainda, a presença de uma atitude de responsabilização e vínculo em relação às pessoas, tanto nas equipes de saúde das mobilizações, como no dia-a-dia nas comunidades. No depoimento abaixo, por exemplo, no contexto de trabalho de uma equipe de saúde, a cuidadora C4 reconhece a importância de “dar atenção”, pois o cuidado demanda uma vigilância permanente, um estado de prontidão e responsabilização com a pessoa.

É importante que a pessoa que fizer esse primeiro atendimento ele continue ali, mesmo que vá atender outras pessoas, mas ele tá ligado que botou o seu João ali pra dar uma relaxada; ele tá sempre ligado que [...] aquela pessoa que tá ali que ele atendeu

ela tá... mesmo que tenha outros cuidadores ali, mas se fui eu que atendi, eu que dei esse remédio, eu que botei ele aqui, então eu que tenho que dar sempre atenção a essa pessoa (C4, 2017).

Para algumas pessoas pode ser necessário, inclusive, que a atenção se prolongue para além do primeiro cuidado, demandando um acompanhamento permanente, a ser realizado na comunidade.

[...] têm casos que dá pra gente identificar, dá pra gente cuidar ali, naquela hora, e tem casos que a gente tem que fazer acompanhamento, senão não adianta (C7, 2017).

Nesse contexto destaca-se, ainda, a importância da mobilização e da produção dos saberes na atividade do trabalho, os quais, no âmbito da Ergologia, denominam-se por saberes constituídos e saberes investidos. De acordo com Trinquet (2010, p. 100), o saber constituído é todo aquele que precede a atividade e se exprime na forma de normas antecedentes, isto é, “o que é conhecido, formalizado nos ensinamentos, nos livros, nos softwares, nas normas técnicas, organizacionais, econômicas, nos programas de ensino, etc”. Já os saberes investidos resultam das experiências individuais e coletivas de trabalho e de vida. É um saber entrelaçado à atividade, não formalizado ou registrado em algum lugar.

Como exemplo de saberes constituídos que circulam na atividade do cuidado das mulheres camponesas podemos citar o conhecimento acerca da terapia floral, como nos conta C7:

[...] pra todos os efeitos a gente tem vários tipos de florais... Tem o Floral de Beijo que trata essa questão da pessoa que tem depressão... Tem muitos florais que equilibram, tem o de Ipê Amarelo que ajuda na autocura, no equilíbrio espiritual da pessoa (C7, 2017).

Da mesma forma, para “aprender” a gerir as variabilidades do meio é necessária uma vivência no próprio trabalho, que possibilite a produção dos saberes investidos, conforme expresso no depoimento de C7:

Eu acho que você ia ter que estar acompanhando a gente porque depende da pessoa, se a pessoa estiver em crise ou se a pessoa não estiver em crise também, porque tem depressão que você consegue avaliar, mas aí a pessoa não tá em crise (C7, 2017).

Assim, no cuidado desenvolvido pelas mulheres cuidadoras é necessário um agir reflexivo que perpassa por saber ouvir, fazer escolhas, despender atenção e responsabilizar-se com o outro, bem como certo domínio dos saberes relacionados às práticas integrativas e complementares. Este agir reflexivo é fundamental para se conhecer melhor as pessoas e suas necessidades de saúde, tomar as decisões mais adequadas para se garantir um uso seguro das práticas de cuidado em saúde:

Eu conheço as plantas, mas vou saber que você tem que tomar esse, esse e esse...? [...] é isso que é difícil (C3, 2011).

[...] tem todo um conhecimento primeiro da pessoa, porque vai que ela já tomou o remédio e eu dou outra coisa em cima, [...] então a gente faz todo esse processo primeiro de conhecer, de acolhimento, como a pessoa tá, se ela costuma sentir aquelas dores ou não, se ela tem alguma alergia de alguma planta ou não... (C7, 2017).

No depoimento acima é possível observar os saberes do acolhimento, enquanto dispositivo técnico, articulados ao conhecimento das práticas integrativas e complementares. Este agir reflexivo permite às mulheres a construção de uma resposta singular para cada pessoa, conforme destacado por C2 no depoimento abaixo:

[...] eu penso que cada vez que a gente cuida de uma pessoa a gente foi observando que duas pessoas podem ter o mesmo sintoma, mas o remédio precisa ser diferente; foi no decorrer dessa trajetória que a gente foi aprendendo isso (C2, 2017).

A seguir, apresentamos dois depoimentos nos quais podemos perceber como a dimensão reflexiva se insere no cuidado em saúde. No primeiro caso, C5 nos conta do cuidado com sua sobrinha que pegou pneumonia, morbidade grave, através do uso da planta “pé de galinha”. Na ocasião, diante da gravidade do caso, a cuidadora “aposta” em uma alta dose da planta para o combate da doença, uma alternativa que não faria sentido em outra circunstância:

Tem outra experiência do pé de galinha com minha sobrinha. [...] Ela teve uma pneumonia muito forte [...] Daí ela foi no médico e ele passou um remédio e tratou dela 15 dias. Quando ela voltou,

estava mais grave ainda. E ela tomava o remédio do médico, o antibiótico, mas não estava fazendo efeito. [...] aí o médico falou com ela que ao invés de diminuir estava aumentando a pneumonia. Aí ele falou pra ela... “- Olha, se dentro de 15 dias você não melhorar, você vai ter que ficar internada e vamos ter que fazer uma sonda...” Aí mandaram me falar [...]. Daí eu fui, arranquei os matos e falei... “- Eu venho fazer todos os dias, mas tem que tomar até melhorar...” Daí ela tomou e dentro de uma semana, uns cinco dias. Eu batia no liquidificador cheio e falava... “Bebe até tantas horas porque esse remédio não pode ficar até de tarde não...”. Menina... Na hora que eu batia e dava aquele copão. [...] Só que eu estava dando dose exagerada... É porque pela pressa que eles estavam [...] mas com cinco dias o médico viu a diferença e falou com ela... “- Qual remédio você tomou e que melhorou desse jeito? [...] continua porque daqui 15 dias você está liberada” (C5, 2011).

Já no depoimento abaixo, no qual se relata o caso de uma pessoa que sofre de depressão, é possível observar a dimensão reflexiva se expressando por meio de uma “saída simples”, isto é, uma estratégia que possibilite a instauração do cuidado. Por conta da sua depressão, o camponês encontrava-se em um estágio de precárias condições de higiene e a estratégia da cuidadora passava por banhos aromáticos, um por dia, como forma de resgate da autoestima e promoção da saúde. Após os banhos, outras estratégias de cuidado seguiram-se como de costume, de forma a promover um cuidado integral em saúde. Assim, o depoimento de C2 mostra que o a dimensão reflexiva do cuidado pode possibilitar a construção de estratégias adequadas ao contexto e às necessidades singulares de cada pessoa, construindo uma resposta original:

[...] nós atendemos uma pessoa e a gente pensava que o problema dele era só falta de banho, né. Não tinha muita coisa... Ele caiu na depressão, parou de tomar banho e nós passamos o chá pra ele e passamos o banho. Passamos nove banhos. Esses dias nós falamos pra ele... “- [...] você pega a bucha de são Caetano e passa no corpo inteiro, da cabeça aos pés, que é para o sangue circular. Mas na verdade era pra tirar a sujeira, né, porque ele tava muito sujo. No dia que ele voltou pra revisão a gente não conheceu ele. Aí ele falou... “- Olha, gente, eu tô aqui. Eu me dei muito bem com o remédio, e eu voltei” (C2, 2011).

Dessa forma, podemos compreender o trabalho do cuidado das mulheres camponesas como um espaço de microdecisões, escolhas e gestões das variabilidades que se apresentam no meio de trabalho. Para tanto, as mulheres fazem uso de suas capacidades e seus recursos, como responsabilização, atenção, vínculo, acolhimento e escuta qualificada, bem como dos saberes constituídos e dos saberes investidos. O cuidado é, assim, atravessado por uma dimensão reflexiva, que possibilita a adoção de práticas mais seguras e a construção de respostas singulares às necessidades das pessoas.

4. Discussão

No cuidado em saúde, as variabilidades e os problemas que se despontam no cotidiano de trabalho, mobilizam todos os envolvidos, de uma forma ou de outra, na procura de soluções. Neste processo, reside um engajamento subjetivo dos trabalhadores e das trabalhadoras, possibilitando com que o cuidado se concretize, apesar das possíveis adversidades (Oliveira, Alvarez, Brito, 2013).

Na análise sobre o cuidado ofertado pelas mulheres camponesas de assentamentos e acampamentos rurais podemos perceber a presença deste engajamento subjetivo, que possibilita a gestão das variabilidades presentes no meio de trabalho. Para tanto, as cuidadoras fazem escolhas, mostrando-nos que o cuidado, como toda atividade humana, é enigmático, não evidente. Como consequência, não há espaço para execução, mas sim para um debate de normas, através do qual as mulheres reelaboram as formas de cuidar a partir do uso de si, isto é, da *“convocação de um indivíduo singular com capacidades bem mais amplas que as enumeradas pela tarefa”* (Schwartz, Durrive, 2010, p. 27).

Ao fazerem uso de si, as mulheres camponesas recorrem aos seus recursos para responder aos eventos inesperados que aparecem na atividade do cuidado. Mas quais recursos são esses? Vimos que o cuidado como uso de si se expressa na forma de atenção, escuta qualificada, responsabilização e vínculo. Tais recursos possibilitam que o outro se faça presente, evidenciando a dimensão relacional do cuidado (Ayres, 2004; Rückert, Aranha, 2020).

Oliveira, Alvarez e Brito (2013) reconhecem que o trabalho em saúde implica na mobilização de competências relacionais, discursivas e comunicacionais na relação com os usuários. Para esses autores, este é um aspecto central no êxito dos serviços de saúde e para as mudanças nas condições de saúde dos usuários. Nessa mesma perspectiva, Schraiber (1997) reconhece que é justamente esta base interativa que possibilita e torna complexa a articulação entre o saber e o fazer na prática médica.

Além dos recursos citados, na atividade do cuidado das mulheres camponesas é possível observar a presença de saberes relacionados às práticas integrativas e complementares. Neste processo, destaca-se o uso dos saberes técnico-científicos, isto é, dos saberes constituídos, mas também os saberes da experiência, também denominados por saberes investidos, que são postos em prática para que a dimensão reflexiva e inventiva do cuidado venha à tona.

No que tange a importância dos saberes investidos no trabalho de cuidados, vale destacar aqui o fragmento da entrevista de C7, no qual a cuidadora ressalta a importância de se “acompanhar” as demais mulheres para se aprender a cuidar, uma vez que na própria experiência adquirem-se saberes que podem ser mobilizados no cuidado às outras pessoas. Mas como podemos pensar esta dialética entre o saber da experiência como fonte de eficácia e a singularidade do tratamento, já que a conduta adotada em um caso bem sucedido não pode ser meramente replicada em outros casos? Em outras palavras, no cuidado em saúde, faz-se necessário que as cuidadoras ajustem seus saberes às singularidades das pessoas e suas necessidades de saúde.

Sem deixar de lado sua natureza técnico-científica, Schraiber (1996, 1997) reconhece que todo ato médico se caracteriza, em alguma medida, como singular, uma vez que envolve julgamento do profissional médico na utilização do conhecimento científico. Neste processo, há uma adaptação da norma científica à especificidade de cada caso e a criatividade é o componente que direciona a intervenção. Para esta autora, o diferencial da experiência clínica de cada profissional médico decorre do conhecimento empírico produzido na face experimental da prática médica. Com isso, a atividade não se

reduz a executar conhecimento, mas a “reconhecê-lo e recriá-lo em novos juízos” (1997, p. 131). Nas palavras da autora:

[...] na medicina de fato operamos com ambas as dimensões [dimensão científica e dimensão empírica] e informamos a ação com base em um saber prático que constrói essa associação. Na medicina [...] a ação reveste-se de saber científico, e, ao mesmo tempo, exige um saber prático, fundamentando-se no científico, mas regulando-se também por apreender e agir necessariamente sobre o social. Praticidade e segurança, ou singularidade do caso e objetividade científica, leis biológicas e normatividades sociais, tornam tensa a ação, tornam complexo o julgamento e um risco, a decisão (Schraiber, 1997, p. 133).

Portanto, para a realização deste *ajuste* é necessária uma sabedoria que possibilite “a capacidade de acumular e usar o saber científico para a reflexão”, bem como “a capacidade de bem discernir e julgar para a decisão” (Schraiber, 1996, p. 7). Nessa mesma perspectiva, Schwartz (1998) reconhece que esta sabedoria resulta das experiências dos trabalhadores, conforme expresso abaixo:

[...] a equipe de profissionais de saúde deve ao mesmo tempo dominar a nosologia, a tecnicidade e as terapêuticas [...] bem como ficar frente a frente com doentes singulares cujos aspectos clínicos e cujas capacidades em suportar o tratamento, o ambiente social, humano - condição de prosseguimento mais ou menos feliz do tratamento - deverão ser apreciadas em virtude de uma experiência diversamente individual, diversamente coletivizada. (Schwartz, 1998, p. 30).

Na passagem acima, Schwartz refere-se à maestria em proporcionar o diálogo entre as normas antecedentes e os saberes investidos para solucionar com êxito um problema. Trata-se de uma competência que se exprime na forma de um “tratamento ajustado” a ser criado diante de determinadas circunstâncias, ou ainda, de uma “inventividade dinâmica que leve em conta nas suas escolhas tanto as características genéricas quanto os “metabolismos” locais” (1998, p. 27).

Parece-nos que é justamente esta inventividade dinâmica, para usar a expressão de Schwartz (1988), ou saber prático que constrói associação, para usar a expressão de Schraiber (1997), que permite às cuidadoras ir além da mera replicação dos saberes investidos, ou mesmo além da mera aplicação de um protocolo, para promover a

singularidade do tratamento. Ou seja, no cuidado faz-se necessária um agir reflexivo que permita a apreciação das necessidades de saúde diante dos saberes constituídos e dos saberes investidos.

Certamente na atividade do médico a apropriação dos saberes técnico-científicos (ou saberes constituídos) faz-se mais presente do que na atividade do cuidado das mulheres camponesas, cujos saberes investidos estão mais presentes. Entretanto, qualquer que seja a dimensão que a técnica ocupe no cuidado em saúde, sempre “*há uma incerteza intrínseca nesta técnica*” (Schraiber, 1997, p. 132). Esta afirmação torna-se particularmente evidente quando as camponesas relatam que inúmeras são as escolhas requeridas no cuidado.

Assim, conforme destacado por Schraiber (1996, 1997) acerca do ato médico e por Schwartz (1998) acerca do trabalho como atividade humana, também a atividade do cuidado das mulheres camponesas envolve decisões pessoais na aplicação do conhecimento científico e são, por consequência, atos singulares. Ou seja, o cuidado desenvolvido pelas mulheres camponesas, como toda atividade humana, é, sempre, em alguma medida, criação, agir reflexivo, no qual agir e pensar que não se separam. Esta dimensão reflexiva está na dependência da apropriação das normas antecedentes e da infiltração do histórico na atividade (decorrente da produção cotidiana do cuidado). Vale destacar que a dimensão reflexiva do cuidado está presente em todas as circunstâncias. Qualquer que seja o cuidado ofertado, as respostas produzidas devem considerar o contexto, as condições de vida, os recursos disponíveis e o contexto cultural das pessoas.

Para Barros, no âmbito da saúde “[...] *os trabalhadores realizam, constantemente, gestão, criam normas, fazem um debate entre valores e, nesse sentido, uma forma de reflexão está sempre presente, caso contrário, o cuidado em saúde não se efetiva, os sistemas não funcionam, dão pane*” (2007, p. 119, grifo da autora). Por isso, esta autora reconhece o cuidado como prática reflexiva.

Nessa mesma perspectiva, Muniz e França consideram que “*no front diário dos serviços, os diferentes profissionais de saúde tomam decisões e constroem modos singulares de organizar e trabalhar em serviço*” (2011, p. 89). Consequentemente, devemos

compreender a gestão de um serviço de saúde como um atributo não apenas do coordenador ou do gestor central, mas de cada trabalhador ou trabalhadora que integra uma equipe de saúde.

Ademais, ainda que a circulação de valores na atividade não seja objeto de reflexão neste texto, nos perguntamos qual a relação existente entre a dimensão reflexiva e a construção de um cuidado integral de saúde, orientado pelos projetos de felicidade humana (Ayres, 2004)? Dito em outras palavras, será necessária maior capacidade de refletir, discernir e julgar (Schwartz, 1998) para que se produza um cuidado integral em saúde? Assim, destacamos a necessidade de novos estudos sobre o cuidado em saúde de mulheres camponesas a partir da perspectiva ergológica, que busquem aprofundar a compreensão sobre as dramáticas do uso de si nas situações de trabalho e suas relações com os saberes e os valores que circulam na atividade.

5. Considerações finais

Neste trabalho, a partir do aporte teórico e metodológico da Ergologia, buscamos investigar a dimensão reflexiva que se inscreve na atividade do cuidado em saúde de âmbito familiar e comunitário de mulheres camponesas, moradoras de assentamentos e acampamentos rurais. Observamos que o cuidado, enquanto atividade do trabalho, pressupõe acolhimento, vínculo, responsabilização e escuta qualificada. Pressupõe, ainda, mobilização dos saberes constituídos e dos saberes investidos, a partir de um agir reflexivo que possibilite a apreciação das necessidades de saúde perante os saberes. Assim, trata-se de uma atividade que combina o domínio das normas antecedentes aos saberes investidos, por meio de uma inventividade dinâmica que dê conta de fazer as leituras dos contextos e de encontrar as respostas adequadas às singularidades das pessoas. Para tanto, na atividade do cuidado as mulheres camponesas fazem uso de si, de suas capacidades, de seus recursos e de suas escolhas.

Dessa forma, o cuidado em saúde desenvolvido pelas mulheres camponesas, assim como toda atividade de trabalho, constitui-se como um agir reflexivo, que requer julgamentos e escolhas. Destaca-se a importância de se considerar essa dimensão

reflexiva nos processos de formação de cuidadoras e cuidadores comunitários, bem como a necessidade de novos estudos sobre o cuidado de populações do campo, que busquem compreender as dramáticas do uso de si vivenciadas no cotidiano do cuidado.

Referências

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

AYRES, J. R. C. M. (2017) Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. *Rev baiana enfermagem*, v. 3, n. 1 e21847.

BARROS, M. E. B. (2007) Seria possível uma prática do cuidado não reflexiva? O cuidado como atividade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, p. 113-126.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA. *Assentamentos*. Disponível em <http://www.incra.gov.br/pt/assentamentos.html>. Acesso em 30 de março de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 971, de 03 maio de 2006*. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em 25 de março de 2020.

CUNHA, D. M. (2013) Trabalho, humana atividade. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 16, n. especial 1, p. 25-35.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. (1979) *Saúde e Sociedade*. 2a edição. São Paulo: Duas Cidades.

FINE, M. (2005) Individualization, risk and the body: Sociology and care. *Journal of Sociology*, v. 41, n. 3, p. 247-266.

HEIDEGGER, M. (1989) *Ser e tempo*. Petrópolis, RJ: Vozes.

HIRATA, H. (2016) O trabalho de cuidado. *Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos*, v.13, n.24, p. 53-64.

- LOUZADA, A. P. F.; BONALDI, C.; BARROS, M. E. B. (2007) Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, p. 36-52.
- MINAYO, M. C. S. (2014) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14a edição. São Paulo: HUCITEC.
- MUNIZ, H. P.; FRANÇA, M. B. (2011) Desafios da eficácia e eficiência no trabalho em saúde. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 85-103.
- OLIVEIRA, S.; ALVAREZ, D.; BRITO, J. (2013) A dimensão gestonária do trabalho: aspectos da atividade de cuidado. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1581-89.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2013) *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Ginebra: OMS.
- PINHEIRO, R. (2009) Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; FRANÇA LIMA, J. C. (Org.). *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. 2a edição. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 110-114.
- REY, F. L. G. (2005) *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thonson Learning.
- RÜCKERT, B.; CUNHA, D. M.; MODENA C. M. (2018) Saberes e Práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 66, p. 903-14.
- RÜCKERT, B.; ARANHA, A. V. S. (2020) Os valores no cuidado em saúde de mulheres camponesas. (2020) *Metamorfose: Arte, Ciência e Tecnologia*, v.4, n.1 [No prelo]
- SCHRAIBER, L. B. (1996) Ética e subjetividade no trabalho em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, v.12, p.45-50. Disponível em https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/128/o/ETICA_SUBJETIVIDADE_TRABALHO_EM_SAUDE.pdf. Acesso em: 11out. 2019.

SCHRAIBER, L. B. (1997) No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.1, n.1, p. 123-39.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A.; NOVAES, H. M. D. (2009) Tecnologias em saúde. In: PEREIRA, I. B.; FRANÇA LIMA, J. C. (Org.). *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. 2a edição. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 382-92.

SCHWARTZ, Y. (1998) Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação e Sociedade*, v. 19, n. 65, p. 101-140. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/26356950_Os_ingredientes_da_competencia_Um_exercicio_necessario_para_uma_questao_insolovel>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). (2010) *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a Atividade Humana*. 2a edição. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense.

TRINQUET, P. (2010). Trabalho e Educação: o Método Ergológico. *Revista HISTEDBR On-line*, número especial, p. 93-113.