



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Larissa de Siqueira Fernandes

Projetos de cuidado em fisioterapia

Rio de Janeiro

2011

Larissa de Siqueira Fernandes

Projetos de cuidado em fisioterapia

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

F363 Fernandes, Larissa de Siqueira.

Projetos de cuidado em Fisioterapia / Larissa de Siqueira
Fernandes. – 2011.

162 f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio
de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Fisioterapia – Teses. 2. Fisioterapeutas – Teses. 3.
Assistência à saúde – Teses. 4. Relações Profissional-
Paciente. I. Mattos, Ruben Araújo de. II. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III.
Título.

CDU 615.8-051

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Larissa de Siqueira Fernandes

Projetos de cuidado em fisioterapia

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 29 de abril de 2011.

Orientador:

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Carla Ribeiro Guedes
Universidade Federal Fluminense – UFF

Prof^a. Dra Jane Dutra Sayd
Instituto de Medicina Social – UERJ

Pesquisadora Tatiana Vargas F. Batista
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP

Rio de Janeiro

2011

DEDICATÓRIA

Dedico a todos os fisioterapeutas que se empenham em criar condições para uma vida mais bela e mais feliz.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar o meu caminho e guiar meus passos, permitindo que eu me perdesse para poder me encontrar e me dando coragem para seguir em frente.

À minha mãe, Isa, pelo amor incondicional; por atender todas as minhas ligações ansiosas e angustiadas, tendo sempre uma palavra de carinho para me reconfortar; por ler e reler o meu trabalho, com seus olhos de águia, em busca de qualquer vírgula que se atrevesse a estar fora do lugar; pelos ensinamentos filosóficos e sobretudo pelo seu exemplo de garra e perseverança que me inspira a seguir sempre em frente. Obrigada, mamys, pelo seu apoio!

Ao meu pai, Nelson, pelo amor, compreensão e exemplo de caráter; e à minha “boadrasta”, Débora, pelo amor, incentivo e pelo seu otimismo contagiante. Obrigada, popys e Dedé, pelas palavras que sempre me reconfortaram, apesar da distância.

Ao meu marido, Dorival, pelo amor, compreensão e incentivo a todo tempo, por nunca me deixar desanimar, por ouvir desenfreadamente as minhas empolgações finais de semana a fora, por ler e reler o meu trabalho, esforçando-se para compreender e me passando as suas considerações, mesmo achando “esse tal de Rorty meio maluco”. Obrigada, meu amor! Nada disso seria possível sem você!

Ao meu irmão, Rodrigo, pelo amor, orientação e incentivo, e por ser o exemplo de pessoa que me inspirou por toda a vida, com suas conquistas e superações. Obrigada, Petit Chose, pela força!

À minha segunda família, Dorival, Vera, Flávia e Michelle, pelas palavras de carinho e incentivo.

Ao “trio” do mestrado, Gizelly, Fernanda e Regina, pelo companheirismo de todas as horas, independente dos muitos quilômetros que nos separam. Obrigada, Gi, Fer e Rê! Foi mesmo muita sorte ter encontrado vocês no meu caminho! E um obrigada especial à Rê, por toda a ajuda no dia da defesa.

Às queridas amigas, Fernanda, Gabriela, Daniela, Tais, Camila e Iris, por me acolherem em São Paulo e me ajudarem com a coleta. À Paula, pelo incentivo nos momentos difíceis, com a sua filosofia do “vamo que vamo”.

À amiga Luiza, minha fonte de inspiração no mestrado e ao William (Wiwi), para ele não ficar com ciúmes! Aos amigos espirituais, pelas intuições.

À Rita de Cássia, Maysa Gomes e Gisele O'Dwyer, amigas do grupo de quarta, pelos ensinamentos e discussões fundamentais para a elaboração desse trabalho.

Aos funcionários do IMS, em especial à Simone Motta e Eliete Ester, da secretaria, à Carla Carvalho e Ana Beatriz, da biblioteca, e ao Artur Parreira, da informática, pela compreensão e ajuda.

Aos professores Jane Sayd e Kenneth Camargo, pelas valiosas contribuições na qualificação desse trabalho em pleno dia de jogo da Copa do Mundo e à Jane, também, pela dedicada contribuição como ledora.

Às queridas professoras da minha banca de defesa, Carla Guedes, Jane Sayd e Tatiana Wargas, pelo carinho e dedicação que tornaram esse momento tão especial.

Aos queridos familiares e amigos presentes no dia da defesa: Dori, Popys, Dedé, Mamys, Tia Márcia e Regina. A presença de vocês foi realmente muito importante.

Aos professores do curso de fisioterapia da UFSCar e da Santa Casa de São Paulo, pelos ensinamentos das muitas possibilidades que a fisioterapia tem de contribuir para a melhora na vida das pessoas.

Às fisioterapeutas entrevistadas, pelas reflexões compartilhadas tão abertamente comigo, que tornaram possível a concretização desse estudo.

E ao Ruben, mais que um orientador, um amigo querido, por conseguir compreender o que eu queria quando nem eu mesma sabia e por tornar essa jornada tão rica e prazerosa. Obrigada, meu amigo, por ter atirado a “rosa do sonho” nas minhas mãos distraídas.

Em minha utopia, a solidariedade humana seria vista não como um fato a ser reconhecido, mediante a eliminação do “preconceito” ou o mergulho em profundezas antes ocultas, mas como um objetivo a ser alcançado. E a ser alcançado não pela indagação, mas pela imaginação, pela capacidade imaginativa de ver pessoas estranhas como semelhantes sofredores. A solidariedade não é descoberta pela reflexão, mas sim criada. Ela é criada pelo aumento de nossa sensibilidade aos detalhes particulares da dor e da humilhação de outros tipos não familiares de pessoas. Essa maior sensibilidade torna mais difícil marginalizar pelo pensamento as pessoas diferentes de nós. [...] Esse processo de passar a ver outros seres humanos como “um de nós”, e não como “eles”, é uma questão de descrição detalhada de como são as pessoas desconhecidas e de redescritção de quem somos nós mesmos. [...] É por isso que o romance, o cinema e o programa de televisão, de forma paulatina mas sistemática, vêm substituindo o sermão e o tratado como principais veículos de mudança e progresso morais. Em minha utopia liberal, essa substituição receberia um tipo de reconhecimento que ainda lhe falta. Esse reconhecimento faria parte de uma guinada geral contra a teoria e a favor da narrativa. Seria uma guinada emblemática de nossa desistência da tentativa de abarcar todas as facetas de nossa vida numa única visão, de descrevê-las com um só vocabulário.

Richard Rorty

- Tem mais alguma coisa que você queira falar?

- Não, já fiz o meu desabafo!

Trecho da entrevista de Adriana

RESUMO

FERNANDES, Larissa de Siqueira. *Projetos de cuidado em Fisioterapia*. 2011. 162f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

As práticas de cuidado em fisioterapia, em muitas situações, resgatam a função do fisioterapeuta de “executor de técnicas” que lhe era atribuída nos primórdios da profissão. Ao exercer essa função meramente técnica, muitas vezes deixando-se substituir pelo equipamento nas suas ações, o profissional compromete o estabelecimento do vínculo terapeuta-paciente, contribuindo para o esvaziamento do encontro em saúde. Nessas situações, predomina o êxito técnico (a eficiência na realização do procedimento) sobre o sucesso prático (os benefícios trazidos para vida das pessoas). Para que o sucesso prático seja atingido, é fundamental que haja o questionamento sobre o que sonham as pessoas, profissionais e pacientes, para as suas vidas e para a saúde, quais são suas perspectivas e projetos de vida, seus “projetos de felicidade”. Nesse sentido, é imprescindível considerar, também, os projetos de felicidade dos profissionais da saúde enquanto sujeitos desse encontro. Afinal, é a partir deles que o profissional elabora o seu projeto de cuidado para cada paciente. Assim, esse trabalho buscou compreender os elementos que configuram a construção de projetos de cuidado em fisioterapia a partir da reflexão dos próprios fisioterapeutas. Para tanto, utilizou-se a metodologia qualitativa de pesquisa por meio de entrevistas semi-estruturadas para que fossem produzidas narrativas da história de vida do trabalho. Os discursos foram analisados integralmente e a categorização foi feita em três sub-temas: exercício profissional, relação com os pacientes e reflexões. Foi possível perceber que muitos dos arranjos de trabalho estabelecidos visam coibir o vínculo profissional-paciente, transformando-o em valor de troca e mercantilizando a relação terapêutica. Expropriada do vínculo, a prática se resume à realização de procedimentos independentes de sua finalidade, minando as possibilidades de sucesso prático. Nesse caso, não é a tecnologia que gera o afastamento e a mecanização, mas são as estratégias de mercantilização do cuidado fisioterápico. Essa situação só pode ocorrer por um processo de subordinação do profissional e seu saber, o que está fortemente associado a condições de trabalho exploratórias. Podemos dizer que a mercantilização do cuidado facilita a restrição sobre as condições de trabalho e também é fruto dela. O problema é que essa restrição é vista pelos profissionais como não definitiva, mas como um caminho para se alcançar reconhecimento na busca pelo exercício liberal da fisioterapia. A intenção desse estudo não foi traçar um plano normativo de conduta para a profissão, mas imaginamos que o equacionamento dessas questões passa necessariamente pelo reconhecimento, pelas inquietações e indignações com o problema. O que se espera, portanto, é facilitar esse processo de “desconforto” por meio da proximidade dessas questões trazidas pelas narrativas.

Palavras-chave: Práticas de cuidado. Fisioterapia. Profissionais. Relações Profissional-Paciente.

ABSTRACT

Despite the historical fight to prove themselves as health professionals, in many situations physiotherapy care practices bring to surface the physiotherapist's function of a mere executor of practical techniques, which used to be attributed to them at the very beginning of their profession. However, when the practice resumes to a set of techniques and the treatment consist of a routine of mechanical acts, the physiotherapist compromises the relationship therapist-patient, leading to a tangent out of healthcare principles. The described situation favor the technical success, measured by the efficiency in the execution, with detriment to the overall success of the practical success, measured by the benefits the treatment brings to the health of patients. To achieve practical success, it is fundamental to question what people (both professionals and patients) dream for their lives, health and what are their life and "success" projects. In that regard, it is mandatory that healthcare professionals consider their objectives and goals, since they are the starting point for therapeutic plans and each individuals care project. This works investigates deeply the elements that compose the construction of physiotherapy care plans, starting with the reflection of the physiotherapists themselves. A qualitative methodology based semi-structured interviews gathered evidence of life and work of professionals. The answers were analyzed as a whole and three categories were identified: professional practices, relationship patient doctor and reflections. The answers pointed that the current practices aims to eliminate the relationship professional-patient, transforming the professional in a mere service provider instead of a care provider. Deprived from the relationship, the practice resumes to a collection of independent procedures and undermining any possibility of practical success. In that case, it is not the technique that originates the mechanization, but the economics underlying the physiotherapeutic care. This situation can only happen through a process of subordination of the professional and his domain of knowledge, which are strongly correlated to exploratory and predatory working conditions. The monetary policy underlying the care which facilitates the restriction over the work conditions it is also a result of those working conditions, in a vicious cycle. The problem is that this restriction is viewed by professionals not as permanent, but as a stepping stone to reach recognition in the pursuit of the independent practice of physiotherapy. The intention of this study is not to create a norm of professional conduct, but to provide an outline of possible answers to the raised questions to: recognition, anxieties and concerns. This study aims to facilitate the process of assessment that pushes professionals out of their comfort zone.

Keywords: Care practices. Physiotherapy. Professionals. Relationship physiotherapist-patient.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	CRIAÇÃO DE PROJETOS DE CUIDADO	14
1.1	Processo de trabalho em saúde e a criação de projetos	14
1.2	Projetos que configuram práticas: adjetivando o cuidado em saúde	18
1.3	Criação de projetos de cuidado em fisioterapia	25
2	OBJETIVOS	29
2.1	Objetivo Geral	30
2.2	Objetivos Específicos	30
3	METODOLOGIA	31
3.1	Explicitando os passos da pesquisa	34
3.2	Aspectos Éticos	36
4	AS TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS	37
5	O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO	50
5.1	As condições de trabalho	51
5.2	As práticas profissionais	66
6	O ENCONTRO COM O OUTRO	100
6.1	A proximidade com o paciente	101
6.2	Sistemas público e privado e a relação com os pacientes	106
6.3	Projetos de felicidade – concretizações e frustrações	110
6.4	Uma concepção dialógica das ações de saúde	118
6.5	As objetivações e desobjetivações dos sujeitos no ato de cuidar	123
6.6	Mas, afinal, isso é ou não fisioterapia?	127
7	REFLEXÕES	131
7.1	Insatisfações	131
7.1.1	<u>Desvalorização financeira</u>	132
7.1.2	<u>Desvalorização social</u>	136
7.1.3	<u>Desgaste</u>	138
7.1.4	<u>Desunião da classe</u>	139
7.2	Satisfações e motivações	144
7.3	Perspectivas para o futuro	149
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	155

REFERÊNCIAS	157
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista.....	160
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	162

INTRODUÇÃO

Inquietações, indignações e possibilidades: um pouco do que me trouxe até aqui.

Guarde a convicção de que todos estamos caminhando para diante, através de problemas e lutas, na aquisição de experiência, e de que a vida concorda com as pausas de refazimento das nossas forças, mas não se acomode com a inércia em momento algum.

André Luiz – Chico Xavier

Durante a minha graduação em fisioterapia, na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), eu pude vivenciar e aprender muitas das possibilidades que essa profissão tem de amenizar o sofrimento alheio, reduzindo as dores e restabelecendo, mesmo que parcialmente, o modo de andar a vida das pessoas. No entanto, ao me formar, passei a me deparar com muitos pacientes insatisfeitos com a fisioterapia, que relatavam experiências anteriores frustradas de tratamento.

Os relatos abaixo são uma amostra do muito que ouvi desde que me formei em 2006, e que permanecem na minha lembrança. Não se tratam, portanto, de transcrições fiéis das falas ouvidas, mas, referem-se tão somente a um esboço dos relatos contidos na minha memória. Resolvi compartilhá-los aqui para poder explicar melhor o que me moveu a ingressar no mestrado e o que me move agora ao escrever estas linhas.

Cento e cinquenta sessões de fisioterapia. Você sabe o que é isso? E para quê? Não resolveu o meu problema. E, o que é pior, nem melhorou. O meu problema é nos pés, você pode imaginar... Andou, doeu. As sessões duravam em média quinze minutos e eu era submetida a tratamento com dois ou três aparelhos. Somente isso. Fazia os três aparelhos e ia embora. Eu sentia algum alívio logo após as sessões, mas depois passava e a dor persistia. Eu era bem tratada lá, as fisioterapeutas eram muito boazinhas. Não era culpa delas. Ninguém pode fazer milagre em quinze minutos.

O meu problema é no braço. Dói desde o cotovelo até a mão. Vira e mexe, inflama. Eu sou aposentado, mas moro num sítio. Tenho muito trabalho a fazer por lá e desde que essa dor começou, tudo virou um tormento. Eu tinha esperanças de que, com a fisioterapia, isso melhorasse. Quando eu cheguei, o fisioterapeuta que estava lá me atendeu muito bem. Ele me avaliou e parecia saber muito bem o que estava fazendo. Explicou direitinho o meu problema e me passou segurança com relação ao meu tratamento. Mas, a partir da segunda sessão, em que o tratamento começaria de fato, não foi mais ele que me atendeu. Depois descobri que ele era o supervisor e só fazia as avaliações. Em cada sessão, eu era atendido por fisioterapeutas diferentes. Parece que eles trabalhavam lá num esquema de rodízio ou algo parecido. Eu não gostava disso, porque era sempre a mesma coisa: 'Qual é o braço mesmo que dói?' Poxa, eles não se davam ao trabalho nem de olhar na ficha! Agora, se o fisioterapeuta não sabia nem qual era o braço que ele tinha que colocar o aparelho, você acha que ele ia saber direito qual era o meu problema? Fiz vinte sessões ao todo. Aliviou, mas depois a dor voltou. Não quero voltar mais lá. Pra quê? Não adianta!

Será que você pode me dar alguma orientação? Quebrei o pé e o médico colocou gesso. Voltei

lá pra retirar o gesso e ele me mandou pra fisioterapia. Eu não entendo disso, mas acho que o tratamento não tá funcionando. Eu vou lá, eles colocam dois aparelhos no meu pé e depois me mandam embora. Eu sinto o meu pé duro, não consigo mexer quase nada. E lá na fisioterapia ninguém nunca coloca a mão no meu pé. É só aparelho. E o aparelho vai resolver isso? Como é que eu vou voltar a mexer se só fico lá com o pé parado? Isso tá certo? O que você sugere que eu faça?

Ô doutora, o problema é que eu magoei a coluna. E num há jeito de resolver! Eu tava fazendo fisioterapia lá, mas eles só colocavam o 'choquinho', me deixavam lá uns vinte minutos e depois tiravam. Era bom, porque aliviava bastante, mas no dia seguinte já tava doendo tudo de novo! Eu fiz um monte de sessão. Por mim, fazia mais, porque era ao menos duas vezes na semana que a dor dava um alívio. Mas eles falaram que já tava bom, que tinha mais gente na fila de espera precisando e eu não podia ficar lá a vida toda. Daí, eu parei de ir e a dor voltou tudo outra vez. (Fonte: memórias da autora)

Essas freqüentes manifestações de descontentamento, de diferentes indivíduos, de diversos locais e naturezas (público – privado) a respeito da fisioterapia passaram a me inquietar bastante. E o convívio com a dor e o sofrimento de muitos deles pela impossibilidade de receber um tratamento que satisfizesse as suas necessidades me levou a indignação. Talvez por acreditar que muitos dos casos poderiam ser ao menos amenizados com um tratamento apropriado, talvez pelo meu sentimento de impotência diante da situação.

No entanto, não me cabe aqui julgar a efetividade do tratamento, os métodos e as técnicas utilizadas. Os relatos chegaram até mim sem que, na maioria das vezes, eu estivesse presente na situação. Além disso, julgar a técnica utilizada me colocaria em uma posição de detentora da verdade, do conhecimento sobre a forma de tratamento mais apropriada, como se fosse possível haver uma verdade exclusiva e absoluta.

Entretanto, não posso negar que me causou bastante estranhamento a conduta fisioterápica dos casos que me foram narrados. A impressão que ficou, para mim, é de que as técnicas utilizadas nesses casos representam uma pequena parcela do leque de possibilidades que a profissão apresenta. Não me refiro aqui ao repertório que pode ser aprendido nas diversas especializações existentes, mas aos ensinamentos que fazem parte da grade curricular de qualquer curso de graduação em fisioterapia, o que seria um agravante.

Esse estranhamento foi reforçado, pouco tempo depois, por uma experiência de entrevista para emprego em uma clínica fisioterápica privada na cidade do Rio de Janeiro, na qual o trabalho da fisioterapia me pareceu algo muito similar a uma linha de produção nos moldes fordistas. Naquele local, os fisioterapeutas possuíam basicamente a função de ligar e desligar aparelhos, em um esquema de atendimento extremamente protocolado, que dava

margens mínimas à autonomia e à liberdade profissional.

Isso me levou a questionar o motivo de tal “redução” do conjunto de possibilidades de utilização do conhecimento próprio da profissão, restringindo-o, em muitas das vezes, à mera aplicação de aparelhos. Será que esse fenômeno decorria da falta de conhecimentos, devido a uma deficiência no sistema de ensino – aprendizagem ou será que o fisioterapeuta simplesmente não possuía condições, no local em que trabalhava, para agir de maneira diferente? Nesse caso, possuiria esse profissional liberdade para atuar do modo que lhe parecesse ser o melhor para o paciente e para a evolução do caso atendido? Possuiria ele liberdade para planejar a sua prática?

Além disso, o que me sugere estar presente nas experiências citadas e que se tornou o principal motivo da minha inquietação e indignação é o fato de que a razão propulsora do atendimento fisioterápico naquelas situações não me parece ter sido a defesa da vida em última instância. A lógica que determinava os arranjos institucionais e as práticas profissionais nesses casos era alguma outra que não a que estabelecesse como prioridade a diminuição do sofrimento das pessoas ou que as tomasse como ponto central de suas atividades.

Mattos (2008, p. 320), explicita como seu posicionamento fundamental “o que considera a vida como valor em si, que merece ser incondicionalmente defendida”. Tomando por base Georges Canguilhem e sua obra *O Normal e o Patológico*, em que o patológico seria um estreitamento dos limites nos quais a vida seria possível, Mattos defende que:

[...] a atuação dos profissionais da saúde deveria se pautar pelo esforço de alargar os limites nos quais a vida é possível, removendo ou resistindo a tais estreitamentos, ou, se tal não for possível, a regular a vida no esforço de mantê-la dentro desses limites patologicamente estreitados (MATTOS, 2008, p. 321).

No entanto, as ações de saúde citadas parecem estar embasadas numa reprodução de procedimentos que não guarda relação direta com as manifestações de sofrimento das pessoas interessadas e com as possibilidades de alargamento da vida. São práticas que Merhy (2007, p. 138) caracteriza como “procedimento-centradas”, as quais, segundo Mattos (2008, p. 347), “terminam por privilegiar as técnicas, em vez dos sucessos terapêuticos concretos na vida das pessoas”.

Essa constatação assemelha-se ao que Ayres (2009, p. 31) denomina “êxito técnico” em detrimento de “sucesso prático”, em que o primeiro demonstra a preocupação com a eficiência na realização do procedimento e o segundo com os benefícios que isso acarreta

na vida das pessoas. Em sua análise, o autor nos chama a atenção para o fato de que “nós, efetivamente, não temos nos perguntado, quando dialogamos sobre saúde, sobre o que sonham as pessoas (nós mesmos) para a vida, para o bem viver, para a saúde”.

A ausência destes questionamentos parece-me ser o ponto crucial demonstrado na frustração dos relatos apresentados e na forma mecanizada de trabalho citada, fatos que despertaram a minha indignação e me levam a refletir criticamente sobre o assunto. Nesse sentido, tomo emprestado a análise de Mattos (2008), que ao se utilizar da noção de teoria crítica de Boaventura Santos, na qual a realidade não é reduzida “ao que existe”, mas é concebida como um “campo de possibilidades” (SANTOS, 2008), afirma:

Refletir criticamente, nesta perspectiva, exige uma atitude que recusa o conformismo e a resignação diante de características da realidade que aparentemente estão dadas, e que se dispõe a lutar por alternativas. É nesse sentido que seu ponto de partida será necessariamente a indignação (MATTOS, 2008 p. 314).

Dessa forma, reconfortada pela idéia do “campo de possibilidades” aliada à crença de que aquelas experiências poderiam e podem ser diferentes, é que me proponho, nesse momento, a tentar compreender os processos que levam a essas práticas e, dessa maneira, a lutar por alternativas. Afinal:

[...] no meio mesmo desse complexo arranjo de práticas sociais, há sujeitos (profissionais da saúde ou não) que, indignados, buscam alternativas ao que existe, lutando por valores que, embora pareçam ser impossíveis, permitem criar contradições e tensões de modo a instaurar relações emancipatórias (MATTOS, 2008 p. 347).

1 CRIAÇÃO DE PROJETOS DE CUIDADO

A idéia de que as práticas em saúde não somente dependem da vida social como também se articulam com ela desde sempre, em uma perspectiva que toma as questões sociais como intrínsecas ao processo saúde-doença foi aprofundada no campo da saúde pelas análises de Canguilhem e Donnangelo (MENDES GONÇALVES, 1994). Partindo destas contribuições e com base na teoria marxista do trabalho, Mendes Gonçalves (1994) formula o conceito de *processo de trabalho em saúde*, que diz respeito ao cotidiano das práticas, no qual se reproduz a dinâmica do trabalho humano.

De acordo com essa concepção, Schraiber (2008, p. 36) destaca que há “uma articulação orgânica entre a técnica e o social, de modo que as práticas são estruturas organizadas, e cada prática específica é parte de um todo maior, que é o social”. Dessa maneira, as questões sociais na saúde estariam nas particularidades da própria prática e não externas a ela. Prática essa que se reconfigura através do tempo por meio das mudanças sócio-históricas da finalidade de sua intervenção e não por uma intencionalidade perene, suprassocial, referente a algo que se pudesse considerar como a sua essência.

Embasados nessa concepção, buscaremos discutir as questões que permeiam esse estudo através do cotidiano das práticas em fisioterapia. Para isso, seguiremos com a análise do processo de trabalho em saúde, a integralidade do cuidado e a criação de projetos de cuidado em fisioterapia.

1.1 Processo de trabalho em saúde e a criação de projetos

O trabalho, na concepção de Marx (1983), é o processo de transformação da natureza pelo homem, com uma finalidade que lhe seja útil, transformando-o também como ser social. O objeto do trabalho é a natureza e as ferramentas utilizadas nessa transformação são os meios de produção (provenientes da natureza, bruta ou transformada). Para realizar o processo, o trabalhador precisa dominar um conhecimento sobre a técnica a ser empregada e os produtos desse trabalho possuem um valor concreto, qualitativo, denominado valor de

uso.

No processo de produção capitalista, o valor de uso se distingue do valor de troca, adquirido quando o produto é colocado em mercado e recebe um significado quantitativo (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). Nesse processo, dois fenômenos se destacam: o encarecimento dos recursos instrumentais e a fragmentação do trabalho para aumentar a produção, deslocando o controle sobre os meios de produção e sobre o conhecimento global da ação do trabalhador para o detentor do capital.

Expropriado do controle sobre o processo de trabalho, o trabalhador se vê constrangido a vender a sua força de trabalho em troca do assalariamento. Não se trata de uma questão de escolha do trabalhador, mas do resultado de um processo histórico (FRIGOTTO, 2009). Esse processo de mercantilização do trabalho, portanto, tem como consequência a subordinação e a alienação do trabalhador do sentido do seu trabalho e da sua função como agente dessa produção, facilitando o estabelecimento de relações exploratórias (GUIMARÃES, 2009).

Lessa (2008) descreve diversas formas de trabalho assalariado nas relações capitalistas, que não cabe pormenorizar aqui¹, e destaca:

“a ampliação das relações capitalistas a todos os poros da sociedade leva, de forma crescente, as profissões ditas liberais a serem convertidas em fonte de lucro – sejam incorporadas à valorização do capital, transformando advogados, médicos etc. em trabalhadores assalariados” (LESSA, 2008, p. 305).

Analisando o processo de trabalho em saúde, Mendes Gonçalves (1979, 1992) ressalta que os elementos descritos por Marx (objeto, instrumentos, finalidade e agentes) precisam ser analisados de forma articulada nesse setor, porque é a sua relação integrada que configura o processo. Nessa perspectiva, o objeto de trabalho é representado pelas “necessidades humanas de saúde”, que não estão dadas a priori e são delimitadas pelo projeto de transformação do agente. Os meios de produção são classificados em *materiais*, que seriam os equipamentos, objetos físicos e *não-materiais*, representados pelo “saber e seus desdobramentos sob a forma de instrumentos intelectuais de trabalho”. (MENDES GONÇALVES, 1994, p. 128)

Intermediando objeto e meios de produção, o agente do trabalho pode ser considerado

¹ Vale ressaltar que a teoria marxista não foi referencial teórico do desenvolvimento desse estudo, razão pela qual não será aprofundada aqui. A necessidade de se abordar Marx surgiu com a análise dos dados coletados que dizem respeito às condições de trabalho na fisioterapia, que serão discutidas mais adiante.

ao mesmo tempo instrumento e sujeito da ação, uma vez que “traz, para dentro do processo de trabalho, além do projeto prévio e sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal” (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). Essa atuação se dá por meio da interiorização das demandas externas, seu processamento e exteriorização na forma de projeto, configurando recriações e não somente reflexos das condições externas. Recriações estas que se expressam no saber que orienta tecnicamente e socialmente as práticas, o saber operante ou tecnológico (SCHRAIBER et al, 2009).

Como esse saber tecnológico pode apresentar diversas particularidades de acordo com cada profissional, produzindo diferentes arranjos terapêuticos, Mendes Gonçalves sugere que se desenvolve uma micropolítica no interior do trabalho em saúde (MERHY; FRANCO, 2009). Nesse sentido, Merhy (2007) introduz a análise da micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde, valendo-se dos conceitos de trabalho morto e trabalho vivo de Marx.

Nessa classificação, as matérias primas, por exemplo, constituem-se em trabalho morto, mas que, no momento da sua produção, quando são submetidas a trabalhos humanos, adquirem uma dimensão viva. O mesmo raciocínio pode ser aplicado às ferramentas de produção. Na confecção de um produto, a união do saber tecnológico e organizacional obtido anteriormente pelo trabalhador com a sua ação real e concreta é composta tanto do trabalho morto como do vivo (MERHY, 2007).

Já o momento do trabalho em si é constituído somente pelo trabalho vivo “em ato”. Esse momento, segundo Merhy (2007), é caracterizado pela possibilidade do trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima, que será maior ou menor de acordo com o tipo de trabalho realizado. Um trabalho fabril, por exemplo, não oferece margem para uma maior liberdade do trabalhador nas suas ações, pois se configura em um “trabalho morto centrado”.

Por outro lado, o trabalho de um profissional da saúde possui um grau de liberdade de ação muito maior, pois o trabalho morto, representado pelos equipamentos e saberes tecnológicos estruturados, não é capaz de capturá-lo por completo. Isso porque, o objeto de trabalho em saúde não é totalmente estruturado e requer na sua intervenção, mais do que saberes tecnológicos estruturados, tecnologias capazes de lidar com as relações entre os sujeitos (MERHY, 2007).

Nessa análise, Merhy (2007) caracteriza as tecnologias de trabalho em saúde em três

tipos: “duras” – equipamentos tecnológicos, estrutura física, “leve-duras” – saberes estruturados aprendidos ao longo da formação profissional e “leves” – relacionamento com o usuário. Essa última, também denominada “tecnologia das relações”, é estratégica para a configuração da micropolítica do trabalho vivo em ato, pois configura os encontros em saúde.

As práticas centradas nessa tecnologia favorecem o questionamento da finalidade de suas ações no próprio processo de trabalho em saúde, tendo maiores possibilidades de criar “linhas de fuga” no que já se encontra aparentemente instituído (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p. 325).

A partir da análise da micropolítica do trabalho vivo em ato, Merhy e Franco afirmam:

Trata-se sobretudo do reconhecimento de que o espaço onde se produz saúde é um lugar onde se realizam também os desejos e a intersubjetividade, que estruturam a ação dos sujeitos trabalhador e usuário, individual e coletivo. É onde o tipo de trabalhador e de coletivos de trabalho fazem a diferença, pois fazem de suas liberdades micropolíticas formas de ação ético-político direcionadas (MERHY; FRANCO, 2009, p. 325).

O espaço microdecisório em saúde, portanto, é o que confere maior grau de autonomia para os profissionais desse setor. É nele que a intersubjetividade se faz presente, no encontro em saúde, reunindo as intencionalidades e saberes que cada indivíduo traz consigo. O reconhecimento desse espaço nos permite compreender o que Ayres (2009) destaca como a *sabedoria prática* das ações de saúde.

Esse conceito emerge da análise aristotélica de três tipos de racionalidade: a *theoria*, que guarda relação com o conhecimento científico, a *techne*, que compreende “um conjunto de saberes que podem ser repetidos, reproduzidos, ensinados” e a *phronesis*, a sabedoria prática, que trata da “esfera relacional da praxis”. Essa sabedoria não se pretende eterna, mas ainda assim busca a universalidade. Uma universalidade, entretanto, que se volta para as contingências da vida, que diz respeito aos “valores e caminhos para uma convivência humana satisfatória”. Sendo contingente, a verdade que se assume aqui é “relativa a saberes reflexivos, produzidos por humanos, acerca de humanos e para os humanos, voltados à construção compartilhada de seus modos de vida” (AYRES, 2009, p. 132).

Se assumimos essa construção como compartilhada, deixamos de ter sujeitos/profissionais intervindo sobre objetos/pacientes nas ações em saúde. Nesse caso, o objeto se desloca do usuário/população para algo que se possa construir com esses sujeitos e a partir deles nos encontros em saúde. Essa perspectiva, se não reduz o usuário a objeto, também não busca anular a singularidade em favor do coletivo. Se as construções são

compartilhadas, elas provém das já citadas recriações que cada indivíduo faz constantemente do coletivo na forma de projetos:

“O projeto é, portanto, a expressão abstrata dessa vontade que é ao mesmo tempo social e individual. Social porque só adquire realidade como processo coletivo [...] O projeto só é projeto porque se situa tensamente entre possibilidades e necessidades diversas, por referência a um mesmo campo de práticas. Por outro lado, esta diversidade está fundada na singularidade dos indivíduos, a qual só se define como tal contra o pano de fundo dos coletivos em que estão mergulhados” (AYRES, 2005, p. 78)

O projeto, nesse sentido, diz respeito ao que cada indivíduo almeja para si e para o mundo, suas ambições, seus desejos, não somente para a saúde, mas para a vida. Se os projetos individuais partem de recriações do coletivo, não há como negar o seu caráter contingencial, uma vez que novas recriações são feitas a todo momento. Podemos dizer, portanto, que os projetos que se manifestam na intersubjetividade dos encontros são também produtos desses mesmos encontros, orientando as práticas ou, como veremos mais adiante, o cuidado em saúde.

1.2 Projetos que configuram práticas: adjetivando o cuidado em saúde

Em sua análise, Mattos (2008) inclui o trabalho em saúde num conjunto mais amplo de práticas sociais, que diz respeito às práticas de cuidado. Estas se referem a toda e qualquer prática social pautada por ações comprometidas com o prosseguimento da vida, seja ela na sua forma individual ou coletiva. Não seriam, portanto, as práticas de cuidado domínio restrito dos profissionais da saúde, mas toda e qualquer prática de saúde, pela razão social que a legitima, seria uma prática de cuidado.

Nesse sentido, faz-se importante reconhecer as diversas formas de organização das práticas de cuidado e os diferentes valores e significados que lhes podem ser atribuídos, bem como indagar o que produz a construção de determinado jeito de cuidar e não de outro. Dessa maneira, um conjunto de valores que pode adjetivar o cuidado é a integralidade em saúde², configurando essa prática como sendo integral ou não. Sobre esse princípio, Mattos (2001) afirma que:

[...] a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma

² Sobre a integralidade em saúde, ver: Mattos, 2001.

"bandeira de luta", parte de uma "imagem objetivo", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001, p. 41).

O cuidado integral, portanto, dar-se-ia na medida em que o atendimento em saúde ocorresse no sentido de ampliar ou resistir aos estreitamentos da vida, levando-se em conta não somente os conhecimentos que se tem sobre a doença, mas, principalmente, a contextualização da intervenção nos modos de andar a vida das pessoas. Para isso, é fundamental que o usuário não seja submetido ao colonialismo autoritário do saber profissional, sendo-lhe respeitada a autonomia e compartilhados os processos decisórios que dizem respeito à sua própria vida (MATTOS, 2008).

Numa outra perspectiva, Merhy (2007) aborda o trabalho em saúde como a combinação de duas dimensões distintas, não se configurando, necessariamente, como uma prática de cuidado. A primeira diz respeito à dimensão cuidadora, que é comum a todos os profissionais da saúde e teria a centralidade de suas ações no usuário (usuário centrada). A segunda dimensão diz respeito ao trabalho específico da profissão (profissional centrada).

A ação em saúde, nesse caso, seria o produto do arranjo formado por esses componentes. A maneira como este arranjo se estabelece, de forma mais equilibrada ou com o predomínio de um componente sobre o outro, é o que define o foco do atendimento realizado e o estabelecimento de maior ou menor vínculo do profissional com o usuário, configurando ou não uma prática de cuidado (MERHY, 2007).

Nessa concepção, com o avanço da medicina tecnológica no final do século XX e a maciça introdução de tecnologias no campo da saúde, há um empobrecimento da dimensão cuidadora em favorecimento da “dimensão centrada nos saberes disciplinares”, uma vez que é o saber instituído do profissional que predomina no ato de saúde, tornando-o um ato centrado em procedimentos. Nesse caso, o vínculo se desloca do processo relacional para o procedimento em si, como a realização de um exame ou de uma consulta, por exemplo (MERHY, 2007, p. 103).

A fragmentação de saberes, nessa situação, normalmente é tão grande e o saber tão específico, que costuma deixar dúvidas se é o profissional que comanda o trabalho ou o contrário:

Nesta modalidade, os processos de trabalho são ordenados por uma redução dos núcleos de competência, cada vez mais, às capacidades de produção de modos bem-estruturados de atos

de saúde, como procedimentos, que não deixa mais nítido quem comanda quem: se o trabalhador ao seu saber, ou se o saber pontual ao trabalhador (MERHY, 2007, p. 103-104).

Diferentemente de Merhy, Schraiber (2008) aborda essa questão não como o predomínio de uma dimensão tecnológica sobre uma dimensão cuidadora, mas como um cuidado centrado na tecnologia. Trata-se, nesse caso, de um cuidado desprovido de subjetividade, impessoal.

Em um estudo sobre o médico e as suas interações no final do século XX, a autora destaca a crise dos vínculos de confiança como ponto fundamental da era da medicina tecnológica e atribui a ela “uma espécie de ruptura entre conhecimentos e recursos tecnológicos, de um lado, e os profissionais e o seu modo de agir, do outro”, o que levaria à “despersonificação do cuidado”. (SCHRAIBER, 2008, p. 141-142).

A autora chama a atenção para o papel coadjuvante que passa a ser assumido pelos profissionais, como meros “aplicadores do conhecimento” e pelo protagonismo do que ela chama de “intermediários” das ações em saúde, que seriam os “equipamentos ou saberes especializados” (o que Merhy chamaria de tecnologia dura e leve-dura). Destaca, também, a transferência que vem sendo feita da confiança e do vínculo próprios da relação profissional-paciente para a relação intermediário-paciente. (SCHRAIBER, 2008, p. 184).

Diante dessa inversão de valores, o profissional passa a ser um intermediário na relação dos pacientes com a tecnologia e os pacientes ficam relegados à mediação do profissional com o seu conhecimento. Dessa maneira, transforma-se o que deveria ser o encontro em saúde, permeado de subjetividades, pelo “face a face entre solitários”, levando à “perda da relação de cumplicidade e cooperação antes vigente. [...] perda da confiança em todas as esferas relacionais [...] o que faz da reconquista de relações o grande desafio” (SCHRAIBER, 2008, p. 204, 206).

Schraiber (2008) identifica esses processos de mudança advindos da medicina tecnológica como tensionamentos e pontos de conflito na relação do médico com a sua prática. A incorporação exponencial da tecnologia, que se faz cada vez mais necessária, demandando uma crescente especialização; a rotinização de procedimentos; o excesso de informações; o cerceamento das práticas pelas seguradoras de saúde, muitas vezes relacionado à redução do custo; terminam por levar a uma transformação dos processos de cuidado, comprometendo o atendimento e desgastando o trabalho.

Nesse cenário de esvaziamento das relações, o equipamento tecnológico

(intermediário), ao se tornar elemento corriqueiro das práticas, passa a ser um elemento fixo de identificação. E, apesar de toda impessoalidade que lhe é própria, passa a ocupar o lugar do “Outro – outro indivíduo” na relação. O acesso à tecnologia começa a representar a terapêutica – tratar-se ou tratar de alguém (SCHRAIBER, 2008, p. 208).

O que se verifica, portanto, é uma perda mútua da confiança na relação profissional – paciente. É o efeito paradoxo do avanço tecnológico na saúde, que acaba por gerar uma sensação de insegurança em relação à sua prática e à conduta moral atrelada a ela (AYRES, 2009). Efeito que, segundo o autor, decorre da progressiva desconexão entre a técnica e o contexto prático que lhe origina e justifica, do esquecimento por parte da terapêutica do propósito maior de sua existência, a vida.

Logo, a compreensão da finalidade das ações em saúde é fundamental na prática profissional, pois:

Ao tornar-se quase impermeável a questões acerca do que seja, afinal, a saúde que persegue; a limitar a um mínimo o lugar dos desejos e da busca de felicidade como critérios válidos para avaliar o sentido das práticas, [...] a assistência à saúde começa a se tornar problemática, inclusive para seus próprios criadores, enfrentando crises econômicas, crises políticas mas, especialmente, as já citadas crises de legitimidade (AYRES, 2009, p. 60).

Dessa maneira, o questionamento proposto por Ayres (2009) sobre o que sonham as pessoas, profissionais e pacientes, para as suas vidas e para a saúde, quais são suas perspectivas e projetos de vida, ou como diria o autor, seus “projetos de felicidade” parece crucial para que se alcance o que ele chama de “sucesso prático” das ações de saúde.

Tendo já abordado anteriormente o conceito de “projeto” elaborado pelo autor, passemos, então, à idéia de “felicidade”. Ayres (2009) não se refere à felicidade, nesse contexto, como um estado ou algo definido previamente, mas como uma idéia reguladora, uma espécie de norte para o qual voltamos as nossas ações com o intuito de superar obstáculos. Ela se baseia na nossa experiência, no que nos proporcionou boas ou más sensações e, portanto, no que gostaríamos ou não que acontecesse novamente. Nesse sentido, não é necessário buscar uma definição do que seja felicidade porque ela é reconstruída por cada indivíduo a todo tempo, a partir de suas experiências e interações.

O projeto de felicidade, portanto, não é, mas são as recriações feitas em busca do que aquele indivíduo considera como felicidade naquele momento. Não se tratam, como talvez possa se imaginar, de recriações volúveis no sentido pejorativo do termo, remetendo à superficialidade de opinião. As recriações são fruto das contingências sócio-históricas de

uma população e de cada indivíduo, que o levam a compreender determinados fatos ou ações como bons ou não, desejáveis ou não para a sua própria vida.

O projeto de felicidade é, no modo como se expressa, uma totalidade compreensiva. Como experiência vivida, o projeto de felicidade é aquilo que move e identifica as pessoas em seu existir concreto. Como dispositivo compreensivo-interpretativo e referência normativa para as práticas de saúde, o projeto de felicidade é o pano de fundo que confere contornos a identidades, valores, vivências dos sujeitos. É o todo que dá sentido a uma parte, sem que o todo seja absoluto, nem a parte definitiva. Sabe-se que a realidade não está toda contida ali e que aquela é apenas uma entre outras expressões possíveis da realidade, mas há uma verdade ali que, naquele momento, reclama reconhecimento, compartilhamento e ação (AYRES, 2009, p. 176)

Para elaborar essa questão, recorrendo a uma série de autores da filosofia contemporânea, Ayres (2009) abandonou a idéia hegemônica do pensamento sanitário de sujeito moderno, hegeliano, que é o “ser autêntico, dotado de necessidades e valores próprios”, para adotar a concepção intersubjetiva de sujeito. Para explicar essa concepção, o autor utiliza uma alegoria apresentada por Kant (com outro propósito naquela ocasião) sobre o voo da pomba: “A leve pomba, enquanto, em seu livre voo, corta o ar cuja resistência sente, poderia imaginar que ainda mais sucesso teria no vácuo” (AYRES, 2009, p. 23).

Para Ayres (2009), o voo da pomba seria a *história humana* e a resistência do ar, a *presença do outro*. Da impossibilidade do voo no vácuo vem a ideia da alteridade identificadora do sujeito, de que é a partir da resistência encontrada na convivência com o outro que nos identificamos. Aqui, acompanhando Ricoeur, o autor trabalha com a idéia da identificação do *eu* pela relação com o *outro*, de que “aquilo que aprendemos a tratar como indivíduo, o sujeito, não é menos nem mais que um 'sonho' de individualidade nascido da experiência vivida de não estarmos sozinhos, de sermos sempre e imediatamente o outro de cada um”. (AYRES, 2009, p. 23).

Nessa perspectiva, o sujeito deixa de ser “o mesmo através dos tempos”, em uma idéia de permanência definidora da identidade, de “mesmidade”, e se constitui em um ser em constante transformação, que constrói a sua identidade “a cada experiência de encontro com o outro”. Encontro este cuja motivação, na saúde, não se define pelas possibilidades objetivadoras de “êxito técnico”, mas pelas perspectivas de sucesso de um projeto mais abrangente, um projeto de felicidade. (AYRES, 2009, p. 21, 27). Assim,

Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado? Que papel temos desempenhado nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade que estamos ajudando a conceber? (AYRES, 2009, p. 37).

Nesse sentido, é imprescindível considerar, também, quais os projetos de felicidade dos profissionais da saúde enquanto sujeitos desse encontro. Afinal, é a partir deles que o profissional elabora o seu plano terapêutico, seu projeto de cuidado para cada paciente. Vale ressaltar que não se procura diminuir, com isso, a importância do conhecimento técnico-científico de cada profissão na estruturação dos projetos de cuidado, sem o qual sairíamos do âmbito da terapêutica. O que se procura enfatizar é que são os projetos de felicidade de cada profissional que darão o sentido de seus projetos de cuidado e as possibilidades desse cuidado ser ou não integral.

Dessa maneira, será que tais projetos partilham da idéia de sucesso prático exposta aqui? Isto é, será que a razão que move as suas práticas se pauta pelas possibilidades de redução do sofrimento, ou, como diria Mattos (2008), de alargamento dos modos de andar a vida das pessoas, de um cuidado integral? Por tudo que foi discutido até aqui, tende-se a pensar que não, a idéia de sucesso prático aqui defendida não parece hegemônica nas práticas de saúde atuais. Os projetos de felicidade de profissionais e usuários são, muitas vezes, diferentes e, até mesmo, conflitantes. O mesmo pode-se dizer entre os profissionais. Não é de se estranhar, afinal, que a palavra crise esteja frequentemente presente quando se fala em saúde no Brasil, principalmente em saúde pública (AYRES, 2009).

Contudo, se o conceito de crise está atrelado à idéia de conflito, de perigo, ele também traz consigo possibilidades de renovação, oportunidades de reinvenção daquela realidade que se deseja modificar (MATTOS, 2008; AYRES, 2009). Ou seja, “há alternativas suscetíveis de superar o que é criticável no que existe” (SANTOS, 2000, p. 23). Uma das dificuldades desse processo, no entanto, é o reconhecimento da crise. A possibilidade de identificar os problemas e trazê-los para o centro da discussão, nesse caso, pode ser um mecanismo facilitador desse reconhecimento.

Dessa maneira, um elemento fundamental nesse processo é a reflexão crítica, abordada na apresentação desse estudo. A impressão que fica é a de que os profissionais, de uma forma geral, pouco têm refletido sobre as suas práticas de cuidado, não tendo, muitas vezes, tempo, oportunidades e, até mesmo, disposição para isso. As pressões exercidas pela atual configuração da medicina tecnológica, como descrito anteriormente, não parecem contribuir para tal reflexão.

Como prosseguir, então? Na perspectiva da contingencialidade do sujeito, Rorty (1994) aposta que o progresso moral depende das possibilidades de alargamento do “nós”, da capacidade de nos imaginarmos no lugar de um “outro” cada vez mais diferente de nós:

A visão que ofereço diz que existe um progresso moral e que esse progresso se dá, de fato, em direção à maior solidariedade humana, mas essa solidariedade não é vista como o reconhecimento de um eu nuclear – a essência humana – em todos os seres humanos. É vista, antes, como a capacidade de considerar sem importância um número cada vez maior de diferenças tradicionais (de tribo, religião, raça, costumes etc.), quando comparadas às semelhanças concernentes à dor e à humilhação – a capacidade de pensar em pessoas extremamente diferentes de nós como incluídas na gama do “nós” (RORTY, 2007, p. 316).

Numa perspectiva de nos depararmos com projetos de felicidade antagônicos entre profissionais, Ayres (2009, p. 175) ressalta que devemos “convidar o outro a alguma transformação”. Para Mattos, a idéia de contingencialidade do sujeito, aplica-se, também, ao desejo. E, partindo-se da idéia da contingencialidade do desejo, como despertar no outro o desejo por algo que ele não sonha, mas pode vir a sonhar? Quais estratégias de sedução podem ser utilizadas? Como levar o outro a refletir criticamente sobre o assunto e ponderar outras possibilidades de ideal de felicidade? (informação verbal³).

Mattos, inspirando-se em Rorty, aposta nas possibilidades de mudança não pelo argumento que possamos produzir, mas pelo vocabulário que pode ser ofertado. A oferta, entretanto, não é de natureza argumentativa. A estratégia não é de convencimento, mas de oferta de possibilidades, de compartilhamento de projetos de felicidade. Para tanto, é necessário despir-se da idéia hegeliana de sujeito, que detém o conhecimento e ambiciona controlar a ação para adotar a possibilidade de aprender com o outro e de também poder ser convencido por ele. Qualquer uma das possibilidades, entretanto, só é possível se houver interação, encontro. (informação verbal).

Como diria Ayres, citando Gadamer, “[...] trata-se aqui menos de buscar conhecer um dado aspecto da realidade do que procurar entendê-lo” (AYRES, 2009, p. 79). Assim, a possibilidade que se vislumbra com esse trabalho é a tentativa de compreender um pouco melhor os arranjos de produção de projetos de cuidado em fisioterapia. Trata-se, portanto, de um convite ao risco não calculado desse encontro e das possibilidades que dele podem surgir.

³ Notas colhidas pela autora em reunião do grupo de discussão conduzido pelo orientador no dia 14/04/2010

1.3 Criação de projetos de cuidado em fisioterapia

Relativamente nova no quadro de profissões da área da saúde (apenas quarenta anos de existência no Brasil), a fisioterapia, seguindo o padrão comum às demais profissões dessa área, primeiramente teve a sua prática instituída para, posteriormente, ser reconhecida como profissão (ANDRADE, 2006). Diversos autores destacam que, ao longo dos anos, essa prática se consolidou em ações voltadas para a reabilitação (BARROS, 2002; FREITAS, 2006; REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Historicamente, o objeto de trabalho e formação em fisioterapia restringiu-se à doença e ao indivíduo doente (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Freitas (2006, p. 18) defende a hipótese de que o curto período de sua existência faz com que as suas práticas profissionais e a “imagem que a profissão tem de si mesma” ainda sejam bastante influenciadas pelas experiências de caráter reabilitador do seu surgimento.

Dessa maneira, é possível compreender a tendência da formação profissional em se valorizar as ações curativas individuais, por meio do estudo centralizado na doença, levando os fisioterapeutas a concentrar suas práticas majoritariamente em serviços como hospitais, clínicas e consultórios, favorecendo a hegemonia de um modelo tecnicista de reabilitação (FREITAS, 2006).

Apesar de recentes iniciativas de ampliação do objeto de trabalho, essa lógica de formação ainda é extremamente difundida nos cursos de fisioterapia, o que reflete a descontextualização da formação e das práticas da fisioterapia com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS e com os novos modelos de atenção preconizados, dificultando a inserção mais significativa desse profissional na rede pública de saúde (SILVA; Da ROS, 2007) e privilegiando a sua atuação no mercado privado (BISPO JUNIOR, 2009).

Caldas (2006), em um estudo sobre a profissionalização da fisioterapia em Juiz de Fora (MG), destaca que o serviço público municipal e estadual naquela cidade emprega menos de 5% dos fisioterapeutas, os quais têm no serviço privado um ideal de autonomia devido à liberdade técnica e à valorização financeira possibilitados por este setor.

Levando-se em conta a consolidação histórica dessa profissão, Freitas (2006) coloca como um desafio os recentes esforços de inserção da fisioterapia na atenção básica em saúde, em que as possibilidades de atuação rompem com os alicerces que fundamentaram a

sua prática até então. Isso porque, as necessidades histórias de auto-afirmação e de luta pela autonomia profissional levaram a um enraizamento dessa profissão nas práticas que já se lhe apresentavam, numa tentativa de garantir o espaço conquistado, em detrimento de buscar ampliar o seu campo de atuação.

O questionamento que se coloca com esse trabalho, entretanto, não se refere a essa limitação das possibilidades de atuação, tema já tão bem abordado pelos estudos citados acima. Mas trata-se de uma preocupação com a qualidade dos atendimentos prestados em qualquer nível de atenção, inclusive no campo já consolidado da reabilitação.

No percurso de sua história, embora talvez ainda pouco preocupada com o sucesso prático de suas intervenções (e até mesmo desconhecadora dessa dimensão do atendimento)⁴, a fisioterapia demonstrou clara preocupação com o êxito técnico de suas ações. Mesmo porque, foram as sucessivas experiências de êxito técnico com a população atendida que contribuíram para a sua consolidação como profissão.

Entretanto, pelo conteúdo dos relatos apresentados inicialmente, tamanha parece ser a mecanização do atendimento em alguns casos, que se coloca em dúvida não somente as possibilidades de obtenção do sucesso prático como também as de êxito técnico. Ao se reduzir a qualidade das ações prestadas, diminui-se também a capacidade de resolução dos problemas apresentados. Podemos imaginar, portanto, que, muitas vezes, as práticas de fisioterapia não têm logrado alcançar nem mesmo o êxito técnico de suas ações.

Caldas (2006) nos fornece pistas sobre as possíveis causas desse fenômeno. Os fisioterapeutas entrevistados pela autora demonstraram possuir como ideal de serviço a possibilidade de oferecer um trabalho de qualidade a seus pacientes. Mas, destacaram que, para tanto, faz-se necessário que se tenha autonomia técnica e financeira, o que é frequentemente dificultado pelas características de sua inserção profissional.

Isso porque, para conquistar clientela, principalmente no início da vida profissional, os fisioterapeutas relataram a necessidade de se vincular a planos de saúde, que costumam oferecer uma baixa remuneração, limitar o número e o tempo de cada sessão, e condicionar o seu atendimento ao encaminhamento médico. Dessa maneira, a necessidade de vinculação a profissionais médicos, em geral, lhes exige uma submissão técnica e financeira

⁴ Essa hipótese é colocada levando-se em conta o caráter essencialmente técnico que marcou o início da profissão. Não se pretende aqui afirmar, entretanto, que não houve experiências de sucesso prático ao longo de sua história, mas somente considerar que tais experiências provavelmente não eram hegemônicas.

a esses profissionais, uma vez que os encaminhamentos costumam ser acompanhados de prescrições de conduta fisioterápica e uma porcentagem do valor arrecadado com os seus atendimentos é destinada ao médico (CALDAS, 2006).

Os depoimentos colhidos pela autora sugerem a existência de uma relação diretamente proporcional entre a qualidade do atendimento ofertado e a autonomia profissional. Isto é, quanto menor a autonomia do profissional em construir os seus projetos de cuidado e organizar a sua prática, menor a probabilidade desse cuidado ser integral.

Diante desse panorama, a impressão que fica é que, apesar do histórico de luta em busca de autonomia profissional, as práticas de cuidado em fisioterapia, em muitas situações, resgatam a função do fisioterapeuta de “executor de técnicas”, que lhe era atribuída nos primórdios da profissão. Ao exercer essa função meramente técnica, muitas vezes deixando-se substituir pelo equipamento (ou como diria Schraiber, intermediário) nas suas ações de saúde e contribuindo para o esvaziamento do encontro profissional-paciente, o fisioterapeuta compromete o vínculo de confiança estabelecido com a população.

Vale destacar que, pela definição das atribuições da profissão, “o exercício profissional do fisioterapeuta compreende a avaliação físico-funcional do paciente, a prescrição do tratamento, a indução do processo terapêutico, a alta no serviço de Fisioterapia e a reavaliação sucessiva do paciente [...]”⁵. No estudo da profissão, Rebelatto e Botomé (1999) destacam:

A fisioterapia é um campo de atuação profissional. Não é uma área do conhecimento [...] Como um campo profissional, visa intervir sobre o movimento ou por meio dele em todos os níveis que possa se apresentar. Para isso, porém, ela depende do conhecimento de diferentes áreas (Fisiologia, Física, Psicologia, Sociologia, Ergonomia, Anatomia, entre outras). Esse conhecimento é o que permite identificar o que está envolvido nos processos e, relação aos quais o profissional deve atuar [...] (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 290)

No campo da reabilitação, portanto, o conhecimento teórico e técnico da fisioterapia, aliado à sabedoria prática do profissional, organiza-se de tal forma que, a partir da avaliação (e constantes reavaliações) de cada caso, o fisioterapeuta seja capaz de definir o conjunto de procedimentos de sua intervenção. Logo, a sua atuação não se restringe à execução de técnicas, mas abrange a construção de projetos de cuidado personalizados, específicos para cada indivíduo.

Nesse sentido, a organização do cuidado em fisioterapia não pode ser puramente

⁵ Definição das atribuições do fisioterapeuta, contida no site do CREFITO 3: <http://www.crefito.com.br/>

protocolada, pois até mesmo a utilização de protocolos depende das demandas e respostas individuais de cada paciente para atingir o seu êxito técnico. E ainda não estamos falando das possibilidades de sucesso prático.

Por exemplo, a aplicação de um protocolo de reabilitação pós-cirúrgica de joelho, além de todas as especificações prévias, precisa levar em consideração as constantes reavaliações de dor e desempenho do paciente para prosseguir e obter êxito. Se o profissional também levar em consideração os projetos de felicidade daquela pessoa, “dona do joelho”, aí obteremos grandes chances desse êxito também vir acompanhado do sucesso prático.

O que se pretende mostrar, com isso, é que, ainda quando não se leve em conta as possibilidades de sucesso prático, a personalização do cuidado é condicionante no campo da reabilitação em fisioterapia. Quanto mais personalizado for o cuidado, maiores as possibilidades de ele ser integral e de, assim, obter o sucesso prático.

Ocorre que a construção de projetos personalizados depende necessariamente da liberdade do profissional utilizar o seu conhecimento (de todas as ordens) nessa construção. Decorre desse raciocínio, portanto, que a autonomia do fisioterapeuta em conceber projetos de cuidado está diretamente relacionada às possibilidades de sucesso prático de suas ações.

Nesse sentido, retoma-se aqui a discussão de cuidado proposta por Ayres (2009), em que o autor afirma:

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato (AYRES, 2009, p. 37).

O sucesso prático das ações de saúde, como vimos, depende da reflexão sobre os projetos de felicidade de todos os atores envolvidos nessa ação. Ou seja, há que se considerar não somente as perspectivas e projetos de vida dos pacientes, aqueles que são cuidados, como, também, dos cuidadores. É necessário, portanto, que haja uma reflexão por parte dos próprios profissionais sobre quais são os projetos de felicidade que orientam as suas práticas.

Dessa maneira, esse trabalho busca compreender melhor, a partir da reflexão dos próprios fisioterapeutas os elementos que configuram a criação de projetos de cuidado em

fisioterapia. Como será que esses profissionais veem o relacionamento com os usuários e neste encontro, as possibilidades de construção dos projetos de cuidado? Quais serão os projetos de felicidade que orientam essa construção? Como o equipamento entra nessa relação?

Como será que esses profissionais se relacionam com a questão da tecnologia e com os equipamentos, mais especificamente? Será que eles possuem os próprios equipamentos ou trabalham em lugares que tem? Quais serão as percepções dos profissionais em relação a esse processo? Será que esses profissionais estão incomodados ou satisfeitos com o seu trabalho? Quais serão as suas perspectivas em relação ao futuro da profissão? Como será que esses profissionais vislumbram as possibilidades de um cuidado integral?

É na tentativa de responder a essas perguntas que se constituiu esse estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender os elementos que configuram a construção de projetos de cuidado em fisioterapia a partir da reflexão dos próprios profissionais.

2.2 Objetivos Específicos

Compreender:

- Os projetos de felicidade do profissional que orientam a construção de seus projetos de cuidado;
- Como o profissional vislumbra o encontro com o usuário e as possibilidades de construção de projetos de cuidado nesse encontro;
- O relacionamento do profissional com a tecnologia e a interferência do equipamento no encontro com o paciente;
- Como os profissionais vislumbram possibilidades de um cuidado integral;
- O entendimento do profissional sobre o seu trabalho e suas perspectivas em relação ao futuro da profissão.

3 METODOLOGIA

Pelos objetivos colocados, pode-se afirmar que este é um estudo sobre práticas sociais. Para se analisar práticas, dispõe-se, geralmente, de dois conjuntos metodológicos de coletas de dados: a observação das práticas e a entrevista dos atores envolvidos nessas práticas.

A observação das práticas, apesar de ser uma ferramenta muito útil para esse tipo de pesquisa, não foi utilizada neste estudo, porque demandaria uma delimitação prévia de um local específico para a sua realização e uma das pretensões desse estudo exploratório foi a possibilidade de acompanhar a transversalidade das trajetórias profissionais. Para vislumbrar o mosaico da diversidade de atuações, nesse caso, haveria a necessidade de observação em vários tipos de arranjo de práticas, o que não seria possível realizar nessa pesquisa.

Dessa maneira, a opção que se faz nesse estudo para coleta de dados é a entrevista. Vale dizer que para a análise de práticas por meio dessa técnica podem ser feitas entrevistas aos profissionais e/ou aos usuários. Esta última opção não foi utilizada, pois o conjunto de questões colocadas nesse trabalho diz respeito aos profissionais, de modo que o recorte desse ponto de vista era mais coerente com os objetivos desse estudo.

Assim, para contemplar as questões propostas por esse trabalho, foram realizadas entrevistas de fisioterapeutas, tendo como fio condutor uma compreensão da vida profissional. Dessa forma, esperava-se compreender, por um lado, a construção de um imaginário pelo profissional de como devem ser as práticas e, por outro, as possibilidades e obstáculos encontrados na trajetória profissional para concretização desse imaginário.

Para tanto, acreditamos que a metodologia qualitativa de pesquisa era a mais apropriada, levando-se em conta o seu papel como prática social (SPINK; MENEGON, 2004). Schraiber (2008) destaca que “os aspectos culturais e sociais vêm sendo vistos progressivamente como mais relevantes para a elucidação e a intervenção em fenômenos do campo da saúde”, contribuindo para o uso mais frequente dessa metodologia nessa área.

Considerando-se as metodologias qualitativas e quantitativas como produtoras de formas de se ver o mundo, a diferença entre ambas seria a de que a primeira teria maior possibilidade de esclarecer “o quanto compartilhamos com nossos participantes todos os problemas e possibilidades de dar sentido ao mundo” (WOOLGAR, 1996, p. 23 apud SPINK; MENEGON, 2004).

Na metodologia qualitativa, portanto, não há ciência não implicada, desprovida de valores, sendo que a própria pesquisa pode ser considerada uma intervenção social, dada a interação que se estabelece entre o pesquisador e o seu objeto de estudo. Nessa perspectiva, abandona-se a idéia de neutralidade do pesquisador, uma vez que se assume a “relação sujeito – conhecimento - intervenção social. (SCHRAIBER, 2008, p. 48). Nesse sentido, Mattos (2008) afirma que:

[...] refletir criticamente implica também um novo posicionamento epistemológico que, rompendo com a pretensão arrogante do conhecimento moderno de produzir um conhecimento que corresponda à realidade, possa apreender as possibilidades de transformação contidas nessa realidade (MATTOS, 2008, p. 314).

Assim, modifica-se o sentido de objetividade correspondendo a uma suposta realidade, para uma idéia de um “ideal a ser buscado” como um sério compromisso de investigação. Dessa maneira, a objetividade não requer neutralidade, mas uma transparência do conjunto de valores do pesquisador implicados na construção do conhecimento (MATTOS, 2008). O rigor metodológico, portanto, “passa a ser concebido como a possibilidade de explicitar os passos da análise e da interpretação de modo a propiciar o diálogo”. Fator esse que implica uma maior responsabilidade do pesquisador ao longo de toda a pesquisa e não somente na apresentação de seus resultados (SPINK; LIMA, 2004, p. 102).

Em relação à técnica de coleta de dados, cada vez mais se constata que a entrevista não se constitui em uma ferramenta de pesquisa neutra, mas em um intenso processo de interação entre duas pessoas ou mais, tendo como resultado o produto dessa negociação. Assim, cada entrevista possui um contexto próprio de produção, o que faz com que os dados coletados sejam fruto muito mais de uma dinâmica social ali colocada do que o produto de um cálculo exato de respostas. Nesse sentido, a entrevista qualitativa pode ser considerada como um encontro interativo entre pesquisador e entrevistado, sendo que esse último construirá conhecimento ativamente na dinâmica de perguntas e respostas (FONTANA; FREY, 2000).

Em seu estudo, Schraiber (2008, p. 48) defende o uso da entrevista aberta, devido ao seu papel no “estudo dos sujeitos sociais e da dimensão subjetiva do real”, para captar a relação do médico com a sua prática. A autora afirma que a partir das falas produzidas e do mundo simbólico e imaginário colocado, pode-se acessar “o mundo material das ações e, com base nelas, as relações dos homens em suas práticas”. Dessa maneira, as “*histórias da vida de trabalho*” parecem contribuir nesse sentido, estimulando a narração livre a partir de

um roteiro amplo de questões a serem levantadas. A esse respeito, Schraiber destaca:

[...] basear a investigação em pensamentos sobre a experiência vivida é a opção de se estudar uma realidade social e coletiva por meio de narrativas individuais e vivências singulares, e essa metodologia introduz duas ordens articuladas de questões: o social e o coletivo por referência ao individual que o apreende – o entrevistado – e o real objetivo por referência à dimensão subjetiva do narrador [...] considere-se que, sendo cada relato uma forma pessoal de se exprimir o grupo ou o social, o que cada pessoa conta e o modo como o faz são construções que se determinam na vida em sociedade e, por isso, a entrevista produz sempre uma interpretação de quem relata, trabalhando o mundo exterior na própria subjetividade (SCHRAIBER, 2008, p. 50).

Nessa perspectiva, ao refletirem sobre as suas práticas do cotidiano, os profissionais podem refletir sobre os processos que influenciam essas práticas. É como se, ao convidar o entrevistado a refletir sobre algo corriqueiro no seu modo de agir, mas sobre o qual ele efetivamente nunca havia “parado para pensar”, a entrevista suscitasse uma série de reflexões por parte desse profissional, o que faz com que a entrevista em si seja também uma forma de intervenção. Assim, dois tipos de questões são trabalhados na entrevista, as propostas pelo pesquisador e as problematizadas pelo entrevistado a partir das perguntas iniciais (SCHRAIBER, 2008, p. 51).

Se, por um lado, os relatos obtidos pelas entrevistas representam o social e o coletivo, cada narrativa, por sua vez, representa a singularidade “de cada vivido” no entendimento do seu narrador. Essa individualidade da narrativa faz com que os relatos produzidos possam ter sentidos diferentes e, até mesmo, opostos, o que não implica a ausência do coletivo na sua construção. O coletivo de cada relato é recuperado na interpretação, “na leitura das narrativas que reconstroem esse social e partindo-se do pressuposto de que não é essencial que cada parte repita tudo o que se passa no plano do coletivo para que seja partícipe dele” (SCHRAIBER, 2008, p. 52).

Dessa forma, o método de análise de conteúdo mais tradicional, a análise de conteúdo, que busca detectar elementos comuns nos vários discursos, em que, segundo Minayo (2008, p. 308) “Todo o esforço teórico [...] visa a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação [...]”, não é o mais apropriado para este estudo. Por outro lado, o processo de interpretação de práticas discursivas, defendido por Spink e Medrado (2004), em que a interpretação é entendida como um modo de produção de sentidos, parece mais adequado aos nossos propósitos. Para esses autores:

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e

culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta. [...] dar sentido ao mundo é uma força poderosa e inevitável na vida em sociedade (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 41).

Nessa perspectiva, o sentido é o meio e o fim da pesquisa, uma vez que o processo de interpretação ocorre durante todo o seu trajeto. Desde a interação estabelecida com as primeiras informações levantadas até a apresentação dos resultados da análise realizada, o pesquisador está constantemente explicitando sentidos (ou dando sentido às coisas). Para Spink e Lima (2004, p. 106), nas pesquisas que objetivam compreender os sentidos dos fenômenos sociais, “a análise inicia-se com uma imersão no conjunto de informações coletadas, procurando deixar aflorar os sentidos, sem encapsular os dados em categorias ou tematizações definidas *a priori*”.

Dessa maneira, o estabelecimento de categorias pré-determinadas não se faz impositivo, sendo possível que haja um confronto entre os sentidos construídos no decorrer da pesquisa e do processo de interpretação e os estabelecidos anteriormente pela nossa familiarização com o campo. Para Spink e Lima (2004, p. 106), “é desse confronto inicial que emergem nossas categorias de análise”. Mas, para analisar o material coletado nessa abordagem de produção de sentidos, não interessam somente os conteúdos, mas o uso que se faz deles.

Schraiber (2008), em seu trabalho de produção de narrativas de profissionais médicos, optou por analisar cada discurso em sua totalidade e registrar considerações em relação a determinadas categorias (o trabalho médico, sua técnica e suas relações interativas). Para esse processo, a autora afirma que “[...] é preciso conhecer cada história inteira, para poder confrontá-la com outra, e impregnar-se de cada uma, a ponto de se conhecer a pessoa que conta e seu pensamento” (SCHRAIBER, 2008, p. 60).

3.1 Explicitando os passos da pesquisa

Os sujeitos selecionados para esse estudo foram profissionais de fisioterapia. Não foram estabelecidos maiores critérios de exclusão, na tentativa de ampliar a variedade possível de indivíduos entrevistados.

O número de sujeitos não foi definido previamente, pois as entrevistas cumpriram o critério de saturação, normalmente usado em entrevistas de profundidade, o qual se acredita estar fortemente ancorado nos propósitos desse estudo. Nesse critério, a necessidade de novas entrevistas se encerra com a percepção do pesquisador (que, nesse caso, é, necessariamente, o entrevistador) de que as questões propostas pelo estudo já foram contempladas.

O mecanismo de escolha dos sujeitos se deu por meio de “indicações interpessoais” de indivíduos em comum, de forma a estabelecer o processo da entrevista como confiável para o entrevistado. Este fator é importante para o estabelecimento de vínculo entre o profissional e o pesquisador, contribuindo para a profundidade dos depoimentos narrados. Dessa maneira, a pesquisa pôde seguir o que Schraiber (2008, p. 53) chama de “gerações de indicados”, em que um indivíduo entrevistado indica outro, e assim sucessivamente.

O ponto de partida para essa seleção foi a rede de contatos da autora de fisioterapeutas na cidade de São Paulo/SP. É importante ressaltar que o local de vivência profissional não foi relevante na escolha dos entrevistados uma vez que o intuito desse estudo era compreender o movimento da trajetória de cada um deles.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, com roteiro de perguntas previamente formulado (APÊNDICE A). O roteiro, utilizado como um guia no encadeamento das perguntas, foi memorizado pela autora e não utilizado como um instrumento físico no momento das entrevistas. Para posterior transcrição das entrevistas coletadas, utilizou-se um gravador de voz.

Foram realizadas treze entrevistas no mês de agosto de 2010, das quais três não foram utilizadas para análise posterior. Essa decisão foi tomada porque a qualidade destas últimas era muito inferior às demais em relação à profundidade dos assuntos abordados, o que ocorreu em algumas situações pelo desconforto do entrevistado ou pelas sucessivas interrupções que o local impunha à coleta.

As dez entrevistas selecionadas, com tempo de duração entre quarenta minutos e duas horas e meia, foram transcritas integralmente pela própria autora, o que facilitou a familiarização com o material, auxiliando no processo de análise. Para análise dos dados, os discursos foram examinados como um todo. Primeiro, de forma individual, foram feitas anotações na lateral do editor de textos, atribuindo-se categorias prévias para cada grupo de

questões. Em seguida, as categorias de cada discurso foram divididas em grandes grupos (exercício profissional, relação com os pacientes e reflexões) e agrupadas em outros arquivos de texto que geraram os sub-temas da análise. Em cada sub-tema, as categorias foram agrupadas novamente e encadeadas para a elaboração do texto.

3.2 Aspectos Éticos

As entrevistas foram agendadas previamente com os sujeitos do estudo, de acordo com o dia, horário e local escolhidos pelos mesmos. As entrevistas foram gravadas após autorização prévia das entrevistadas por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), bem como informações claras e inequívocas do pesquisador sobre os objetivos da pesquisa, suas etapas e a forma de divulgação de seus resultados. Os nomes de todos os sujeitos entrevistados e das pessoas e instituições mencionados foram substituídos por nomes fictícios.

As informações oferecidas pelo pesquisador foram submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social – UERJ com o número do protocolo CAAE: 0008.0.259.000-10.

4 AS TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS

Para introduzirmos as trajetórias profissionais das entrevistadas, retomaremos aqui a idéia da contingência da identidade, abordada no primeiro capítulo desse estudo. Ao desenvolver essa ideia, Rorty (2007) trabalha com o conceito da contingência da linguagem. Nesta concepção, o que chamamos de “verdade” não é algo pré-definido, mas são as descrições que fazemos do mundo: “dizer que a verdade não está dada é simplesmente dizer que, onde não há frases, não há verdade, que as frases são componentes das línguas humanas, e que as línguas humanas são criações humanas” (RORTY, 2007, p. 28).

Nesse sentido, a verdade não é descoberta, mas criada pelas definições que atribuímos ao mundo e recriada pelas novas definições que fazemos constantemente. A linguagem, aqui, não é vista como um meio de articulação entre o “eu profundo” e a realidade, mas como conjuntos de ferramentas que podem ser úteis para determinados fins. Ferramentas diferentes podem ser usadas pelo mesmo indivíduo para diferentes finalidades e, quando possuem a mesma função, a menos vantajosa delas pode cair em desuso. Assim é com a linguagem e suas descrições do mundo (RORTY, 2007).

Segundo Rorty (2007), a descrição nietzschiana de verdade é de “um exército móvel de metáforas”. Cada metáfora é uma candidata à verdade, podendo ser saboreada ou cuspidada por quem a experimenta. Nesse sentido, Mattos afirma: “considerar um enunciado como um candidato à verdade seria tão somente considerar a possibilidade de que, para nossos propósitos, possa ser interessante substituir nossas antigas descrições por esta que se nos apresenta” (MATTOS, 2010, p. 5). Quando saboreada, o seu uso poderá se repetir e circular, adquirindo, aos poucos, um “lugar conhecido no jogo de linguagem” (RORTY, 2007, p. 49).

Abandonando, portanto, a concepção tradicional de verdade, Nietzsche, segundo Rorty (2007), enxerga o autoconhecimento como autocriação: “O processo de vir a conhecer a si mesmo, de confrontar as próprias contingências, rastrear as próprias causas, é idêntico ao processo de inventar uma nova linguagem – isto é, de elaborar novas metáforas”. Nessa concepção, fracassar como ser humano é “aceitar a descrição de si mesmo feita por outra pessoa, é executar um projeto previamente preparado” (RORTY, 2007, p. 64).

Entretanto, na perspectiva nietzschiana, a capacidade de descrever a si próprio não

diz respeito a qualquer indivíduo, mas somente ao que Nietzsche chama de “poeta forte”, aquele que cria uma forma inovadora de utilizar as palavras, nunca antes vista. Segundo Rorty (2007, p. 77), Freud democratiza essa visão ao “ver toda vida humana como um poema – ou, mais exatamente, toda vida humana como não tão destroçada pela dor que não possa aprender uma linguagem, nem tão imersa no trabalho que não tenha tempo para gerar uma descrição de si mesma”. Essa concepção considera que “cada vida é uma tentativa de se revestir de suas próprias metáforas”.

Embasados nessa idéia, apresentaremos, a seguir, as descrições da trajetória profissional de cada entrevistada por elas mesmas, “revestidas por suas próprias metáforas”.

Teresa

*Guardo em mim muitas canções, muitas histórias, tristes finais
Começos sensacionais, segredos que a vida traz [...]
Se sofri, se chorei, da minha dor, só eu sei
Se foi bom ou ruim, o que passou, eu guardo em mim*

Teresa Cristina/Edu Krieger

Teresa tem vinte e oito anos⁶, nasceu no interior do estado de São Paulo e mora na capital. Formou-se há quatro anos em uma universidade pública também do interior do estado e trabalha em um estúdio de pilates, em um consultório médico e com atendimentos domiciliares na capital.

Por que eu escolhi fisioterapia? Na verdade, foi porque a minha avó tinha artrose no joelho. Então, eu sempre acompanhava a minha avó em tudo, desde os 5 anos eu acompanhava ela na fisio. Aí, naquela época, não era o gel, era a vaselina, ou uma coisa muito parecida com a vaselina, pra fazer ultrassom no joelho. E ela sentia muita melhora, então ela sempre ia. E eu sempre ficava curiosa “Para que serve tal luz, para que serve isso?”. [...] e ela sempre me falava “Olha, isso aqui é bom, aprendi na revista”. Ela fazia esparadrapo para tudo, ela fazia os “x” lá das tiras, lia na revista e falava “Ah, deve ser assim!” e melhorava, entendeu? Então, eu sempre tive isso... Ela era praticamente uma técnica em fisioterapia (risos). E... Ah, e eu sempre gostei de cuidar, né? Então, assim... e o meu tio falava “Ó, você vai ser médica e não sei o q”, mas eu não gostava dessa parte da medicina.

Eu nunca pensei em fazer medicina, nunca. Eu queria ser veterinária ou fisioterapeuta, enfermagem também não, porque tinha que lidar com agulha e eu tinha trauma de agulha, então tinha que ser alguma coisa mais assim. Daí, eu comecei a procurar e... eu fiz outra faculdade e não gostei, na parte de humanas (administração)... E, depois disso, eu fui pra fisio. Antes do cursinho, eu comecei a ver algumas aulas, de anatomia, fisiologia, cinesio... Aí, eu falei, “É isso mesmo!” e eu gostei. O curso de fisio era o que eu estava esperando, totalmente. Eu entrei querendo neuro, tanto é que eu fui fazer a minha iniciação científica no primeiro ano de faculdade na parte de neuro. Mas, eu comecei a me apaixonar por ortopedia no quarto ano... E, daí, quando eu vi uma paciente da neuro andando, a Margarida, eu achei sensacional aquilo, porque ela não andava, era cadeirante, tinha feito cirurgia... E eu tentei ajudar ela, assim... E

⁶ A idade de cada entrevistada apresentada aqui, assim como o tempo de formada e qualquer outra referência temporal diz respeito à data da entrevista.

quando eu vi ela andando, e falei “Nossa, eu tô no caminho certo!”. Eu cansei pra caramba, fiquei com dor nas costas, mas eu chorei quando vi ela andando”

Eu acho muito maçante, cansativa a parte de neuro... eu gostava muito! Só que eu fiquei imaginando, daqui 10 anos eu não tô viva, vou ter hérnia (de disco), vou estar cansada e eu vou me estropiar. Então, eu comecei a gostar mais de ortopedia, da parte de reabilitação pós-operatória, fiquei apaixonada... Eu também gostei muito da parte de ergonomia, mais as coisas que as pessoas não gostavam muito, que era de LER... Eu adorei, assim. As meninas lá gostavam mais de ... é, trabalho ergonômico mesmo, assim, de aplicar escala. Eu já não, já conversava mais com as pessoas, tentava entender o que elas tinham, como eu podia ajudar... aí eu vi que a minha área é reabi [reabilitação], não é nem acadêmica, assim, também, eu achei... na época.

Na pós também, nossa, eu me encontrei total, que era ortopedia pura, né? Nossa, eu achei sensacional! Via técnicas diferentes, eu nunca tinha pego pós-operatório direto, por isso que eu achei show de bola a pós lá. Trabalhei igual um cachorro lá, mas eu gostei muito, gostei muito. [...] Depois da pós eu fiquei desempregada, né? – aí eu fui trabalhar como laboral (em um cartório), fazia uns bicos, só que assim... é... não era muito levada a sério, entendeu? [...] Nessa época, eu comecei a fazer um estágio em pediatria, na parte de UTI do hospital, porque eu nunca tinha tido isso, então, eu falei, “Bom, já que em ortopedia não tem trabalho, eu vou tentar UTI...[...].” Aí, eu entrei em contato com uma professora lá, a chefe de lá da pediatria e ela falou que eu podia fazer e... aí, eu fiquei lá 3 meses na UTI pediátrica, enfermagem e... pronto socorro, mas tudo na área de respiratória. Eu não sabia NADA, sabe o que é NADA? E tudo o que eu aprendi lá, eu tô conseguindo fazer todas as provas hoje em dia, por exemplo. Então, eu tive que estudar, aprendi na prática, muita coisa eu lembro e isso me ajudou muito. O conhecimento é acumulativo, né? Então, uma hora você vai usar... E aí, depois desses três meses, me convidaram pra ficar no ambulatório de reumatologia infantil, que tinha parte motora.

Daí, me chamaram pra ser supervisora de estágio da parte de reumato infantil. Aí, eu comecei. Comecei do ZERO, não sabia NADA, levava patada, e fiquei lá uns 5, 6 meses. Meu, tive que estudar pra cacilda, assim, porque eu não sabia nada quase. Não tinha isso... reumatologia infantil? Poxa, a nossa reumato na faculdade foi uma porcaria. Aí, eu tive que estudar... Depois, me colocaram em um ambulatório em Embu das Artes, longe pra caramba também, e eu ia uma vez por semana pra supervisionar estágio... desenvolvimento psicomotor, também não sabia NADA, tive que estudar. E... foi legal, assim, por isso, sabe? E aí eu descobri que eu não gosto de dar aula, porque eu tinha que montar seminário, eu tinha que supervisionar os alunos... tinha que dar aula, tinha que explicar, supervisionar... tinha que discutir artigo... Eu não gostei... também, era um assunto que eu não dominava. Eu dava meus pulos lá...

Depois, eu comecei a fazer pilates. Eu fiz o curso e uma mulher (sócia de uma clínica) meio que me adotou – ela é amiga da minha irmã - aí ela me deixou de terça e quinta lá. - Eu saí da laboral porque eu ganhava super pouco, eu praticamente pagava para trabalhar, porque eu não podia ficar em casa também, né? A minha mãe... (a mãe bancava) pelo amor de Deus, eu precisava fazer alguma coisa! – Aí eu comecei a acompanhar no pilates, eu fiz o curso correndo – eu fiquei uns 5, 6 meses na laboral. Aí, nesse período, eu fazia curso. Então, pelo menos, pagava meu ônibus, tipo assim, sabe? (risos) ... Era pouco, sabe? Mas, pelo menos, eu não ficava parada... Eu tava começando a ficar meio chateada... pensava “Vou voltar pra Araçatuba (cidade onde mora a família), como que eu vou pagar as minhas contas aqui (São Paulo)? A minha mãe falou: “Não, eu te banco mais um ano, eu te ajudo, mas corre atrás das coisas”. Aí, a minha irmã pagou do bolso dela o meu curso, que não foi barato. Eu falei pra ela “Um dia eu te pago!” e ela falou “Não, fica pra você!”. Ela me ajudou, e eu comecei a trabalhar. Fiz o curso e já comecei a trabalhar, de terça e quinta. Nisso, não surgiu nada de ortopedia, nada, nem paciente particular (a domicílio) – Eu consegui na clínica de pilates porque a sócia lá era amiga da minha irmã. E ela sabia que eu tinha feito federal, ela sabia que eu tinha pós, ela sabia que eu fazia Stot (curso de pilates). Então, ela falou assim “Teresa, a sua agenda vai encher uma hora, fica aqui. Mas, enquanto isso, nem um paciente particular também... Daí, eu atendia as amigas da minha irmã, algumas, mas eu cobrava super baratinho. Então, assim, e não saía de casa, não fazia porcaria nenhuma, eu só ficava estudando. Estudando pra concurso... Lá no pilates eu era a única que ganhava por horário fixo. Eu ficava lá das 17h às 21h e eu ganhava, mesmo não tendo, porque ela (a sócia, amiga da irmã), falou que ia me ajudar. Aí, tanto é que agora, a minha agenda está cheia, graças a Deus, né? Mas, ela me ajudou bastante. Nenhum professor lá tinha isso. Então, eu falei assim “Vou ficar, né?” É longe pra caramba, demoro uma hora pra ir e uma pra voltar... [...]

Nesse período eu também comecei a trabalhar num consultório. Eu conheci o doutor por indicação. [...] O meu amigo falou “Tem o doutor aqui, paga uma mixaria e tal, mas, pelo menos, dá pra você conhecer alguém, estar trabalhando. Daí, eu entrei [...] Além disso, tem também os meus pacientes particulares. [...] Eu tô feliz com tudo isso que estou fazendo, mas eu estou muito cansada, né? Por isso, eu tô tentando concurso público, pra ver se eu consigo trabalhar meio período pra pagar as minhas contas, não ficar no sufoco, né? Porque eu tô trabalhando igual um cachorro pra ganhar dinheiro, porque eu nunca sei o dia de amanhã. Minha irmã me fala “Puxa o freio, porque senão, você não vai aguentar”. E, realmente, eu tô cansada... Mas, tô feliz, nossa.... melhor do que não ter nada. Começaram a surgir coisas boas, sabe? De

as pessoas estarem gostando do meu trabalho, nossa, é muito legal isso, o reconhecimento, né? [...]

Bom, mas é isso, né? É o que temos no momento! (risos). A minha tia médica falou “Ô, mas você tem um carma pra sofrer, hem? Foi escolher bem fisio!”. Desde a minha primeira escolha ela falou “Teresa, não presta, não presta!”. Mas, eu ia ser uma infeliz, uma administradora infeliz... ruinzinha, porque eu não gostava, péssima de cálculo, muito medíocre assim, sabe? Eu seria uma frustrada. Mas, ela falava isso por causa da exploração. Ela dizia “Teresa, você não vai conseguir nem pagar as suas contas!”. Demorou 3 anos... A minha tia fala “Mas você é muito cabeça dura, né? Mas, se você tá feliz, é o que importa...”

Ana

*Vim gastando meus sapatos, me livrando de alguns pesos
Perdoando meus enganos, desfazendo minhas malas
Talvez assim chegar mais perto
Vim, achei que eu me acompanhava e ficava confiante
Outra hora era o nada, a vida presa num barbante
Eu quem dava o nó*

Ana Carolina

Ana tem vinte e sete anos, nasceu e mora na Grande São Paulo. Formou-se há quatro anos em uma universidade pública do interior do estado e trabalha em um hospital privado da capital.

Eu escolhi fisioterapia porque eu prestei três anos seguidos de medicina, e eu queria faculdade pública, não passei, aí eu tava cansada, resolvi prestar uma universidade que era pública e não tinha medicina, e escolhi fisioterapia por isso. O meu irmão era fisioterapeuta, influiu pouco nessa escolha, porque eu peguei o manual da faculdade e o curso que mais me identificou foi fisioterapia. Aí eu só prestei lá fisio, só passei lá, fui fazer pra ver se ia gostar e fiz. E... eu gostei do curso. Eu achei legal o curso. É lógico que eu acho que tive dúvida no meio do caminho, mas isso é normal com todo mundo, mas o que ajuda é que você tá numa boa faculdade, numa faculdade pública, que não é uma coisa que você pode simplesmente falar “Ah, não, não vou fazer”. É uma oportunidade que muitas pessoas não têm, né? Mas, eu acabei gostando. [...] Eu não tinha nenhuma expectativa em relação ao curso... Não tinha expectativa porque eu fui mesmo porque foi o único lugar que eu passei, eu já tava cansada. Hoje eu não me arrependo de não ter passado em medicina, não gostaria de ser médica hoje... pelo estilo de trabalho deles, não pelo trabalho, sabe? E... mas eu não tinha expectativa de ser alguma coisa, eu não tinha...

Daí, eu me formei, logo fui fazer um aprimoramento num hospital público, da faculdade eu já passei lá. Então, fiz um ano, que eu trabalhava em período integral, ganhava uma bolsa ridícula de R\$ 470,13 por um ano. Mas, era melhor do que, teve gente que pagou, né? E... depois, nem tinha terminado um ano, faltava um mês, eu passei como trainee de um hospital particular. Aí eu passei lá e fiz o último mês de aprimoramento associado ao trainee. E aí fiz um ano de trainee, que era período de um ano, mas eu era carteira assinada, tinha todos os direitos de um profissional de carteira assinada, e depois de um ano eu fui contratada mesmo pelo hospital e, nisso, sobe um pouquinho o salário, mas os benefícios continuaram os mesmos. [...]

Hoje eu trabalho como plantonista nesse hospital, três finais de semana e folgo um. Quando eu mudar e não for mais plantonista, eu vou trabalhar um e folgar três. Inverte. [...] conforme os anos vão passando e você vai criando carreira dentro de um hospital, deveria melhorar a distribuição da carga horária. Lá melhora, melhora muito, mas você sempre irá trabalhar um final de semana por mês, natal ou réveillon, etc. E isso é o que me incomoda profundamente.

Roberta

*Já passaram dias, inteiros
Janeiros, calendário que nunca chega ao fim
Início sim e só recomeçar.*

Roberta Sá e Pedro Luís

Roberta tem vinte e sete anos, nasceu e mora na Grande São Paulo. Formou-se há quatro anos em uma universidade pública do interior do estado e trabalha em um hospital privado na capital.

Então, na verdade, eu prestei pra medicina, e o que eu conhecia de fisioterapia era muito limitado... era só a parte de ortopedia. Eu tive uma tendinite, que acabei tratando numa clínica. Na época, eles fizeram turbilhão e alongamento, só. E era tudo o que eu sabia. E, pra ser sincera, eu não tinha gostado do tratamento, não. Eu gostava da vivência em hospital, mas eu não sabia que a fisioterapia poderia atuar tanto assim nessa parte. Eu não conhecia. Aí, eu dei uma pesquisada, dei uma olhada no que seria a atuação, mas eu nunca cheguei a conhecer, a ver, assim, o trabalho na prática mesmo. Mas, como eu tinha passado em fisioterapia, resolvi começar o curso. E no curso a gente começa a ver, né, mas muito pouco. Porque a realidade, pelo menos que a faculdade deu, é voltada pra área de ortopedia, pra área ambulatorial, não para uma área hospitalar. Pra hospitalar, eu acho que tem pouquíssimo. Mas, mesmo assim, era a parte fundamental. A gente estudava a parte de patologia, etc. Não estava assim o curso todo focado em fisio. E eu gostei mais quando fiz estágio no hospital. Não tanto assim UTI, eu gosto de UTI, mas o que eu gostava da vivência mesmo hospitalar. Aí, eu gostei de fisioterapia mesmo! (risos). [...]

Mas, na verdade, eu acho que eu não raciocinava tanto assim, no que eu ia ver, sabe? Na minha prática mesmo, no que seriam todos os meus dias sendo uma fisioterapeuta... Eu não tinha parado tanto pra pensar, não. Eu gostava da área de saúde, então o curso, assim, ajudou porque inicialmente era uma coisa assim bem ampla, bem global. Depois, nos últimos anos mesmo que eles focam. Mas essa parte até que me interessava, mais a área de respiratória, embora eu tenha feito o meu TCC na área de ortopedia! (risos) Mas, o que me atraía era isso... E criança, né? Porque eu sempre gostei de criança. Ainda vou pra essa área!

Depois que eu me formei... É, eu prestei aprimoramento, passei em um hospital municipal de São Paulo, aí, a minha vivência era o dia inteiro no hospital, das 8h às 17h. E lá, o enfoque não era tanto... é área hospitalar, mas era aprimoramento em clínica médica, né? Então, eu não via só a área de UTI, eu vi uma área super gostosa que é a parte de reabilitação bem inicial em hospital, que é a parte que eu fui gostando cada vez mais. Aí, depois disso, por ser um aprimoramento, eu queria me especializar, fiz uma especialização teórica em pneumologia, aí, era mais específico, né? De lá, eu prestei um concurso e passei em uma cidade da Grande São Paulo, mas era na parte de ortopedia. Como a minha formação era mais na área de respiratória, então, eu sentia assim que eu não estava fazendo o melhor para as pessoas, né? E era muito, muito, muito corrido. E, além da distância física que era gigantesca, né? Era muito longe pra mim. Aí, não valeu a pena. [...]

Enquanto eu tava lá na prefeitura ainda, eu tava fazendo plantão de final de semana em outro hospital em São Paulo. Durante a semana eu trabalhava essa parte de ortopedia e ambulatório e no final de semana eu trabalhava na área hospitalar mesmo. Em UTI, enfermaria... em tudo. Até que eu prestei uma prova em um grande hospital privado de São Paulo. E eu não tive escolha, ou eu largava o ambulatório municipal da outra cidade, ou eu recusava a oferta de emprego. Aí, como não era muito a minha área, eu resolvi largar. (risos) Fazer um teste, né? E estou lá até hoje. Mas, eu gosto, é a área que eu gosto. É bem puxado, bem puxado mesmo!

Mariana

*Eu me entendo escrevendo e vejo tudo sem vaidade
Só tem eu e esse branco, ele me mostra o que eu não sei
E me faz ver o que não tem palavras, por mais que eu tente são só palavras*

Mariana Aydar

Mariana tem trinta anos, nasceu na região metropolitana do estado de São Paulo e mora na capital. Formou-se há sete anos em uma universidade particular de Minas Gerais e trabalha em um estúdio de pilates e com atendimentos domiciliares em São Paulo.

Ah, eu escolhi fisioterapia porque eu tava... Eu tinha machucado o meu tornozelo e fui fazer dez sessões de fisioterapia e eu adorei! Eu sempre gostei da área médica, mas eu nunca quis fazer cirurgia, eu tinha medo dessa coisa, sabe, de ficar com vida de paciente na minha mão e tal. E aí, quando eu descobri que eu podia tratar as pessoas de outras maneiras que não fossem invasivas, eu achei super legal. Foi por isso.

E eu amei a faculdade! Eu amei estudar! Amei, amei, amei! Nossa, sem dúvida era tudo o que eu gostava. Tanto é que as matérias que eu não gostava eram as exatas, tipo biomecânica do exercício... quando envolvia matemática, eu não gostava. Mas, tipo, estudar a parte da fisiologia em si, eu gostei muito, muito. As aulas práticas... eu gostei bastante.

E depois que eu me formei... foi muito bom pra mim no início, porque eu cheguei numa cidade pequenininha que eu era a terceira fisioterapeuta que tava chegando lá. E, eu vim com uma proposta nova, porque eu já saí e já fui fazer pós-graduação em terapia manual. Então, a menina que tava lá trabalhava pelo convênio, o outro menino só trabalhava no SUS, e aí eu vim, só com atendimento particular - foi essa proposta, só de atender particular, mas com uma proposta diferente, individual, uma hora só a pessoa, e toda essa parte de terapia manual. Aí, eu recebi o convite de montar o meu consultóriozinho dentro da associação dos diabéticos. Então, eu fiz um convênio com a associação de diabéticos, que eu tava dentro da associação, eu não alugava sala e em troca eu dava aula de ginástica para as associadas, em troca do aluguel... E aí, eu comecei assim. Eu tinha muitos, muitos pacientes que faziam fisioterapia por convênio e uma vez, duas vezes na semana, faziam comigo particular. E deu super certo, porque aí, quando foram chegando os outros fisios, eu já tava com a minha vida profissional, já tava com os meus pacientes, já tava bem.

E aí, mas assim, não era uma vida financeira em que eu pudesse, por exemplo, estar morando numa cidade grande, de jeito nenhum... de jeito nenhum. Nossa, eu tenho uma média que eu tava olhando recentemente, eu nunca tirei mais de R\$ 1.500,00 nesses primeiros dois anos de formada. Nunca, nunca... O máximo que eu tirava era R\$ 1.500,00. Para uma cidade pequena, morar com o pai e a mãe, tava excelente. Mas, tipo, R\$ 1.500,00 em São Paulo, eu ia viver bem apertada.

Aí, eu larguei mão de tudo porque eu casei. Aí, fui pra Porto Alegre. Em Porto Alegre eu fiquei três a quatro meses DESEMPREGADA. Em Porto Alegre foi mega difícil conseguir emprego, um pessoal bem bairrista, um pessoal bem fechado. Foi muito difícil começar, e eu não queria trabalhar com convênio... Eu queria tentar manter o mesmo esquema que eu tava fazendo lá, em Porto Alegre. Alguma clínica que atendesse só particular, que tivesse mais ou menos, né, a mesma... E aí eu achei uma moça que fez a mesma especialização que eu, e começou a dar certo, eu comecei a trabalhar com ela. Então, eu aproveitei essa oportunidade que o pilates tava bombando na época e fui fazer pilates, o pilates clínico, primeiro, de solo. E aí, começou a melhorar, eu comecei a ter mais intenso o meu fluxo de pacientes, começou a dar certo...

Aí, depois surgiu a chance de vir pra São Paulo e aí eu conversei com vários profissionais aqui em São Paulo pra saber o que tava pegando aqui também. E aí insistiram que só o pilates de solo, todo mundo me disse, só o pilates de solo aqui em São Paulo, o máximo que você vai conseguir é atendimento particular, né? Aí, eu fiz o curso, aí eu vim pra São Paulo, mandei um monte de currículo e, a princípio, eu tentei mandar tudo pra próximo aqui da minha região, onde eu to morando, né, pra não... trânsito em São Paulo, tudo, era a minha preocupação...

E aí, eu consegui o estúdio ali de pilates, aqui na Paulista, que é perto de casa, e aí eu comecei também a investir no atendimento domiciliar, que aqui em São Paulo eles valorizam muito isso. Então, no momento que você pega confiança, as pessoas te põem dentro de casa e foi bem legal, foi bem joia, e aí tá dando certo, devagarinho tá aumentando os pacientes, atendimento de pilates clínico em casa e atendimento

de... das 4h às 8h da noite no estúdio lá na Paulista. Vou a pé, volto a pé, não pego trânsito... É, não tenho o que reclamar da minha vida profissional hoje, eu só quero ter mais pacientes, óbvio, né, pra ganhar mais dinheiro. Mas, proporcionalmente a tudo que eu já ganhei, hoje eu to bem mais estável, com certeza, tá bem melhor. E é isso!

Adriana

*Sinto o abraço do tempo apertar e redesenhar minhas escolhas
Logo eu que queria mudar tudo, me vejo cumprindo ciclos
Gostar mais de hoje e gostar disso, me vejo com seus olhos, tempo
Espero pelas novas folhas, e imagino jeitos novos para as mesmas coisas
Me vejo o tempo todo começar de novo e ser e ter tudo pela frente*

Adriana Calcanhoto

Adriana tem vinte e cinco anos, nasceu e mora em São Paulo. Formou-se há quatro anos em uma universidade pública do interior do estado e atualmente trabalha na capital com atendimentos domiciliares de fisioterapia e shiatsu.

Eu não lembro muito bem porque que eu escolhi fisioterapia, mas eu tava – olha só – eu ia fazer engenharia, mas não sabia que engenharia eu queria, aí eu ia fazer engenharia genética. Aí eu falei “Aí, engenharia genética?”. Aí eu conversei com alguém que entendia, aí ela deu um caminho muito longo e eu falei “Ah, não, eu queria começar a trabalhar logo, né, pra ganhar dinheiro”, olha só eu, né? (risos) Ganhar dinheiro e sair logo. Só que aí, tipo, era aquela época do Ronaldinho e não sei o quê, e eu achava muito legal, né, essa parte de reabilitação. Aí, um dia deu um clique “Ah, vou fazer fisioterapia”. Mas, não assim... Medicina, eu não queria fazer mesmo, porque eu não gostava, mas... eu queria fazer alguma coisa que me desse um contato e desse um feedback pra mim, pra saber se o que eu estou fazendo é certo ou não, né? Então, eu... eu falei “Ah, vou fazer fisioterapia”. Aí, logo depois, a minha mãe foi internada e aí deu para eu conhecer um pouco mais de perto o trabalho da fisioterapia. Porque aí eu conheci o pessoal que ia lá, passava no quarto pra fazer fisioterapia nela e... e aí eu ia batendo papo, eu sabia que eu já ia fazer, mas aí que eu fui entrar em contato, porque até então, eu não sabia. Eu sabia por cima o que que era.

Assim que eu me formei, eu fui pra pós, aí eu conheci bastante gente, fisioterapeutas, tal... E essas pessoas foram me encaminhado para os lugares que eu fui trabalhar. Então, na pós mesmo, a Bete, ela me levou pra essa clínica de São Caetano que eu to trabalhando agora. Mas, antes, eu não ficava na clínica, eu ficava fazendo gerenciamento, que é tipo consultoria. Você ia na casa da pessoa e falava o que ela podia fazer pra melhorar a postura, pra melhorar a dor nas costas, pra melhorar qualquer outro problema que ela tenha, né? Eram pacientes conveniados que tinham algum problema. Passa alguns exercícios que ela podia fazer e a escolha era dela, fazer ou não, né? A gente passava, né, e só. Ahn... Aí, eu acabei a pós, aí eu não tinha muito o que fazer... Continuava com esse gerenciamento, mas não tinha muito o que fazer.

Então, eu ia é... eu fui acompanhar um médico, o Sérgio. Acompanhava ele nas cirurgias, então eu aprendi bastante lá, aprendi muita coisa que eu... que eu não entendia porque o médico achava ruim da fisio e porque a fisio achava ruim do médico. Então, eu aprendi como é que era a cirurgia, o que que acontecia, porque que ele [o paciente] tinha tantos problemas no pós-operatório e porque que ele sentia tal dor. E, os pacientes que eram domiciliares, ele me indicava – através do fisio dele, então, ou seja, ele indicava, a pessoa passava pelo fisio dele, na verdade nem passava, nem conhecia, mas ia pro fisio. O fisio já me ligava para eu ir na casa da pessoa fazer avaliação e tal. Mas, eram reabilitações mais rápidas, né, porque o pós-operatório era rápido. [...]

A clínica do convênio apareceu quando eu tava no Sérgio. É... ligou uma moça pra minha casa porque uma colega minha, a Patrícia, tinha ido lá fazer entrevista e o horário que ela tava abrindo a vaga pra clínica, a Pati não podia. Então, ela pediu que indicasse alguém e ela me indicou pra ir lá. Aí, eu fiquei

quinze dias lá... isso porque na primeira semana eu já me demiti, porque aquilo não era fisioterapia! [...] Que foi quando apareceu emprego em São Caetano mesmo, pra ficar lá na clínica. Só que, assim, ganha pouco, ganha muito pouco, pela região... você tinha um preço fixo, mas, tudo bem, porque a clínica não tinha alavancado ainda. Então, eu chegava às 13h e às 17h eu tava indo embora. Até que foi crescendo, crescendo, e hoje tá aberta até às 20h. Só que aí, a chefe falava “Ah, não, quando der eu aumento”, “Quando der eu aumento”, “Quando der eu aumento”... e nisso, passaram-se dois anos, né? Quando deu aumento, aumentou 2 reais por consulta. Aí, eu pensei... (risos) “Quer saber? Isso aqui não vai aumentar coisa nenhuma”. Aí, eu comecei a mandar currículo pra tudo quanto é lugar. Aí, apareceu uma clínica que eu tinha mandado currículo fazia mais de dois anos, quando eu me formei Aí, fui, comecei a me desvincular de São Caetano, não ia mais todo dia [...]

Aí, lá, quando ela me ligou, falou quanto pagava, aí eu pensei “Nossa, se eu ficar o mês inteiro sem fazer nada ainda vou ganhar mais do que eu ganho na outra?”. Essa é a do shiatsu, que era a da massagem. Tanto pelo público como pela localização onde ela se encontrava, podia cobrar muito bem. [...] Mas, uma má administração é sempre uma má administração, né? Porque, lá o custo fixo pra manter naquele lugar é muito alto, . Então, faliu, né? Daí, a clínica fechou e o que eles deram de opção? Eles deram, pra mim, né, porque eu tenho carro e dava pra carregar todas as coisas. Então, pra eu continuar atendendo todos os pacientes que eram regulares, né, que a gente tinha, que íamos toda semana, eu ia na casa, pra atender eles... Eles me sugeriram pra eu continuar, aí eu pagava um x pra clínica pra ajudar eles a pagarem as despesas que eles ainda têm, né? Então, para eu ajudar, eu ia pagar uma porcentagem pra eles, e é aonde eu estou agora.

E eu tava correndo atrás de outras coisas pra fazer. Fui começar a correr atrás do curso de pilates, porque aí eu ia ter tempo de fazer, . E aí, começou a aparecer um monte de coisa, porque eu espalhei pros quatro ventos que tava desempregada, que a clínica faliu... rindo, né? Porque não dá pra chorar. Aí eu comecei a espalhar e aí começou a aparecer bastante coisa pra fazer. Mas, aí eu tenho que escolher, né? Entre uma coisa ou outra. E é aonde eu estou no momento. To dependendo de algumas respostas pra saber que caminho eu vou tomar...

Vanessa

*Eu não sei para onde a gente vai, andando pelo mundo
Eu não sei para onde o mundo vai, neste breu vou sem rumo [...]
Cada um sabe dos gostos que tem, suas escolhas, suas curas, seus jardins
De que adianta a espera de alguém, o mundo todo reside dentro, em mim
Cada um pode com a força que tem, na leveza e na doçura de ser feliz*

Vanessa da Mata

Vanessa tem vinte e seis anos, nasceu e mora na Grande São Paulo. Formou-se há quatro anos em uma universidade particular na mesma cidade e trabalha atualmente em: uma clínica de fisioterapia privada e uma escola de educação infantil, ambas na Grande São Paulo; uma empresa de Quick Massage⁷ em São Paulo e com atendimentos domiciliares nas duas cidades.

Na verdade, eu escolhi fisioterapia... porque eu sempre gostei desse relacionamento assim com pessoas, do cuidar das pessoas. Não foi uma coisa que eu sempre pensei, não, desde criança. E aí fui pesquisando dentro de algumas coisas que eu achava interessante fazer e aí... Conversei bastante com o meu primo, também, que já era formado, e aí comecei a me interessar por algumas coisas da fisio, né? Mas mais por essa questão de gostar de me envolver com as pessoas, do cuidado com as pessoas...

⁷ Técnica de massagem rápida, normalmente realizada em stands colocados em eventos

Tanto é que eu gosto bastante dessa parte de reabilitação mesmo... Então foi mais por isso. E aí fui filtrando e aí falei: Ah, vamos ver no que é que dá! Mas eu gostei, gostei bastante.

Logo que eu me formei... Eu comecei... Nossa, o que eu comecei a fazer? (risos) Gente, olha que nem faz tanto tempo, não, mas eu acho que eu comecei... quando eu me formei, eu comecei a atender... é... particular. Comecei atendendo particular mesmo, a domicílio. E aí, começando a fazer divulgação mesmo, comecei a pegar alguns pacientes e... eu acho que foi... É, daí logo eu acabei formando esse projeto, que e tenho esse projeto com estimulação de bebês, né? E aí desde quando eu entrei na faculdade também, eu sempre gostei muito da área de pediatria, que foi uma área que eu me identifiquei muito, queria trabalhar em algo relacionado a essa área. Tinha uma amiga que se formou comigo que também gostava muito e... aí, antes de eu começar a faculdade eu já trabalhava no berçário dessa escola onde eu tenho o projeto [...] eu sempre me identifiquei muito com criança, tanto é que também no começo eu pensei muito em ir para essa área de pedagogia ou psicologia. Foi uma das minhas dúvidas, né? E aí eu boleei esse projeto de estimulação precoce com bebês, e aí foi lá que eu comecei, acho que foi, na verdade, depois dos particulares, onde eu comecei também a desenvolver alguma coisa mais certa assim...

Aí comecei nesse projeto, e aí, depois, as outras coisas foram aparecendo. Apareceu uma oportunidade de eu trabalhar numa clínica voltada mais pra parte de estética. É, foi isso que eu fiz. E aí, fiquei quase dois anos nessa clínica, mas não era uma coisa que... que me agradava assim totalmente... Eu, eu, né? Eu gostava de trabalhar ali, mas sabia que não era aquilo que eu queria pra vida toda. E aí...acabei ficando lá dois anos, e aí apareceu... Já estava me esgotando, porque lá eu trabalhava muito de final de semana, umas coisas meio assim... um ritmo meio doido, né? E aí eu saí de lá e acabei indo pra... acabei conseguindo essa oportunidade na empresa, foi até uma pessoa de lá que tinha uma outra pessoa em comum, que acabou conseguindo. Fui pra essa empresa, e aí comecei essa parte de quick [Quick Massage] lá também...

E... aí, por último, que eu entrei agora, faz um ano e meio, mais ou menos, que eu entrei na clínica agora, que é onde eu estou também conseguindo... é... um equilíbrio assim, né? Conseguir manter legal... e aí foi mais ou menos isso... Nesse tempo todo, foi mais ou menos isso. [...] Então, tem esse fator, que, na verdade, eu não me especializei em nada assim de cara, né? Foi uma opção minha assim, não quis... é... fazer uma pós-graduação assim de cara, né? Porque eu sempre gostei mesmo, assim, de um pouquinho de tudo... A única coisa que eu sei que eu não gosto é área hospitalar, que eu fujo (risos) Assim, é uma área que eu realmente não me identifico. Então... e aí, na verdade, por questão financeira mesmo, depois que eu fiz a faculdade eu não pude logo emendar uma pós [...]. Então, eu tinha que trabalhar pra levantar uma grana pra conseguir fazer alguma coisa, né? E aí eu fui pegando um pouquinho assim de cada e aí eu fui fazendo mais cursos, então eu optei por fazer mais cursos e tal... e... aí eu acabei não me especializando, não me focando diretamente em nada, né? Em alguma coisa específica. Aí agora eu penso em estabilizar, agora eu quero casar também (risos), esse é um outro fator, pra depois eu conseguir direcionar.

Rita

*Onde quer que eu vá
Levo em mim o meu passado
E um tanto quanto do meu fim
Todos os instantes que vivi estão aqui
Os que me lembro e os que esqueci...*

Rita Lee e Arnaldo Antunes

Rita tem vinte e sete anos, é natural de São Paulo e mora na região metropolitana do estado. Formou-se há quatro anos em uma universidade pública do Paraná e atualmente trabalha em uma clínica de shiatsu em São Paulo e com atendimentos domiciliares na cidade onde mora.

Então, na verdade, eu tenho um histórico anterior. Eu fiz dois anos de turismo, aí no segundo ano de turismo eu fiquei meio assim, eu gostava, mas eu não me via fazendo aquilo. Aí, eu resolvi... descobri que aquilo não era a minha área...E aí, eu fiz dois anos de cursinho pra decidir o que eu queria fazer e durante o cursinho eu decidi pela fisioterapia, no segundo ano de cursinho, na verdade. No primeiro ano eu tava meio perdida, no segundo ano eu decidi, vendo palestras, conversando com as pessoas, eu falei assim “Acho que é uma boa ideia”, e daí eu fui pra fisio. Na verdade, eu sempre tive uma tendência a ir pra área da saúde, eu sempre gostei muito. Mas, na hora de você ir pra faculdade, com 17 anos, a gente é muito nova... Hoje em dia, com certeza, eu não escolheria nada fora da área da saúde, eu ia me manter – talvez eu não fizesse fisioterapia de novo, mas eu ia me manter na área. [...]

Eu lembro que na época, conversei com umas três pessoas que eu conhecia que fizeram fisio e estavam adorando. Mas, assim, depois de um tempo a gente se encontrou de novo... (risos)... essas pessoas tinham acabado de se formar e tal, ainda estavam meios deslumbradas. Depois que a coisa baixa, todo mundo pensa duas vezes, né? Hoje em dia eu já estou menos de mau, porque eu resolvi, na verdade, agora eu tô fazendo curso de acupuntura e eu acho que eu me achei, então, muito provavelmente eu vou seguir esse lado mesmo, porque massagem, pro resto da vida, não dá certo pra fazer, não. Acaba com a gente! Acaba com o corpo... a força que a gente faz, o desgaste corporal é muito grande [...]

Mas, assim, eu comecei... com Home Care lá em Arujá, que era do plano de saúde, uma empresa de Guarulhos que contratava fisios, sabe, que era lá em Arujá mesmo. Eles pagavam 5, 10 reais pra gente atender na casa da pessoa. É, é... nada! Foi o primeiro emprego. Eu voltei pra São Paulo em fevereiro, em maio eu arranjei esse emprego. Em setembro, não, no finalzinho de agosto, me falaram da clínica de shiatsu da Lucia, eu nunca tinha ouvido falar... E eu mandei despretensiosamente o meu currículo pra lá, às vésperas do 7 de setembro, dia 5 de setembro. Aí, no dia 8 de setembro me ligaram chamando pra entrevista, eu peguei, fui e desde então eu estou aqui! Aí, nesse ano me falaram de outra empresa de shiatsu, e eu fui também. E lá eu fiquei até agora que fechou.

E nesse meio tempo eu faço uns por fora... eu faço atendimento domiciliar e eu também trabalho em SIPAT (Semana de Prevenção de Acidente de Trabalho) de vez em quando, que o pessoal leva Quick Massage. Tem uma empresa dessa que a dona é cliente nossa, da Lucia... ela conheceu a gente, assim, e aí ela chamou os terapeutas pra trabalharem lá de vez em quando. Aí, de vez em quando a gente vai, no dia que a gente não tá trabalhando.

Cláudia

*O azul do céu clareia, amanhece o dia é hora
De seguir a minha estrada, não tenho que me preocupar
A minha alma incendeia, ser feliz é ser agora
Não interessa a chegada, o importante é caminhar*

Bruno Masi – interpretação Cláudia Leite

Cláudia tem vinte e nove anos, nasceu no interior do estado de São Paulo e mora na capital. Formou-se há sete anos em uma universidade particular de Minas Gerais e trabalha em uma clínica de Fisioterapia/estúdio de pilates, da qual é sócia-proprietária e com atendimentos domiciliares na capital.

Bom, fisio foi escolhida justamente porque eu gostava de cuidar. Então, assim, eu sempre pensei em medicina, mas, aí, foi aquela questão “Ai, vai demorar muito pra formar”, né? E eu tinha que ter um ganho mais rápido. Então, eu optei já pela fisio, eu fui e prestei fisio e já no primeiro semestre eu tinha certeza de que era aquilo que eu queria. Então, foi mesmo paixão pela área. Aí, eu me apaixonei mais porque a gente fica muito mais com o cliente do que o próprio médico. Então, foi por isso.

Quando eu me formei, antes da formação mesmo, de estar com o diploma, eu já fazia estágio direto,

assim, como voluntária, então eu sempre estive em contato, no meio médico, que eu digo assim, aí, metia a cara, ia lá com outro fisio... Então, começava a ver como que era mesmo o trabalho do fisioterapeuta e as dificuldades que a gente passava. Quando eu me formei, eu fui trabalhar no hospital da minha cidade, no interior de São Paulo, e aí... eu trabalhava no hospital, na parte de neurologia, que é um setor só de neuro, que atende a regional de lá, que atendia pelo SUS. E fui trabalhar no posto de saúde. Eu entrei como voluntária. Fui, pedi permissão, tal, precisei fazer toda a parte burocrática, vou trabalhar nessa área aqui por tantas horas, tal, tal. Aí... diante disso, já tinha outros fisios, só que a gente foi aumentando a clientela, porque como eu entrei de voluntária a gente conseguiu aumentar o número de atendimentos. E aí, a população começou a gostar.

E aí, abriu um concurso no hospital. E aí, eu prestei o concurso. Na época era um prefeito lá que estava, e o hospital é tanto regional quanto municipal com relação, assim, a pagamentos, entendeu? É da prefeitura e do estado. E... foi pelo estado o concurso, mas, a prefeitura tinha um acesso porque o prefeito era o presidente do hospital e ele vetou o meu nome, porque o meu pai era de outro partido político (risos – deboche). E aí, eu não pude assumir o cargo. Tinham 3 vagas. Eles fizeram maracutaia. Eu tinha passado em 1º lugar. Ele me colocou em 4º lugar. Ou seja, se houvesse uma desistência daqueles 3 que ele colocou, porque foram vagas realmente colocadas, aí eu... eu não entrei. E eu sabia, porque eu vi a prova depois, me mostraram a prova corrigida, porque quem corrigiu foi uma médica e ela falou “Olha, você sabe que aconteceu isso?”, e o cara, depois, falou na minha cara. Então, foi assim, foi uma coisa... Só que eu falei assim, se eu jogasse um processo, eu ia trabalhar com ele e a vida inteira ele poderia me prejudicar, dentro de um lugar que é saúde. Fala que eu fiz um tratamento errado num cliente e depois? Aí, a minha carreira ia embora. Então, eu falei “Tá bom”.

Diante disso, eu saí do voluntariado, tanto do posto de saúde quanto do hospital. Nesse meio de tempo, eu já comecei a conseguir clientes fora, então eu já tava atendendo a home care na minha cidade. Aí, os médicos que me conheciam do hospital, que viram todo o caso acontecendo e que ninguém se conformava, começaram a me passar clientes e um outro setor do hospital, que é o da clínica médica, não tinha fisioterapia. Que era toda a parte de ortopedia, neuro, tudo vinculado a SUS, assim, ambulatorial. Então, lá, a pessoa tá ali, fez uma cirurgia, tal, eu ia, fazia o atendimento da fisio, voltava... era desse jeito. Então, eu tinha um acesso de entrada nesse mesmo hospital. Daí, não era voluntariado mais, eles me chamavam e eu prestava o atendimento. Quem pagava eram as famílias, particular. Então, a família aceitava, eu entrava. Não tinha fisioterapeuta pelo SUS. E aí, eu fui fazendo esse esquema. Aí, isso ficou acho que uns dois anos nesse esquema, eu atendendo dessa forma.

Aí, eu prestei um outro concurso, que foi numa cidade vizinha, , passei para um outro hospital que era neurologia e psiquiatria, e aí comecei a coordenar o setor de neuropsiquiatria de fisio dentro desse hospital. E aí, foi aquela experiência, assim, gritante (risos). Que, assim, você aprende muito, porque são casos crônicos, psiquiátricos crônicos, e... e que não é uma fisio tradicional. Então, você tem que ser muito criativa e é SUS. Então, por exemplo, não tinha cadeira de rodas, não tinha órtese, não tinha nada, absolutamente nada no hospital. O setor estava extremamente abandonado. E aí, eu comecei a implantar tudo isso dentro do hospital, e aí, eu vim pra São Paulo, fiz curso de prótese, órtese, como montar cadeira... sabe aquelas coisas, tudo tecnologia de baixo custo pra baratear pro SUS e eu conseguir trabalhar, se não você não conseguia trabalhar. E aí fiquei mais um ano e meio nesse hospital e já nesse período eu já montei a minha clínica na minha cidade. Então, eu trabalhava com os pacientes particulares, inclusive atendendo também dentro do hospital, né, no setor particular, e no outro local eu era concursada do hospital, que era uma Santa Casa. Aí, fiquei nessa vida também por um tempo.

Eu também fiz a pós, né, só que foi logo após a formação da faculdade. Eu saí da faculdade e já entrei na pós-graduação, em neuropediatria. Então, foi onde que... eu fiz tudo de uma vez, né? Que foram dois anos e meio. E aí, resolvi casar, larguei o hospital lá, fiquei mais um tempo na minha cidade, mais um ano, mais ou menos, e vim pra São Paulo. Aí, eu mandei currículo pra dois lugares, os dois lugares me chamaram e eu vim. Aí, uma clínica era na área de ortopedia e o outro local era uma instituição de neuropediatria. Na instituição de neuropediatria, eu fiquei dois dias (risos), porque, o que aconteceu? Quando eu entrei na outra instituição, eu... o que acontece é que o horário que eles me estipularam lá, não tinha como eu trabalhar nesse outro setor de neuro pediatria. E nessa instituição de neuropediatria, eu não ia progredir, porque instituição, é aquela questão, você ganha tanto, você faz aquilo todo dia e você não tem uma outra visão de crescimento dentro da empresa, entendeu? Eu ia ser sempre uma fisioterapeuta que trabalha ali. Não ia passar por uma coordenação e seguir um outro tipo de carreira. E, além do que, era mais perto da minha casa, Então, aí eu escolhi ficar aqui. Aí, trabalhei mais um ano e meio na empresa, não concordei com um monte de coisas que aconteciam lá, até que eu saí e montei o meu consultório.

No começo foi difícil, eu continuei trabalhando na Home Care aqui em São Paulo, a pé, de casa em casa (risos). Eram clientes meus que vieram também da empresa que, quando eu saí, as pessoas falaram “Não, eu vou fazer com você independente de onde você esteja”, entendeu? Foi muito legal, foi pelo trabalho desenvolvido mesmo. E aí, os clientes vieram, e eles foram trazendo mais clientes, porque aí foi uma questão de mobilização, todo mundo ficou muito revoltado. E aí, eu fui ladrilhando o caminho de

novo. Nesse meio de tempo, a minha sócia também saiu, que era a minha coordenadora na época, dentro da unidade. [...] aí, a gente andou conversando, tal, e falou:” Ah, vamos montar uma empresa junto.”, Então, continuando o trabalho que a gente desenvolvia lá dentro, na verdade. Porque é aquela questão, o trabalho era o mesmo, a gente queria atender e fazer um bom atendimento, né? E os profissionais eram muito bons, os fisioterapeutas que trabalhavam lá, eram excelentes profissionais, tanto que todos saíram e todos abriram o seu próprio espaço e estão bem, entendeu? Estão sobrevivendo a... a São Paulo, porque a gente sabe que tem muito fisioterapeuta aqui, né? Então... foi isso, assim... e támo trabalhando! (risos)

Paula

*Pra que eu me divirta às vezes basta um sorriso
Às vezes uma palavra é tudo que eu preciso
Vou correr atrás da bola até o juiz apitar
Trabalhar por prazer até o dia clarear*

George Israel e Paula Toller

Paula tem vinte e seis anos, nasceu na região metropolitana do estado de São Paulo, onde se formou há quatro anos. Mora na capital, onde trabalha em um hospital público.

Bom, fisioterapia foi assim, eu queria medicina. Então, desde que eu estudava, desde o colegial, eu já tinha me focado em estudar pra fazer medicina. Aí, eu não passei quando tava no 3º. ano do colegial, ainda fiz cursinho junto, não consegui passar. Fui fazer mais um ano de cursinho e não consegui passar. Aí, um dia, eu conversando com uma prima minha que fazia fisio, ela falou assim “Mas, por que você quer tanto medicina?”. Aí, eu falei “Ah, porque trabalha no hospital” e ela falou “mas, fisio também trabalha”. Aí, eu comecei a estudar essa parte que fisio também trabalhava em hospital. E eu vi que, realmente poderia, ser uma coisa que eu queria fazer e eu falei “Ah, olha, eu quero fazer em hospital e ser fisioterapeuta de hospital”. Aí, fui, desde que eu entrei na faculdade eu já sabia que eu queria fazer pós em UTI, aí, eu já fui direcionando. A minha monografia foi em UTI, foi em respiratória, na verdade, não foi em UTI. Daí, depois, eu já fui me preparando durante todo o último ano de faculdade pra fazer uma pós em respiratória, aí eu entrei aqui nesse hospital público e aí agora eu trabalho em UTI. [...]

Porque eu sempre gostei de hospital. Enquanto todo mundo falava “Ai, eu não vou em hospital”, eu falava “Ah, então acho que eu vou”. Eu gostava do ambiente hospitalar e eu tinha curiosidade em saber o que acontecia. Então, eu sempre tive vontade de trabalhar em hospital e UTI. Não sei porque, eu não sei. E eu, adorei! Tanto que a minha mãe falava “Ah, você não quer mais fazer medicina?”, e eu falava “Não, não, eu quero ser fisioterapeuta mesmo”. Eu gostei bastante. eu me formei em dezembro de 2006. Em março de 2007, eu já comecei o aprimoramento. [...] aí saí do aprimoramento, eu já fiquei na preceptoria do hospital mesmo [...] Aí, comecei em março de 2008 e fui até fevereiro de 2009 como preceptora. Aí, depois já fiquei contratada pela empresa, desde 2009 até agora. [...]

Nesse meio tempo, eu também trabalhei num hospital particular com RPG - porque, logo que eu terminei a minha pós, eu fui fazer RPG - e fiquei acho que uns 3 meses de rotina, mesmo, fazendo turno de 12 por 60 nesse hospital. [...] lá eu fazia, na verdade, a cobertura do hospital inteiro, inclusive eu ajudava nas UTIs. [...] Aí, agora, há um mês eu passei no concurso e fiquei só no hospital público. Agora, eu sou concursada e tenho vínculo com a empresa lá... eu tenho dois vínculos. Gosto bastante. Agora eu só estou na UTI lá. Tanto à tarde, que eu fico, como à noite, eu tô na mesma UTI.

Marisa

*Eis o melhor e o pior de mim, o meu termômetro, o meu quilate
Vem, cara, me retrate, não é impossível, eu não sou difícil de ler
Faça sua parte, eu sou daqui, eu não sou de Marte
Vem, cara, me repara, não vê, tá na cara, sou porta bandeira de mim
Só não se perca ao entrar no meu infinito particular*

Arnaldo Antunes, Marisa Monte e Carlinhos Brown

Marisa tem vinte e nove anos, nasceu no interior do estado de São Paulo e mora na mesma cidade, onde trabalha em uma casa de repouso. Formou-se há quatro anos em uma universidade pública também do interior do estado.

Bom, no começo eu só prestava medicina, né? Fiquei 3 anos prestando medicina (risos). E aí, no último ano, eu comecei a olhar mais atentamente pra outras áreas, tanto porque eu tava assim meio em crise e porque, também, eu fiz medicina um ano, né, entre os cursinhos... e eu me decepcionei muito com o que eu vi dentro do hospital universitário, que era uma faculdade particular, tudo... [...] eu achei que não era medicina que eu queria. Daí, eu voltei a fazer o cursinho, daí eu comecei a olhar um pouco mais para as outras áreas, tanto que eu prestei fisioterapia e farmácia (risos). Aí, eu passei nos dois e quando eu fui fazer a inscrição da farmácia, eu vi que eu ficaria muito mais em laboratórios do que do que com o que eu gostava mais, que era de ficar com as pessoas. Aí, quando eu conheci fisioterapia, fui conhecer as matérias no dia da matrícula, aí eu vi que era, assim, muito contato com as pessoas, que eu acreditava que era o que eu mais procurava, assim, sabe? Poder ajudar as pessoas e tendo contato mesmo. Daí, eu resolvi fazer fisio... daí, eu me encontrei lá dentro. Mas, assim, de início eu não tinha muita ideia de que faria ou não... assim, conhecia um pouco de fisioterapia que era o que estava no momento no auge, mas não tinha uma noção completa de como era. [...]

A minha visão da medicina era assim, tinha o contato, mas a pessoa entrava rápido no consultório, ou ela saía com uma prescrição de medicamentos, ou com uma prescrição de cirurgia, ou nada a ser feito. E na fisioterapia, eu consegui ver que eu conseguiria fazer mais coisas sem ter que usar apenas medicação, a gente poderia estar usando mais o corpo, contato... acho que era um tipo de tratamento que eu achava muito mais interessante na época. Conseguir, assim, que a pessoa se interessasse não só de tomar alguma coisa e achar que a cura tava nisso, mas, assim, a pessoa poder se ajudar na cura participando ativamente do tratamento. Isso eu não achava na medicina. Eu via muito mais à parte, assim, médico passar alguma coisa, ou dar resolução e a pessoa pegar aquilo prontinho, um pacotinho, não trabalhar igual na fisioterapia, ela tem que participar, fazer os exercícios, se motivar, porque o tratamento depende mais de 50% do paciente. Então, acho que isso que foi muito legal de conhecer na fisioterapia. [...]

Olha, no início, isso é verdade, eu percebi que a cidade onde eu me formei era uma ilha, né? A gente tava sozinho lá no meio, lá tudo funcionava muito bem, os ambulatórios tinham atendimento bom, os pacientes iam lá, saíam satisfeitos, conseguiam melhorar. Muitas vezes eles tinham feito tratamento muito tempo com o médico, e não tinham a resposta como tinham com a gente. E lá tinha, também, interdisciplinaridade, né? Eles conseguiam ter TO, ter psicólogo, Então, isso eu achei muito legal. Daí, quando eu vim pro mundo real (risos), eu achei que eu me frustei muito, porque muda muito o enfoque. Eu fui fazer aprimoramento num hospital do estado, daí, lá, tinha o ambulatório de quedas, a gente ainda conseguia dar uma qualidade de atendimento. Nesse período, eu achei muito legal a fisioterapia conseguir trabalhar, era um serviço público já, só funcionários públicos, e a gente conseguia atuar. Agora, na enfermaria, eu achei que a fisio era muito limitada. [...] o meu aprimoramento era só na geriatria, então eu atendia só o ambulatório e a enfermaria de geriatria.

[...] quando eu terminei o aprimoramento, eles fizeram um edital e contrataram fisioterapeutas terceirizados, que foi quando eu fiquei mais quatro meses. O que aconteceu? De tanto ter briga pra precisar colocar fisio, a gente falar da importância, tal... um dos médicos da coordenação falou "Não, eu acho melhor mesmo que tenham mais fisioterapeutas, tá faltando fisioterapeuta na UTI". Daí ele conseguiu com uma liminar, implantar que fosse pelo menos essa parte terceirizada. Na verdade, teria que ter um concurso, efetivar como todos os outros. Mas, como era uma coisa de caráter mais imediato, ele conseguiu uma liminar e nós entramos. Daí, contratou quem já tava e mais alguns fisios, entrou uma cooperativa lá. Então, a gente teve que se cooperativar pra continuar lá. E aí, começou a melhorar muito, porque colocaram fisio 24h em todas as enfermarias que tinham necessidade. Colocou no ambulatório, a

gente foi pros ambulatórios, tal. Daí, nós fomos quatro meses isso, só que daí apareceu outra portaria que não poderia acontecer isso, teria que ser por via concurso, tarãã... mandaram todo mundo embora. Eles pagaram depois de quatro meses o que tavam devendo, mas... tudo que tinha feito, as implantações, tudo... perdeu tudo. [...]

Então, não tem muito essa mentalidade... e é vital, né? Fisio 24h na UTI. Não tem, na parte de ortopedia tem um pouco, mas não supre, né? Então, é meio triste essa parte. Tudo que a gente implantou, né? [...] Daí, eu fiquei esses quatro meses lá e nisso eu fiquei trabalhando também no hospital de paliativos, que me contrataram. Então, eu fiquei à tarde lá e de manhã no estadual. Foi quando eu fiquei mais tempo, assim, que eu fui conhecer UTI, tudo. Foi bem bacana, porque eu não tinha essa experiência paliativista ainda. Porque, até então, a gente tinha essa visão, né? O paciente precisa ser entubado, prolongar um pouco mais a vida, tal. Aí, quando eu fui pra lá, que eu conheci realmente o que seria a ideia de tratamento paliativo, de doenças crônicas degenerativas, tal. Que nem sempre entubação ou prolongamento é a melhor opção. [...]

Só que aconteceram algumas coisas lá que me deixaram muito desgostosa e eu resolvi ir embora. Eu fiquei lá acho que uns seis meses. [...] daí eu sai de lá por motivos pessoais, e também profissionais, porque não estava de acordo com o que eu queria. Voltei a morar em Jundiaí, daí voltei a morar com os meus pais (risos). Comecei a enviar currículo para clínicas, fazendo contatos, visitando clínicas, tudo. Daí fiquei muito frustrada, pelo menos na minha cidade, que foi o que eu conheci, porque nas clínicas de fisioterapia, o fisio era muito mal remunerado e pra fazer um trabalho mal feito, de produção, sabe? [...] Daí eu falei “Não vou fazer isso agora”. Daí tinha um amigo da minha mãe, enfermeiro, que trabalha numa clínica de idosos, particular, ele falou que na clínica a fisio tinha saído, se eu não gostaria de estar acompanhando alguns pacientes sem vínculo com a casa porque a clínica não tinha condição. Daí eu fui, conversei com algumas famílias, tive que explicar o que era fisioterapia e para que servia a fisioterapia em idosos de instituição. [...]

Então lá, eu não tenho vínculo com a casa, eu recebo das famílias. Eu converso com as famílias, é serviço de passarinho (risos). Então a família chega, faz admissão na clínica, a dona fala: “Olha, tem fisioterapeuta”. Agora por lei é obrigatório toda clínica ter fisioterapeuta e TO, só que até agora, não andam implantando tanto pelo que eu vi. Então ela chega e fala “Tem fisioterapia”, é um pouquinho a mais, mas ela dá uma conversadinha, então eles acabam fazendo a fisio. Cobro um preço bem abaixo, não tem como, as famílias também colocam lá, já é difícil pra pagar, né?

5 O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO

As trajetórias narradas pelas entrevistadas nos mostram diversos aspectos sobre o exercício profissional que serão discutidos a seguir. Aspectos estes que dizem respeito desde as condições mais estruturantes do trabalho, como as formas de inserção, os locais de atendimento e as condições materiais para a sua realização até as questões mais diretamente ligadas ao exercício da prática propriamente dita, como a capacidade de os profissionais criarem os seus próprios projetos de cuidado para cada indivíduo. Este capítulo se organiza em duas partes: a primeira abordará as condições de trabalho e a segunda, as práticas profissionais.

5.1 As condições de trabalho

Em relação às condições de trabalho, a primeira questão que merece ser destacada diz respeito às diferentes formas de inserção profissional. No universo observado foi possível identificar diversas relações formais de trabalho que podem ser separadas em dois grandes grupos: com e sem vínculos empregatícios. O primeiro, que abrange as contratações com carteira assinada (na esfera privada) e por concurso (no serviço público), com todos os benefícios assegurados em lei e uma remuneração base fixa, ocorre majoritariamente na área hospitalar e no sistema público de forma geral.

O segundo grupo, referente às formas de trabalho sem vínculos, ocorre basicamente de duas formas. A primeira delas é o trabalho autônomo, exercido no seu significado literal, em que o profissional organiza a sua prática e todas as condições em que ela ocorre, como os horários ou os valores cobrados (definidos na negociação direta com o usuário). Esse tipo é o que representa a ideia de trabalho liberal, em que o profissional detém os meios de produção e controla o seu processo de trabalho. Essa forma de trabalho foi relatada somente pelas profissionais que possuem o próprio espaço de atendimento ou que atendem a

domicílio por conta própria.

O segundo tipo se refere às profissionais que trabalham de maneira autônoma (termo utilizado por elas), mas que possuem um empregador, seja ele o dono da clínica, o médico dono do consultório ou o dono da empresa. Portanto, não são elas que definem as condições nas quais irão trabalhar. Neste caso, a autonomia do trabalho em si não é desfrutada, configurando uma autonomia entre aspas, como podemos perceber na fala de Vanessa: *“você tinha que cumprir aquele horário, não era registrada nada, eu era autônoma, mas entre aspas”*.

Nessa “pseudoautonomia”, o profissional não possui vínculos empregatícios e, a despeito disso, não controla o seu processo de trabalho. Essa forma de trabalho, como veremos adiante, exerce profundas consequências na prática profissional, configurando um grave processo de subordinação a condições exploratórias.

Caldas (2006), em seu trabalho sobre o processo de profissionalização do fisioterapeuta em Juiz de Fora, afirma que:

A atividade assalariada formal, com vínculo trabalhista, parece estar em extinção. O tipo de relação trabalhista que mais se encontra atualmente é a de prestação de serviço como autônomo, com remuneração por produtividade, em clínicas ou hospitais particulares, sendo a atividade docente quase que a única com carteira de trabalho assinada. Além disso, os serviços públicos municipal e estadual não oferecem um mercado de trabalho promissor, empregando menos de 5% dos fisioterapeutas da cidade. (Caldas, 2006, p. 102)

Essa prestação de serviço como “autônomo” com remuneração por produtividade, relatada por Caldas, foi a forma de trabalho mais recorrente nas falas das entrevistadas:

Eu ganho 30% do atendimento. Eu já tô há 3 anos, eu ganho 30. Esse ano, eu vou ganhar 33, eu acho... Vai aumentando conforme o tempo de casa, quando entra lá, ganha 25. Eu fui pra 30, agora vou pra 32, acho... Vai diminuindo, né? Então, por exemplo, se eu fizer acupuntura, eu ganho 40% da terapia, porque como foi um investimento meu, o curso eu que fiz, a mão de obra é minha, o material é meu, eu ganho mais. E a gente tem uma porcentagem maior no feriado, a gente ganha 50% da terapia, pra valer a pena, porque se não, ninguém vem. (Rita)

[...] a única coisa terrível que era, por ser particular, tipo, era R\$ 80,00 a consulta, ela me dava só R\$10,00, dos 80 ela me dava só 10. Tipo, hoje eu vejo que é um absurdo, eu não teria hoje, com 7 anos de formada, eu não aceitaria uma proposta dessa... sabe? Ela não me dava nem 15%, 20% do que ela ganhava, né? Então, dos 80, ela ficava com R\$ 70,00 e me repassava 10. Eu atendia uma média de 5 pacientes por dia, 4... Então, dava pouco dinheiro. E aí, isso começou a me incomodar. Só que com ela, tinha uma vantagem. Se eu levasse os meus pacientes particulares, eu podia dar R\$ 10,00 pra ela e o resto ficava pra mim, o valor que eu quisesse. Então, essa era a vantagem. Ela pagava super pouco, mas... E até começar a fazer a clientela, foi difícil. (Mariana)

Essa forma de trabalho ocorre quando o fisioterapeuta realiza os seus atendimentos num espaço terceirizado. Como não tem gastos com a manutenção do local, paga uma

porcentagem dos seus atendimentos para o proprietário. Essa situação, em determinados casos, pode até ser vantajosa, uma vez que o profissional não precisa pagar um aluguel independentemente dos atendimentos realizados, evitando-se o prejuízo. O problema é quando essa porcentagem paga é abusiva. No caso da Rita, que atende na clínica de shiatsu, a porcentagem de seu atendimento recebida por ela aumenta ao longo do tempo de trabalho no local, mas esse aumento é muito gradual e a porcentagem inicial parte de um nível muito baixo, 25%.

Já para Mariana, a porcentagem retida pela dona da clínica é de mais de 85%, ficando para ela um valor considerado extremamente baixo para uma hora de atendimento. A vantagem para ela era quando o paciente chegava por seu intermédio, e não da clínica. Nesse caso, os valores se invertiam e ela recebia a maior parte do valor pago. Isso nos sugere que o maior poder de barganha da clínica talvez não fosse o espaço de atendimento, tampouco o uso de aparelhos:

Eu tenho alguns aparelhos que uso nos meus atendimentos domiciliares. São aparelhos meio caros, mas que eu ganhei do meu pai... foi um “paitrocínio” (risos). Depois que você usa pra atender, eles acabam se pagando, mas eu ganhei... (Adriana)

O único aparelho que eu não tenho e sinto falta é o laser. É caro e pra carregar e ficar balançando não é muito bom. Olha, em questões de ferida, o dedo, em pequenas articulações, assim, eu sinto falta. Mas, de resto, eu consigo fazer tudo. [...] Tem alguns proprioceptores que a gente pode adaptar, entendeu? Eu não tenho cama elástica, não tem como eu levar... Mas, assim, você pode fazer salto em colchonete, alguns exercícios, com a sua criatividade, você consegue fazer muita coisa, né? Funcional... você consegue fazer muita coisa, né? Com criatividade se faz muita coisa...tendo espaço, você faz tudo. É mais assim, pelos pacientes mesmo que eu acabo dependendo do consultório do doutor. (Teresa)

Tanto Adriana como Teresa possuem os próprios aparelhos para atendimentos domiciliares. Eles são caros, como nos conta Adriana, e às vezes é preciso uma ajuda inicial para comprá-los, mas são relativamente acessíveis. Nem sempre é possível possuir todos que se gostaria, mas, como exemplifica Teresa, há inúmeras formas de se substituí-los. Não parecem ser os aparelhos, portanto, o principal motivo de dependência do fisioterapeuta em relação às clínicas ou consultórios de terceiros, e Teresa nos dá uma pista disto. A principal razão pela qual ela depende do consultório do médico é o canal de acesso a novos pacientes. A relação de subordinação se estabelece, nesse caso, pelo controle não sobre os meios de produção, mas sobre o mercado.

[...] tem uma coisa chata do particular que me incomoda muito, tipo, é a dependência que o fisioterapeuta tem dos médicos, sabe? Isso é uma coisa que é muito chata, muito chata.” (Mariana)

Eu não gosto de trabalhar lá no consultório porque tem muita treta, sabe? [...] Eu tinha que entrar às 7h e sair às 13h, mesmo não tendo paciente eu não ganho nada... e é essa condição... A gente não é registrada, a gente trabalha como autônomo, tem que dar recibo, entendeu? Ele tá ganhando em cima da gente, tá explorando. Sistema capitalista, né? Ele só ganha dinheiro se explorar a gente, né? [...] aí, ele flexibilizou o meu horário, porque eu pedi pra ele, eu falei “Olha, não dá, não tô atendendo...” Aí, ele flexibilizou, tipo, eu só posso sair se eu não tenho paciente, mas eu tenho que abrir a porta pra faxineira, entrar, porque ela não tem a chave e... se tiver paciente às 7h, eu tenho que parar de atender particular, eu tenho que atender os pacientes dele e se eu atender algum paciente particular do consultório, na casa dele, o doutor fica com 40% e eu com 60%. E tem que cobrar 120 reais Eu cobro 150 reais dos meus particulares, mas do consultório eu tenho que cobrar R\$120,00. Mas, se eu atendo no consultório, fica 35% pra mim e 65% pra ele. (Teresa)

Teresa nos fala dessa falta de autonomia do seu trabalho “autônomo”, como, por exemplo, o fato de ela ter que cumprir uma carga horária estabelecida mesmo não sendo uma funcionária registrada. O valor cobrado também não é determinado por ela. Mas, o fator mais alarmante dessa fala é que mesmo os seus atendimentos realizados nas casa dos pacientes sofrem uma dedução de porcentagem a ser paga para o médico que a indicou (40%). Nesse caso, ela não utiliza o espaço ou qualquer outro recurso do consultório. Os aparelhos utilizados e a locomoção até a casa do paciente ficam por conta dela. Por que razão, então, ela deveria pagar 40% do que recebe ao “doutor”? Pela indicação? E aqui nos deparamos com um fato muito grave, não somente para a fisioterapia e seus profissionais, mas para a saúde como um todo.

No momento em que a indicação de um profissional por outro de área diferente passa do âmbito da confiança e da competência para a relação mercantil, todos nós, envolvidos com a saúde direta ou indiretamente, deveríamos ficar preocupados. É possível imaginar que um paciente cujo médico de confiança lhe indicasse um fisioterapeuta por essa lógica mercantilista, ao tomar ciência disto, ficaria, no mínimo, alarmado. Nesse caso, a confiança entre profissionais e entre profissional e paciente fica fragilizada. Para escapar dessa dependência da classe médica, portanto, em alguns casos, o fisioterapeuta consegue estabelecer uma relação de parceria com outros profissionais da saúde:

Eu tenho, por exemplo, fono, fisio, tem gente que... educadora física, me manda vários clientes. O que eu recebo menos clientes é de médico. Eu fui fazendo um trabalho, sabe, multidisciplinar, na verdade. Com psicopedagoga... é, entendeu? Porque a classe médica, ou você tem que pagar uma porcentagem pra eles aqui em São Paulo, ou eles gostam muito de você, você é a queridinha daquele médico só, e aí o outro médico não te manda cliente. [...] Hoje, os médicos que me encaminham pacientes vieram fazer atendimento comigo, gostaram do atendimento e, a partir daí, eles passaram a encaminhar, porque eles confiaram. [...] E ninguém me cobra porcentagem, é um outro esquema. Então, isso é que é interessante, entendeu? Porque é um trabalho desenvolvido. Então, por isso que eu falo, o fisio “Ah, mas eu tenho que pagar porcentagem?” Não. Entendeu? Eu acho que se você desenvolve um bom trabalho, ele vai ser reconhecido e aí você não vai precisar disso. E aí, sim, você é valorizado e você tem parcerias e... é uma equipe multidisciplinar, por exemplo. Caso contrário, pra mim, aí não é equipe. É

exploração. (Cláudia)

Cláudia nos mostra, também, que a relação com os médicos não precisa e não deve ser de exploração. Ela conseguiu estabelecer uma relação de parcerias com outros profissionais, inclusive médicos, que pensavam como ela. Mas, essa relação de dependência/exploração pode ocorrer, às vezes, entre os próprios fisioterapeutas:

Eu pagava uma porcentagem dos atendimentos pro fisio, não era nem pro médico, mas para o fisio. Era 30%, que é bastante. Mas, tudo bem, eu conseguia cobrar bem desses pacientes porque era indicação do médico, né? Só que o médico indicava e eu atendia em casa, o fisio não tinha nada a ver com a cor da chita. [...] o fisio era muito muquirana. Ele não pagava pro médico tudo que ele deveria pagar e ainda cobrava de mim [...] Não falei nada e saí. Mas, às vezes eu ia lá pra atender uma única paciente. Então, eu ia lá pra atender a minha paciente, chegava lá, sei lá, 9h da manhã, aí ele ligava e falava que ia se atrasar. Eu pensava “Ah, se ele vai se atrasar, agora são 9h, 9h30 ele tá por aí”. E ele aparecia 10h30, 11h, porque ele sabia que eu tava lá e eu não ia deixar os pacientes sem serem atendidos. Aí, eu atendia os pacientes dele e não ganhava nada. Aí, eu fui começando a aparecer assim, esporadicamente. Se era pra atender, nem ligava pra falar “Olha, vou aí”. Eu ia lá, atendia e ia embora, até o dia em que eu não fui mais. (Adriana)

Essa exploração por profissionais da própria classe, também foi observada por Caldas (2006, p. 71): *“Este fato coloca outro aspecto importante na dificuldade de mercado: o próprio fisioterapeuta. Se antes os médicos eram os únicos a explorarem os serviços fisioterapêuticos, hoje a própria categoria está empresariando os atendimentos”*. Essa relação de exploração no caso de Cláudia ocorre por meio de uma grande empresa e apresenta aspectos ainda mais alarmantes:

[...] a empresa funcionava da seguinte forma. É... teve dias de eu trabalhar 15 horas, porque eu só ganhava se eu produzisse e, quanto mais eu produzisse, mais o meu salário aumentava com relação à moeda interna que nós tínhamos em relação à empresa. Essa moeda, ela, por exemplo, às vezes descontava mais de 1.500 reais só do meu salário. Porque, se um profissional... vamos supor, eu e você trabalhávamos lá e você trabalha apenas cinco horas, e aí o que acontecia é que você... produzia menos que eu, certo? Então, você tinha... você causava um prejuízo pra empresa, dentro dessa unidade. Que era mais um profissional, né, produzindo menos. Então, eles queriam menos profissionais que produzissem mais, entendeu? Mas, todo mundo, ou rateava-se o prejuízo, ou... Vamos supor, nesse horário eu não tô atendendo, mas você tá. Eu tô sendo prejudicada, entendeu? [...] Muitas vezes não tava atendendo porque não tinha paciente ou porque eu trabalhava em outro local. Então, eles queriam uma pessoa que fosse exclusiva pra empresa, por isso que eu trabalhava 15 horas, porque aí eles queriam, até me passar clientes, mas de uma forma que eu produzisse mais pra empresa, entendeu? E não ter qualidade, muitas vezes, no atendimento. [...] Então, o médico encaminhava o cliente pra gente, ele ganhava em cima, a gente deixava uma porcentagem para o médico, uma porcentagem para a clínica e o meu salário, mais a moeda deles, entendeu? Que é o que eu te falei do rateio que acontecia. Então você tinha que produzir, produzir, produzir, pra você conseguir ganhar o suficiente pra conseguir pagar o médico e a empresa. Olha, eu acho que pro médico ficava uns 15 a 20%, pra empresa mais um tanto... eu sei que no total de tudo, saía da gente mais de 70%. Sim. É muito pouco. Pra atender no Home Care a porcentagem era um pouco maior pro fisioterapeuta, ficava um pouco mais, por conta do desgaste do fisioterapeuta... o fisioterapeuta tinha que ter carro, por conta dele e o estacionamento era por conta dele. Então, ficava uma porcentagem a mais por esses motivos. [...] Todos os pacientes eram particulares. Então, mas além disso, eles são particulares, só que todo mundo tem convênio, e o convênio, geralmente, dá o reembolso. E esse reembolso, ele... você emite uma nota, o cliente anexa ao pedido médico e apresenta pro convênio. Então, você tem que pagar os impostos em cima dessa nota. Eu tinha que dar uma nota geral do que o paciente pagava para a instituição e não para a Cláudia. [...] Ou seja, exploração do profissional. [...] Esse dinheiro que é a moeda deles, na

verdade, eu nunca vi, eu nunca recebi isso. Se eu entrasse contra eles, eu teria que receber um monte de coisa deles. Mas, eu não ia fazer isso. Pra quê que eu ia arrumar encrenca? Eu falei “Não. Eu preciso é trabalhar, ficar bem e fazer o meu nome, ponto”. Porque, depois, eu ia ficar prejudicada perante a classe médica, né, que é uma classe unida. (Cláudia)

Nesse caso, a exploração sofrida chega à ilegalidade ao se transformar a receita de pessoa jurídica em receita de pessoa física. Além de receber menos de 30% do valor do seu atendimento, Cláudia ainda precisava fazer o recibo com o total pago pelo paciente e não com o valor que ela recebia. Dessa forma, o encargo tributário pelo serviço prestado ficava somente para ela e os demais fisioterapeutas, isentando a empresa e o médico. Além disso, ainda havia a dedução da moeda interna da empresa, que era determinada de acordo com a produtividade dos profissionais. Para a empresa, o trabalho precisava ser produtivo, mesmo que isso compromettesse a qualidade dos atendimentos.

No começo, quando eu entrei, até tinha qualidade no atendimento, mas, depois, eles começaram a mudar as nossas formas de atender. Porque a proposta da empresa no final era que nós íamos trabalhar, por exemplo, um dia o cliente vem e eu atendo. Outro dia, o cliente chega, é você que atende o mesmo cliente. Então, não teria uma continuidade de tratamento, entendeu?” [...] Pela questão de lucro. Eles queriam apenas o lucro. Então, na verdade, era uma unidade ambulatorial, você concorda? Não a sequência de um tratamento. E a clientela, ela tava acostumada da outra forma, porque, era aquela questão, assim, “Ah, a Cláudia é fisioterapeuta de Fulano”. Então, já criou um vínculo, né? E eles não queriam que a gente tivesse vínculo com o cliente. Justamente, por que? Porque era uma forma de eu arrumar cliente fora... pela instituição, até. Pelo nome da instituição. E eu atender outra pessoa fora, por exemplo, e não dar essa porcentagem que eu teria que deixar para a empresa. [...] O medo deles era justamente esse. Porque tinham pessoas que faziam isso. Porque cria confiança, o cliente quer que você atenda na casa dele. Mas, eles tinham um serviço a Home Care. Só que o serviço de Home Care deles era mais caro ainda. Porque, assim, todos os clientes que eram repassados pra gente, eram clientes da empresa, na verdade, não clientes da Cláudia, você tá entendendo? (Cláudia)

Nessa situação de mercantilização do cuidado, até mesmo o vínculo entre terapeuta e paciente fica comprometido. Para a empresa não é interessante que essa relação de proximidade se estabeleça porque o controle sobre o paciente diminui. Isso porque, se o profissional passar a atender esse paciente no seu domicílio por conta própria, a empresa deixa de obter lucro com esse atendimento. Para evitar essa aproximação, portanto, desvincula-se a exclusividade do profissional do caso e o paciente passa a ser atendido por quem estiver disponível no momento e não mais pelo “seu terapeuta”.

“Então, os meus domicílios são à parte. Da Lucia, teoricamente, a gente não pode levar embora e teoricamente existe um contrato que, teoricamente, vale! Que, teoricamente, a gente assinou! (risos) E tem um negócio lá dizendo “Olha, vocês não podem levar paciente nosso, se não a gente te processa!”, mentira! Todo mundo leva embora, quando sai, leva embora, porque... e a pessoa geralmente vai junto com o terapeuta...” (Rita)

“Para eu começar a atender ... assim... é meio sujo isso, mas eu peguei do consultório. O doutor não estava deixando antes a gente atender, porque a porcentagem dele fica menor. Então, ele falava assim: “Não, a Teresa não atende” e eu comecei a falar para os pacientes: “Eu atendo sim, eu tenho aparelho”. Aí a pessoa falava: “Ué, mas o doutor falou que não”, e eu dizia “Eu tenho”, aí eles perguntavam “Mas por que que ele faz isso com você?” e eu dizia “Ah, porque a

porcentagem dele é maior". Eu sou bem clara. Aí eu perguntava se a pessoa podia pagar aquele valor e dizia que era pelo consultório. Se a pessoa não podia, eu fazia um pouquinho mais barato e dizia "Olha, só que tem que ser em off". Aí surgiu o primeiro paciente particular. Aí tem dois fixos do consultório que eu atendo, que eu não posso fazer isso, por isso nem ofereci e tem quatro que eu atendo em off. Porque os outros começaram a me ligar na minha casa e falar "Ah, Teresa, vem me atender aqui na minha casa que eu estou com dor, não estou conseguindo sair de casa", e o doutor não deixava. E eu dizia que não estava autorizada. "Mas por quê?" Aí, eu dava uma desculpa e se a pessoa insistisse muito eu dizia que era por causa da porcentagem. "Ah, então como a gente faz?" E eu dizia que teria que ser em off. Aí eu tenho 4 do consultório que eu atendo em off e 2 que eu pago porcentagem. Por enquanto, não deu nenhum problema." (Teresa)

O "levar embora" o paciente é o que temeriza a clínica, a empresa, ou o profissional que lucra com o encaminhamento de pacientes para o fisioterapeuta. Há uma tentativa de restringir a fidelização do "cliente" a quem empresaria o cuidado, o que não deixa de ser uma contradição na medida em que a relação terapêutica é individualizada. A habilidade de se aplicar o conhecimento fisioterápico e produzir respostas específicas em cada caso é algo que se cristaliza na figura do terapeuta. O vínculo que se estabelece, portanto, é individual e intransferível, tencionando os processos de mercantilização.

Nos arranjos de trabalho descritos acima, há um esforço de apropriação desse vínculo, atribuindo-lhe valor de troca e o transformando em objeto da mercantilização. A sua importância passa a ser dada pelas possibilidades de obtenção de lucro e não pela potencialidade de se atingir sucessos terapêuticos na vida das pessoas. O vínculo mercantilizado, portanto, é estratégico para se controlar o mercado e perpetuar as relações de subordinação. Isso porque, aquele paciente que possui uma relação de confiança com o seu profissional pode indicá-lo para outras pessoas e assim sucessivamente, livrando o fisioterapeuta dessa relação parasitária de intermediação⁸.

Nesse momento, em que a clientela já está estabelecida, ter o próprio espaço de atendimento passa a ser algo importante para esses profissionais.

E... se eu tiver o meu negócio próprio, aí sim vai dar certo, sabe? O negócio é sair de São Paulo também... Mas sabe o que eu vejo? Eu penso muito assim, se você não tiver na cabeça de que está lá só pra ganhar dinheiro, as coisas dão certo. Dois pacientes já me ofereceram parceria... Só que eu não sei de onde vem o dinheiro deles... Eles alugariam a casa na Cidade Jardim, no Itaim, que é caro pra caramba, eu compraria os aparelhos e a gente montaria um estúdio. Eles são empresários [...] Um deles falou "Teresa, ninguém presta tanto cuidado assim", porque eu dou umas aulas de pilates lá pra ajudar a estabilizar, que eu explico tudo, falo, né? Ele falou assim "Nossa, em nenhum estúdio que eu fiz aula até hoje, eu pago tudo caro, pessoal, e nenhum professor me explicou isso que você me explica assim. Vamos abrir!". Porque eu fico vendo, assim, o mercado está carente pra algumas coisas... Isso eu acho um absurdo, as pessoas cobram caro, mas não são especializadas! Carente pra fazer a coisa direito, assim,

⁸ É importante frisar que não se condena aqui a relação de interdependência entre os profissionais. Pelo contrário, essa relação quando ocorre em benefício do paciente e de todos os profissionais envolvidos é extremamente importante para as ações de saúde. O que se critica é a relação parasitária, lucrativa.

sabe? Tem muito picareta! Sabe? Eu fico pensando, nossa! Cinco pacientes meus já me perguntaram onde poderiam fazer um pilates bom. Se eu tivesse o meu centro, sabe? (Teresa)

Hoje eu falo que estou no céu, assim, sabe? Com relação à empresa, ao sossego de eu montar os meus horários... É puxado? É. Por exemplo, você vê que você programa uma coisa, de repente o cliente desmarca, aí você fica esperando, às vezes a pessoa não vem, e tal. Mas, isso é uma coisa que a gente sabe que o autônomo... faz parte, né, da profissão do autônomo. Mas, em termos de sossego e realização profissional, eu acho que hoje eu to na minha melhor fase profissional... por conta que, assim, eu faço os meus atendimentos da forma que eu quero, nos horários que eu posso... É lógico que, aqui dentro, como a gente é uma empresa agora, a gente tem uma dinâmica, tentando uma não atrapalhar o serviço da outra. Então, a gente tem uma cooperação de salas, quem vai ficar em qual lugar, quantos clientes nós vamos atender, quantos clientes cabem nesse horário... entendeu? Então, isso é uma questão de coleguismo, né, de cumplicidade um com o outro até. Então, isso precisa ter, porque se não, você não consegue ter uma sociedade, né? Mas, é uma conquista todo dia, é um aprendizado. Tem as diferenças, as dificuldades, né, que cada uma passa. Então... até agora, eu não posso reclamar de nada. (Cláudia)

Teresa almeja ter o próprio negócio, o seu centro de atendimento. Dois pacientes já lhe ofereceram parceria para montar o seu estúdio de pilates, porque gostam do seu trabalho. Cláudia já conquistou essa etapa ao montar uma empresa em conjunto com mais duas fisioterapeutas e se diz realizada com isso. Em algumas situações, a falta desse espaço de atendimento pode ser associada pelo profissional a uma sensação de desproteção, como no caso de Rita:

[...] a gente até atende a domicílio, mas a gente não gosta, porque não tem maca. Já aconteceu da gente ir para um hotel e atender na cama da pessoa... Pô, já é uma coisa que as pessoas confundem... sem precisar de muita coisa. Aí, vai fazer massagem na cama? Eu acho muito desagradável, eu não gosto. [...] Porque, também, na cama... é muito íntimo... é baixo, é mole... e as pessoas confundem, muita gente... acha que é outra coisa, né? Pergunta se tem finalização... [...] De um tempo pra cá isso tem acontecido com uma frequência que a gente não tá gostando muito não. Teve um problema lá recente agora, que aí aconteceu comigo também... um cliente que ejaculou durante a massagem... Muito desagradável... Muito desagradável! E aí eu falei que, é... eu atendi esse cara uma vez, primeira e única, e avisei o meu chefe "EU não atendo mais". Eu me nego a me sujeitar a essa situação. Não sou obrigada, não recebo pra isso, ninguém paga por isso e eu não sou obrigada a aguentar... [...] Então, assim, isso... já aconteceu de cara tentar pegar na mão de terapeuta... teve uma vez que eu tava fazendo uma massagem no cara, o cara passou a mão na minha perna! Ele tava com o braço pra baixo, ele pegou e agarrou o meu joelho, segurou... eu dei um pulo! Eu dei um pulo e fiquei estática.... eu não sabia o que fazer, assim, na hora... daí, o cara não fez mais nada. Mas, tipo, eles tentam pra ver o que vai acontecer. Se a pessoa aceita, eles vão em frente. O pior é a cara de pau, né? E a pessoa volta ainda! [...] Porque a gente não tem nenhuma proteção. Então, lá na outra clínica, como a gente tinha o motorista que levava, era o Seu Wagner, a gente pedia, às vezes, pro Seu Wagner ficar. Quando era a primeira vez, a gente não sabia o que era, falava pra ele "Fica um pouquinho aí, Seu Wagner, qualquer coisa a gente dá um toque pra você ir embora. Teve uma vez, que uma das meninas, foi atender e o Seu Wagner levou a maca pra terapeuta, dentro da casa da pessoa. Na hora que ele viu, o cara tava de roupão. O Seu Wagner falou pra terapeuta "Eu vou ficar, porque eu não estou gostando", e ele ficou no estacionamento. Falaram que deu 15 minutos, a menina ligou "Seu Wagner, tenho que ir embora, tenho que ir embora!". O cara tinha tirado o roupão e queria ficar sem roupa. Aí ela falou "Não, ou o senhor põe o pijama, ou o senhor...", porque a gente levava roupa, né? Um pijaminha próprio da clínica. "Ou o senhor põe a roupa, ou eu vou embora", aí, ele não quis pôr, então ela foi embora. Mas, na clínica da Lúcia, às vezes que a gente foi atender em domicílio, não tinha essa proteção. E se acontece alguma coisa, quem vai pagar por isso? E é fácil... E como é que você vai falar pra polícia, sei lá o quê, se acontecer alguma coisa? A gente não tem uma proteção, isso é muito complicado quando é atendimento domiciliar. [...] Eu atendo na minha casa, né? Porque a minha mãe trabalha... a minha mãe é manicure e atende lá em casa. É gente que eu conheço há uns seiscentos anos, então, meio que

a coisa foi rolando de boca em boca... É gente que eu conheço, né? Em casa, então, é mais tranquilo ainda. (Rita)

Rita nos fala dessa sensação de desproteção no atendimento domiciliar por uma erotização associada à massagem que se intensificaria fora do ambiente institucional. O que cabe questionar aqui é em que medida a instituição por si só garantiria essa proteção. O consultório particular do profissional ou a instituição com boxes privativos de atendimento, por exemplo, não parecem assegurar a “proteção” do profissional contra esse tipo de investida.

Na medida em que a fisioterapia lida com a manipulação do corpo alheio, assim como outras profissões da área da saúde, a habilidade em contornar eventuais confusões do paciente quanto ao aspecto terapêutico da intervenção precisa ser desenvolvida pelo profissional. O problema nesse ponto, entretanto, não parece ser pela fisioterapia, mas pela massagem.

Rita é fisioterapeuta e trabalha atualmente com massagem. A priori, essa constatação não gera maiores desdobramentos, mas, como poderemos perceber em outras falas suas ao longo do texto, esse trabalho não lhe faz se sentir efetivamente uma fisioterapeuta ou profissional da saúde. Essa impressão decorre, principalmente, do não reconhecimento da legitimidade de seu saber implicado no atendimento com a massagem. A finalidade das ações em fisioterapia costuma ser de cunho terapêutico enquanto a massagem está muito mais associada ao prazer. O reconhecimento de que o saber implicado nas ações terapêuticas é potente para solucionar ou amenizar problemas na vidas das pessoas acaba por construir uma relação de respeito que, na massagem, nem sempre está presente.

Essa falta de legitimação parece ser muito mais impactante na sensação de insegurança e consequente fragilidade do profissional do que a ausência física da instituição no atendimento domiciliar. O problema é que essa sensação de desproteção pode contribuir para o estabelecimento de condições de trabalho exploratórias na medida em que a suposta “proteção” institucional passe a ser algo desejado a qualquer custo.

Ainda nas questões estruturais, que organizam o trabalho, há também a queixa da carga horária, que surgiu com certa frequência nas falas das entrevistadas que trabalham em hospitais:

A carga horária não é grande, são 30 horas semanais. A disposição da minha carga horária é o

que me incomoda, porque eu sou plantonista lá ainda e eu trabalho muito de final de semana e pouco durante a semana. Então, isso que me incomoda lá, só a carga horária. [...] Hoje eu trabalho três finais de semana e folgo um. Quando eu mudar e não for mais plantonista, eu vou trabalhar um e folgar três. Inverte. [...] No outro hospital particular que eu conheço é assim, por exemplo, os mais velhos não trabalham nenhum e os mais novos trabalham três. Então, eu acho que conforme os anos vão passando e você vai criando carreira dentro de um hospital, deveria melhorar. Lá melhora, melhora muito, mas você sempre irá trabalhar um final de semana por mês. (Ana)

Na verdade, eu tenho 2 vínculos, né? Eu trabalho toda tarde e meu segundo vínculo é trabalhar 12 por 60 à noite. [...] Então, é assim, os meus plantões da noite eu posso passar, eu não necessariamente preciso ficar com os meus 10 plantões. Eu posso passar até quatro por mês. Se eu achar alguém que queira comprar o meu plantão, que geralmente tem, né? (risos) Sempre tem. E aí eu passo, a pessoa vai e faz pra mim e eu consigo folgar. Aí, toda vez que eu vendo um, eu folgo cinco dias à noite, né? E é bom. [...] Então, isso é muito maleável na escala, entendeu? Eles olham e falam “Você tá escalada aqui. Dá uma olhada onde precisa pra você se encaixar”. [...] E todo mundo vai fazendo assim, porque dessa maneira funciona, fica bom pra todo mundo e a gente trabalha mais feliz, né, porque todo mundo consegue... é, folgar o dia que precisa, trabalhar no dia que é menos pior. Também, isso não tem no hospital particular. E, assim, desde que eu descobri que no hospital particular são 3 finais de semana por mês também, nunca mais mandei o meu currículo. Prefiro ficar aqui na empresa. A minha amiga que trabalha lá falou “Paula, é horrível. A minha mãe agora mudou para o interior. Eu não posso ir. Eu só tenho um final de semana pra fazer tudo, pra visitar minha sogra, pra visitar minha mãe, pra fazer minha vida, pra viajar, pra alguma coisa. Como eu faço isso?”, eu falo “É, não faz”. Eu percebi isso, o pessoal que foi pra particular... [...] No particular não pode vender porque, como é registrado, você tem que cumprir carga horária. Mas, tem umas trocas que você consegue pegar o final de semana inteiro, então, você trabalha dois dias, vai, durante a semana pra você poder folgar no final de semana. Enquanto isso, vai ter outro trabalhando pra folgar, e assim vai. Então, é... o noturno é mais tranquilo, você consegue perceber, assim, quem trabalha à noite, consegue ter uma vida social melhor. Porque você trabalha 1 noite pra folgar 2. Não tem como trabalhar só a noite também, eu não ia conseguir. Eu ia sentir falta de alguma coisa. Eu ainda com os 2, ainda tenho paciente particular fora. (Paula)

A distribuição da carga horária no hospital é mais complicada porque extrapola os horários convencionais de trabalho e acaba interferindo na vida social. Esse é um fator bastante significativo para Ana, pois, como ela é plantonista, trabalha três finais de semana por mês. A carga horária para ela não é um problema, porque, de acordo com a legislação, são trinta horas semanais. O problema é que, dessas trinta horas, vinte e quatro ocorrem no final de semana.

Para Paula, essa questão é mais facilmente contornável. Apesar de trabalhar mais, pois possui dois vínculos empregatícios (um diretamente no hospital público, na rotina 12 x 60 noturna e outro no período da tarde, por meio de uma empresa terceirizada que presta serviço para esse mesmo hospital), a distribuição de sua carga horária é mais maleável. Ela atribui essa maleabilidade ao setor público, em que, segundo ela, é possível vender um número determinado de plantões e é mais fácil organizar as trocas. Essa maior autonomia em organizar a distribuição da própria carga horária, de acordo com o seu relato, faz com que os profissionais trabalhem mais felizes, porque conseguem ter “*uma vida social melhor*”.

Para ela, isso não acontece com tanta facilidade na rede privada.

Uma outra questão que apareceu com certa frequência nos relatos, dessa vez em relação ao trabalho sem vínculos empregatícios, diz respeito às férias:

De poder, sabe aquela coisa de sonho médio brasileiro, de uma vez por ano tirar férias, por exemplo... É um bom exemplo, FÉRIAS! Quem tira férias na fisioterapia? Você só tira férias se você juntar uma grana antes pra poder parar e ir, porque hoje é difícil quem tem carteira assinada na nossa área, a maioria é autônomo, tem os atendimentos domiciliares... e como é que você vai se desprender disso pra, sei lá, tirar férias uma semana... e uma semana não é nada...[...] eu sou autônoma. Eu ganho por porcentagem de atendimento, então, é aquela coisa, se eu atendi, ganhei, se não atendi, não ganhei! Se eu tirar férias, eu fico sem ganhar e eu tenho que conseguir alguém pra atender no meu lugar, eu não posso pegar simplesmente e, pronto, “Fui”. Eu tenho que arranjar alguém pra ficar no meu lugar, eu tenho que juntar uma grana... Então, tem essas coisas assim... isso faz uma diferença muito grande... isso é uma coisa que a gente só vai perceber na prática, que ninguém percebe no primeiro ano de formado, percebe no segundo ano, depois de um tempo... Começa a reparar que realmente isso acontece. Vai acumulando, eu já tô há 3 anos, eu tirei uma semana no primeiro ano, tirei uma semana no ano passado, tirei uma semana... nem isso, 5 dias em janeiro... SÓ, em 3 anos que eu tô aqui. Então, eu trabalho sábado, trabalho de feriado, natal, réveillon... dia 24 a gente tem que fazer atendimento... sério! [...] Então... eu vou acabar virando autônoma porque não vai ter jeito, não é o que eu quero. Eu acho uma carteira assinada muito importante. Quem não tem vê a importância, né? Eu não tenho INSS, se eu sofrer um acidente atravessando a rua, eu não vou ganhar nada nos próximos sei lá quanto tempo. (Rita)

Eu não posso tirar férias. Tenho que trabalhar todo sábado, dia sim e dia não, revesado com o Rodolfo (o fisio do consultório que a indicou), a gente não pode fechar a agenda, em nenhum horário a gente pode fechar. Pra sair de férias ou eu tenho que chamar algum fisio pra trabalhar no meu lugar, ou o Rodolfo me cobre. Quando o Rodolfo precisa, às vezes eu cancelo a agenda dos pacientes e cubro ele até certo horário, porque depois eu tenho particular, a minha renda maior é particular. (Teresa)

Eu tiro férias! Eu acho que a gente... ainda mais o fisio, que tem um desgaste físico e emocional, né? Porque a gente lida com muita dor, as pessoas chegam, geralmente, com muitos problemas, né? E trazem pra gente, né, contando... Lógico que você tem que saber separar as coisas, mas é uma carga você escutar aquilo... né? Você tem que ter muita paciência, muito psicológico! Então, assim, eu sempre procuro tirar férias. Geralmente, eu tiro, por exemplo, 15, 20 dias... e pego épocas, às vezes, assim, que tem um feriado no meio, que tem alguma coisa onde eu consiga perder menos dias, por exemplo. Então, eu já faço, geralmente, isso. [...] Então, às vezes é difícil eu encontrar uma outra fisio que me substitua, que a pessoa goste, porque aí eu tenho que ir, apresentar... Porque a pessoa cria um elo com você, gera uma confiança, né? Então, às vezes tem essa dificuldade de você achar um profissional que dê certo. Então, essa é a dificuldade de você às vezes passar o seu cliente pra outro profissional, depois ou ele pode não voltar, né? Ou, então, às vezes, ele não gosta, aí ele não quer mais que você saia. Então, você tem que ter um jogo de cintura de saber como sair, como tirar férias. (Cláudia)

Como as férias não são um direito assegurado, assim como os demais benefícios, o trabalho com vínculos é almejado em muitas das vezes. No caso de Rita e Teresa, que não trabalham de maneira liberal, mas de forma “pseudoautônoma” essa questão é ainda mais complicada, porque além de não serem remuneradas no período de férias, elas somente podem se ausentar se conseguirem que um outro profissional atenda em seu lugar.

Para Cláudia, que possui a sua própria clínica, é relativamente mais tranquilo, porque é ela quem determina e organiza as suas férias. A negociação aqui é com os pacientes, para estabelecer quem cuidará dos seus atendimentos enquanto ela estiver fora. Ela fala da

dificuldade em encontrar um profissional para lhe substituir durante as férias, tanto pela questão do vínculo criado com o paciente como pela falta de parceria entre os profissionais, pela competição que acaba ocorrendo entre eles.

[...] o que eu fiz com relação àquele caso⁹ [...], ninguém faz. Sabe? De falar assim, eu podia muito bem pegar o cliente da menina e, não, a menina tá fazendo errado. Não, eu falei “Olha, fala pra ela me ligar pra gente poder conversar e ver o que que tá acontecendo. Você vai sair lá do Morumbi pra vir aqui?”, entendeu? Eu preciso ganhar? Eu preciso, lógico. Também tenho que pensar nesse lado financeiro, porque todo mundo tem que se manter. Mas, eu acho que, assim, a diferença do profissional é realizar o bom trabalho, né, ser capacitado e, ao mesmo tempo, ser humano. Que, em São Paulo, eles perderam muito isso, por conta da competição acirrada. Então, é uma briga por cliente, entendeu? Nossa senhora, o cliente é meu! Não, vamos unir forças. [...] E os profissionais tem medo de ensinar um ao outro, de dividir conhecimento... e quem tá perdendo, são eles mesmos, porque, puxa vida, o que que tem você fazer a discussão de um caso que às vezes você não tá conseguindo tratar, o cliente vai ficar satisfeito, porque tá vendo que você tá empenhado, entendeu? E o outro também vai aprender com a dificuldade do outro profissional. Então, eu acho que a mentalidade nossa da classe ainda é muito pequena, porque a gente ganha mal e os nossos cursos são muito caros. (Cláudia)

Essa competição pelo mercado dificulta a criação de parcerias entre os fisioterapeutas e contribui para o medo de se “perder o cliente” para o colega. Para Cláudia, isso acontece porque a mentalidade de classe na profissão ainda é muito pequena, em parte porque a remuneração é baixa. A desunião e a falta de consciência de classe profissional é um fator de queixa frequente nos relatos, fato que será abordado com mais detalhes posteriormente. Para elas, a concorrência que se estabelece entre os colegas é uma causa importante para a desvalorização da profissão e para a baixa remuneração, que também é constantemente relatada:

A enfermagem, por exemplo, ganha mais que a gente. Eu não vejo porque... Médico, é infinito o que eles ganham a mais... É muita diferença! Tem hospitais em que o fisioterapeuta ganha o mesmo que o auxiliar de enfermagem... tem noção? Então, tem isso... (Ana)

E, vai, não querendo menosprezar, mas a faxineira da clínica tinha mês que ganhava mais do que eu... e eu trabalhava muito mais do que ela, entendeu? Trabalhava mais assim, em relação a tempo, tempo de serviço, não atividade. Mas, o meu tempo de serviço era muito maior do que o dela, porque eu ficava lá, tinha dia que eu passava 12 horas na clínica. Ela, não, ela entrava às 9 e saía às 18h. (Adriana)

Porque, assim, a bolsa do aprimoramento era uma vergonha, né? Era 400 reais e não dá pra viver com isso, né? Porque você já é formado. E a carga horária é de 8 horas, né? Daí, a gente fez um monte de movimento, tal, pra tentar melhorar, fomos lá brigar na fundação, fazer cartinha, tarã. Aí, conseguimos mudar pra 800 reais. Foi muito legal. (Marisa)

Querendo ou não, pra gente ter um salário médio, não adianta trabalhar num lugar só, você não consegue. [...] Ficar feliz em ganhar 1.500, 2.000 reais por mês? Não dá, né? Então, é... É

⁹ Houve um momento durante a entrevista em que o gravador foi pausado porque o celular de Cláudia tocou. Depois de atender a ligação, ela contou que era de um paciente que havia lhe procurado, sendo que já possuía uma fisioterapeuta próximo da sua casa. Ela acha que talvez a profissional de lá não estivesse fazendo um trabalho muito bom, mas disse ao cliente que não havia necessidade de ele possuir duas fisioterapeutas. Que, se ele quisesse, poderia falar para a outra colega ligar pra ela, para as duas discutirem o caso, mas que não havia necessidade de ele ser atendido por ela, Cláudia, também.

conseguir viver, não é sobreviver! Sobreviver a gente sobrevive com 2.000 reais... né? Agora, viver, você não vive com 2.000 reais. [...] Por exemplo, todo o dinheiro que eu gasto pra vir pra São Paulo, pra comer, pra eu... tudo eu tiro do meu bolso. A Lucia não me paga nada, inclusive o dinheiro pra vir pra São Paulo, que não é pouco. Eu gasto 15 reais por dia. É uma grana, né? Ou seja, eu só começo a ganhar a partir do momento que eu trabalho. E eu tenho que atender mais do que esse valor, se não eu não ganho nada. Teve vez que eu já paguei pra trabalhar, eu fiquei desesperada. Eu pensei “Como é que eu vou pagar as minhas contas?”, porque eu tenho as minhas contas pra pagar, né? (Rita)

[...] pra começar a ganhar mais de mil reais por mês, por exemplo, foram uns 6 meses... Antes disso, eu lembro exatamente, o meu primeiro salário 326 reais. Tipo, é o cúmulo, é o cúmulo! Você pensa, que... que é, pô... Então, foram 6 meses até eu conseguir ganhar 3 vezes mais do que isso, né? Triplicar a quantidade... isso correndo atrás, correndo muito atrás. (Mariana)

Provavelmente, um dos fatores mais associados à desvalorização profissional nos relatos apresentados seja a baixa remuneração. Essa queixa se mostrou sistematicamente presente em todas as entrevistas, em pelo menos um período da vida profissional de cada uma das entrevistadas. A baixa remuneração, muitas vezes, leva à necessidade de uma segunda ocupação, como praticamente todas elas possuem. Rita descobriu uma opção de trabalho esporádico com a “Quick Massage”:

Ganha um dinheiro MUITO bom, pra um dia de trabalho, vale a pena. Pra 8 horas, com 1, 2 horas de almoço, a gente ganha 200 reais. É muito mais cansativo, é muito mais desgastante, mas, em compensação, financeiramente vale a pena. É um dia só... às vezes é 2, 3 dias, mas esse valor é por dia que a gente ganha. É bom, né? A gente fala dinheiro, dinheiro, dinheiro! (risos) (Rita)

A região em que se trabalha e o público que se atende também influenciam na remuneração:

Mas, se eu falar assim a gente ganha mal, você pergunta pra mim “Você ganha mal?”, eu não acho que eu ganho mal, poderia ganhar até mais (risos). Mas, a região que eu trabalho, é uma região que dá pra ser valorizado, entendeu? Então, é assim, vale muito mais a pena em São Paulo você ter menos clientes, entendeu? Dar mais qualidade e uma clientela que... diferenciada, vamos colocar até mesmo num poder financeiro mesmo, do que você ter milhões de clientes, entendeu? Trabalhar horrores e ganhar menos. Aí, vai do que a pessoa quer. Por exemplo, eu trabalho, geralmente, em média, 9, 10 horas... o dia que eu trabalho menos são 8 horas por dia... entendeu? É bastante. Por que você acaba trabalhando mais? Porque você tem que rodar São Paulo. (Cláudia)

Aí hoje, aqui, eu gosto muito mais do meu trabalho, porque eu sinto que aqui sim eu sou muito mais valorizada. E aqui em São Paulo as pessoas tem essa ideia de... todo mundo quer ganhar dinheiro, ninguém... Sabe, na av. Paulista, que você só atende, né, pessoa, principalmente empresário, pessoas que tão aqui fazendo dinheiro, né? O centro financeiro, coração financeiro do Brasil, tipo, tá todo mundo querendo ganhar dinheiro, ninguém vai se submeter a vir com uma proposta igual a essa que eu recebi em Porto Alegre, ninguém nem ousa fazer uma proposta dessa numa av. Paulista... Então, assim, estrategicamente, foi um local importante para eu trabalhar, entendeu? Eu tinha essa noção... então, isso foi bem legal, foi bem joia... (Mariana)

Nessa situação, Cláudia e Mariana atribuem à região em que trabalham um fator estratégico na organização do seu trabalho. Mariana diz que ninguém ousaria fazer uma proposta como a que ela recebeu em Porto Alegre de ganhar R\$10,00 de um atendimento de R\$80,00 “numa av. Paulista”, em São Paulo. Cláudia relata que consegue cobrar um valor

maior de seus pacientes na região em que atende, o que é mais vantajoso porque pode atender menos pessoas e dar maior qualidade nos seus atendimentos.

A baixa remuneração que, muitas vezes, leva à necessidade do atendimento em série, aparece de forma substancial nos relatos quando se trata dos plano de saúde:

Eu não queria trabalhar com convênio porque o convênio pagava muito mal, principalmente por isso, e... o convênio pagava mal, por pagar mal, o convênio exigia que a gente fizesse vários, trocentos atendimentos por hora, e não era o que eu queria fazer, e... principalmente por isso, de maneira que se eu me sentisse desvalorizada, eu não ia ter motivação pra trabalhar, tipo, isso era primordial pra mim. Eu gostava do que eu fazia, mas também, fazer mal feito, qualquer um fica desmotivado, né? [...] por que que a minha consulta aqui dura uma hora, que eu tenho todo um gasto energético... pelo convênio, né, o médico, sei lá, 15 minutinhos, 20 minutinhos atendendo, ele vai ganhar, sei lá, 30, 40, 50, 60 reais e eu, uma hora atendendo, vou ganhar 7 a 12, tendo todo esse desgaste manual que eu ia ter... Não compensava, eu ia ficar desmotivada, não tem como. (Mariana)

Mas, eu quero ir pra outra área porque... não dá, não dá... sabe? O plano de saúde paga 5 reais pra você, 10 reais por paciente... você vive com 10 reais? (Rita)

Viu, esse negócio de trabalhar por convênio também nunca gostei não! Eu nunca quis, não procurei. Porque é uma coisa fácil, né? Eu tive muitos contatos de colegas que conseguiram, mas assim, que trabalhavam nessas clínicas de atendimento por produção, né? E aí eu já percebi, já via que eu não conseguiria trabalhar assim. Você tem que atender três pacientes de uma vez, né? Eu acho que isso não dá... [...] Lá onde eu trabalho agora, não, lá é uma hora de sessão, 50 minutos, 60 minutos, às vezes até eu passo, então é de acordo com o tratamento que eu estabelecer. Eu não tenho essa pressão de ter que atender tantos por mês. Isso daí é bem organizadinho assim... Então, os horários, no mínimo uma hora de sessão. Eu nunca quis trabalhar, não, nesse esquema de produção porque eu sabia que não ia conseguir desenvolver o meu trabalho e ficar tranquila. Acho que não funciona, não. Acho que é isso que acaba prejudicando até muito a nossa profissão. Primeiro essa questão dos convênios, né? Que tá quebrando muito com a gente porque eles repassam muito pouco, né? E pela questão da qualidade, eu acho que enfraquece muito a nossa qualidade. Porque você vê um monte de gente que vai fazer tratamento pelo convênio e daí fala que não serve de nada. Que faz 10, 20, 30, 40 sessões de fisioterapia e daí sai falando que a fisioterapia não funciona, né? Que saiu igual, que não melhorou nada. Então, eu acho que esse esquema de produção é meio complicado, você não consegue... Você não consegue mesmo, né, atender o paciente da mesma maneira, como se você tivesse só com ele ali, uma hora, certinho, pra cuidar do caso dele. Então, eu acho que acaba queimando um pouco o nosso filme, sim. Eu acho. Acho que acaba estragando bastante, desvalorizando mais ainda, né? Então, é difícil a gente conseguir... provar realmente, assim, a eficácia do trabalho, do tratamento... Mas, é bem complicado, né? Porque, na verdade, a saúde no nosso país é meio desvalorizada, de um modo geral, né? Então, já começa daí... Então, pra você cobrar um particular, também, muitas vezes, a pessoa não tem condição de pagar aquilo que você precisa cobrar ou mesmo tem condição, mas acha um absurdo e aí, por isso, acaba recorrendo ao convênio... Então, aí eu acho que acaba atrapalhando bastante. É uma desvalorização geral. (Vanessa)

[...] porque nas clínicas de fisioterapia a maioria eram de médicos, ou algumas de fisioterapeutas que tinham serviço pago por particulares ou convênios, poucas atendiam SUS. Ganhavam muito pouco os fisioterapeutas, em torno de R\$ 600,00 para trinta horas semanais, atendendo em média três pacientes por hora. Aí, visitando as clínicas, eu vi que era um serviço mesmo de produção, então chamava um paciente, colocava no aparelho, no TENS, depois fazia ultra-som em outro enquanto orientava alguns exercícios ativos. Então assim, não tinha também aquela preocupação de fazer um atendimento com muita qualidade, porque a demanda é enorme. [...] Daí quando eu enviava o currículo, algumas me chamaram para conhecer a clínica, fazer entrevista, trabalhar, daí que eu via como era o meio de trabalho, falei "Não, não é isso que eu quero para a minha vida." Pelo menos não a esse preço, você trabalhar correndo, de qualquer forma, atendendo mal, a pessoa fingir que melhora ou não melhorar e sair falando mal da

fisioterapia, e assim, para tentar ganhar um pouco, sendo que isso você consegue vender roupa no shopping e ganhar muito mais sem estar mexendo na saúde de ninguém. (Marisa)

É possível perceber pelos relatos que o valor que se recebe dos planos de saúde por atendimento prestado, em média, é muito baixo. Isso faz com que as clínicas que atendem os planos, para ganhar uma quantia razoável, organizem um esquema de atendimento em série que se mostra incompatível com um padrão mínimo de qualidade. Essa forma de atendimento dificilmente atinge resultados satisfatórios e, por isso, acaba por denegrir a imagem da profissão. Marisa nos diz que preferiria abdicar de sua função como fisioterapeuta a lidar dessa forma irresponsável com a saúde das pessoas.

Podemos perceber, nas falas que se apresentaram até aqui, uma clara tendência ao predomínio das relações mercantis sobre as relações terapêuticas na fisioterapia, muitas vezes acompanhada da expropriação do profissional do controle sobre o seu processo de trabalho. Entretanto, diferentemente do quadro marxista tradicional, a expropriação aqui não se dá pelos meios físicos de produção ou pelo saber implicado no processo, mas pelo acesso ao mercado. Enquanto os trabalhadores descritos por Marx não possuíam alternativa a não ser vender a sua força de trabalho em troca do assalariamento, os fisioterapeutas que vivenciam a “pseudoautonomia” descrita vendem a sua força de trabalho em troca... (do quê, exatamente?). Não é pelo salário, pois, como vimos, não há vínculo empregatício ou qualquer benefício assegurado.

O processo de subordinação se dá essencialmente pelo acesso à clientela, tendo no vínculo um valor de troca e produzindo arranjos de trabalho que visam coibir o exercício autônomo do saber próprio da profissão. Como pudemos perceber, o vínculo como valor de uso pelo fisioterapeuta tem a potencialidade de lhe trazer autonomia, uma vez que lhe possibilita o acesso a novos pacientes (indicados pelos antigos). Essa lógica só funciona, entretanto, com a satisfação do usuário com o tratamento, o que decorre da aplicação do conhecimento do profissional na criação de seus projetos de cuidado.

Quando o profissional perde a autonomia no exercício do seu saber e na criação de seus projetos de cuidado, a mecanização da terapia passa a ser o único elemento, ou o mais importante. O resultado desse processo é um esvaziamento da terapia, com a exploração do profissional, a produção de ineficácias e frustrações, como veremos em seguida no caso relatado por Adriana.

5.2 As práticas profissionais

Passemos, então, ao caso de Adriana:

Olha, pra mim isso não dá muito certo... atender um monte de gente por vez, entrava 15 por horário, 15 a cada 45 minutos! [...] eram 3 fisioterapeutas pra 15 pacientes, 5 pra cada um por horário. Mas, não é assim, deu os 45 minutos e a gente dispensa o paciente, o paciente ficava até acabar. Acabou, vai embora, acabou, vai embora, acabou, vai embora. [...] Você vai lá, a pessoa fala assim “Ah, tem síndrome do impacto!”, aí vai lá, a pessoa não tá com dor, você vai lá, põe choquinho, aí toca o despertador, faz o ultra-som, e manda pra casa. Faz 10 sessões assim, a pessoa não tem dor... Uma prótese de joelho, a pessoa não tem dor, vai fazer choquinho! E aí, sabe o que eu tive que ouvir como resposta? “Não, não, a gente tá fazendo o choquinho, né – o TENS – porque daqui a um mês ele pode ter dor e a gente já previne”. Eu tive que ouvir isso! A chefe respondeu isso “Pra prevenir que daqui a um mês ele vai sentir, pode ter certeza de que ele vai sentir!”, me deu toda a certeza de que ele ia sentir! Nunca vi isso. Aí, depois desse dia eu falei “Não dá mais!”, aí no dia seguinte eu me demiti. Daqui a um mês? Não dura... Nem daqui... nem amanhã! Nem no dia seguinte, nem daqui a uma hora, não previne nada! A pessoa não tinha dor... e faziam ultra-som em cima da prótese. Pra quê? Pra quê? Pra quê? Eles iam lá, seguiam o protocolo porque eles tinham que seguir, mas ninguém pensava. “Mas, por que você estão fazendo isso?”. Eu comecei a questionar tudo e tinha muita coisa errada, tinha muita coisa errada! E eu rezava todo dia pra não entrar ninguém que eu conhecesse ali, porque eu mandava embora... “Sai daqui correndo. Não fica aqui não! Me liga depois”. E eu tinha que seguir e eu não podia falar nada... entendeu? Aí a pessoa virava e falava “Ai, porque isso não tá adiantando muito”, eu pensava “Lógico, não vai adiantar nunca!”. Só que aí, já tocava o despertador ali e a chefe já tava lá de cima “Ah, tá tocando! Tá tocando!” (imitando a chefe com voz estridente) e um monte de paciente na sala, um monte. [...] Juro! E aí eu tinha que falar assim, o paciente chegava e falava assim “Não, não, você tem que colocar aqui ó, o eletrodo aqui, colocar aqui”. O paciente falar pra mim aonde que eu tenho que colocar o eletrodo? Pode ser orgulho, mas eu não admitia. Não admitia, porque eu sabia o que a pessoa tinha. O pessoal não fazia ideia do que ela tinha, mas eu sabia... Entendeu? Eu ficava p. da vida! Ouvir um negócio desse é absurdo! [...] Eu não podia escolher o que eu ia fazer com o paciente porque já tava anotadinho na ficha dele, entendeu? “Ó, você vai fazer isso, isso e isso”, aí ficava 10 sessões seguidas isso, isso e isso. Aí você tinha que fazer aquilo. Era ondas curtas, TENS, é, se fosse mão, era parafina, alguns tinham ultra-som e alguns tinham tudo isso junto. Alguns tinham cinesio e só depois da última sessão, alguns não tinham. Mobilização? Nada. Pra você fazer um exercício de fortalecimento, sei lá, de tornozelo, você tinha que ficar segurando o elastiquinho aqui ó... [demonstrando] Pô, ficar segurando o elastiquinho, eu vou com a minha mão, né? Não, tinha que ficar segurando o elastiquinho. Aí, a pessoa ia lá, fazia 100, não dava nada, fazia 100, a mesma coisa que nada... sabe? Nossa, um absurdo, um absurdo. Aí, pra síndrome do impacto, você vai fazer um exercício... 180º graus! Pô, você tá justamente causando o impacto, lesando aquilo que... sabe? Uns negócios assim, que não tinha porque, não tinha fundamento... [...] Eu falei “Ah, pára!” (risos) Não dava, não. [...] Pra você atender bem, eu acho que, no máximo, 3 ou 4. Não, 3 ou 4 não, desculpa. No máximo, estourando, 3. E isso assim, quando tem o mesmo tipo de doença e todos estão sem dor, quando é isso, mas... não dá! Um tá com dor no grupo já ferra todo mundo já, entendeu? Não dá pra você atender bem assim. (Adriana)

A sensação que fica, talvez, ao lermos esse relato é a de que estamos diante do filme “Tempos Modernos”, de Charles Chaplin, que retrata o trabalho em uma linha de montagem no setor industrial. Ao refletir sobre esse filme, Alves (2005), comenta que:

O processo de produção fordista fundamenta-se na linha de montagem acoplada à esteira rolante que evita o deslocamento dos trabalhadores e mantém um fluxo contínuo e progressivo das peças e partes, permitindo a redução dos tempos mortos, e, portanto, da porosidade. Esta é a impressão magistral que Chaplin nos apresenta em Tempos Modernos, pois o grande

personagem do filme, ao lado de Carlitos, na cena da fábrica, é o sistema de máquina, a esteira rolante que impõe seu ritmo, ditado pelo capitalista, aos demais operários-massa. Em várias cenas, a máquina adquire vida própria. [...] No fordismo, o trabalhador perde suas qualificações, as quais são incorporadas à máquina. (Alves, 2005)

É como se a esteira rolante representada no filme estivesse presente na clínica, enfileirando os pacientes para receber ajustes já pré-determinados por alguém que não os profissionais responsáveis por tais ajustes. A comparação pode soar exagerada, mas o atendimento realizado não parece ser algo muito diferente disso. Há uma série de problemas encontrados nesse atendimento, alguns deles extremamente graves, que serão abordados a seguir.

Há novamente aqui o problema relatado na questão dos convênios. Como o valor pago por paciente é muito baixo, as clínicas tendem a estabelecer um número de pacientes por período muito maior do que seria desejado para se obter qualidade no atendimento. O primeiro problema encontrado nesse relato, portanto, é o número de pacientes atendidos por terapeuta por hora. Nesse caso, eram 5 pacientes para cada 45 minutos de atendimento. A solução encontrada foi criar um sistema de despertadores, em que cada vez que se coloca um paciente em determinado aparelho, programa-se o alarme para despertar após o período desejado.

Dessa maneira, os alarmes vão tocando, indicando que se deve tirar o paciente daquele aparelho e colocar em outro. E só. Com uma demanda dessa magnitude, não há possibilidade de se realizar um atendimento que fuja muito ao uso de aparelhos como principal recurso da terapia. E aqui nos deparamos com o segundo problema dessa situação, decorrente do primeiro, que é a terapia realizada quase que exclusivamente por aparelhos. Isso é um problema na medida em que deixam de ser utilizados outros recursos extremamente importantes para a reabilitação fisioterápica, como as terapias manuais, por exemplo: *“Alguns tinham cinesio e só depois da última sessão, alguns não tinham. Mobilização? Nada.”*.

Ao dizer “cinesio”, Adriana se refere à cinesioterapia, que pode ser definida como “o tratamento das doenças por meio do movimento”¹⁰ O movimento, ou exercício físico, é considerado recurso fundamental na fisioterapia¹¹, assim como a mobilização articular¹²,

¹⁰ Definição encontrada no dicionário de língua portuguesa Michaelis, disponível no site: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/>, consultado em 27/01/2011

¹¹ “Dos vários procedimentos usados pelos fisioterapeutas durante a assistência a pacientes, o exercício fisioterapêutico encontra-se entre os recursos fundamentais, ocupando o centro dos programas elaborados para melhorar ou restaurar a

práticas estas que integram o currículo da graduação profissional.

Ocorre que a execução dessas práticas depende, necessariamente, da presença contínua do profissional para a sua realização. Alguns aparelhos, como o TENS (Transcutaneous electrical nerve stimulation - neuroestimulação elétrica transcutânea), um dos tipos mais usados de “choquinho”, só dependem da presença do profissional no momento de serem colocados no paciente, ligados e desligados, o que torna o sua utilização muito atraente nesses atendimentos em série. E se o tempo para se realizar a terapia é curto, o que se dirá do tempo para se interagir com o paciente.

Dessa forma, deparamo-nos com o terceiro problema encontrado, o da falta de interação profissional-paciente. E ainda não estamos falando de vínculo, mas tão somente de interação. Pelo relato é possível observar que até mesmo a investigação do caso tratado pelo profissional é complicada: *“Aí a pessoa virava e falava “Ai, porque isso não tá adiantando muito”, eu pensava “Lógico, não vai adiantar nunca!”. Só que aí, já tocava o despertador ali e a chefe já tava lá de cima “Ah, tá tocando! Tá tocando!”*.

Mais uma vez, podemos traçar um paralelo com o filme “Tempos Modernos”, por meio dos comentários de Alves (2005): *“E o trabalho, como atividade vital, transforma-se [...] em atividade repetitiva, parcelada e monótona, com sua velocidade e ritmo estabelecidos independentemente do trabalhador, que o executa através de uma disciplina rígida.”*. No momento em que Adriana ameaça conversar com o paciente e explicar o porquê de sua terapia não estar funcionando, o despertador toca, e a “esteira”, com sua velocidade independente, segue levando mais um paciente e trazendo outro.

Essa forma de atendimento mostra, claramente, arranjos que visam coibir o vínculo terapeuta-paciente para garantir a exclusividade sobre a clientela, como discutimos anteriormente. Podemos dizer, inclusive, que ela vai além, não somente coibindo o vínculo, como impossibilitando a interação. O uso de tecnologias leves, nessa situação, é praticamente “desnecessário”, na medida em que o tempo de interação e o contato físico com o paciente se deslocam da relação com o profissional para a relação com os aparelhos, que passam a ser protagonistas da terapia, como diria Schraiber (2008).

Há, também, nesse caso, a não aplicação dos saberes próprios da profissão na

função de um indivíduo ou prevenir disfunção.” (KISNER; COLBY, 2005, p. 3)

¹² *“Mobilização articular refere-se às técnicas de fisioterapia manual usadas para modular a dor e tratar disfunções articulares que limitam a amplitude de movimento (ADM), abordando especificamente a mecânica da articulação que está alterada”* (KISNER; COLBY, 2005, p. 216)

terapia e, o que pode ser ainda mais grave, a aplicação equivocada: “a pessoa não tem dor, vai fazer choquinho! [...] “Não, não, a gente tá fazendo o choquinho, né, porque daqui a um mês ele pode ter dor e a gente já previne”. [...] Daqui a um mês? Não dura [...] Nem no dia seguinte, nem daqui a uma hora, não previne nada!”.

O espanto da Adriana ocorre porque o recurso que estava sendo utilizado no caso, o choquinho ou TENS, tem como principal função a analgesia¹³, de forma que seria uma incoerência utilizá-lo em um paciente sem dor. Quando ela questiona sobre esse detalhe, lhe dão a explicação de que seria para prevenir dores futuras. Mais uma vez, o espanto, posto que o tempo de duração da analgesia provocada por esse recurso possui um prazo curto¹⁴ e o seu uso, portanto, não é profilático.

Além dessa conduta considerada equivocada, Adriana observou outros procedimentos controversos: “A pessoa não tinha dor... e faziam ultra-som em cima da prótese. Pra quê? Pra quê? Não tem!”. A perplexidade de Adriana acontece porque é sabido na fisioterapia que a terapia por meio do aparelho de ultra som é contra-indicada sobre próteses metálicas porque pode produzir outros danos¹⁵.

Este pode ser configurado como o quarto problema dessa situação, a conduta equivocada, como nos conta Adriana: “*Aí, pra síndrome do impacto, você vai fazer um exercício... 180º graus! Pô, você tá justamente causando o impacto, lesando aquilo que... sabe? Uns negócios assim, que não tinha porque, não tinha fundamento...*”¹⁶.

A configuração desse quadro espantoso levou Adriana a se questionar sobre as

¹³ “A estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) é uma técnica analgésica simples e não-invasiva usada extensivamente em locais de atendimento à saúde por fisioterapeutas, enfermeiros e atendentes (Johnson, 1997; Pope, Mockett e Wright, 1995; Reeve, Menon e Corabian, 1996; Robertson e Spurr, 1998). [...] As evidências sugerem que isso produzirá alívio de dor de um modo similar ao “esfregar o local da dor”[...]. Na prática, a TENS convencional é emitida para gerar uma parestesia forte porém confortável” (JOHNSON, 2003)

¹⁴ “Tem sido relatado que ocorre analgesia pós-estimulação em alguns pacientes e isso pode ser devido à depressão prolongada e à ativação de vias descendentes inibidoras da dor. Os relatos da duração desses efeitos pós-estimulação são muito variáveis, indo de 18 horas (Augustinsson, Carlsson e Pellettieri, 1976) a 2 horas (Johnson et al., 1991a). É possível que as flutuações nos sintomas e as expectativas do paciente quanto aos efeitos do tratamento possam ter contribuído em alguma extensão com essas observações.” (JOHNSON, 2003)

¹⁵ “Outra complicação pode ocorrer quando o feixe de ultra-som atinge o osso ou uma prótese metálica. Devido à grande diferença de impedância acústica entre essas estruturas e os tecidos moles ao redor, haverá uma reflexão de cerca de 30% da energia incidente de volta através do tecido mole. Isso significa que energia adicional é depositada como calor durante a jornada de retorno do feixe. Portanto, o aumento do calor no tecido mole será mais alto quando esse estiver situado na frente de um refletor. Para complicar ainda mais a questão, também ocorre uma interação denominada modo de conversão na interface do tecido mole e o refletor (por ex., osso ou prótese metálica). Durante o modo de conversão, uma porcentagem da energia incidente refletida é convertida na forma de onda longitudinal para uma forma de onda transversa ou oblíqua que não pode se propagar no lado da interface do tecido mole e é portanto absorvida rapidamente, causando aumento do calor (e freqüentemente dor) na interface osso-tecido mole (periósteo).” (YOUNG, 2003)

¹⁶ O fortalecimento do ombro com o movimento de abdução no plano sagital, com amplitude de 180º, é contra-indicado para portadores da síndrome do impacto.

razões para que aquela situação ocorresse, o porquê dos profissionais agirem daquela maneira: *“Eles iam lá, seguiam o protocolo porque eles tinham que seguir, mas ninguém pensava. “Mas, por que você está fazendo isso?”. Eu comecei a questionar tudo e tinha muita coisa errada, tinha muita coisa errada!”*. E essa situação nos leva ao quinto problema, a falta de autonomia na elaboração da conduta, que fica clara nesse caso quando Adriana nos conta: *“Eu não podia escolher o que eu ia fazer com o paciente porque já tava anotadinho na ficha dele, entendeu? “Ó, você vai fazer isso, isso e isso”, aí ficava 10 sessões seguidas isso, isso e isso. Aí você tinha que fazer aquilo.”*.

A falta de autonomia, como veremos mais adiante, muitas vezes ocorre pelo que poderíamos considerar o sexto problema encontrado nesse caso, a falta de reflexão do profissional sobre as suas ações. No entanto, se na visão de Adriana os profissionais que trabalhavam nessa clínica não refletiam sobre suas ações, o mesmo não ocorreu com ela, que, ao se deparar com situações que não concordava, logo se demitiu. Um questionamento importante a se fazer diante disso seria: Mas por que será que os outros fisioterapeutas não fizeram o mesmo? Por que será que eles continuaram (e muitos ainda devem continuar) se submetendo a essas condições de trabalho? O que será que eles pensam disso tudo? Será que todas essas questões que causaram um grande impacto em Adriana, levando-a a sair, chegam a ser mesmo um problema para os seus antigos colegas? Imagino que não haja resposta fácil ou definitiva para isso, mas abordaremos essa questão mais adiante.

Ficamos, então, com seis problemas ou questões encontrados nessa situação narrada por Adriana:

- 1º - Grande número de pacientes atendidos por terapeuta/hora;
- 2º – Protagonismo dos aparelhos na terapia;
- 3º – Comprometimento do vínculo fisioterapeuta-paciente;
- 4º – Conduta inadequada
- 5º – Falta de autonomia na criação de projetos de cuidado
- 6 - Falta de reflexão do profissional sobre as suas ações

Esta enumeração foi feita por simples razão didática, uma vez que quase todas essas questões são abordadas de algum modo por uma ou mais entrevistadas em outras situações. Os problemas encontrados se assemelham a um emaranhado de questões que

liga um ponto a outro, retornando muitas vezes ao mesmo ponto e se ramificando em inúmeros outros diferentes. Como a escrita da dissertação é linear, feita em papel e não em algum recurso multimídia que permita acessar diversos pontos ao mesmo tempo, será necessário, algumas vezes, retornar a alguma questão anteriormente citada para se costurar as intermediações com as seguintes.

Dessa maneira, abordaremos os problemas enumerados acima não necessariamente na ordem colocada e de maneira independente, posto que muitas vezes eles são concomitantes. Prosseguiremos, assim, com o primeiro problema enunciado, a questão do número de pacientes por terapeuta/hora ou período de atendimento. Sobre esse assunto, há várias outras falas, de situações que ocorreram nos mais variados locais e não somente nas clínicas de convênio. Os trechos a seguir se referem ao sistema público:

Eu via em torno de uns 6, 7 pacientes por hora... Não dá pra dar uma atenção muito boa. Como eles estavam em período eleitoral, eles queriam mostrar número, mostrar que toda a população estava sendo atendida. Só que como você vai dar um atendimento bom para as pessoas se você atende cerca de 6 pacientes ao mesmo tempo? Era muito corrido! Eu lembro que você pegava, você formava meio que uns grupos, assim, ensinava todo mundo uns alongamentos, aí tinha a parte dos aparelhos, porque você tinha que ganhar tempo de certa forma, né? Não dava pra atender todo muuundo, fazer terapia manual, não tinha como. Então, uns você colocava nos aparelhos, outros você tentava tratar um pouco. E aí, invertia tudo! (risos). E tinha que render, né? Fora as avaliações lá... Uma avaliação física durava em torno de uns 10, 15 minutos. E era uma fila gigantesca. Eles marcavam assim nesse horário, várias pessoas, sabe, de 15 minutos. Aí, você não conseguia dar conta. Então, virava uma bola, sabe? Sabe quando você vai no SUS e tem aquelas filas gigantes e o médico não dá conta? Ele não consegue, né? Porque é marcado um tempo tão curto para cada paciente e nem sempre aquele paciente leva só aquele tempinho. Aí, vai formando uma fila gigantesca, né? É a mesma coisa. (Roberta)

Eles é... os atendimentos, por ter muito paciente, os atendimentos eram, no máximo, de 30 minutos. Então, não dá pra você realizar em 30 minutos, um bom atendimento. Pela questão do seguinte, até a pessoa chegar e te contar, às vezes, o que tá acontecendo, ou mesmo, você conseguir tirar aquele paciente do leito, levar ele pra sala de fisio, quase ia 30 minutos! É, porque, às vezes, eu chegava, o cliente estava sujo, o cliente estava é, por exemplo, sem receber alimentação, e eu tinha que esperar eles fazerem um outro tipo de atendimento, porque era hospital, pra depois eu realizar. Então, às vezes eu atrasava e aí alguém saía prejudicado, algum outro cliente saía prejudicado. Então, às vezes você não conseguia trabalhar da forma correta. (Cláudia)

Aí, no hospital tinha muito problema porque, assim, falta recurso, né? Então, eles não tinham, por exemplo, fisioterapia lá, tinham 4 fisioterapeutas para 3 UTIs grandes. Então, não tem fisioterapia 24h, tinha que ficar bipando pra conseguir isso. Aí, na parte de atendimento de fisioterapia, era um pouco, assim, precário, porque a fila era gigantesca... tinham muitos pacientes no ambulatório geral. Daí, o paciente que vinha de regiões longes, [...] às vezes, não tem condições de fazer o tratamento completo, né, todas as seções, porque não tinha dinheiro pro transporte... E aí, eles tinham que dar conta de todos os pacientes... então, não é aquela fisioterapia ideal de você poder atender o paciente individualmente. Acaba sendo coletivo, dá muita instrução e a pessoa acaba ajudando no tratamento, o que é bom, mas não dá pra dar toda assistência. E a parte de ortopedia [...] era isso. Tinha muito aparelho, eles tinham que atender rápido, tinha uma demanda grande. [...] A parte de geriatria, que é a que eu estava, era bem menor, então a gente conseguia dar um pouco mais de atenção. [...] lá, tinha o ambulatório de quedas, a gente ainda conseguia dar uma qualidade de atendimento, 2 vezes por semana, cada paciente ficava, pelo menos, 50 minutos. [...] Agora, na enfermaria, [...] a gente ficava com o supervisor, eramos 4 fisios, a gente acabava tocando o serviço, não tinha supervisão o dia todo, só meio período, e a gente não

conseguia trabalhar direito a fisioterapia, por ser muito desconhecido por parte dos residentes e dos médicos. Então, a gente ficava muito limitada nessa parte. [...] Então, tem pouco fisioterapeuta, terapeuta ocupacional não tem, acho que tinham 2 só... (Marisa)

Pra quem trabalha na enfermaria, deve ser frustrante, porque você quer dar conta, mas a culpa não é sua, falta. Quando eu fiquei na enfermaria lá, que eu trabalhava à tarde, ficava eu de fisioterapeuta pra quase 60 leitos de enfermaria. Eu passava com 4 alunos. Colocava elas pra atender, cada uma atendia 4... mas como que você dá conta? Como que você consegue ver 50 prontuários por dia? A rotatividade é grande de 50! É muito difícil. E não é uma interatividade ótima com a equipe de enfermagem que cada um fala “Olha, Paula, ali saiu, ali saiu, entrou, tal”. Não é, você tem que ficar descobrindo. Então, eu passava todos os dias, leito a leito, olhava o rostinho de cada um “Esse é novo”, aí eu anotava. Aí, ia lá, lia prontuário... só que, assim, pra isso, eu precisava de alguém atendendo pra mim os pacientes que já estavam na lista. Então, os alunos ficavam atendendo enquanto eu fazia isso. Aí, os novos eu ia, e, às vezes, eu também tinha que dar avaliação para as aluna, né? Pra elas irem treinando avaliação. Então, às vezes, paciente que a gente nem tava vendo, porque pela história, não dava tempo de avaliar todos os novos todos os dias, então, olhava a história “Ah, acho que essa não precisa”. Aí, no outro dia complicava, tinha que entubar... Ou seja, não tinha como eu auscultar, olhar todos os exames de todos os pacientes que internavam todos os dias. Ah, era impossível. Mas, você acaba acostumando... Porque você sabe que a culpa não é sua. Você tá ali, não é que eu ficava sentada não fazendo nada. Eu ficava sentada, olhava prontuário por prontuário, sabia todos os pacientes que tavam internados, olhava a história “Ah, esse aqui não precisa de fisioterapia”, e de repente complicava, às vezes, por um outro motivo. É, realmente, complicou, mas nem que eu tivesse fazendo fisioterapia, ia complicar do mesmo jeito. Então, você acaba se acostumando. Agora, hoje, na UTI, fico eu e mais uma fisioterapeuta, são... 17 leitos, no total. Só que é uma UTI cirúrgica que eu fico, a UTI cirúrgica é muito rotativo. Então, assim, todos os dias tem admissão. Então, não é um... não são pacientes que chegam lá que precisam de uma fisioterapia muito prolongada. Só os que complicam um pouco mais. Então esses que tem a fisioterapia mais prolongada, a gente consegue evoluir tranquilamente. Mas, é corrido no sentido de... você tá fazendo uma coisa, daqui a pouco já chega uma intercorrência, já chega outra, chega outra... então você tem que... ir se desdobrando, mas sempre dá tempo de fazer tudo. [...] Eu não fico sozinha. Fica uma fisioterapeuta comigo e um aluno, dois alunos, dependendo do dia. Então, ficamos em 4, na verdade. Então, não fica muito pra cada um. Fica em torno de 5 a 6 pacientes, no máximo.” (Paula)

Em muitas horas, parecia que a gente tava tocando o serviço. O serviço caía em cima dos aprimorandos. Se o hospital não tivesse os aprimorandos e especializando, eles tinham que contratar mais de 20 fisioterapeutas. O que é errado. É um trabalho barato que eles pagam, né? Porque a gente tá lá, trabalhando, atendendo como os outros. Então, isso é uma falha deles, a gente não deveria servir para isso também. (Ana)

Em todas essas situações é possível perceber que o número de fisioterapeutas para atender toda a demanda era muito aquém do desejado, sobrecarregando os profissionais existentes. No ambulatório, Roberta diz que não era possível dar muita atenção aos pacientes e que o uso dos aparelhos era necessário para se ganhar tempo. Como ela mesma disse, não era possível realizar a terapia manual. Aqui encontramos uma pista importante do problema do uso excessivo de aparelhos na terapia em substituição a outros recursos: o número reduzido de fisioterapeutas no setor.

Marisa e Paula também falam da quantidade insuficiente de fisioterapeutas nos locais em que trabalharam. Paula nos conta que durante o período em que trabalhou na enfermaria, havia cinquenta leitos com alta rotatividade, o que tornava impossível avaliar

todos os pacientes que chegavam diariamente. Eventualmente, um paciente que se acreditava não precisar de fisioterapia pelo histórico, mas que não fora avaliado, piorava e permanecia a dúvida se o tratamento fisioterápico teria feito diferença nesse caso. Paula reconhece que essa forma de trabalho, por essa razão, é potencialmente frustrante.

Nessas situações, a falta de integração com a equipe e de trabalho interdisciplinar, piora a situação. No caso de Paula, ela não contava com a ajuda da enfermagem para saber das novas admissões, o que aumentava o seu trabalho. Marisa também fala que o trabalho da fisioterapia no hospital em que trabalhou não era muito conhecido pelos médicos e residentes e que por isso não contava muito com a colaboração desses profissionais.

A falta de fisioterapeutas nessas instituições acaba sendo suprida por alunos e aprimorandos, como é possível perceber nos relatos. Paula explica que só consegue atender a demanda de pacientes porque conta com a ajuda dos alunos. Marisa e Ana nos seus respectivos aprimoramentos, revelam que, muitas vezes, “tocavam o serviço”. Esse número reduzido de profissionais se mostra um contra-senso, na medida em que se percebe uma grande demanda de fisioterapeutas por emprego. Pelo que Ana nos diz, contudo, trata-se de uma forma de remuneração barata, que dispensa a contratação de um número maior de profissionais. Essa situação pode gerar dificuldades ao aluno ou aprimorando, como no caso de Marisa, que passou por situações difíceis durante o seu aprimoramento em um grande hospital público. Como ela só tinha supervisão de uma fisioterapeuta contratada no período da manhã, a sua atuação ficava muito restrita durante o resto do dia, como ela nos conta:

Eu não ficava satisfeita com os meus atendimentos lá porque, assim, nós não tínhamos supervisores o tempo todo, então, metade do período a gente tinha supervisor, que era de manhã, que era contratada, então a gente conseguia atender, tudo. À tarde, nós ficávamos sozinhas. Como a gente ainda era aprimoranda, teoricamente a gente era mais estudante, a gente não podia tomar todas as decisões como se fosse um fisio responsável do local. Então, ficava muito a desejar. Por exemplo, eu briguei muito lá no início porque não tinha... nem o CPAP e nem o BIPAP¹⁷. E algumas senhoras, aí tem um caso que me marcou mais, assim, ela teve... eu não lembro se foi... edema agudo de pulmão, acho que foi. E ela entrou, ela chamava Dona Laurinda, ficava no último leito, uma gracinha. E ela entrou, com problemas respiratórios, já era bem idosa, ela foi professora, tudo. E... começou a ficar muito tempo na enfermaria, vai começando a abrir úlcera, tudo, né? E ela começou a ter muita dificuldade respiratória. Daí, no início, ela era muito resistente, não queria o cateter, não queria máscara, porque ela achava que

¹⁷ O CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas) e o BIPAP (Pressão Positiva Bifásica nas Vias Aéreas) são técnicas de Ventilação não invasiva (VNI), que proporcionam suporte ventilatório espontâneo. “A VNI é uma técnica utilizada como forma de suporte ventilatório em pacientes que não estejam em ventilação mecânica ou traqueostomizados. [...] Sua utilização vem crescendo muito devido à comprovação científica de sua eficácia no combate à insuficiência respiratória crônica e aguda, reduzindo a necessidade de intubação traqueal” (PRESTO; PRESTO, 2005, p. 131)

incomodava muito. Mas, aí, ela foi ficando mais cianótica¹⁸, começou a alterar gasometria¹⁹ e a gente pediu pra tentar, pelo menos... eu conversava muito com ela e consegui que ela colocasse a máscara. E ela começou a fazer edema agudo de pulmão.... Eu não lembro direito qual foi o caso dela, só sei que daí eu lembro que na conduta o certo seria fazer um BIPAP, então... nossa, o BIPAP seria perfeito. Daí, eu fui pedir o BIPAP e não tinha. Daí eu conversei com o pessoal da residência, eles falaram “Olha, pode até ser que reverta o quadro, mas tem que ir lá na central de respiradores ver se tem um BIPAP. E aí, quem que vai ficar responsável, porque não tem fisio 24h, a hora que você for embora, quem que vai ficar fazendo? Porque aí vai por a máscara e se não tomar os devidos cuidados vai abrir uma úlcera no rosto e tal”. Então, foi uma briga grande... Daí, eu desci na central de respiradores, conversei com a técnica, tive que pedir pra coordenadora, depois de 2 dias a coordenadora falou que poderia tentar um BIPAP... e nisso o quadro agravando, né? Daí, acho que no terceiro dia, eu consegui um BIPAP, nós montamos, ela ficou no BIPAP, melhorou bastante, só que a enfermagem não queria ficar responsável pelo aparelho, e eu não podia ficar o dia todo, eu era aprimoranda. Então, ficava aquela briga mesmo administrativa por uma coisa que a pessoa precisava, entendeu? E aí, à noite não tinha fisio, como faria, desligava, não desligava, por fim, ficou. Daí, até que a gente conseguiu implantar o uso do BIPAP e do CPAP. Mas, foi uma briga grande que eu tive até com a minha supervisora, porque, na época, ela era mais pra ortopedia, então ela não sabia e não queria se responsabilizar. E eu falava “Não, mas isso vai ajudar. A gente tem que fazer”. Daí, de tanto eu ficar aporrinhando (risos), ela falou “Então, fica com esse BIPAP aí, vê o que que você faz”. Eu também não sabia mexer, eu nunca tinha usado um BIPAP antes (risos). Então, lá, foi muito escola, porque eu tive que aplicar coisas que a gente viu na teoria, né? Como é que eu descobri que ela precisava de um BIPAP? Estudando. (risos) Lendo livro de ventilação mecânica. Daí, eu falei “Não, o BIPAP ajuda nisso. Então, vamos usar o BIPAP”, não tinha outro jeito. Por fim, ela morreu, tudo... Mas, assim, deu pra dar um pouco mais de conforto, pra pessoa conseguir respirar, tal. Então, eu vi umas coisas assim... por não ter fisio à noite, ou fisio 24h, então, quem acabava aspirando era o pessoal da enfermagem, né? São os auxiliares e os técnicos. Nem sempre é da melhor maneira, né? Porque a formação deles é um pouco diferente, então, gerava muitas brigas... Vamos supor, ventilação com Venturi, cada ventoinha tem uma regulação de fluxo de oxigênio, velocidade... eles pegavam pela cor e colocavam... Daí, a gente foi lá, arrumou todo o armário, separou, “Olha, isso é desse jeito, desse jeito que tem que fazer”. Então, é complicado, né? Tinha muito ventilador quebrado, a gente precisava de ventilador, ventilava no Bird, sendo que tinha um ventilador muito melhor, só que tava quebrado... Então, faltava recurso, mesmo, material, sabe? Às vezes faltava xilocaína pra aspirar, faltava gaze pra poder fazer as coisas, tinha que ficar pedindo xilocaína, sonda nas outras enfermarias... Eu lembro que a gente ia aspirar, o paciente borbulhando lá, cadê a sonda? Não tem sonda. Aí, tinha que sair igual louco em todas as enfermarias, eu ia na cardio, ia na outra, “Pelo amor de Deus, eu preciso de uma sonda número 12 pra aspirar porque o paciente tá borbulhando”, aí pegava a sonda, descia correndo, ia lá... agora, preciso do oxímetro. Tem que ir lá correndo pegar o oxímetro, põe no paciente, “Já usou?”, “Já”, volta correndo... entendeu? Faltava muito recurso! É oitavo andar, eu bem andava, viu? (risos) Então, faltava essa parte mesmo, né? E boa vontade... Muita gente lá... ia só pra cumprir protocolo mesmo, né?” (Marisa)

Nesse caso, o problema era ainda mais complexo porque, por praticamente não ter fisioterapeutas contratados, o hospital também não tinha muitos dos recursos básicos para se realizar a fisioterapia hospitalar. Para Marisa era algo substancialmente complicado

¹⁸ Cianótico: adj. “Referente à cianose”. Cianose: “Coloração azulada, lívida ou escura, da pele e das mucosas, em virtude de oxigenação insuficiente do sangue [...]”. Definição encontrada no dicionário de língua portuguesa Michaelis, disponível no site: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/>, consultado em 17/02/2011.

¹⁹ Gasometria: “Determinação da quantidade de gás contida numa mistura”. Definição encontrada no dicionário de língua portuguesa Michaelis, disponível no site: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/>, consultado em 17/02/2011. A mistura, no caso narrado, é o sangue da paciente.

porque ela não era fisioterapeuta contratada, mas aprimoranda. Ela se inquietava com as dificuldades que via e lutava para melhorá-las, mas não possuía autonomia para isso. Além da falta de fisioterapeutas e de recursos (ou até por esse motivo), a integração com a equipe era bem restrita. Talvez pela tímida representação que a fisioterapia possuía no hospital, os demais profissionais não estivessem familiarizados com a sua atuação e não a considerassem importante.

Assim como Marisa nessa ocasião, Paula trabalha em um hospital público de grande porte mas, para ela, a falta de recursos não é um problema:

O hospital que eu trabalho é um hospital público, mas que tem acesso a material. O pessoal da enfermagem fala “Gente, como que tem material nesse lugar pra gente trabalhar!”, isso é legal. Tem alguns lugares que tem menos, tem uns lugares que tem mais, mesmo porque, tem alguns lugares em que os próprios chefes lá da UTI... por exemplo, a UTI que eu trabalho, o chefe de lá valoriza muito a fisioterapia. Então, você fala “precisa”, tá bom, já tá lá. Porque ele vai atrás, ele, é... a partir da verba que vem pra UTI, ele investe uma parte na fisioterapia. Então, é muito legal. Tem os geradores de fluxo pra fazer o CPAP, que fica com a gente. Tem as máscaras de não invasiva, tem a Total Face, que ele foi atrás, que é uma máscara super cara, e na UTI tem 2. Então, são coisas que o chefe corre atrás pra trazer pra gente, pra não deixar a gente sem material. Então... a central de material de lá direto traz aparelho pra gente testar, que a marca leva até lá. Porque, se o hospital lá compra, é uma compra muito grande, então, às vezes, eles deixam testando, a gente vai testar material. Então, material sempre tem pra gente trabalhar. Às vezes, falta, assim, um respiron [aparelho de exercício respiratório] ... é, alguns aparelhos mais pra incentivar, incentivador respiratório mesmo. Mas, o que a gente precisa, normalmente, a gente consegue. (Paula)

Pela sua fala, a impressão é de que esse acesso fácil aos materiais seria mais exceção do que regra no sistema público. Mas, podemos perceber que a integração com a equipe e o seu reconhecimento são fundamentais para isso. Ela acredita que a valorização da fisioterapia pelo chefe da UTI na qual trabalha é fundamental para não lhe faltar material. Mais uma vez, vemos que o conhecimento da fisioterapia pelos demais profissionais e o reconhecimento de sua importância são fundamentais para a sua atuação.

Pelo relato de Marisa, é possível perceber que o seu trabalho não era nem um pouco facilitado pela equipe ou até mesmo pela sua supervisora, também fisioterapeuta. É como se os profissionais tivessem se acostumado com a falta de iniciativas no setor e não vislumbrassem o alcance que algumas ações poderiam ter nas possibilidades de alargamento ou manutenção dos limites da vida, como no caso do aparelho BIPAP na Dona Laurinda.

Ana nos fala da importância desses recursos na fisioterapia hospitalar:

Eu gosto do que eu faço, eu to num hospital que me dá condições boas de trabalho, onde não falta material... É um hospital particular que trabalha com convênio e só particular, então, não me falta material. [...] o equipamento que o fisioterapeuta hospitalar usa, o que que é? É a pressão

positiva, ou um CPAP ou um BIPAP, por exemplo. Então, tem pacientes que o principal é isso, né? Tem pacientes que o principal é a respiratória e o equipamento. Tem pacientes que não. Então, depende do paciente, mas é de fundamental importância esse tipo de equipamento num hospital. Não tem como não ter. (Ana)

As dimensões desse problema parecem ser menores nos hospitais privados, que contam com mais recursos e nos quais a quantidade de fisioterapeutas contratados costuma ser maior:

Agora lá, a demanda é maior, mas a quantidade de profissionais também é bem menor [referindo-se ao hospital público]. No hospital privado que eu to agora, tem bem mais profissionais... Lá, tem em torno de 130, num hospital que é de grande porte, né? No estadual, também, é um servidor de grande porte, mas eu acho que não chegava a 50 fisioterapeutas... Acho que uns 30, por aí, em todo o hospital... Então, era bem mais complicado, né?" (Roberta)

[...] no hospital público era mais corrido... A gente tinha menos horas de trabalho e mais pacientes pra ver. Era mais rapidinho o trabalho, entendeu? E era UTI também... Agora eu to na enfermaria. Agora, eu gostaria de mais tempo não pelo atendimento, porque eu não tiro nada do atendimento, mas mais para poder acompanhar o caso mesmo... [...] Teoricamente, aquele problema da maioria dos hospitais de... qualidade do trabalho versus produtividade, lá não tem tanto problema. Por que? Lá a gente atende um número pequeno de pacientes em relação à maioria dos hospitais. Só que esse quadro já vem piorando. Eu entrei lá faz dois anos e meio e... já tem piorado. Nesses dois anos e meio, já piorou. E quem tá lá há vinte anos fala que piorou muito. Por exemplo, em seis horas eles atendiam 5 pacientes, passou pra 7 quando eu entrei e hoje a gente atende 8. Então, eu não sei se isso tende a piorar, mas a qualidade tende a cair também. Não tem como você fazer a mesma coisa. Então... mas isso, você olhando os outros hospitais, outros lugares em que você trabalha, tá bom ainda, entendeu? [...] A maioria dá pra atender, sim. Porque, normalmente, a gente até pega pacientes diferentes, assim, pacientes que dá pra você ficar 20 minutos no quarto e pacientes que dá pra você ficar 40. Então, acaba equilibrando. Se você gastar 30 minutos em média por paciente, você consegue, numa boa, fazer. É que lógico, tem dias que tem intercorrências, né? Você entra num quarto e a pessoa não quer fazer naquela hora porque tá tomando banho, o outro tá com diarreia, o outro tá com dor. Então, aí, você fica rodando e nisso perde muito tempo. Então, isso tem que ser otimizado, às vezes, né? Mas, tem dia que acontece... Em um hospital, você ter intercorrência, é normal, o que acaba te atrapalhando. Mas, se tudo der certinho, o tempo é bom. [...] Eu sei que não posso reclamar comparado aos outros lugares, mas eu queria ter mais tempo. (Ana)

Além de possuir uma quantidade maior de fisioterapeutas, os hospitais privados têm uma demanda menor de pacientes, possuindo uma relação número de pacientes /fisioterapeuta mais equilibrada. Entretanto, como nos relata Ana, essa relação tem piorado com o passar do tempo e ela mesma reconhece que gostaria de possuir mais tempo para os seus atendimentos. Essa falta de tempo tem que ser de alguma forma equacionada pelas profissionais:

Lá (no ambulatório municipal), tinham pessoas de vários níveis, né? Mas, por exemplo, tinha uma menina que era recém-formada, mas tava se especializando em ortopedia. Ela conseguiu colocar muita coisa em prática. Não era um lugar horrível também, não. Semanalmente eles tinham montado uns esquemas assim de discussão de caso clínico, sabe? Então, não era um serviço ruim... É que a demanda era gigantesca, né, da população... Mas, não era ruim... Era bom! Não é um trabalho pesado, assim, desgastante, nem nada... Meio frustrante de vez em quando, né? Pela quantidade de pessoas, você não consegue dar atenção direito. Aí, acho que as coisas não funcionavam. (Roberta)

Quando eu fiquei no SUS, por exemplo, eu atendia... eu trabalhava duas horas, tá? E, nessas duas horas, por exemplo, no posto de saúde, eu atendia 8 pacientes. Então, assim, uma demanda grande pelo tempo, só que o que eu fiz, na época, que não tinha no posto e que eu e a outra fisio que já era de anos lá, nós falamos vamos implantar dessa forma que acho que vai ser melhor. É, vamos dividir os pacientes, por patologias, e fazer formação de grupos, porque um vê a dificuldade do outro e acaba às vezes, vai, ajudando... então, assim, a gente montou uma coisa diferenciada. Então, ah, ombro, mesmo que a fase de tratamento estivesse diferente, mas o perfil dos atendimentos era mais ou menos a mesma coisa. Pra gente não se perder também, porque, se não, eu tava no quadril, de repente eu tava num ombro, de repente eu tava numa neuro... e aí? E, além do que, a dinâmica da sala, porque as salas de SUS são muito pequenas. Então, foi isso que a gente fez, e que funcionava. Hoje em dia se você perguntar assim continua isso, eles usam isso? Não sei, porque depois eu saí. E, provavelmente, eu acho que não usa mais, porque, na verdade, ela ficou sozinha depois que eu saí. Então, hoje em dia, ela trabalha sozinha, porque eu era voluntária. Depois quando eu trabalhei na enfermaria de neuro, também tinha esse problema. Mas, eu sempre falava o seguinte, que eu preferia atender 3 naquele dia, mas aqueles 3 terem um melhor direcionamento, um bom atendimento, do que eu atender todos e... Então, a gente fazia a forma de grupinhos também. Aqueles que estavam em melhor condições, que tinham uma capacidade física, no caso, melhor também, às vezes, a gente fazia grupos pra aproveitar o tempo e pra conseguir atender maior demanda. Então, isso foi o que a gente fez pelo SUS. (Cláudia)

Você tenta programar... Mais ou menos você sabe quem que vai demorar mais, quem você pode ir mais rápido, quem precisa de mais, quem precisa de menos... Tudo isso você tem que saber fazer. Eu acho que um bom profissional tem que saber fazer isso. Não adianta você falar "Ah, tenho meia hora pra cada um então vou ficar meia hora em cada". Não é assim. Tem uns que precisam mais e uns que precisam menos, então você tem que dosar isso." (Ana)

Esse equacionamento é possível de ser realizado, mas, como podemos perceber nos relatos acima, requer autonomia do profissional para tanto. Mesmo não sendo considerado ideal pelas entrevistadas, a grande quantidade de pacientes a ser atendida por período pode ser melhor viabilizada quando é o profissional quem estabelece o seu atendimento. Nesses casos apresentados, diferentemente da experiência de Adriana na clínica do convênio, as fisioterapeutas tinham maior autonomia para organizar os seus atendimentos, como o tempo gasto em cada um, o agrupamento de pacientes por patologias, etc.

No primeiro estúdio de pilates em que trabalhou, Teresa não possuía essa autonomia:

No outro lugar que eu trabalhei com pilates, eu tinha que seguir uma conduta, pra manter o padrão. E também, tinha uma coisa, eu tinha que atender 5! Imagina você dar aula pra 5 pessoas num estúdio grande, com tudo duplicado, os aparelhos, e eu ter que dar conta de todo mundo sozinha! Não tem como fugir muito da aula, porque o ideal seria dar uma aula minimamente personalizada pra pessoa, mas, quando é muita gente, vira fitness, não vira mais pilates, né? E eles tinham noção disso. Então, pra não ficar uma coisa assim muito fora e o professor perder o controle da aula, então, eles faziam isso. O certo seria ter quatro alunos numa sala e mesmo assim é muita gente. Tinha 5, então eles queriam ganhar dinheiro em cima, eles pagam caro pra caramba, os alunos, pra ter aula em grupo e... nisso, sobrecarregando o professor. Então, era assim porque minimamente aquilo a pessoa ia fazer, entendeu? "Aula quadrada" que a gente fala. Todo mundo fazendo a mesma coisa, sabe? Eu não acho isso legal. Porque cada um tem um corpo, tem uma dificuldade, tem um desafio, né? Tem um objetivo diferente... (Teresa)

A "aula quadrada" que Teresa menciona, em que ela precisava cumprir o programa pré-estabelecido, mantendo a conduta, tinha uma razão de ser. Como ela mesma explica, para conseguir atender o número total de alunos sozinha, não havia muitas possibilidades de

se agir diferente. Estabelecer um protocolo, nesse caso, era uma forma da clínica garantir que pelo menos o básico fosse realizado. Dessa forma, assim como o problema da relação número de pacientes/fisioterapeuta é melhor equacionado quando o profissional possui mais autonomia na sua forma de trabalhar, essa autonomia também pode ser prejudicada pela relação desequilibrada, com um número de pacientes muito maior do que o de fisioterapeutas.

Por essa razão, a primeira questão enunciada no caso de Adriana (o número de pacientes por terapeuta/hora) está, muitas vezes, relacionada com a questão da autonomia profissional (ou a falta dela) em traçar a própria conduta, em criar o próprio projeto de cuidado para cada paciente. Sobre essa questão, há uma grande quantidade de falas que serão expostas a seguir. O primeiro conjunto delas diz respeito ao trabalho nos hospitais, a interferência da burocracia nos atendimentos e a diferença estabelecida pelas entrevistadas entre os hospitais públicos e privados nessa questão.

Lá no hospital é assim, a meta, é você atender 7 pacientes por período, né? Tipo, eu trabalho de manhã, teria, de certa forma, uma hora pra cada. Mas, a parte burocrática é gigantesca. Tem paciente que demanda muito tempo. Então, tem uns que ficam mais de uma hora. Os pacientes mais tranquilos, assim, que é a parte respiratória mesmo, uma broncopneumonia, uma pneumonia, uma coisa assim mais tranquila, é um tempo reduzido, eu gasto em torno de uns 30 minutos. Mas, um paciente mais complexo, assim, eu posso gastar mais de uma hora. A gente nunca dá conta! (risos) Sempre passa além do horário. Não tem como, é muita coisa pra fazer num espaço curto de tempo [...] Falta tempo. Falta muito tempo... muito tempo mesmo. Se fosse uma quantidade menor de pacientes, daria pra dar uma atenção melhor, eu iria me desgastar menos, porque eu não ia ficar correndo com tanta coisa assim, de tanta parte burocrática, até mesmo, de número de pacientes. Quer queira ou não, eu tenho que atender um certo número, né? Eu não ganho por pacientes, mas eles têm uma meta pra poder atingir todos os pacientes do hospital. (Roberta)

Dentro do hospital onde eu trabalho tem mais de 50 fisios. São poucas as pessoas que eu não escuto falar que querem sair. Por que o pessoal não sai? Porque não arranja nada melhor. Ou porque não tem a cara de pau de procurar coisa melhor, né? Mas, são pouquíssimas as pessoas que não reclamam. A maioria quer mudar, quer sair... Só que tem pessoas que falam isso e estão lá há 20 anos... Por causa do esquema hospitalar, da pressão que é. É muita cobrança, querendo ou não, é muita cobrança... de chefe em cima de produtividade, de orçamento. Todo mês tem a porcaria lá na lousa do orçamento previsto, o orçamento que foi feito, às vezes tem 'parabéns' ou às vezes tem 'temos que melhorar'. Eles fazem assim média de atendimento, sabe? Eles orçam, por exemplo, pro mês de maio atender x pacientes, o que foi previsto e o que foi feito, entendeu? E aí tem... tem uma folhinha dos gastos em geral lá, até de água, luz, papel... O meu chefe já chegou a falar que a gente tinha que economizar papel, que tinha muito gasto com papel! (risos). Poxa, eu não tô aqui pra isso, que droga! Tem muito essa cobrança, sabe? Ah, você tem que atender isso porque não sei o quê... Enche o saco, sabe? Isso estressa, às vezes, sabe? Enche o saco! Isso é uma parte ruim também que eu não falei, né? Lembrei agora. Isso é ruim... tem muita cobrança, muita cobrança... Diferente de um hospital... público, por exemplo, porque eu já trabalhei em um. A cobrança é bem menor, porque não tem essa droga de convênio... Esse negócio de convênio particular, os pacientes são mais chatos, mais exigentes. Entendem mais, né? Eles querem os seus direitos, né? O que tem muito, a gente precisa de materiais pra usar, como eu já falei, certo? E o convênio tem que pagar esses materiais, teoricamente. Então, tem toda a parte burocrática que acaba pra gente fazer, também. Isso é um saco. Porque eu to lá, o que eu gosto de fazer é atender, eu não gosto de fazer a parte burocrática. Se eu gostasse de fazer a parte burocrática, eu faria administração de empresas. Então, mas isso a gente tem que

fazer também. A gente precisa de uma máscara para o paciente, a gente tem que entrar no sistema, cobrar uma máscara da farmácia, esperar a máscara chegar pra guardar no armário, no estoque. Porque, se não chegar, a gente vai levar bronca, porque o estoque tá faltando. Aí, se a gente não anotar do lado da nossa evolução que a gente pediu uma máscara, o convênio não paga e daí a gente leva bronca também, porque o convênio não paga! E se o médico esquece de colocar na prescrição 'fisioterapia', o convênio não paga! Então, a gente tem que olhar a prescrição, ligar pro médico, deixar bilhete pro médico... Isso é um saco! É um pé no saco isso, é insuportável! Mas tem que fazer. Eu acredito que na maioria dos hospitais particulares tem que fazer tudo isso. Eu acho que no público é menor isso. Então, isso enche muito o saco... Fugi totalmente do assunto... tava falando de uma coisa, falei de outra (risos). [...] Mas, é isso, todo mundo, todo mundo quer sair... A gente tem meta a cumprir... Essas são as palavras certas, meta a cumprir! E o chefe, todo mês lá, vem com um relatório com as metas dele lá... E aí a gente um pouco se revolta às vezes, né? A gente fala "Por que que ele quer que a gente cumpra essa meta? Qual a diferença pra ele?". Lógico, é o bônus! No hospital particular, todo mundo ganha bônus. Só que o nosso bônus, o que que é? É um salário a mais. O dele quanto que é? O dele é muuuuito o salário, entendeu? Que a chefia ganha, então... Então, se o serviço não atinge a meta, o chefe não vai ganhar o bônus, entendeu? [...] É que é assim, você já tem a preocupação de atender, que é o que você quer fazer ali, você quer atender. A parte burocrática cansa muito. E ocupa muito tempo, tem hora. Porque não é uma coisa para a qual você foi preparado, então, você não gosta de fazer isso, né? Teoricamente..." (Ana)

A minha chefe é muito tranquila, também, ela não cobra. Ela nem vai aonde a gente trabalha. Então, a nossa cobrança é com a nossa equipe mesmo, é o paciente, é o médico. Eles que cobram mais. É uma cobrança, assim, "Olha, vamos sentar esse paciente, esse paciente precisa melhorar", eu falei "É, eu também acho". É uma coisa que você concorda. Ou, o paciente fala assim "Ah, hoje eu não quero fazer fisio", "Não, mas por que?", então você tem todo... O paciente te cobra "Ah, não, porque a fisioterapeuta não respeitou o meu tempo de...", "Não, mas espera aí, vamos lá. Vou respeitar mais". É esse tipo de cobrança que você tem dos pacientes e é esse tipo de cobrança que você tem da equipe médica. Eles querem que você dê o melhor atendimento pro paciente. [...] A gente tem a estatística, do que já foi feito. Nunca... Lógico, se um mês a gente atendeu 500 pacientes e no outro mês a gente atender 100, a minha chefe vai falar "Mas o que que aconteceu?". Ah, ou é profissional que tá a menos... mas a gente tem que dar essa justificativa pra ela. "Ah, então tá bom, já sei o que tá acontecendo. Então, vamos melhorar". Mas, pra saber o que tá acontecendo, não como cobrança. [...] Porque assim... eu tive experiência de trabalhar em hospital particular e eu não gostei muito, é... porque, eu acho que a gente fica muito submissa, a gente não tem tanta autonomia. [...] No hospital particular, por exemplo, médico de enfermaria. Eles não ficam na enfermaria. Eles não interagem. Eles passam uma vez por dia e acabou. Pra você conseguir falar alguma coisa, você demora uns dois dias. Daí, ele vai ver o seu recado, aí ele fala "Ah, deixa aí. Tá fazendo, deixa fazendo". Então não é que... Você não consegue discutir com eles. Em UTI, eles já têm a rotina deles, então, eles não aceitam você falando pra eles algumas coisas. "Eu sou o chefe. Me obedece", entendeu? [...] No público, eles escutam mais a nós, fisioterapeutas. Talvez, pela interatividade que a gente consegue ter. Ou, talvez, pela responsabilidade, né? Do hospital particular que sofre muito mais processo do que o hospital público. Então, assim, tem mais pressão de produção. No hospital público, não. Você fala "Ah, hoje eu não vou fazer fisioterapia nele", "Não, tudo bem", você não tá... o SUS vai pagar quem você atender. Ele, o médico, não tá ganhando menos ou mais por isso. A fisioterapia não tá ganhando menos ou mais por isso, entendeu? Porque o dinheiro já vem de qualquer maneira. Isso que eu acho mais interessante. Eu acho que o dinheiro deveria vir independente de a gente atender ou não. Porque quando você passa a receber a partir do quanto você atende, eu acho que a qualidade cai. Porque você não consegue priorizar. [...] às vezes, o paciente tá melhor que a gente e tem que fazer fisioterapia. Não, não precisa. E tem isso também, né? Aqui eu escolho o paciente que eu quero atender "Ah, esse não precisa, aquele tá muito mais grave". Então, eu prefiro perder uma hora ali do que meia em cada um. E no particular não pode. Você tem que pelo menos 10 minutos ficar naquele, você pode ficar até mais tempo no que precisa mais, mas, necessariamente você tem que ver o outro. E eu acho que a gente perde um pouco a nossa autonomia de falar "Não precisa de fisioterapia. Tá de alta". Não, não tá de alta. [...] Agora, o pessoal que trabalha em hospital particular... tem um colega meu que se formou comigo, fez pós num grande hospital particular... e lá ele já começou a ficar um pouco frustrado com a profissão, porque esse hospital cobra um pouco mais, é um pouco diferente a rotina lá. Depois, ele foi para um outro hospital particular. Ele ficou 2 anos lá, no segundo ano ele simplesmente se demitiu e foi estudar pra concurso público. Ele falou "Não gosto, não é isso que eu achava que fosse a fisioterapia, não to feliz e vou sair". E saiu. Abandonou a fisioterapia. Mas, eu acho que é por essa

frustração mesmo, você deixa de ter autonomia... pra você ir atender um paciente no hospital que ele estava você precisa – um paciente que tá internado na enfermaria – você precisa agendar horário...” (Paula)

Nesse ponto, nos deparamos com uma questão surpreendente nesse estudo, que é percepção pelas entrevistadas da influência da natureza institucional (pública ou privada) no grau de autonomia profissional. Surpreendente porque, apesar de não ter sido cogitada no início da pesquisa e não se encontrar no roteiro de entrevista, ela surgiu em diversas falas. Nesse caso, mais especificamente, nas falas das entrevistadas da área hospitalar. Ana e Roberta, que trabalham em hospitais privados, apresentaram a mesmo tipo de queixa com relação à burocracia existente nessas instituições e em como isso interfere na dinâmica dos seus atendimentos, principalmente no tempo que se gasta com essa parte.

Uma outra questão importante relatada diz respeito às metas de atendimento atribuídas aos hospitais privados. Como a remuneração nesses hospitais está relacionada ao número de atendimentos prestados, a cobrança para que se cumpra a meta estabelecida é muito grande. Como Ana nos conta, é o cumprimento dessa meta que irá determinar o bônus pago aos profissionais, que é estabelecido de acordo com o valor do salário. Como o salário dos chefes é maior, maior também será o bônus recebido por eles e a cobrança que exercerão sobre os demais funcionários.

Além da pressão sofrida pelos profissionais, o trabalho por metas pode ter ainda outras consequências, como o deslocamento do poder decisório sobre as prioridades de atendimento do profissional para a instituição. Paula nos conta que no hospital em que trabalha, que é público, é ela quem determina quem irá atender, de acordo com a avaliação que faz de cada caso. No hospital particular, como relatam Ana e Roberta, todos os pacientes do setor precisam ser atendidos, independentemente do julgamento do profissional sobre a necessidade do caso.

Essa falta de autonomia também é relatada por Paula. Ela nos conta que não gostou da experiência de trabalho que teve em um hospital particular porque se sentia submissa, sem autonomia e porque a integração com a equipe médica não era boa. Segundo ela, o reconhecimento dos fisioterapeutas no hospital público é maior, o que lhes possibilita maior liberdade de atuação. Quando isso não ocorre, a chance de frustração do profissional é muito grande, como a de seu colega, que abandonou a fisioterapia. Marisa nos conta um pouco sobre essa autonomia restrita na época em que trabalhou em um hospital privado. Ao

contrário da sua experiência como aprimoranda, citada anteriormente, nesse local, a falta de recursos não era um problema:

Daí, lá, já era totalmente ao contrário, tinha muito recurso. O ventilador é tela plana, né? Canta, dança e representa (risos). Fazia tudo, né? Ligou errado ele já “Tá errado, tá errado!”. Mas, lá, o problema não era falta de material, pelo contrário, o que rolava era dinheiro, né? O importante era ter uma boa enfermaria, né? Então, assim, é um hospital muito bonito. Você olha, assim, quadros, o piso... é um hotel, assim, muito chique. Cafeterias, tal. Então, a pessoa ia lá encantada pela enfermaria, né? A família olhava, falava “Nossa, que lugar bonito pra deixar o meu familiar”. Aí, chegava lá, instalava num quarto, com TV de plasma e tudo mais, mas aí, a questão era dinheiro, né? Quem podia mais, tinha os melhores tratamentos. Então, isso eu achei ruim, me incomodava muito. Teve o caso de uma senhora que era de uma família muito rica, ela teve um aneurisma, e daí ela ficou em coma vigil²⁰, também, já fazia 10 anos. E ela passou por vários hospitais, só que a família dava muito trabalho, então, de um jeito ou de outro eles convidavam a família a dar uma saidinha. Daí, ela foi parar lá e... lá, assim, a família entrava e saía a hora que queria, o marido ia, tomava banho, ficava no quarto de toalha, meio sem noção. E tinha essa parte do preconceito racial, que um dia uma auxiliar de enfermagem foi ajudar na hora que eu precisava mudar de decúbito pra colocar as órteses tudo e por ela ser mulata, ele pediu pra ela sair, mas não justificou, então, não deu pra configurar mesmo um ato de racismo, mas a gente soube depois que ele não queria que ninguém negro cuidasse da esposa dele. Então, tinha essas coisas, né, de o dinheiro falar mais alto. Então, as pessoas que tinham mais dinheiro conseguiam os melhores quartos, se ele estivesse ocupado, eles faziam ficar vago, até conseguir. Então, isso me incomodava muito, assim. De paciente que precisava investir, que teve uma queda e a pessoa falar “Não, só precisa trabalhar melhor o motor, precisa de fisio 2 vezes por dia, mas o convênio dele não era tão bom, e o outro que tava em coma vigil tinha que ficar fazendo fisio várias vezes por dia, que nunca ia voltar, só que... era diferente pelo pagamento. E lá ficavam muitos cuidadores formais, né? Pra você ter noção, o cuidador ganha em média 1.500, 2.000 reais, o cuidador formal. Tinha família que tinha cuidador formal 24h, então imagina a grana que não rolava. Então, eles eram superexigentes, sabe? Tinha que a cada troca de fralda dar banho, sabe? Colocar 8 travesseiros de posicionamento... então, tinham umas frescuras assim que mudava toda a rotina do serviço e que não ajudava de nada, a pessoa não ia voltar, mas a família insistia, tudo, queria que fizesse massagem com hidratante, enquanto que o outro que tava lá precisando de fisio não poderia ter tanto, sabe? Era pra dar uma benzida. Então, isso era complicado. Eles não deixavam isso claro, eles só colocavam que seria melhor ter mais atendimento no quarto x ou y, né? Porque tava mais grave. Na verdade, tava grave mas não era um caso que a fisio precisaria investir tanto, né? A gente avalia clinicamente, você sabe quando que você pode investir ou não no paciente, né? Mas, aí, o caso era que precisava porque a família tava exigindo fisio 3 vezes por dia. Aí, a hora que você falava com o coordenador, ele falava “Ah, mas tenta dar um jeitinho, encaixa esse horário...”, tudo indireto, né? Mas, sugestionando que era melhor seguir as regras do hospital porque você era contratada. Então, eu acabava não tendo muita autonomia, né? Daí eu fiquei muito desgostosa disso, falei “Isso não é pra mim”, aí resolvi ir embora.” (Marisa)

Nesse caso, ficou claro para Marisa que o principal fator determinante de sua prática era a situação financeira do paciente internado e não o seu julgamento profissional. Pacientes que não apresentariam resposta satisfatória ao tratamento precisavam ser atendidos diversas vezes ao dia e os que tinham maior possibilidade de recuperação mas não possuíam muitos recursos, a regra era “dar uma benzida”, como ela mesmo diz. Até mesmo o respaldo aos profissionais fica complicado quando a principal motivação da instituição é a financeira, o que podemos vislumbrar quando ela nos conta sobre a

²⁰ “Diz-se do estado de coma no qual o paciente se mantém de olhos abertos, mas não estabelece qualquer contato com o mundo exterior”. Definição encontrada no dicionário de saúde disponível no site: <http://www2.hospitalsantacruz.com/index.php?mod=paginas&pagina=dicionario&item=b>, consultado em 17/02/2011.

discriminação racial sofrida pela outra funcionária.

Todas essas situações vivenciadas fizeram com que ela deixasse o emprego. E aqui, o problema não foi somente o da autonomia restrita, mas, principalmente, os valores com os quais ela não concordava. Quando visualizamos o trecho a seguir, sobre a sua experiência anterior, no aprimoramento no hospital público, em que ela diz ter gostado de trabalhar apesar de todas as dificuldades, podemos compreender melhor o porquê:

O que era estranho lá, que eu achava ridículo, era, assim... pra marcar consulta, era pela internet ou em terminais automáticos. Só que a maioria dos usuários são idosos, eles não conseguiam marcar consulta porque eles não tem essa sensibilidade... Então, era muito engraçado, porque formava aquelas filas gigantescas, desde às 4 da manhã, e aí a hora que eles entravam no guichê, "Não, o senhor tinha que ter marcado pela internet". O vô não tinha nem telefone! Então, assim, eles tentaram informatizar, uma coisa pro serviço ficar mais ágil, mas, assim, não teve acesso, né? Mas, tinham muitos programas legais, por exemplo, tinha visita domiciliar, que o pessoal da geriatria ia. Então, quando o paciente tinha alta, nós íamos depois de um mês ver se todas aquelas recomendações que a equipe deu eram feitas, como funcionava. Então, a gente ia com uma perua do hospital, ia até a casa, independente de onde fosse, eram sempre lugares longes e bem pobres, visitava... Então, se ele saía com sonda, a gente ia ver se eles estavam fazendo higienização da sonda certinho... Como que ele tava fazendo a comida pastosa, se não tava broncoaspirando²¹, se tava fazendo as atividades... Então, ia a fono, ia a TO, ia a nutricionista... a equipe conseguia fazer essa visita. Era pontual, ia pra ver se tava tudo legal. E tinha o ambulatório de orientação, então, nós tínhamos um grupo de orientação de cuidadores. [...] E a gente dava o curso pra eles sobre várias coisa, né? Como mudar no leito de decúbito, falava sobre oxigênio, alimentação, cuidados com quedas, higienização... então, a gente fazia um curso de 3 semanas [...] Já no nosso ambulatório de quedas a gente fazia orientação quanto a quedas, os riscos, como a família prevenir... a gente fazia avaliação e atendia. E era muito legal. Então lá, eu gostei de trabalhar assim, apesar de o serviço ser uma loucura de corrido. (Marisa)

É possível perceber que o nível de comprometimento de Marisa com os pacientes é grande, assim como a sua sensibilidade em perceber as dificuldades, mesmo as que não dizem respeito diretamente ao seu atendimento, como a questão do agendamento online para idosos. Assim, é fácil compreender porque trabalhar em um local que discrimina (mesmo que implicitamente) os pacientes por razões econômicas tenha sido insustentável para ela.

Mas, retendo-nos ainda um pouco na questão da autonomia, vamos passar agora dessa parte mais externa e decisória (se é que podemos dizer assim), para a parte mais diretamente relacionada ao encadeamento das ações do profissional, à elaboração do seu projeto de cuidado para cada paciente. Em alguns locais, existem protocolos a serem seguidos, como no caso explicitado de Adriana, que podem tolher a liberdade do fisioterapeuta em criar os seus próprios projetos e até mesmo prejudicar a sua interação com

²¹ "Processo em que materiais estranhos às vias aéreas podem atingi-las (por exemplo, em engasgos com alimentos ou secreções)". Definição encontrada no dicionário de saúde disponível no site: <http://www2.hospitalsantacruz.com/index.php?mod=paginas&pagina=dicionario&item=b>, consultado em 17/02/2011.

o paciente.

Lá onde eu trabalho, não. Lá você consegue interagir com a equipe e você tem a sua liberdade pra trabalhar. Então, eu chego lá e falo “Olha, eu quero colocar esse paciente sentado”, “Não, vai lá, Paula. É isso mesmo”, “Olha, eu acho que esse paciente precisa de uma [ventilação] não invasiva, por causa disso, disso e disso”, “Ah, vai lá e coloca”. Coisa que você não vê em hospital particular. Na verdade, você só é mandado em hospital particular “Coloca”, “Não, mas eu acho que não precisa”, “Não, precisa!”. Eles que falam se precisa ou não precisa, e se eles falam que não precisa, você não pode colocar. Aqui, não. Aqui, o médico, às vezes, fala “Ah, não precisa”, mas aí, no outro turno é outro médico, aí você vai lá e coloca, entendeu? (risos) No particular é O MÉDICO DO PACIENTE, entendeu? Então, se o médico falar não, é não. E, às vezes, por exemplo, o paciente não precisa mais de [ventilação] não invasiva, é só sentar o paciente no leito, ou colocar ele pra andar que o pulmão vai melhorar. Não, eles querem que fique aquele protocolo de não invasiva. Você, com a rotina, acaba sabendo o que precisa ou não, né? (Paula)

Assim como citado anteriormente, Paula atribui a falta de autonomia à dinâmica do hospital privado, pela falta de integração com a equipe (pela experiência de trabalho que ela teve nessas duas instituições). Nesse caso, essa falta de autonomia afetava diretamente a sua liberdade em criar o próprio projeto de cuidado para cada paciente, levando-a a seguir um protocolo de atendimento com o qual não concordava. Nos casos a seguir, veremos que há um certo padrão a ser seguido, mas que não chega a ser um protocolo rígido de atendimento que independe da atuação profissional. Inclusive no caso de Roberta, que trabalha em um hospital particular:

Existe um certo padrão de atendimento, não é assim, toda forma aleatória. Mas, os objetivos são parecidos e parece que não, mas acabam ficando assim semelhantes. Mas, a avaliação é constante. Porque como é uma semi-intensiva, tem hora que o paciente desestabiliza a parte respiratória, então, não tem como ser uma conduta, né? Você avalia e trata naquela hora, conforme estiver o paciente. A parte motora, o mesmo jeito. Existe um padrão, mas é um padrão até que lógico, as coisas são bem discutidas, o que nós fazemos, o que cada uma faz com o paciente, teoricamente, a outra tem que dar continuidade... Mas, tem uma abertura pra você discutir o caso do paciente, sabe? É, eu to acompanhando ele, por exemplo de manhã, a outra pessoa tá à tarde, mas eu posso conversar com a outra pessoa, ela comigo, a gente traçar um tratamento, assim, “Vamos fazer tal coisa!”. Então, tem essa liberdade, é uma forma gostosa, não é um método rígido, assim, tem que fazer isso e acabou... Pelo menos na área que eu estou! Em outras áreas, não. Existem protocolos. Em cardio, por exemplo, é uma área que eu tenho certeza que tem protocolo. As pessoas de cada dia de pós-operatório, de cada coisinha, tem, assim, um padrão a ser seguido. Aí, não tem muita discussão, não. [...] Quando eu trabalhei no ambulatório municipal, eu acho que eu não tinha... muito conhecimento pra pôr em prática, então, eu acho que não era a melhor coisa, mas, eu tinha total liberdade pra poder fazer aquilo que eu achasse que conviesse com o tratamento. [...] o paciente era avaliado por mim e seguia comigo o resto do tratamento. Aí, isso não era alterado, não. Era eu que continuava do início ao fim. Isso sim, isso mantinha. O problema é que eram muitos, né? No mesmo horário não dava... Não consigo! (risos) É demais, é muito rápido... Não dava pra ver... (Roberta)

Mas durante os meus atendimentos, com a minha própria agenda e tal, eu tenho bastante liberdade, então, eu avalio o paciente, eu traço o tratamento, não tem nenhum protocolo que eu tenho que seguir, não tem nenhuma, é, restrição... é bem tranquilo quanto a isso. Meus horários também lá, eu passo a minha agenda e eu me organizo, então é... Diferente da outra onde eu trabalhava, que era a que eu trabalhei da parte estética, que era mais complicado porque tinha um protocolo e tinha um... você tinha que cumprir aquele horário [...] Agora eu tenho mais liberdade, então eu consigo estabelecer meu tratamento, né? E o legal também é que a gente acaba trabalhando em conjunto, por ser multidisciplinar. Aí a gente troca muitas ideias. E nos outros atendimentos também, nos particulares, porque aí realmente, sou eu que faço, eu que

estabeleço. É... na empresa já é um pouquinho mais... tem que seguir... né? Ainda mais por se tratar da quick [Quick Massage], já tem um padrãozinho, né? Apesar também, que cada pessoa é uma pessoa, né? Então, por mais que seja um padrão, cada pessoa que você vai atender é diferente, então você já vai pegando meio que o jeito da pessoa, como que ela gosta, onde que você pode mexer mais, onde, às vezes, você não pode mexer, porque a pessoa tem alguma patologia, alguma coisa assim, mas você tem um certo padrão que você tem que seguir. (Vanessa)

A gente tem uma liberdade... uma liberdade, é... assim... eles sabem que a gente muda, a Dona Lucia sabia que a gente mudava, que eu não seguia muitas vezes 100%, mas, assim, a filosofia da Dona Lucia era 'A pessoa tem que sair bem, levando meia hora ou levando 3 horas, tem que sair bem! Então, use o que você tiver de recurso'. Isso é bom. É aquela coisa, quando a pessoa vai pela primeira vez, eles gostam que a gente siga a sequência pra pessoa conhecer [...] Só que, assim, a pessoa chega com dor, não dá pra seguir essa sequência. Eu abandono a sequência, ainda mais quando é cliente que já conhece, eu falo "Olha, eu não vou fazer a sequência normal, eu vou fazer o que eu acho melhor", daí, eu faço alongamento, faço pompagem, né, eu faço traço [técnicas de terapia manual]... daí vem a parte de fisio mesmo, porque acho que aí que eu começo a aliar uma coisa à outra. [...] Então, as pessoas compram um pacote de tempo, é um tempo pré-determinado, por exemplo, uma hora. Mas, se a pessoa chega lá, tá com dor e compra meia, a gente conversa e fala "Vamos aumentar o tempo". [...] Só que aí, vai da pessoa querer pagar, então a gente tem que conversar. Quando a pessoa chega com muita dor, ela topa qualquer coisa, porque quer sair bem. Só que essa é uma conversa que você tem que ter com a pessoa... quem acaba decidindo, na verdade, é a gente, porque a pessoa acaba confiando. Mas, o padrão, é uma hora de massagem. [...] A minha sequência é a minha sequência, a sequência da minha colega é outra, porque, além da sequência, muda a mão. (Rita)

Nos primeiros meses, o doutor que traçava a conduta. Eu nunca concordei, nunca concordei... Falava "olha, não tá certo isso, não pode traçar conduta". Aí, hoje em dia, eu sei que ele é assim, eu não escuto. Ele fala que quer que eu faça isso e aquilo, assim assado e eu digo "Ah, beleza". Eu acho assim, é mais pelo paciente, porque ele (o doutor) confia em mim. [...] Eu discuto muito com o doutor os casos, ele é bem aberto, assim. Ele é chato pra outras coisas, mas pra discussão ele é aberto. Ele explica o porque que não pode liberar tal coisa, porque ele que faz a cirurgia, né? E a gente não acompanha a cirurgia, mas a gente discute o que vai ser feito, como é que vai ser a reabilitação, quais são os problemas. A gente conversa muito sobre isso. Do tipo: "Ah, Teresa, não concordo por causa disso disso e disso, mas por que você acha que tem que ser assim?" Aí ele me ouve. (Teresa)

No caso de Rita e de Vanessa, referente à massagem, há uma sequência própria da técnica utilizada. No entanto, elas mesmas reconhecem que essa sequência é maleável e se configura na interação terapeuta-paciente, na realização "em ato" da massagem, uma vez que há que se considerar as particularidades de cada indivíduo envolvido.

No entanto, e isso é algo peculiar da clínica de massagem, quem determina o tempo da terapia aqui (pelo menos a princípio), é o paciente. O tempo de massagem é comprado, o que funciona quando o objetivo é o relaxamento. Quando entra no campo da reabilitação, quando a pessoa chega com dor, esse tempo precisa ser negociado de acordo com o que o profissional necessita para tratar. Mas, como ela diz, depende do paciente querer pagar o tempo adicional, e não somente do fisioterapeuta em constatar a necessidade desse tempo extra.

Rita reconhece que, apesar de teoricamente precisar seguir a técnica pré-

determinada, se o paciente chegar com dor, a sequência é abandonada e ela estabelece um novo tratamento, de acordo com o que achar conveniente. Para Teresa, apesar de o “doutor” estabelecer a conduta a ser seguida, ela admite que a ignora e realiza o seu atendimento. No caso de Roberta, por se tratar de uma unidade semi-intensiva, o paciente precisa ser constantemente avaliado e a conduta a ser tomada depende da decisão do profissional no momento dessa avaliação. Não há, portanto, como haver protocolos fechados nessa situação²².

Em algumas situações, a padronização do atendimento se impõe porque o paciente não será atendido exclusivamente pelo mesmo profissional:

No home care, é meio padronizado, você não pode mudar muita coisa, porque não é seu paciente particular, então... Ele é seu paciente naquele momento, mas se eu precisar amanhã não ir, vai outra pessoa lá. Então, tem que ser padronizado. Por que? Porque a pessoa já vai saber mais ou menos o que fazer. Se você chegar lá e fizer uma técnica, a paciente está com dor nas costas, a gente pode alongar no máximo, sabe? Agora, “Ah, vou fazer uma técnica que eu sei de osteopatia”... Eu não vou poder fazer. Por que? Porque, se no outro dia for a outra pessoa lá, ela não vai fazer. Ela não vai saber fazer. E aí, o que vai acontecer? Esse paciente vai ligar na empresa e falar “Ô, só quero essa pessoa, ela é melhor”. Mas, não é que ela é melhor... Para o estilo da empresa, você tem que fazer aquilo, padrão. Então, isso é ruim. Não é seu paciente particular, isso é ruim. É um padrão. Você tem que fazer mais ou menos a mesma coisa, se muda uma coisinha ou outra em exercício assim, você não pode entrar com técnicas novas, entendeu? Se não, eles comparam. [...] Eu atendia um casal que parou de fazer agora porque ele vai fazer uma cirurgia. Mas, eles queriam o meu telefone, para eu atender particular, mas não dá, né? É anti-ético da minha parte. Eles queriam continuar tratando comigo, só que não pela empresa. Eles tem o meu telefone, mas eu falei que não podia atendê-los, entendeu? Porque seria anti-ético. Mas, você se apega. Eu gostaria de atendê-los, mas jamais faria isso. (Ana)

Nesse caso, a intermediação da empresa inibe a personalização do cuidado. Como Ana diz, o paciente não é “dela”, mas “da empresa”. Se ela não puder comparecer na sessão seguinte, o tratamento precisa ser continuado por outro profissional que, eventualmente, ela nem conhece. Por isso a necessidade do atendimento padronizado, o qual ela compreende mas não acredita ser ideal. A autonomia em continuar atendendo o paciente fica, nesse caso, tolhida pela vinculação à empresa.

Em muitos locais, o paciente não é acompanhado por um fisioterapeuta específico, sendo tratado pelo que está disponível no momento, como podemos observar nos relatos a

²² É importante ressaltar que não se refuta aqui a utilização de protocolos na terapia. Em alguns casos, o seu uso é necessário para se garantir um padrão de atendimento. Tampouco se deseja condenar a padronização e hastear a bandeira da anarquia nas condutas fisioterápicas. Se assim fosse, não faria sentido se graduar em qualquer profissão que seja, já que não seria preciso seguir nenhum conhecimento previamente estabelecido. Um certo padrão de atendimento é necessário, até mesmo para se garantir a qualidade. A preocupação que existia desde o início desse trabalho, quando ele ainda era uma centelha de inquietação numa cabeça inconformada com o andar da fisioterapia, era sobre o pensar, o refletir e o agir do profissional diante de protocolos existentes. No caso narrado por Adriana, a impressão era que ninguém refletia sobre qualquer coisa que fosse naquela clínica. O protocolo era seguido isento de julgamento do profissional que o aplicava. Acredito que aqui esteja o problema, mas, sobre esse assunto, discutiremos mais adiante.

seguir:

[...] não tinha paciente de ninguém, a não ser quando a pessoa falava assim “Ah, não, eu quero ser atendido só por ela” [...] esse negócio de ficar passando de mão em mão, eu não gosto, porque você tem que seguir uma coerência, né? Apesar de você anotar, não é todo mundo que tá na mesma sintonia que você, que você sabe que tem que fazer isso, fortalecer isso, fazer isso e fazer aquilo. Tinha um ou outro paciente só que a gente acompanhava, mas, na maioria das vezes, era quem estava disponível, entendeu? Era isso. Aí, eu... eu não gosto muito disso, porque eu acho que você tem que ter uma continuidade no tratamento. (Adriana)

Em algumas unidade lá dentro, funciona assim, cada pessoa tem o seu lugar fixo, aí acontece de você acompanhar toda a evolução do paciente, mas, isso nem sempre é possível. Eu acho bom você acompanhar, né? Você já conhece o paciente, já sabe, eu acho que você evolui mais rápido do que ficar mudando toda hora... exceto quando você tá muito cansada! (risos) Como o ritmo é puxado, se você ficar com um paciente, assim, que demanda um tempo gigantesco, se você não trocar, você não vai aguentar também, né? Não aguenta mesmo. (Roberta)

Tem cliente lá que tá há muito tempo, tem uma turma lá que vai sempre e, aí, eles já conhecem a sequência, né? Mas, geralmente, é um pessoal que não tem preferência. Você pode ligar lá e falar “Olha, eu quero fazer massagem com a Rita”. [...] A pessoa pode escolher ou não, ela que sabe. [...] às vezes a gente fala “Volta daqui a tantos dias”, alguns voltam, outros não. Porque tem isso, as pessoas, quando tem dor, vão. Quando não tem dor, não vão. Só que às vezes, assim, muita gente chega lá, eu falo “Olha, Fulano, a musculatura soltou, mas você tem que voltar. Volta daqui uns 3, 4 dias” [...] Mas, poucos voltam... pouquíssimos. Depois aparece e fala “Nossa, eu tô ruim!”, aí eu falo “Tá vendo? Eu falei pra você voltar naquele dia”, “Ah, é verdade, é verdade...”, mas depois a pessoa não volta de novo... (risos) Porque é assim... as pessoas, quando tem dor, elas lembram, quando não tem, esquecem... Na fisio é normal isso... A não ser que você predetermine “Olha, você vai fazer 10”, e a pessoa já pagou os 10, aí ela volta pra fazer. Agora, se ela pagou 1 e você fala que tem que voltar na semana que vem... “Ah, tô bem!”, nem lembra, na verdade, que foi na semana anterior. (Rita)

O não acompanhamento do paciente pelo mesmo profissional pode ser algo complicado na medida em que deixa de haver continuidade no tratamento, como nos diz Adriana. Em algumas situações, entretanto, esse procedimento é bem vindo, como explicita Roberta, no caso de um paciente hospitalar que demande um grande esforço físico do terapeuta e bastante tempo para ser atendido. Nesses casos, o rodízio de profissionais parece funcionar bem. Nos demais, há o problema do vínculo que se deixa de criar com o paciente.

No caso da massagem, o atendimento é pontual porque não se trata classicamente de um tratamento. Quando o objetivo é tratar, normalmente é necessário dar continuidade à terapia, mas, muitas vezes, o paciente não retorna no tempo devido. Faz sentido. Rita nos diz que ele provavelmente sentirá uma melhora nos dias subsequentes. Por que ele haveria de retornar ao local que lhe retira a dor se não sente mais o sintoma e ainda precisará pagar por isso? Na verdade, a sequência de tratamento na fisioterapia funciona quando o paciente entende o motivo pelo qual precisa continuar tratando e, sobretudo, confia no profissional. A confiança aparentemente ocorre quando se estabelece o vínculo, o que demanda um certo tempo de convivência. Talvez esse seja o maior problema do não acompanhamento do

paciente pelo mesmo profissional.

Além disso, há a questão da interação profissional-paciente. E, nesse momento, passamos para a terceira questão enunciada no caso de Adriana citado anteriormente.²³ Quanto maior o vínculo criado, mais facilmente se interage com o paciente, facilitando a investigação do caso e aumentando as chances de sucesso do tratamento proposto:

Geralmente, a pessoa chega com uma queixa, e aí, quando chega com queixa, a gente vai investigando, né? Eu, pelo menos, investigo. A pessoa fala “Ah, to com dor cervical”, tá, tem gente que pega e fica por aí. Eu pergunto “Mas, como é o seu travesseiro? Você usa muito o computador? Você dorme em que posição? Você tem dor de cabeça? Você tem problema de ATM [articulação têmporo-mandibular], bruxismo?”, porque às vezes, é uma coisa de um fundo maior, às vezes, a pessoa não tem nada... Tem uma pessoa lá no ambulatório da faculdade, teve uma pessoa lá que teve um acidente de carro há 15 anos atrás e, por causa do chicote, desde então ela tinha dor na cervical, ombro e começou a ter dor no punho, só que ela era auxiliar de enfermagem, e aí aquilo começou a incomodar. Foi descobrir que, na verdade, aquilo era tudo por causa daquele acidente há 15 anos atrás, que tinha prejudicado a cervical dela e até então não estava resolvido. [...] eu vou fazendo massagem e vou conversando com a pessoa pra, também, até definir o caminho que vai ser, né? [...] E aí, eu to assim, o cara chega com dor, aconteceu outro dia isso... o cara tava com uma dor no quadril, só que assim, na região da frente do quadril, aí ele começou a falar que tinha dor, não sei o quê... Aí, eu perguntei “O senhor tem dor lombar?”, “Tenho”, então é isso... A dor lombar dele era tão... a rotação do quadril era tão grande que a biomecânica do quadril tava toda desregulada... Então, o [músculo] ileopsoas dele tava tão encurtado... e ninguém sabia disso. Ele ia toda semana no hospital e o médico não descobriu. E ele não conseguia andar... é uma pessoa obesa, né? E ele não sabia o que que era, era uma contratura de ileopsoas... SÓ! Queriam levar ele pra cirurgia, imagina... Fiz uma semana de fisio, trabalhei com ele, fiz massagem... Na semana seguinte ele voltou e falou “Olha, eu to andando sem dor”, então assim, sabe? Só que aí descobriu que aquela contratura também tava encobrindo uma artrose, uma artrose de quadril. Eu também já tava suspeitando... Um senhor obeso, de 70 e tantos anos... não sendo uma osteoporose, tá bom. Ele nunca mais voltou no médico! E médico gosta de dar uma flocada, ninguém pensa no mais simples, isso que eu acho... E o fisioterapeuta, que lida no dia a dia, é quem percebe, né?(Rita)

É... o médico dizer que o cara tá com bursite e, sei lá, em 10 sessões, na sétima, oitava sessão o cara não melhorava absolutamente nada, eu falei, sério, eu devolvi o dinheiro pro paciente, falei “Olha, seu Hugo – não me esqueço, se Hugo, seu dinheiro tá aqui de volta e... você não tá com bursite, tem alguma coisa errada, pode voltar no médico... E o cara tava com o tendão totalmente rompido, ele tinha que fazer uma tenorrafia total. Entendeu? Era cirurgia, ele não ia melhorar. Ele podia fazer fisioterapia pelo resto da vida... mas bursite não era, entendeu? [...] E o cara voltou! O cara voltou depois da cirurgia pra se reabilitar comigo, isso pra mim não tem preço que pague, assim... E ele, inclusive, me indicou pra várias pessoas. Erros médicos, assim, coisas extremamente irritantes, é... pessoas de achar que vai fazer cirurgia pra síndrome do túnel do carpo e a mulher tava com... a gente descobriu tratando ela, falei assim “Olha, tô achando que o seu problema tá no pescoço, sabe? Tem um trajeto enorme aí de dor, não tá só localizada, tem alguma coisa errada”. E ela tava com hérnia cervical. Então, são casos assim que marcam pra caramba, porque o paciente fica, tipo, você ganha ele pro resto da tua vida, né? Não tem... não tem preço pro paciente, né? Ele ia fazer uma cirurgia e saiu da cirurgia, ou ele não ia fazer a cirurgia e nunca ia melhorar, entendeu? Coisas assim. São casos que me marcaram bastante, assim. (Mariana)

Esses casos dificilmente seriam solucionados, ou pelo menos corretamente tratados, se não tivesse existido interação entre o profissional e o paciente. Algumas vezes, isso ocorre com pacientes que já passaram por várias outras experiências de fisioterapia sem

²³ Só para lembrar, a ordem das questões é meramente ilustrativa e, como é possível verificar, não está sendo seguida. Os assuntos se inter-relacionam, por isso a dificuldade em colocá-los na ordem enunciada.

sucesso. Talvez, muitos deles, se não tivessem chegado até essas profissionais e tivessem feito tratamento somente em uma clínica como a que Adriana trabalhou, desacreditariam das possibilidades de obtenção de sucesso prático da fisioterapia. Adriana, que não aguentou trabalhar na clínica citada por mais de uma semana, ressalta a importância da conversa com o paciente:

[...] você tem que conversar, você tem que... você tem que ter o contato. “Ah, e aí, o que você fez? O que você tava usando?”. às vezes, a pessoa do nada solta um “Nossa, eu comprei um tênis novo, nossa, mas ele é tão bonito, não sei o quê...” “Como que é esse tênis?”. Aí, você vai ver... pô... (risos) Sabe? Você tem que perguntar, você tem que falar, não é só aquelas coisas de... que... igual em convênio, sabe? Que é sistema relógio, você vai lá “Onde tá a sua dor?” “Aqui”, coloca lá o aparelho, aí você sai, de repente toca o sininho, toca o despertador. Aí, você vai lá, tira, a pessoa vai pra outro aparelho. Você não sabe nem pra quê que você tá usando, não sabe nem o que a pessoa tem... entendeu? Quanto mais descobrir a causa do problema da pessoa... não vai. Entendeu? [...] É... você ver, avaliar direitinho o que que aconteceu pra pessoa tá... de repente, tá fazendo as mesma coisas, de repente a pessoa começa a sentir dor no joelho, entendeu? Fez todos os exames e não tem nada, deu tendinite, tendinite no joelho, por que? “Sempre corri tantos quilômetros todos os dias faz cinco anos”, alguma coisa mudou... ou foi o calçado, ou foi sola, mas, aí, você só vai perceber conversando com ela... (Adriana)

O interessante é que quando ela fala do convênio, está falando de sua própria experiência, em que não era possível sequer conversar por mais tempo com o paciente. Naquela situação, pudemos perceber o que foi o segundo problema enunciado, o da terapia baseada nos aparelhos. É como se a falta de interação do profissional com o paciente abrisse espaço, também, para a sua substituição pelo equipamento.

Esse problema foi pouco referido pelas entrevistadas, pelo menos não espontaneamente. Mas, quando questionadas sobre esse assunto, a maioria disse utilizar pouco ou nenhum aparelho:

O único equipamento que eu uso, raríssimas vezes, é o ultra-som. Primeiro, porque eu me especializei em terapia manual, não precisava de equipamento. O único aparelho que eu comprei foi um ultra-som. E um TENS, na época. Mas, os pacientes detestavam. Assim, depois que você faz uma massagem, por exemplo, é óbvio que as pessoas vão preferir uma manipulação do que ficar no TENS. Raríssimo quem gostava, raro, raro quem gosta de ficar no TENS. Inclusive, os pacientes se sentem, pela oportunidade de atender com terapia manual, eles vendo esse tipo de efeito, terapia manual, exercício, um outro enfoque, eles se sentem extremamente enganados quando você coloca, o cara vai pagar, ou até vai perder uma hora do dia dele pra ir lá fazer fisioterapia e ele vai ficar 20, 30 minutos num choquinho, por exemplo. E depois vai passar um ultra-som, e depois vai enfiar o cotovelo no gelo, e depois vai, sei lá, enfiar o cotovelo num emplastro. Eles não são bestas, eles se sentem extremamente enganados. Eles fazem isso porque é melhor do que nada, dizer que não melhora nada, melhora, mas... demorado, mais chato, né? Então, eu não trabalho com aparelho. É o ultra-som, no máximo. (Mariana)

O aparelho eu acho que ajuda muito em casos extremos, por exemplo, em quem tem dor, e pra ajudar no processo cicatricial. Então, quem tá com dor aguda, assim, ele serve muito bem. É... quem não tá com dor nenhuma, eu acho que ele não vai fazer diferença nenhuma, não vai fazer mal, mas também... Por exemplo, quem não tá com dificuldade de andar, é... quebrou a perna, a pessoa tá com dificuldade de andar e sente a perna presa, aí, não tem porque você fazer o aparelho, né? Você tem que usar a mão, você tem que usar exercício, tem que usar fortalecimento, tem que usar cinesio. É... o aparelho, eu acho que ele é um auxiliar, ele não... ele

não vai tratar o paciente, fora raras exceções, tipo úlcera, essas coisas, na grande maioria dos casos que vem pra gente na clínica, é, o aparelho é só um auxiliar seu. (Adriana)

Eu acho que o aparelho auxilia. Não é o fundamental. Você tem muita coisa pra fazer mesmo sem ter nada nas mãos, né? Dá pra criar muita coisa... Mas, ele ajuda, né? Ele ajuda, com certeza. (Roberta)

Uso mais o ultra-som. Eu tenho um. Eu uso mais pra potencializar... Mas, eu não troco a mão pelo aparelho. Eu acho que a mão é bem mais importante. Eu uso o ultra-som mais em se tratando da parte de estética, pós-operatória assim, pra dar uma potencializada, uma avançada, uma acelerada no processo, né? Mas não troco, assim, se for pra escolher, eu acho que não... A parcela é bem menor aí do aparelho. Eu prefiro a mão mesmo. (Vanessa)

O que a gente usa mais é a parte de pilates, de equipamentos, a gente usa as bolas, né? E toda a parte de eletro que a gente acha necessária. Nós usamos muito terapia manual. Então, a gente, na verdade, o nosso foco de analgesia é justamente tirar a dor com as mãos. (Cláudia)

É só mão e agulha, agora. (risos) Ah, e bolsa de água quente, às vezes, pra soltar um pouco a musculatura. (Rita)

O aparelho é referido como um auxiliar do fisioterapeuta no tratamento, e não o contrário. No caso de Rita, que começou a trabalhar com acupuntura, ele não chega nem a ser utilizado. Há alguns casos, entretanto, em que o paciente demanda esse recurso. Muitas vezes, por ter sido atendido anteriormente com o uso excessivo de aparelhos, é como se ele tivesse criado uma certa dependência dessa tecnologia:

Mas, acaba criando uma certa dependência, com certeza! Em muitos, muitos. Nem entendem o porque estão fazendo, mas se deixar de fazer, eles já criticam, sabe? Que a pessoa fez e você não fez, sendo que nem tem tanta função assim. Que nem a prancha²⁴, tem pacientes que vão pra prancha, mas tem condições de ficar em pé sozinhos. Então, pra quê usar a prancha, entendeu? Mas, ele não entende isso, não vê isso. Acho que é por aí... Tem que explicar pra ele, o que é a prancha, pra quê ela serve, que ele já está num estágio melhor, isso é melhor pra ele, não vai precisar mais daquilo. Então, até onde ele precisou, aquilo foi bom, mas que, agora, é desnecessário. Mas, não com essas palavras, assim, tão diretas, né? (risos). Se não, ele vai falar assim "Então, por que aquela pessoa fez?". Tem isso também, né? É uma coisa assim, as pessoas adoram, né? Tem muitos que pedem TENS mesmo não tendo dor nenhuma, só porque gostam da sensação, acho, de choquinho, falam "Ah, você não vai colocar aquele?" "Mas, tá doendo?" "Não tá. Ah, mas põe!" (risos). É por aí. Vários são assim. É gostoso, né? (risos) (Roberta)

Eu já tive uma paciente que eu peguei de uma outra fisioterapeuta e ela estava num quadro mais agudo assim de dor de quadril, joelho, e aí quando eu cheguei a primeira coisa que ela perguntou foi "Ué, mas você não trouxe aquele aparelhinho?" Porque a outra fisio estava acostumada a usar todos os dias aquele aparelho. E aí eu falei "Não, mas eu nem conheço a senhora ainda, primeiro a gente vai conhecer pra ver, tal e se for necessário, a gente coloca o aparelho" E aí, a fase que eu peguei ela já não era mais tão necessário o aparelho, né? A fisio pegou numa fase bem mais aguda, então, provavelmente por isso que ela usava. Mas, eu senti que ela ficou meio assim dependente. E aí, eu comecei a trabalhar, não levei o aparelho, comecei com exercícios e tal e ela foi percebendo que... Aí hoje mesmo ela comenta "Nossa, a gente nem usou o aparelhinho, né?" Não precisou, entendeu? [...] Aí, eu tento explicar que o aparelho é só coadjuvante, né? Se você fizer só o aparelho também e não fizer o resto, o resultado não vai ser também 100%. Eu, pelo menos, vou por essa linha (Vanessa)

Mas, às vezes, o paciente chega pedindo o aparelho, porque, na verdade, a fisioterapia, principalmente a fisioterapia de convênio e SUS, todo mundo põe choquinho, né? (risos)

²⁴ Prancha ortostática – é uma espécie de maca com cintos para prender o paciente e colocá-lo em pé, muito utilizada em pacientes que não conseguem mais ficar nessa posição.

Choquinho, “Ai, aquele choquinho era uma beleza!”, outros não gostam e perceberam com a gente que não é a eletro, na verdade, que faz a melhora neles, e, sim, os movimentos, os exercícios, ou mesmo as manipulações que a gente faz pra ganhar um realinhamento corporal, né? Então, foi... isso eles já perceberam. Ganharam uma consciência corporal a ponto de falar assim “Nossa, realmente, aquilo lá não me ajudou. Foi um paliativo para eu conseguir realizar um movimento naquele momento, mas não foi a... solução para os meus problemas”, entendeu? (Cláudia)

Em todas essas situações narradas, a dependência dos pacientes em relação ao aparelho foi facilmente contornada pelo diálogo que se estabeleceu com o profissional, pela explicação das necessidades ou não daquele recurso. Teresa nos conta como é a sua conduta com relação a esse assunto:

A primeira coisa que eu faço quando o paciente chega: eu não coloco o aparelho, eu avalio. Aí falo “Nossa, tá vendo que tá duro, tá vendo que tá assim? Tá vendo essa dor? A gente vai fazer o aparelho por causa disso, disso e disso. Mas antes, vamos mobilizar, vamos alongar pra ver se alivia, mas daí eu vejo “Tá vendo, não soltou. Você tem feito tal alongamento, você tem feito tal coisa?” Daí, eu vou cobrando já, sabe? E aí, dependendo da necessidade, eu coloco, mas eu explico o porque, senão ele acha que eu to fazendo aquilo pra ganhar tempo [...] Daí, eu explico o porque eu to usando aquele aparelho “Ah, esse daqui, tá vendo, é como um anti-inflamatório.”, eu explico porque que tem que colocar. Aí, por exemplo, na primeira sessão, eu já explico “Olha, você tá com dor aqui, aqui e aqui. Eu sempre avalio e falo “Olha vamos fazer abdominal. Tá vendo que tá fraco? Deita de bruços de novo, então a gente vai fazer um C.I.V. [Corrente Interferencial Vetorial]. Pra quê? Quando a gente tem dor – eu explico tudo – dá uma inibição profunda, então a dor tem que sanar, antes da gente fazer um exercício físico.” O C.I.V. é a corrente interferencial, ele é anti-inflamatório e analgésico, ele libera beta-endorfina, então, é importante fazer, então, tirando a dor, você diminui a incapacidade da pessoa, diminui a atrofia muscular. Então, você tem que explicar isso, senão ela acha que vai ser sempre assim, que vai fazer choquinho, choquinho. E tem que explicar a importância da pessoa fazer em casa o gelo, o calor. Teve até uma vez que “Ah, eu não fiz o gelo.”, “Mas por que você não fez o gelo?” e “Ah, porque eu não tenho tempo e tal”. “Mas, olha, tá vendo que tá inchado? O gelo é um anti-inflamatório natural.” e “Ah, é? Então vou fazer”. Isso faz diferença na orientação. Então, quando você faz o aparelho, porque a fisio tá muito associada com o aparelho, só faz aparelhagem. Mas, é muito importante ter o aparelho, só a mão não dá jeito. Diminui a dor, então você consegue fazer mais exercício, você melhora a reabilitação, a perfusão sanguínea. Aí, tudo você tem que explicar, se não a pessoa vai achar que você só é máquina, não vê a importância do fisio por trás. Só dá macaco, né? E a pessoa passa a te respeitar. [...] Então você explica e a pessoa aceita. Não acha que é uma pura coisa mecânica pra passar o tempo e pagar mais, sabe? Que tá postergando a reabilitação... (Teresa)

[...] eu acho que ele ajuda, é um auxiliar, mas se algum dia eu falar “Olha, o aparelho tá com problema, mandei ele pra manutenção”, ninguém – isso já aconteceu – ninguém chiou. Falou assim “Ah, não tem problema, vem aqui, não tem problema nenhum”, entendeu? Não tá me substituindo...(Adriana)

Como nos fala Teresa, a explicação é necessária para a pessoa reconhecer a importância do fisioterapeuta por trás da tecnologia, daquele outro indivíduo, e não achar que está sendo tratada somente pelo recurso tecnológico. Quando essa interação se estabelece, quando há diálogo, fica claro - para ambos, terapeuta e paciente - que o aparelho não substitui o profissional. Essa ressalva é importante porque é possível imaginar que em uma situação onde o diálogo não se estabelece, corre-se o risco do próprio profissional se sentir um pouco máquina também.

Em algumas situações (como no exemplo de Adriana), o encontro entre terapeuta e paciente se mostra tão mecanizado e tão automático que não parece um exagero pensar nessa possibilidade. E o pensar-se, sentir-se, agir como máquina torna facilmente esquecível ou ignorado o comprometimento com o outro sujeito ali envolvido na ação. É como se a impessoalidade do cuidador dificultasse o reconhecimento, por trás da ação, do outro, aquele que é cuidado.

No relato de Teresa, abaixo, podemos perceber como o seu olhar mais sensível em relação aos seus alunos de pilates transformou a atividade inicialmente mais voltada para o condicionamento físico somente, em reabilitação:

No início, eu pensava assim “Ah, as pessoas só querem fitness, né?”. Mas, aí, eu comecei a atender em alguns horários, umas pessoas bem fraquinhas, velhinhas, e aí, eu comecei a tratá-las com reabilitação. Então, assim, trabalhava transverso [músculo abdominal], aqueles princípios de estabilização segmentar, que falam que é pilates reab [reabilitação], eu comecei a voltar mais pra isso, e começou a ter assim “Ah, fiz tal aula de tal professor e to com dor nas costas” [...] Não tem tanto esse cuidado... Eu vejo isso, sabe? Então, pô, não é porque a pessoa paga barato que eu vou cuidar mal dela, entendeu? Tipo, eu ganhava 12 reais por aluno. Por sala, se a minha sala estiver cheia, eu ganho 48 reais. [...] Então, assim, tipo, tá, não é muito justo... é... o valor é muito baixo, né? Só que assim, se você atender a pessoa pensando que ela tem problema, que ela não pode fazer qualquer coisa, pensando nisso, não só no dinheiro... foi assim que eu enchi a minha agenda. Porque eu comecei a fazer isso, sabe? Pô, ganhar 12 reais pra dar aula pra um aluno, eu dava aula pessoal “Cuidado, veja isso...”. As pessoas começaram a melhorar e começaram a me indicar. E a minha aula é toda cheia agora, das 15h às 21h. Então, assim, isso que eu acho que falta na fisio hoje [...] eu falava assim “É pouco, mas já que eu me comprometi a assumir isso, eu vou ter que ir até o final”. E não vou tratar mal uma pessoa, atender pouco, não usar a minha mão pra soltar o músculo porque eu ganho pouco, não vou tratar mal porque eu ganho pouco”. Eu trato tudo muito bem e igual e uso a mão, não fico lá no therband [faixa elástica] segurando e falando no celular, tem gente que fazia isso lá no consultório do doutor. E as pessoas melhoram, e elas te recomendam. Hoje tem gente indo lá por recomendação de outras, “Ah, tem a fisio Teresa lá”, só que tem que passar pelo doutor. Então, as pessoas estão começando a fazer fisio lá, por causa de... por causa de mim. Não estou me gabando, pelo amor de Deus, mas sabe, falta isso no fisio... Falta isso, sabe, comprometimento... Sabe? Pensar que tem outra pessoa ali por trás, sabe? Que tá pagando caro pro doutor, eu to ganhando pouco, mas ela tá pagando caro. Porque aí, sabe, aí é que ergue o nome da fisio. Porque tanta gente chega lá: “Ah, já fiz tanta fisio e não melhorou”, “E o que vc fazia?”, “Ah, só choquinho!”, não fazia mais nada. Nossa, todos os pacientes chegam lá assim. Tem um paciente meu, particular, que eu vou todo dia na casa dele, né? Ele fez muita fisio e ele nunca melhorou. E ele vai pro pilates, paga caro pra caramba e a menina só alonga ele. Eu falei assim “Isso é um absurdo, o senhor não pode... Não é assim o pilates!”. Sabe, essas coisas? Muita picaretagem... Que falam que fisio não funciona, mas é porque é mal feita, sabe? Eu fico muito brava! (Teresa)

O comprometimento sobre o qual fala Teresa é o compromisso com a outra pessoa presente naquele encontro, é também a responsabilidade com a profissão. Pelo que ela nos conta, não está satisfeita com a sua remuneração e não a acha justa, mas como assumiu aquele compromisso, não deixará de cuidar do seu paciente com todos os recursos que possui para isso. O comprometimento, portanto, vai além das circunstâncias em que se encontre o profissional naquele momento.

A propósito, cabe deixar aqui um pouco de lado o termo “profissional”, pois o

comprometimento que se estabelece nesse caso, extrapola os limites da profissão e diz respeito mais à pessoa envolvida, no caso, Teresa. As contingências de sua vida que a levaram a adotar um comportamento cuidador mais comprometido se iniciaram muito antes de ela se graduar fisioterapeuta.

Somente para lembrar um pouco de sua trajetória, ela nos contou anteriormente: “*Ah, e eu sempre gostei de cuidar, né?*”. Essa fala foi natural, logo no início da entrevista, quando a pergunta foi sobre o que a tinha levado a escolher a fisioterapia como profissão. Quando questionada sobre o porquê desse “gostar de cuidar”, ela não soube explicar muito bem, mas disse que sempre foi prestativa, gostava de se relacionar com as pessoas e ficava feliz em poder ajudar em tudo, não só na saúde. Disse também que esse comportamento provavelmente tinha a ver com a influência da comunidade nipônica (ela é descendente de japoneses), em que desde criança você é doutrinado a ajudar as pessoas.

Não imaginamos, contudo, que o seu projeto de felicidade fosse desde sempre adotar um olhar mais comprometido e reabilitar senhoras fraquinhas que frequentassem a sua aula de pilates, mas não podemos negar que as contingências de toda a sua existência, até mesmo da cultura oriental presente na sua família, a levaram a construir, na interação com aquelas senhoras, o desejo por oferecer algo mais do que só a aula padrão do pilates.

Isso porque, o projeto de felicidade, como vimos, não sempre foi, mas o é, construindo-se a cada nova experiência de encontro com o outro. Sobre isso, Ayres nos diz:

[...] a noção de felicidade é contrafática, ou seja, parte das condições do viver cotidiano, mas transcende essa contingência como uma experiência, simultaneamente afetiva, corporal e espiritual, de realização do valor atribuído à vida. [...] a positividade contrafática e o caráter existencial da ideia de felicidade remetem imediatamente para as interações, para a dialética individual – coletivo, social – pessoal, público – privado. Não se vive sozinho. Estamos sempre com outros, dos quais dependemos e que dependem de nós, em variados graus e sentidos. Vivemos na polis. Por isso a felicidade é um ideal eminentemente político. A partir de nossas interações, reconstruímos o tempo todo, histórica e socialmente, os conteúdos do que chamamos felicidade. (AYRES, 2009, p. 142)

O que se chama de felicidade, portanto, cria-se e recria-se nas interações, modificando-se a cada experiência de encontro com o outro. Por isso a importância do diálogo, cujo sentido não está pré-determinado, mas também é construído no durante, na medida em que ocorre. Quando o diálogo é restrito, limitamos as possibilidades de construção de projetos de felicidade naquela ocasião, e, portanto, de fusão de horizontes. A probabilidade de sucesso terapêutico, dessa maneira, é mínima.

Dessa maneira, é possível compreender porque Ayres (2009, p.147) aponta a

hermenêutica como elemento fundamental da fusão de horizontes. Para ele, são os compartilhamentos linguísticos, através desse processo interpretativo – compreensivo, que nos permitem extrapolar a nossa singularidade e criar a nossa “experiência de comunidade”, possibilitando-nos ampliar “a nossa realidade para além de nossas fronteiras corporais e sensíveis, para além de nossa restrita experiência espacial e temporal”.

São esses compartilhamentos que nos permitem, assim, aproximarmo-nos do progresso moral descrito por Rorty (2007), tornando-nos mais solidários. A solidariedade, nessa perspectiva, como vimos, depende da nossa capacidade de considerar um número cada vez maior de pessoas diferentes de nós mesmos como dignas de pertencerem ao que chamamos de “nós”.

A solidariedade não é descoberta pela reflexão, mas sim criada. Ela é criada pelo aumento de nossa sensibilidade aos detalhes particulares de da dor e da humilhação de outros tipos não familiares de pessoas. Essa maior sensibilidade torna mais difícil marginalizar pelo pensamento as pessoas diferentes de nós (RORTY, 2007, p. 20)

E quando o comprometimento com o outro existe, muitas vezes ele vem seguido do reconhecimento, da valorização do outro – paciente.

[...] todos os casos que eu peguei foram de pessoas que faziam tratamento em convênio. Tavam de saco cheio, se sentindo enganados, dispostos a pagar, mesmo, um tratamento decente. Eu não to me vangloriando, não, mas é porque é diferente, é diferente. E aí, não adianta, não tem preço que pague um paciente contente, satisfeito com o teu trabalho. [...] Então, nessas horas, assim, eu notava bem isso, “Mas ele não resolveu o meu problema”, eu escutei muito isso, muito mesmo. Aliás, todos os atendimentos particulares que eu fui, sem exceção, sem EXCEÇÃO, não teve ninguém que veio “Ai, eu nunca fiz fisio, nunca fiz atividade nenhuma, nunca...”, sei lá, no mínimo, fisio pra tornozelo e tava cuidando de hérnia de disco. Já tinha feito fisio. Mas, todos os casos eram assim “Ah, eu prefiro um atendimento mais particular, pagar um pouco mais, porque chega de enrolação”. Todos, todos que me procuravam. Porque, eles... se o cara tem convênio, ele primeiro vai tentar o convênio. Eu venho em segundo lugar, não venho em primeiro, né? Então, como eu tô em segundo lugar, eu que fico com a reclamação.(Mariana)

Muitos, até, tiveram vários fisioterapeutas, fisioterapeutas de anos, e eles falam que é bem diferenciado, que a gente... por isso que eu falo que é uma fisio global, mesmo. Se o cliente chega aqui com uma dor na coluna, a gente não só vê aquela dor na coluna. A gente avalia o todo, então a gente faz uma avaliação postural geral, independente se ele vem por causa de uma dor no ombro que você vê que foi de um processo cirúrgico, a gente avalia tudo e mostra as metas pra ele, “Ó, nós vamos fazer isso, porque é o seu problema imediato, mas você teria que fazer isso, isso e isso”, e aí a gente consegue ganhar a confiança do cliente. Justamente por que? Porque se eu mostrar pra ele o que ele precisa, e por que que ele tava fazendo errado aquilo, por que ele lesou, ele volta e vai querer aprender. E essa foi a nossa diferença. Porque, qual que é o problema? Muitas vezes a pessoa faz a fisio, não entende dos movimentos e não ganha consciência. Reabilitou naquela fase, dali 3, 5 meses e, às vezes, ele volta, volta com dor de novo, porque ele não aprendeu a se movimentar da forma correta. Então, a gente trabalha muito com essa parte de conscientização do cliente, mesmo. Da consciência corporal e, assim, “Você tem que entender por que você tá aqui. Você não tá aqui porque, aí, a Cláudia é boazinha. Não. Você tá aqui porque você precisa por causa disso, disso e disso”. Entendeu? E isso a gente mostra muito aqui. E é por isso que eles permanecem [...] (Cláudia)

E aqui, o reconhecimento, como podemos perceber, sobretudo no exemplo de

Cláudia, passa pelo diálogo. Não só pela compreensão dos anseios do paciente pelo fisioterapeuta, mas também o contrário. Não é uma via de mão única. Quando o processo terapêutico é explicado e entendido, ele tende a ser mais facilmente administrado. E, nesse caso, as chances de sucesso terapêutico se ampliam.

Mas, e essa já foi uma questão com a qual nos deparamos anteriormente, por que será que nem todos os profissionais se pautam por essas perspectivas? Por que será que nem todos se abrem ao diálogo e às possibilidades de alcançar o sucesso terapêutico? Por que será, por exemplo, que muitos profissionais aceitaram trabalhar no esquema que Adriana se recusou na clínica daquele caso citado? Está certo, há que se considerar os projetos de felicidade envolvidos que, se não estão dados a priori, que dirá sabermos quais são. Há que se considerar muitas outras coisas e a ideia aqui não é elaborar conclusões simplistas. Mas, como essa é uma questão que permeia todo o trabalho, é justo tentarmos fazer considerações a respeito. E para isso, contamos com a ajuda de Adriana:

Eu conversava pouco com os outros fisioterapeutas lá, porque não dava tempo de conversar. Porque enquanto você tá aqui conversando, já tocou 5 despertadores, que você tinha que correr, pra tirar e colocar em outro lugar, entendeu? Mas, eu acho que muitas pessoas, assim, tinham... precisavam, sabe? A maioria precisava do emprego. [...] Assim, eu tinha acabado de me formar, praticamente, né? Então pra mim, o que eu ganhava, por meio período, tava ótimo. Mas, não é... não ganha bem... Mas... hoje em dia eu acho que é uma micharia... [...] Não sei te dizer porque elas estavam lá... Porque eu nunca... não fui a fundo. Até que nesse caso de prótese de joelho, que eu fui questionar, eu questionei todo mundo, né? Eu falei “Porque você tá fazendo isso? Ele não sente dor!”. [...] E a outra menina, fisioterapeuta mesmo que eu falei, ela já parou, pensou, ela me deu uma resposta, que eu não lembro qual foi, mas logo em seguida, na seção seguinte ela parou de fazer todos os aparelhos e começou a fazer os exercícios e falou “Assim?”, tipo, olhou pra mim e perguntou “Assim?”, eu falei “Ah, é”. Aí, eu pensei assim “Putz, ninguém sabe o que está fazendo, não avaliam!”, ou seja, prescrevem a conduta, mas não sabem o que estão fazendo. Mas aí, ela mudou... Mas você via que ela não sabia muito o que que ela tava fazendo, sabe? Eu fiz ela pensar... Eu só falei assim “Luana, tem que fazer exercício, isso aqui é exercício, olha a coxa dele, não tá andando por causa disso”, aí que ela foi fazer exercício de fortalecimento, quadríceps, não sei o quê, não sei o quê... Entendeu? Mas, ela parou pra pensar, teve que parar pra pensar...” (Adriana)

O que temos aqui é o olhar de Adriana sobre essa questão. Ela mesma nos fala que não tinha muito tempo para conversar com os colegas e que não chegou a ir a fundo nos seus questionamentos. No entanto, já é uma pista para tentarmos compreender um pouco melhor esse assunto. A impressão que fica, que ficou para ela e que nos é passada agora, é a de que as pessoas realmente não “paravam para pensar” sobre as suas práticas naquela situação. Quando Adriana questiona Luana sobre o que ela pretendia aplicando o ultra-som em cima da prótese metálica, ela, Luana, reflete sobre o assunto.

Talvez Luana efetivamente não soubesse que aquilo estava errado, já que estava no protocolo feito por outra pessoa ou talvez ela soubesse e não se importasse. A primeira

opção parece mais plausível porque, afinal, ela muda o seu comportamento a partir da interpelação de Adriana. Se a sua conduta na clínica era algo sobre o qual ela nunca havia se questionado ou não, nunca iremos saber. E, de fato, podemos duvidar da importância que isso tenha efetivamente para essa questão. O fato é que ela mudou a sua atitude depois desse encontro com Adriana, e isso é interessante porque nos mostra a potencialidade de mudança do que está aparentemente dado pelos encontros que se estabelecem, não só em saúde, mas na vida.

Teresa também nos fornece uma pista sobre o assunto ao nos dizer o motivo pelo qual aceitou trabalhar na clínica de pilates que possuía a “aula quadrada” citada anteriormente, com condições com as quais não concordava:

“[...] Mas, eu acho que me submeti a essa situação porque eu não tinha achado alguma coisa... han... que pagasse as minhas contas, né? Por dinheiro. Porque não ganhava muito, mas pagava muita conta, porque tem muito gasto fixo, né? Pra ser autônoma, a gente tem muito gasto fixo. E aí... porque tinha que pagar conta, por isso que eu me submetia. A partir do momento que começaram a surgir um ou dois particulares, eu falei “Chega!”. Eu entrei achando que fosse temporário, mesmo.” (Teresa)

Essa falta de estabilidade no início da profissão, como podemos perceber, contribui para essa situação. Mariana também nos fala a respeito:

Eu consigo fazer o meu atendimento da forma que eu acredito, sim. Antes, também, eu fazia. Mas, também antes, eu só me dava ao luxo porque primeiro eu morava com os meus pais, até eu conseguir minha clientela foi aí uns 6 meses [...] Mas, eu conseguia já fazer o atendimento que eu gostava, mas eu só me dei ao luxo por causa disso. O fisio, se não tiver essa condição material de pai e mãe, mais marido, hoje em dia, não sobrevive mesmo fazendo isso que eu tentei fazer. Quando eu me mudei pra Porto Alegre e ganhava R\$10,00 pelo atendimento, eu só aceitei essa situação, eu aceitei... é... Nossa, o único motivo que eu aceitei é porque... é bem claro assim pra mim, que eu tinha um marido que ganhava bem e podia me sustentar, então eu podia me dar ao luxo de trabalhar com o que eu gostava ganhando mal, entendeu? Se eu morasse sozinha, se eu tivesse que me virar, seria inviável, INVIÁVEL! Eu teria que ficar mais tempo desempregada, ou aceitar trabalhar com uma carga horária horrível pra ganhar R\$ 1.500,00 [...] Se bobear, nem ter carteira assinada, se bobear aguentar esses esquemas assim, um monte de esquema fraudulento que tá lotado pelas clínicas aí de fisio, que é uma coisa super grave. E aí, eu ia ter que tentar me submeter a algum tipo de situação assim... Terrível! Nossa, eu só tive esse privilégio porque eu tinha um marido que podia me sustentar, em uma empresa que pagava o meu aluguel, eu não precisava pagar o aluguel... Se não fosse isso, eu não ia poder me dar ao luxo de fazer o que eu gostava, não. Eu ia ter que, sei lá, ter 2 empregos...

As dificuldades que se apresentam no início da profissão muitas vezes tornam difícil trabalhar na fisioterapia com o que se deseja, da forma que se gostaria. Mariana nos conta que só conseguiu trabalhar na clínica em que ganhava dez reais por paciente/hora, porque não precisava efetivamente se sustentar. Ela aceitou porque poderia realizar os seus atendimentos da forma que acreditava ser correta, atendendo um paciente por vez, aplicando as técnicas manuais que havia aprendido, etc. Mas, isso só foi possível porque ela não dependia do dinheiro ganhado. Desde o começo, ela contou com uma rede de apoio,

primeiramente dos pais e depois do marido. Do contrário, como ela mesma nos diz, essa forma de trabalho seria inviável.

Rita também nos fala um pouco sobre esse assunto:

Eu acho que é isso, que o pessoal hoje em dia que continua, assim, que faz isso, eu acho que é medo de falar “Ah, eu não sou fisioterapeuta”, sabe? Eu pensava muito assim “Ah, hoje eu sou massagista”, hoje eu sou massagista, não posso discutir. Se alguém me perguntar “Você faz o quê?”, “Eu faço massagem”, porque é. Mas, a fisio não me abandona, jamais. O meu pensamento é de fisioterapeuta. Tem muito cliente que, no meio da massagem, fala “Você é fisio?” (risos), eu falo “Eu sou!”. (Rita)

Pelo que Rita nos diz, talvez, muitos profissionais preferiram trabalhar em condições adversas, com as quais às vezes não concordam, do que abandonar a fisioterapia, deixarem de ser fisioterapeutas. Rita tem um pouco esse sentimento, posto que atualmente não trabalha mais com a fisioterapia tradicional, mas com o shiatsu. Adriana, que também trabalhou com shiatsu, nos fala mais um pouco sobre isso:

Ah, eu sabia que era é, é... era assim, não é que eu desgostava, eu preferia aquilo do que trabalhar em hospital, por exemplo. Mas, eu não ia com... “Ai, nossa, to louca pra chegar amanhã pra ir lá pro shiatsu”. Não, não era assim, né? (risos) Porque também, é um trabalho... só que é um trabalho só físico, né? Trabalho mental, não, você ia lá, fazia massagem, tudo bem, eu ficava pensando no que eu ia fazer no dia seguinte, o que que eu ia comer, que que eu ia fazer... porque... não tem muito o que pensar. A pessoa tá com dor, você já sabe o que você vai fazer, já sabe as manobras que você tem que fazer, aonde você tem que mexer pra aliviar... né? você já sabe toda a musculatura que pode estar envolvida pra ter a dor nas costas, então, não precisa pensar muito. Você vai lá, libera, libera, libera, ponto. Entendeu? Mas, a maioria vai lá pra relaxar, então, quer uma massagem de corpo inteiro, não tem dor nenhuma... Pra isso não precisa pensar muito. [...] Lá, eu não me sentia uma fisioterapeuta trabalhando... Porque, massagem... apesar, assim, de eu saber o que a pessoa... por exemplo, você tem uma dor na lombar e eu saber o que que eu tenho que liberar pra soltar a lombar, eu não me sentia assim uma fisioterapeuta... eu tava um pouco em crise, mas eu sabia que aquela era uma fase que eu tinha que passar porque eu tava juntando dinheiro pra poder abrir o meu negócio, entendeu? [...] Porque eu sempre achava que podia fazer mais do que só massagem... entendeu? Eu sempre queria fazer mais por aquela pessoa, que eu acho que a pessoa nem queria, mas eu achava - eu sempre acho, né - que só massagem não vai resolver, eu tô tratando o problema, não tô tratando a causa, a pessoa sempre vai ter problema e sempre vai voltar pra mim, entendeu? E sempre vai ligar pra falar que tá com dor, e sempre vai fazer isso, sempre fazer aquilo... E eu não me achava, porque eu achava que a pessoa tinha que fazer alguma coisa pra acabar com aquela dor de vez, entendeu? Dor no pescoço... Pelo amor de Deus, você vai ficar fazendo massagem pro resto da sua vida? Coisa que eu não faria eu não achava que as outras pessoas deveriam fazer também, entendeu? Eu queria e aí, eu terminava a massagem e falava um monte de coisa que a pessoa poderia fazer, só que aí, não dava pra ficar me prolongando muito, porque tinha gente me esperando pra me levar embora, porque já tinha outra pessoa pra atender, ou já eram 10h da noite, não podia ficar prolongando muito se não o motorista já reclamava, sabe? Que eu demorei muito... (risos). Então... eu ficava meio assim, mas eu dava, né? Eu fazia a minha parte, eu ia lá e falava o que a pessoa tinha que fazer, você tem que fazer isso, você tem que fazer aquilo, não pode deixar, não pode deixar... Mas... às vezes não era aquilo que a pessoa queria, a pessoa queria massagem mesmo, queria era ser tocada. Então... Aí, eu não me sentia fisioterapeuta, entendeu? (Adriana)

O sentimento de Adriana era o de que ela poderia fazer mais por aquela pessoa do que somente a massagem, porque ela sabia que só com a massagem não ia melhorar. E ela sabia o que precisava ser feito a mais, ela passava as orientações, mas não havia tempo para se prolongar. E ela reconhece que, por se tratar de uma clínica de shiatsu, o que a

pessoa queria, muitas vezes, era só a massagem, realmente. A pessoa, na maioria das vezes, queria somente ser tocada. A demanda pelo “a mais” a ser feito, portanto, não era dos pacientes, mas dela mesma. É como se o compromisso que ela tivesse assumido com a profissão, com ela própria e com os futuros pacientes que viessem a surgir, estivesse, naquele momento, cobrando-lhe outra atitude. Como não lhe cabia agir muito diferente do programado, ela sentia que estava em falta com esse compromisso e não se sentia mais uma fisioterapeuta.

No período em que ela trabalhou na clínica de convênio, do nosso tão citado exemplo anterior, ela nos conta que pediu demissão porque “aquilo” não era fisioterapia, mas, naquela situação, ela não deixou de se sentir uma fisioterapeuta. Talvez porque o tempo de trabalho naquele local tenha sido muito curto:

Aí, eu fiquei 15 dias lá... isso porque na primeira semana eu já me demiti. Aí, eu falei assim “Olha, vou sair, não dá...” [...] Eu não tava dormindo à noite... Porque, assim, isso não é fisioterapia! [...] Eu me senti jogando o meu diploma no lixo, no lixo... Eu olhava, todo dia eu ia trabalhar e falava “Ai meu Deus, não preciso disso... não preciso, eu tenho uma casa, estudei taaanto, taaanto... não preciso disso...” né? [...] Mas, eu falei “Ah, não, não vou ter isso no meu currículo mas de jeito nenhum!” e fui embora. [...] E falei assim “Eu? Imagina! Vou dormir à noite!”, aí eu me demiti. [...] Para eu ter a minha consciência tranquila... nunca mais. (Adriana)

Entre as duas experiências, a do shiatsu e a da clínica do convênio, Adriana trabalhou na clínica de São Caetano, da qual ela gostou muito:

Era a fisioterapia que você deveria fazer, entendeu? [...] um por horário, dando atenção, você sabendo exatamente o que a pessoa tem e porque ela tem esse problema, né? A gente fazia algumas discussões de caso... Mas, o problema é que você começa... é isso, você começa a ganhar pouco, sabe, você começa a desanimar, entendeu? Aí você trabalha o mês inteiro, aí você vê a sua conta no final do mês, não dá nem pra pagar metade das suas contas fixas, nem previdência, nem INPS, nem nada, muito menos a gasolina que você ainda gasta pra ir pra lá... Aí, eu comecei a desanimar mesmo, sabe? Aí, foi isso, foi por isso que eu comecei a procurar outras coisas. (Adriana)

É interessante notar que a Adriana sai da clínica que gostava, que, para ela, “era a fisioterapia que deveria ser feita” e vai para a do shiatsu, em que ela não se sente uma fisioterapeuta. Nesse caso, o principal fator que a levou a mudar foi a remuneração. Como ela disse, a clínica de São Caetano não pagava as suas contas. E um ponto importante a se notar é que, para ela, o trabalho no shiatsu era temporário, porque a sua ideia era guardar dinheiro para montar a sua própria clínica, onde ela almejava ganhar suficientemente bem para poder realizar “a fisioterapia” e se sentir, novamente, uma fisioterapeuta.

Mas, afinal, o que é “a fisioterapia”? O que é ser fisioterapeuta? Marisa nos conta um pouco da sua experiência com idosos na casa de repouso e dos seus questionamentos sobre esse assunto:

[...] o mais complicado, é, por exemplo, tem muito paciente de Alzheimer lá, né? Alzheimer avançado, então já estão meio que em outra realidade. Daí eles falam “Mas como que ele vai fazer fisioterapia se ele não entende os comandos?” É uma pergunta, eu também não sabia! (risos) Como ele faz? Então, assim... daí, eu sou uma recreadora educacional! (risos) Eu levo eles para passear, a gente sai no quintal, porque até então eles ficam restritos lá na sala ou no quarto. Principalmente quando tem Alzheimer avançado e tem risco de quedas, eles ficam restritos ao leito, né? Eles ficam na cadeira, eles ficam amarrados, porque ele pode cair, pode se machucar, e não vai ter um auxiliar para ficar andando com ele o dia todo. [...] Então, assim, muitos lá só saem do quarto a hora que eu vou. [...] Daí, eu ajudo, então desamarro a pessoa, levo pra andar, vou para o jardim, ou deixo ele solto e ele anda, fico meio que tomando conta. Não é um serviço de fisio... mas, assim, é o máximo que eu posso fazer para ajudar. E eu tento que ele pegue uns pesinhos, tento alguma atividade, tento alguma coisa lúdica, jogar bola, e tem coisas que... é muito engraçado! A pessoa esquece muita coisa, mas tem coisas que ele lembra. Então, por exemplo, bola, ele está com Alzheimer, já não entende vários comandos, fala várias coisas que você não entende. Aí, você pega o grupo junta, porque eu sempre faço com eles em grupo ou perto do grupo para não se sentirem tão sozinhos, aí, você pega a bola, você começa a jogar bola, fazer uma interação, eles entram na jogada, ele não lembra nada, mas ele lembra como jogar bola. Então, ele acaba fazendo indiretamente alguma coisa, né? [...] às vezes acho que me perdi né, será que é fisioterapia, não é, porque afinal seria um cuidado mais da enfermagem, né, só que lá a nossa equipe é muito restrita, então não tem como... então a gente acaba ajudando mesmo. (Marisa)

A dúvida de Marisa ocorre porque muitos dos cuidados que presta não são clássicos da fisioterapia. Jogar bola com um grupo de idosos, por exemplo, não é uma técnica que se aprende na faculdade. Ela nos diz que o seu trabalho lá é o de uma “recreadora educacional”, visto que para motivar os seus “pacientes”, ela precisa utilizar muito os recursos lúdicos. Há também a questão da interdisciplinariedade, pois como a quantidade de profissionais na casa não é muito grande, ela acaba ajudando com funções que, como ela disse, talvez fossem do escopo de outro profissional, até mesmo para poder realizar o seu trabalho. Mas, refletindo um pouco sobre o assunto, ela mesma encontra uma resposta para a sua pergunta:

E também porque eu acho que o fisio para idoso, nessa fase paliativa ou em casa de repouso, ele acaba tendo que ser mais que fisio né, porque ele acaba tendo que estimular várias funções, então você acaba se perdendo também na parte técnica. Porque eu não vou chegar num paciente e falar “Vou aplicar um Kábat²⁵”. Então, assim, eu vou chegar, primeiro eu tenho que sentar na cadeira, às vezes tenho que pedir para trocar a fralda, e depois eu vou tentar uma... mas, “Será que ele já comeu?” Você acaba tendo que cuidar mais, entendeu? Aí você vai fazer terapia, você fala “Nossa, agora que eu vou atender”, já passou meia hora até ele sentar, comer, trocar fralda, aí é que eu vou começar a fazer a fisio, então é mais difícil. Mas é um trabalho que eu acho que precisaria porque, assim, a maioria das casas de repouso não tem, né? Alguém se imagina em casa de repouso atendendo, sem ser médico e enfermeiro? Não tem essa visão. (Marisa)

Ela nos explica (e talvez explique para ela mesma) que o fisioterapeuta em uma casa

²⁵ Método de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva iniciado por Herman Kabat .

de repouso precisa fazer mais do que diria respeito somente à fisioterapia, ser mais do que somente fisioterapeuta. Rita, apesar de não trabalhar atualmente com a fisioterapia tradicional, diz o seguinte:

Eu prefiro fazer do jeito que eu faço, por mais distante que eu esteja, mas, querendo ou não, eu dou um jeito de enfiar a fisio no meio. Porque... eu me sinto muito mais fisio fazendo isso do que colocando 10 pessoas em TENS. Isso não é ser fisio! É ser técnico. Qualquer um faz isso, é só saber onde tem que pôr! É ligar a máquina, saber a voltagem... mais nada. [...] Hoje em dia, eu não sinto tanta falta, assim... disso, da fisio, fisio tradicional. Eu já senti mais, mas... como eu me apaixonei pela acupuntura, eu acho que acabei esquecendo um pouco... Mas, é uma coisa que não dá pra desvincular, né? Na massagem mesmo, a gente usa bastante, eu uso bastante, pelo menos. Eu fui monitora de cinesio e, mesmo há muito tempo sem ler o Kendall, sem ler o Kapandji, sem ler o Brunston [autores de cinesioterapia], é uma coisa que fica na cabeça, né? Não vai embora nunca mais, é que nem andar de bicicleta... (Rita)

Rita nos conta que, pelo contrário, ela se sente mais fisioterapeuta atendendo os seus pacientes com o shiatsu (que não seria considerado fisioterapia), mas da forma que ela acredita, “colocando a fisio no meio”, do que simplesmente utilizando um recurso clássico da fisioterapia (como o TENS) mecanicamente, numa forma de produção em série.

Assim, só pensaríamos que o trabalho de Marisa na casa de repouso não é o de uma fisioterapeuta se adotarmos uma visão instrumental da fisioterapia e pensarmos nesse profissional como a personificação de um conjunto de técnicas. Se não olharmos a pessoa por trás da ação, se imaginarmos que o encontro no atendimento fisioterápico se daria entre o paciente e a técnica.

Do contrário, se pensarmos no fisioterapeuta como o outro indivíduo presente naquele encontro de cuidado, fica mais fácil compreender que seria natural que ele se utilizasse de outros recursos, como os provenientes da sabedoria prática, para, por exemplo, conseguir motivar uma senhora numa casa de repouso que está só a esperar a morte. Mas, essa é uma outra história, que continuaremos no próximo capítulo.

6 O ENCONTRO COM O OUTRO

Um dos problemas discutidos no capítulo anterior foi a falta de interação profissional – paciente. Utilizando-nos da classificação tecnológica do agir em saúde de Merhy (2007), poderíamos considerar que, nessas situações, houve o predomínio das tecnologias duras sobre as leves. Merhy afirma que toda a prática em saúde, com maior ou menor respaldo da técnica, dos saberes instituídos, é influenciada pela presença do usuário nesse processo. O grau dessa influência, o quanto a presença do usuário afetará a ação do profissional, é o que determinará o predomínio de uma tecnologia sobre outra ou o seu equilíbrio.

Ayres (2000), em um ensaio sobre o cuidado e a classificação das valises tecnológicas de Merhy, questiona o termo “tecnologia” utilizado para tratar a relação profissional – paciente. Isso porque, segundo ele, ainda que venha acompanhado do adjetivo “leve”, o termo “tecnologia” remete a algo instrumental, sendo a valise tecnológica leve um *instrumento* a mais na assistência, que pode ser utilizado da mesma forma que as demais valises.

Menos preocupado com a terminologia do que com a ideia que se transmite com o seu uso, Ayres (2000, p. 119) nos diz que a intersubjetividade presente no encontro em saúde vai além de qualquer dimensão tecnológica: *“a intersubjetividade viva do momento assistencial permite escapar a uma objetivação “dessubjetivadora” exatamente porque ali se efetiva uma troca, um espaço relacional, que extrapola o tecnológico. Apoia-se na tecnologia, mas não se subordina a ela, subverte-a”*. Não se trata, com isso, de eliminarmos o uso do termo tecnologia, mas de tão somente compreendermos que os encontros intersubjetivos ou *“o exercício de uma sabedoria prática”* nas ações de saúde não se resumem a ele.

Este capítulo trata desses encontros, do relacionamento criado entre fisioterapeuta e paciente. Muitas das falas virão acompanhadas de casos contados pelas entrevistadas sobre os pacientes que mais lhes afetaram por diferentes motivos. Esses casos apareceram de forma espontânea em algumas entrevistas e em outras foram solicitados para fazer aflorar essas questões. A forma de “casos contados” foi a maneira encontrada para abordar mais profundamente o encontro com o paciente – o outro indivíduo presente na ação.

6.1 A proximidade com o paciente

Para iniciarmos essa discussão, começaremos abordando uma questão trazida por Ana sobre a proximidade que normalmente o fisioterapeuta possui com os seus pacientes pelo tempo que a terapia demanda, pela frequência de tratamento e pelo contato físico envolvido:

“Você se apegar... e muitos lá, você vê que não precisam de fisioterapeuta, mas de alguém pra conversar. Muitos, muitos lá, que você entra e... dizem, né, eu acho que é verdade, que eles se abrem mais com a gente porque a gente põe a mão neles, tem um contato físico, então eles acabam confiando. Porque o médico entra, fica 5 minutos e sai, a enfermagem entra, fica pouco e sai. A gente entra acaba ficando 30, 40 minutos no quarto, às vezes uma hora, e às vezes eles perguntam coisas pra gente da patologia, entendeu? O médico entra pra dar resultado e eles não perguntam. Daí, a gente entra e eles falam “Mas o que que é isso?” e a gente “Mas você não perguntou para o seu médico?”. “Ah, mas é que quando ele veio, eu não lembrei”, e eles acabam querendo que a gente fale e, muitas vezes, a gente não pode falar, quando é questão de resultados, de exames, é melhor que o médico dê mesmo, né? (...) E aí, dá pra ter esse vínculo... Se você fica muito tempo com o mesmo paciente, você acaba tendo. É bom, né? É muito gratificante quando o paciente vai embora, aquelas coisas, te dá um presentinho de agradecimento, ou então escreve um cartinha para o hospital ou para o seu chefe agradecendo, ou essas pequenas coisas que nem eu te falei, desse paciente... Só você sabe ali, ninguém mais sabe, ninguém viu... Mas você sabe o que aconteceu. Isso acaba motivando, né? Isso acaba motivando sim.” (Ana)

Essa proximidade favorece e fortalece a criação de vínculos. O terapeuta se torna íntimo do paciente, estabelecendo-se uma relação de confiança entre eles, mais pessoal, mais sutil. O local em que se atende, entretanto, pode possibilitar diferentes interações, como podemos observar no caso dos hospitais:

Lá a gente acaba se apegando muito a determinados tipos de pacientes, porque agora eu trabalho na enfermaria. Na UTI, nem tanto. Quando eu trabalhava na UTI, você não se apegar muito. Por que? Na UTI, os pacientes entram e saem rapidamente. Os que ficam mais tempo, eles estão num estado muito ruim, então você não tem tempo de conversar, conhecer família. Você não conhece família, você não conhece nada na UTI. Na enfermaria, é diferente. A família, no hospital que eu trabalho, fica o dia inteiro no quarto. É livre. O horário de visita é livre, o quarto é individual. Então, você acaba tendo um contato muito maior com o paciente, e tem pacientes que vão e voltam, são “fregueses” do hospital. Querendo ou não, eles são “fregueses”. Então, eles vão e voltam muito. Você acaba sabendo da história da vida inteira, da história da mãe, do filho, da tia que sabe de tudo, então, você se apegar. (Ana)

É muito rápido. Não dá tempo de criar vínculo porque eles entram, ficam internados no máximo quatro, cinco dias e já vão embora, a maioria. Tem alguns que ficam um mês, dois, três meses, tem. Mas... eu, é difícil eu me envolver com o paciente, como todo, lógico, eu sei a história, sei de tudo que aconteceu, mas é muito eu terapeuta, você paciente, tento fazer o melhor como fisioterapeuta, tento evoluir o máximo que eu consigo, deixar ele menos dependente possível, pra ir pra enfermaria já com um grau de independência, mas, assim... tem uns que a gente torce, né? “Ah, tomara que fique bem, tomara que vá embora”, tem sempre um ou outro que a gente acaba se envolvendo mais com a história. Depois, você quer saber se foi embora... Quando eu ainda era nova eu acho que eu me envolvia mais. Hoje, de um tempo pra cá... É mais o fato, em si, da história, que às vezes, você fica “Nossa!”. Tiveram casos que me marcaram, mas sempre do começo. Quando eu tava na época do aprimoramento, [...] teve um caso que eu fiquei, que eu adorei, assim, foi um paciente no tétano. Também, eu entrei na UTI, passou um dia, ele internou.

Chegou grave, instável, e aí foi evoluindo, evoluindo... no meu último dia, ele saiu andando da UTI pra enfermaria... foi muito legal! Ele ficou um mês internado, assim, ele perdeu todos os movimentos, ele falou assim “Nossa, eu nunca achei que fosse tão difícil me recuperar”. Ele ficou traqueostomizado, então, evoluímos toda parte de traqueo... é, conseguimos trocar a traqueo dele por uma metálica, então ele já conseguia falar com a traqueo. Andar, então ele já dava uns passinhos com apoio... então, a gente também conseguiu evoluir. Então, esse foi um dos casos que eu mais refiro como... que eu tive marcado, assim, na profissão. Depois, os de agora, não. Eu não sei talvez, se é porque... eu não tive nenhum caso tão impressionante, ou também porque já virou rotina, né? A UTI que eu trabalho hoje é mais rotativa, lá não chega nem um caso mais impressionante, né? É pós-cirúrgica, então a pessoa fica um tempinho e já vai embora... ou, então, fica muito grave e acaba não interagindo, né? Ou é muito rápido, ou fica muito grave e não contactua e aí a gente acaba não se envolvendo, até esquece às vezes... o que é bom, né? Já pensou? Cada caso a gente se envolver, aí é complicado.” (Paula)

O envolvimento com o paciente nos relatos acima é influenciado pelo setor do hospital em que se trabalha. Ana nos diz que se envolve mais com os pacientes agora que trabalha na enfermaria do que na época em que trabalhou na UTI. Ela atribui essa diferença ao tempo de contato e interação com o paciente, que na enfermaria é maior. Nessa perspectiva, o tempo de contato para conhecer o paciente, sua vida e sua história é, ao mesmo tempo, sinal do vínculo e produtor dele.

Paula, que trabalha na UTI, diz que não se envolve muito porque, em geral, os pacientes que melhoram, rapidamente recebem alta e os que ficam graves não têm muitas condições de interagir. Ela também nos conta que no início da profissão o seu envolvimento com os pacientes era maior. No caso narrado do início da trajetória profissional, por exemplo, o tempo de contato com o paciente foi suficiente para acompanhar a sua evolução e o sucesso prático da terapia. Do período mais recente, ela não se lembra de nenhum caso específico. É como se ela tivesse se acostumado com o passar do tempo e ficado, de certa forma, mais indiferente. Ao que parece, o trabalho na UTI não possibilita muitas interações²⁶.

Quando a relação de confiança se estabelece, o fisioterapeuta é capaz de perceber nuances do seu paciente somente pelo olhar, coisas da qual só ele ali no hospital sabe, ninguém mais. O caso que Ana nos conta exemplifica isso:

E agora, José? – o caso que ninguém mais viu

Teve um paciente lá, o Seu José, que era muito metódico. Ele teve um câncer, mieloma múltiplo, se eu não me engano. Um câncer agressivo mesmo. E ele era muito metódico, um paciente que a maioria dos fisioterapeutas não gostava de atender. Por que? Demorava muito no quarto dele, e por ele ser metódico, entendeu? Pra ele começar a fazer o exercício, o relógio tinha que estar em cima da manga da blusa, o lençol tinha que estar dobrado de tal jeito, a mesinha tinha que estar em tal posição... ele era assim. E ele ficava muito sozinho no quarto, porque as filhas estudavam, a esposa trabalhava, ele ficava o dia inteiro sozinho. E eu peguei ele numa fase boa, em que ele estava andando, fazendo exercício com peso, com tudo. E eu entrei no quarto, conversava muito

²⁶ Parece, nem sempre é. Vale a ressalva porque ainda neste capítulo mesmo veremos que há exceções. Voltaremos a esse assunto mais adiante.

com ele e me apeguei a ele. Gostava muito da conversa dele e acho que a gente se dava bem. Porque tem isso, né, no tratamento terapeuta e paciente. E aí, infelizmente, eu peguei a evolução dele até o final da vida. Ele acabou falecendo, só que eu peguei toda a evolução. Então, eu peguei a fase dele andando, fazendo exercício com peso, depois eu peguei a fase dele acamado, com dificuldade de levantar, que a gente tinha que trabalhar isso nele... E por último, eu peguei uma fase dele, nos últimos dias dele na enfermaria, que ele não tava conseguindo falar, ele não tava conseguindo se expressar como ele gostaria. Ele tava totalmente consciente, tava acamado já, não conseguia mais sair da cama e eu entrei pra fazer fisio nele, falei com ele “Vamos fazer”, ele olhou pra mim e deu pra entender que ele dizia “Não dá pra fazer, não dá pra fazer fisio”, porque ele tava associando a fisio com os outros exercícios dele, e ele não tava mais em condição. Eu expliquei pra ele que poderia ter outro jeito também, de eu mexer um pouquinho nele pra aliviar um pouquinho a posição da cama, né? Mexer um pouquinho nas articulações... E aí ele concordou em me deixar fazer. Aí eu fiz, no final ele me agradeceu, assim, deu pra entender, ele não estava falando, mas deu pra entender que ele estava me agradecendo e... também eu consegui entender dele que eu era uma pessoa especial pra ele, entendeu? Eu até me emociono... Mas eu consegui entender isso naquela hora, entendeu? Que... é diferente. Na ficha dele de evolução, estava a recusa a vários dias lá dos fisioterapeutas. E nesse dia eu peguei ele e falei “Vou lá ver ele”, e não teve uma recusa comigo. Porque todos entravam, ele dizia que não dava e eles iam embora. E como eu já conhecia, eu falei “Não, dá pra gente fazer alguma coisinha...” E aí, uns dias depois, eu entrei no quarto - no dia depois, eu acho - pra fazer, e ele tava convulsionando de 3 em 3 minutos e... levaram ele pra UTI... Na hora em que ele tava indo pra UTI, eu tava no corredor, fui até ele, dei a mão pra ele e falei “Vai dar tudo certo”. Aí ele olhou... Ai, até vou chorar... Peguei na mão dele e falei “Vai dar tudo certo”... Eu sabia que ele não ia voltar... Ele olhou pra mim, agradeceu e foi... (pausa para choro). Na UTI ele foi entubado, mas daí eu não fui mais ver... Eu não quis mais ir... eu só perguntei depois... Eu sabia que ele não ia voltar e que ele ia morrer... entendeu? Marca, né? Eu lembro dele até hoje. (Ana)

O paciente que marca para a Ana é justamente o que não foi um caso clássico de reabilitação mas, ao contrário, o que ela acompanhou pouco a pouco a deterioração física. O vínculo, no entanto, foi estabelecido com Seu José desde o início. E ela ressalta que os outros profissionais não gostavam de atendê-lo, porque ele era muito metódico. Talvez justamente por isso ela tenha se apegado, por ele não ser muito querido pelos outros. E, mesmo com a comunicação já prejudicada pelo avançar da doença, a interação entre os dois era muito boa. Foi muito boa até o fim. Nesse caso, não era possível aumentar os limites da vida, mas foi possível melhorar a vida dentro daqueles limites cada vez mais estreitados.

Para Ana, esse caso foi marcante porque ela sentiu que também era especial para aquela pessoa, que poderia oferecer algo para ela que ninguém mais ofereceria. A relação não é de mão única, ela é recíproca. Rita nos fala um pouco sobre isso:

A gratidão pelo trabalho - O caso das ponkans

E eu acho que é a única razão por eu ter escolhido fisio... pela gratificação do trabalho, muitas vezes, de ver a melhora, assim... Lá no hospital, quando eu fiz o estágio da faculdade, o que eu mais gostava, era de ficar na enfermaria, na enfermaria e no ambulatório, porque a gente já via o resultado ali na hora. Tinham pacientes ali da enfermaria que chegavam, era uma festa! Tinha uma senhorinha do ambulatório que ela morava num sítio, era uma senhora muito simples... e ela morava num sítio, aí, tinha dia que ela levava bolo de milho... teve um dia que ela levou, sem mentira, cinco sacos de ponkan DESSE TAMANHO! Era uma senhorinha assim, ela tinha DPOC (Doença pulmonar obstrutiva crônica), e ela ia com a filha, e elas levaram cinco sacos de ponkan e ela falou “É pra vocês, tá?”, aí a gente falou “Mas é muito!”, e ela “Não, mas distribui, distribui” (risos)... Foi o dia da ponkan, esse dia! Todo mundo comendo... aquele monte de ponkan, distribui pra paciente... foi uma festa aquele dia! (risos) ISSO não tem preço, é o tipo de coisa

que... essa é a parte boa da fisioterapia! Certas coisas não tem preço... e isso é uma coisa que não tem preço. Que dinheiro que paga uma senhorinha, toda miudinha, assim, carregando cinco sacos de ponkan?? (risos) Porque ela era super agradecida aos fisioterapeutas de lá... não tem preço, isso é o tipo de coisa que não tem preço... e isso é uma coisa que eu gosto muito na fisio, essa parte. Médico não vê isso, enfermeiro não vê isso... fisio vê isso! A gente passa muito tempo com o paciente, né? A gente passa meia hora, uma hora, conhece a família toda, você conhece cachorro, papagaio, periquito (risos)... E ainda fala “Olha, essa aqui é minha fisioterapeuta!!” (risos) ... Não é? E fala com uma alegria, a gente vira amigo da família... ISSO não tem preço! E isso eu acho a MELHOR coisa da fisio, sabe? Eu acho que não tem coisa que pague. E isso que eu gosto... (Rita)

A gratidão, o reconhecimento pelo trabalho, nesse caso, é simbolizada pelo gesto da paciente em levar ponkan para os seus fisioterapeutas. Para Rita, isso “não tem preço” e é “a melhor coisa da fisioterapia”, afinal, foi o que lhe fez escolher a profissão. Ela nos dá um outro exemplo sobre isso:

O que não tem preço para Rita – o caso do bolo e o caso do pão

Eu tinha um menininho, que era a coisa mais fofa, tinha ele e o irmão gêmeo. Era o José Lucas e o João Antônio. [...] E ele me adorava e o irmão dele também me adorava, eles tinham, na época, acho que 6 anos. [...] E foi aniversário deles, o Zé Lucas ia tipo na terça-feira e o aniversário foi na quarta. Na terça-feira seguinte, a mãe dele falou “Olha, eu queria tanto te pedir desculpas” e eu falei “Mas por que?” e ela falou “Ah, foi aniversário dos meninos, eles queriam te trazer um bolo, só que o bolo não ia ficar bom, eles ficaram tão chateados, até choraram porque você não ia ganhar nem um pedacinho de bolo!”, ela falou que os meninos choravam porque queriam, porque queriam guardar um pedaço de bolo pra mim, sabe? Ele ficou muito chateado, eu falei pra ele “Não precisa ficar chateado”, sobrou lembrancinha, daí ele levou uma lembrancinha (risos) Ah, sabe? Tem preço? Até hoje eu lembro desse menino, ele é um dos que me marcaram muito. Ele, essa senhorinha da ponkan, que nem era minha paciente... tinha um outro paciente lá que era um menino que tinha fibrose cística... o pai dele parou a vida dele por causa do menino e começou a vender pão, então a gente comprava pão dele pra ajudar e era muito bom! No último dia que eu atendi ele, ele sabia que era o último dia, ele me deu dois pães doces de presente... sabe? Porque eu tinha pedido um, ele levou dois, eu falei “Mas, eu tinha pedido um” e ele falou “É presente pra você”, sabe? E era o sustento dele! Eu falei “Não, deixa eu pagar um pelo menos” e ele “Não precisa, não precisa!” (risos) Foi aquela briga “Não, eu pago!” “Não, não quero!”. É o tipo de coisa que não tem preço! E isso na, nessa... agora, é uma coisa que eu não vejo. [...] E eu sinto falta disso. Porque a gente se sente MUITO BEM... a gente ganha o dia, né? Não precisa de mais nada, tá bom! Vai embora contente! (Rita)

Rita nos conta que sente falta “disso”, desse tipo de relação com os pacientes, dessa reciprocidade que valoriza o seu trabalho, a sua dedicação, porque todos esses casos são da época em que ela estagiava no ambulatório de fisioterapia da faculdade, quando ela trabalhava com a fisioterapia tradicional. Hoje, Rita trabalha com shiatsu e, segundo ela, o tipo de relação estabelecida com os pacientes nessa área é diferente. Ela nos fala um pouco sobre isso no trecho a seguir:

Porque, assim, querendo ou não, a gente lida com um pessoal com poder aquisitivo mais alto e uma coisa que eu aprendi na prática é que quanto mais dinheiro a pessoa tem, mais arrogante ela é. Costuma ser, pelo menos... tem gente que não, mas geralmente é. Então, é aquela coisa, é um pessoal que se preocupa mais com dinheiro... nunca vai pensar que um pedacinho de bolo vai fazer a alegria da galera. A gente fica muito mais contente, às vezes, com um pedaço de bolo,

porque a pessoa fez aquilo de coração, do que, às vezes... né? Então, tem essa diferença. As pessoas da fisio, acho que são um pouco mais gratas, não mais gratas – acho que a palavra é um pouco forte até – mas acho que é uma relação muito diferente, porque a gente como fisio vai ser tratado como alguém da área da SAÚDE, e lá na massagem, querendo ou não, a gente é meio massagista, tipo “Ah, tô pagando mesmo, faça o seu serviço”. Isso é uma coisa que eu sinto falta... de vez em quando acontece de alguém fofo aparecer na nossa vida [...] mas é muito raro, muito mais raro. Na fisio, é bem mais comum, ainda mais que a gente lida com um pessoal mais simples, não sei se por isso eles enxergam mais, han... o trabalho que a gente faz. Não é simplesmente porque é nossa obrigação... né? Querendo ou não, acho que o pessoal com muito dinheiro vê muito isso “Ah, é mais do que a sua obrigação fazer esse tipo de serviço”, e o pessoal mais simples parece que não, acho que eles têm essa diferença de cabeça, que eu acho bem... é até interessante a gente pensar nisso... tem isso, sabe? “Eu tô pagando então faça”. (Rita)

É interessante notar que, nesse caso, a demanda por uma relação mais integral, de maior confiança e cumplicidade, vem do profissional e não do paciente. Rita sente essa diferença de relacionamento e faz essa separação entre fisioterapia - pacientes de menor poder aquisitivo e massagem – pacientes de maior poder aquisitivo. Essa distinção é feita com base na sua experiência, mas não significa que não poderíamos encontrar esses fatores misturados, como pacientes da fisioterapia ricos, por exemplo. Há, portanto, dois pontos a se considerar nessa questão: o tipo de relação de acordo com a terapia – fisioterapia ou massagem, e o tipo de relação conforme o nível socioeconômico do paciente.

O tipo de terapia - massagem ou fisioterapia, segundo Rita, influencia na forma como o paciente vê o profissional: como um técnico em massagem ou como um profissional da área da saúde. Pelo que ela nos conta, a relação de confiança e respeito por esse último seria maior, pois envolveria um tratamento que diz respeito à saúde do paciente. O reconhecimento da legitimidade do saber instituído, nesse caso (como comentamos no capítulo anterior), seria maior. No caso da massagem, a relação mercantil se configura mais claramente, sendo o usuário um cliente do serviço prestado. Quanto ao nível socioeconômico dos pacientes, a diferença residiria no maior reconhecimento, ou como ela diz, gratidão das pessoas “*mais simples*” pelo seu trabalho. Vale ressaltar que Rita faz essas distinções a grosso modo, posto que ela mesma reconhece que há exceções para esse padrão.

Pelo conjunto das falas desse item, podemos perceber, portanto, que a relação de maior proximidade com os pacientes é vista pelas entrevistadas como algo importante e gratificante. Conhecendo melhor o paciente e os seus modos particulares de andar a vida, o fisioterapeuta é capaz de criar projetos de cuidado que façam sentido para ele e, assim, tenham maior potencialidade de resultar no sucesso prático daquele encontro.

Satisfeito com os resultados que aquela intervenção acarretou em sua vida, é mais

provável que o paciente reconheça e valorize o profissional. Em muitos casos, essa valorização, por sua vez, é fundamental para a satisfação do profissional com o seu trabalho, retroalimentando o processo.

6.2 Sistemas público e privado e a relação com os pacientes

O segundo ponto da distinção feita por Rita, também aparece na fala de outras entrevistadas. A classificação, aqui, se refere a pacientes do sistema público e privado²⁷:

Eu gosto de SUS, de atender paciente de SUS. É igual uma amiga, quando eu conversei com ela eu falei “Ai, às vezes eu acho um saco...” Se bem que, agora, eu tô com uns pacientes bem fofinhos, não são arrogantes. Classe AAA, né, porque lá, só tem gente rica e... assim como os particulares, tudo gente que tem dinheiro. Então, assim, tem uma certa arrogância já entre eles assim, né? Mas, assim... é que eu tô dando muita sorte, graças a Deus. No pilates também, onde eu tô, é um lugar mais tranquilo assim, as pessoas são ricas, mas são de boa. No outro lado ali já é um pessoal mais esnobe, tradicional de São Paulo, então elas são muito chatas, sabe? É gente que tem muita grana. Aí, você não pode fazer isso, não pode fazer aquilo, elas têm uns papinhos muito fúteis, sabe, assim? Mas, lá no consultório, também, tem uns muito encardidos, sabe, assim? São arrogantes. E é um outro papo, um outro estilo de vida, então, às vezes você fica assim estarecida, sabe? Você volta mal pra casa... “Nossa, é isso que ela acha do mundo?”, sabe? Por isso, uma das coisas porque eu queria ser concursada é isso, mas tá difícil passar em concurso, viu? Mas era pra voltar a atender SUS. (Teresa)

Eu não sei, as pessoas parecem... eles te veem de uma forma diferente, né, as pessoas do SUS. Te tratam como se você fosse médica, alguma coisa assim, cheia de respeito, e... no hospital particular, não, não é desse jeito... fisioterapeuta não quer dizer, assim, tem essa importância toda. Eu acho que é a forma de cada paciente te ver, considerar, sabe? [...] Lá no hospital onde eu trabalho, parece que a gente bate, assim na porta do quarto, oferecendo terapia, se a pessoa quer ou não, né? Aí, tem uma fisioterapeuta lá no hospital que fala que a gente tá oferecendo Avon, se a pessoa quer ou não (risos)... Ela vai lá e fica brava “A gente não tá oferecendo Avon, não! A gente não precisa do atendimento da pessoa pra poder receber o salário!”. A gente tá indo lá porque precisa, na verdade, né? É bom pra ele... Mas, nem todos veem assim. É que nem todos gostam. Nesses casos, assim, a parte respiratória quando a pessoa tá cansada, é... fazer exercício com ela, é desgastante, é cansativo. Ou, mesmo, tem pessoas que odeiam [ventilação] não-invasiva e a gente usa muito máscara, né? E não suportam a máscara, acham aquilo, assim, horrível. Imagina, uma senhorinha, um senhorzinho, assim, com mais de seus 80 anos, colocar aquela máscara no rosto... Elas não gostam, elas não se sentem bem com aquilo. Quando fala em fisioterapia, elas ficam com aversão! (risos) [...] Aí, a gente tenta conversar um pouquinho, falar da importância, do porquê que ela tem que fazer e tudo mais... Agora, se ela recusa, não tem como a gente forçar, né? Fazer contra a vontade da pessoa, ela não vai adquirir nada, não vai ganhar nada. Aí, a gente vai embora... Por isso que ela fala que parece que a gente tá oferecendo Avon... (risos) A gente vai lá, oferece, conversa... Se a pessoa não quer, né, paciência. É desse jeito... [...] quando lida com morte é mais complicado, porque tem certas coisas que entram em cuidados paliativos, por exemplo. Aí, não tem o que

²⁷ É importante frisar, assim como no capítulo anterior, que essa distinção entre pacientes do sistema público e do privado, ou entre pacientes com maior ou menor poder aquisitivo, não foi algo que se aventou previamente nessa pesquisa e, portanto, não foi questionado na entrevista. Esse assunto surgiu espontaneamente nas falas. Não era e não é objetivo desse estudo fazer essa distinção, posto que praticamente todas as entrevistadas que falaram sobre isso reconheceram no mesmo momento de reflexão que há exceções. A ideia aqui é tão somente discutir a questão trazida por elas.

you faça, you vai dar um conforto, mas como falar isso pra pessoa, assim, para um familiar? Nem todo mundo entende. [...] Tem umas coisas lá que são inacreditáveis. Você não sabe quem é realmente doente, se é a pessoa, o doente mesmo, ou se é o acompanhante. Ai, eu tive vários desses. Tem que ter um tato gigantesco, engolir várias coisas... Ah, lá você não tem como rebater... porque você nunca vai ter razão. Não tem como rebater, você tem que engolir. Essa parte que é ruim, eu acho, no particular, sabe? E sempre é a palavra da pessoa contra a sua. Vai pesar sempre a de quem? Deles, né? Então, não sei, acho que essa é a pior parte. [...] No SUS, eles respeitam mais. Quando eu trabalhava lá no hospital estadual eu via... as pessoas te respeitam muito... muito, muito. Você fala que precisa, eles podem olhar com cara feia, mas eles fazem... É que nem médico, sabe? O médico fala alguma coisa, assim, todo paciente obedece. Quer queira ou não, eles obedecem, né? E lá, assim, pelo menos a maioria aceitava bem... A maioria, também não quer dizer que são todos, né? Aí, já é outra coisa. Não dá pra generalizar, não. Mesmo assim, dentro do particular, tem muitas pessoas que são super prazerosas de serem atendidas, assim, sabe? Você sente que é um benefício que tá fazendo pra pessoa. É que tem algumas que não veem benefício algum, pra elas é mais cansativo, assim, e elas não veem com bons olhos, então elas não gostam, né? Não tem como, elas não aceitam bem... não acham que aquilo é bom, ainda mais elas tendo que pagar por uma coisa que elas não concordam... porque é pago, né? Nem todo convênio cobre, assim, uma terapia de fisioterapia dentro de um hospital. (Roberta)

Ah, é. Eu acho que no hospital particular eles são mais... “Ah, não quero fazer fisioterapia agora, to fazendo... Ah, não, hoje não. Hoje eu quero assistir o jogo”, mais distante, mais... você trabalha e eu mando. E no SUS, qualquer coisa que você fizer “Ah, brigada filha, muito obrigada”. Então, é aquela sensação que você tá fazendo alguma coisa pra ajudar, não que você tá ali só pra ganhar dinheiro, que é a sensação que você tem do particular. (Paula)

Putz, tem coisas que me desmotivam mesmo, muito mesmo, dentro do hospital. É que tem pessoas e pessoas, né? Tem muitos que reconhecem, mas tem muitos que não reconhecem. Às vezes eu vou pro lado só dos que não reconhecem. Por exemplo, você entra num quarto e “Ah, agora eu tô penteando o meu cabelo”. A gente pensa “Vá se danar! Eu tô aqui trabalhando, se precisasse, teria feito, entendeu? Ou “Ah, dá pra você voltar daqui a pouquinho porque tá terminando de passar um negócio aqui na televisão?”. Eu penso “Poxa, eu to aqui pra atender e você tá enchendo o meu saco, poxa!”. Então, isso acaba me desmotivando MUITO, muito mesmo, MUITO! (...) Poxa, quem precisa, faz, não importa a hora. Só não faz se você tá morrendo, se você tá com uma dor... aí seria contra-indicado mesmo fazer. Mas, quem precisa, faz! Você tá no hospital pra isso, poxa! Então, você não tá lá pra pentear o cabelo, secar o cabelo, fazer unha... você não tá pra isso dentro de um hospital. Então, se você precisa, você faz. Os que precisam fazem. Os que não precisam que encham o saco. Então, isso me incomoda, me incomoda muito eu ter que atender esse tipo de gente. [...] Mas, eu acho que a gente tem que ser melhor reconhecido ainda, não só na área hospitalar, como fora. Eu acho que a maioria das pessoas não fazem fisio, não sabem o que o fisio faz. (Ana)

Apesar dessa diferença estabelecida por elas entre os pacientes do SUS e do sistema privado, Teresa e Roberta nos falam que não há como generalizar. Mas, a percepção delas sobre esse assunto (que se baseia nas experiências que tiveram nos dois tipos de instituição) é a de que, em geral, os pacientes do SUS são mais agradecidos pelo atendimento prestado. Roberta nos sugere que, como o atendimento no hospital particular é pago (em alguns casos, diretamente pelo paciente – que não possuem convênio ou que não tem esse tratamento coberto pela seguradora), a relação que se estabelece é mais mercantil, de consumidor – produto do que de usuário – fisioterapeuta.

Se a fisioterapia se torna um “produto” a ser adquirido, eu, paciente, decido quando e se vou querer adquiri-lo. Se é algo que, além de tudo, não me agrada, porque é cansativo,

etc, e pelo qual eu terei que pagar à parte, é compreensível que eu não queira “comprá-lo”. Essa associação pode parecer exagerada e até mesmo ofensiva, mas quem nos traz essa analogia é a própria Roberta quando compara o “oferecer a fisioterapia” no quarto do paciente com oferecer produtos cosméticos.

A sensação que fica com esses relatos é de que a necessidade do tratamento não é reconhecida pelos pacientes em alguns casos. Para eles, fazer fisioterapia para se obter alta do hospital talvez seja tão importante quanto usar xampu para a mesma finalidade. Para Ana, essa falta de reconhecimento da fisioterapia ocorre também porque muitos pacientes não sabem o que a fisioterapia faz, para que serve. Roberta nos conta que a conversa com cada paciente é importante para explicar isso, mas que no hospital particular, em geral, a palavra do fisioterapeuta não é tão valorizada quanto a do médico. O que, para ela, é diferente do SUS, em que as pessoas a tratam *“como se fosse médica, alguma coisa assim, cheia de respeito”*.

É interessante notar que, embora o tipo de paciente que se atende dependa de uma escolha pessoal sobre em qual local e de que forma trabalhar, no caso dos pacientes do sistema público, nem sempre essa escolha é facilmente operacionalizada. Teresa nos conta que gostaria de voltar a atender pacientes do SUS, mas que isso depende de aprovação em concurso público, e que a concorrência é muito grande.

No entanto, embora essa preferência por pacientes do sistema público tenha sido majoritária entre as falas das entrevistadas, ela não foi unânime:

Eu atendo um público já diferente aqui em São Paulo, né, que já é um público, eu diria assim, um público rico, né? Então, é... é muito legal, uma relação maravilhosa. É até bom porque eles te pagam mais (risos)... Ah, tem que considerar, né, é claro, é ótimo poder considerar isso. Mas, é... claro, se eu fosse maltratada eu não iria, nem por dinheiro nenhum no mundo. Mas, é uma relação muito legal, nossa, muito joia. Ainda mais esse público, já é uma coisa assim, você acaba virando meio que personal trainer, assim, eles acabam te chamando, sabe? Então, é legal, eles convidam você pra eventos bacanas, coisas legais assim, sabe? Eu atendo um cara que é decorador lá da Casa Cor, então, tipo, né... paga 70 reais pra entrar na Casa Cor, "Ah, se quiser ir de graça comigo, vamos!". Até porque, eles ficam mega agradecidos, né, porque são pessoas que tinham dores, pessoas que tavam, sei lá, totalmente machucadas e depressivas por conta disso, e você ajudar nesse ponto, né? Eu acho que eles ficam muito agradecidos, então a relação é bem legal. Não tenho do que reclamar de ninguém, de nenhum paciente, assim, nenhum. (Mariana)

Vale considerar que Mariana nunca atendeu no sistema público. E quando se mudou para Porto Alegre, ela sofreu muito com a falta de um emprego em que pudesse realizar um atendimento de acordo com a sua proposta. Para isso, foi atender pacientes particulares, ganhando dez reais a hora. Talvez por isso, ela se sinta valorizada pelos pacientes que

atende atualmente, o “público rico” de São Paulo, que lhe paga bem. A valorização, nesse caso, vem não só pelo reconhecimento dos pacientes, mas também pela remuneração do seu trabalho.

Retomando o trecho anterior, Roberta havia nos falado também em obediência, que os pacientes do SUS são mais “obedientes”. Pelo conjunto de falas da sua entrevista, me parece que o “obedecer” aqui guarda mais relação com o reconhecer a necessidade do tratamento proposto do que com o cumprimento de ordens dadas pelo profissional, numa relação de submissão. A questão é que, em alguns casos, o tratamento fisioterápico não é mesmo tão necessário. Como discutimos no capítulo anterior, uma das diferenças atribuídas pelas entrevistadas como sendo própria do hospital particular é a imposição de se atender os pacientes determinados e não somente os que precisam efetivamente daquele atendimento. Isso talvez contribua também para a percepção do fisioterapeuta de que o seu trabalho não é valorizado.

Isso porque, o desejo pelo cuidar integral, a importância de sentir que se está ajudando o outro, enfim, o desejo de ser terapeuta é algo que permeia todas as narrativas. Com este anseio, é natural pensar que não seria gratificante cuidar de alguém que não precisa e (talvez até mesmo por isso) não reconhece aquele cuidado. Teresa nos conta um pouco sobre isso:

Eu tenho vontade de voltar e a minha amiga também, morre de vontade de voltar a atender SUS. Ela trabalha em hospital particular, muita gente rica, é diferente... Ela fala que é mais difícil de atender, as pessoas não te valorizam tanto... Ela falava que a melhor coisa do mundo era atender aqueles “encacados do HC”, porque ela fala que sente falta. Sabe, assim? Eu gosto muito assim, das pessoas que você pode ajudar, sabe? Que te escutam, que você fala da importância de fazer tal coisa, sabe? Mas, nossa, mesmo assim, eu estou muito agradecida com os meus pacientes, porque eles estão valorizando. Mas, além de trabalhar, eu tenho que estudar muito, porque tem que estar tudo afinado, fisiologia, pra explicar as coisas, porque é diferente, né? A pessoa pergunta “Mas por que? Mas por que?”. Aí, você tem que explicar, né? E é só assim que a gente consegue confiança do pessoal. Então, tem que estudar muito. Mas, tá legal! Nossa, imagina pegar aquele pessoal chato pra atender, daí não dá, né? “Tô pagando!”, sabe aquela coisa assim? Até hoje, graças a Deus, ninguém falou isso pra mim.” (Teresa)

Para Teresa, é como se os pacientes do SUS fossem os que realmente precisassem de sua ajuda. O valorizar deles, o reconhecimento que eles têm pelo trabalho realizado, mostra que aquela atuação fez diferença nas suas vidas. Isso parece ser a razão pela qual Teresa buscou essa profissão: pela vontade de cuidar. Se voltarmos um pouco nesse trabalho, na parte das trajetórias profissionais, veremos que ela nos disse isso. Quando ela faz essa distinção, dizendo que gosta de atender os pacientes do SUS, fica a impressão de

que esses pacientes são os que ela pode cuidar da forma que gostaria.

6.3 Projetos de felicidade – concretizações e frustrações

No início desse trabalho, destacou-se a importância de se considerar também os projetos de felicidade daqueles que cuidam e se questionou se esses projetos se pautariam pelas possibilidades de um cuidado integral. Os casos a seguir nos falam um pouco sobre esses projetos, as suas dificuldades e concretizações

O caso de Margarida - uma história boa

Uma história boa? Ah, da Margarida, né? Eu atendia a Margarida todos os dias na época de estágio da faculdade, era nova ela... Ela fez aquela cirurgia de zetaplastia do quadril, pra liberação, porque ela ficou muito tempo sentada. Ela teve uma infecção e teve uma paralisia, ficou tetraplégica. E ela tinha uma úlcera de pressão, porque ficava muito tempo sentada. Ela era cadeirante e tinha uma fraqueza enorme de pernas, glúteo... aí, eu comecei a fazer Kabat²⁸ com ela. Eu enchia uma banheira de gelo, atendia ela todos os dias, duas horas por dia. E era um sacrifício, porque tinha que encher a banheira de gelo, colocar ela sozinha no gelo, ficar aferindo pressão... Depois fazia uma hora só de Kabat com ela. E quando acabou o estágio, ela já tava dando os primeiros passos... Foi MUITO LEGAL, assim, sabe? Eu falei “Cara, eu tô no lugar certo!”. Claro que tinha todo o trabalho de antes que as outras fisios fizeram, mas é que eu peguei ela na cadeira, só andava na cadeira, não tinha força nenhuma. Todo dia era Kabat, gelo, gelo, gelo, Kabat, gelo, gelo, gelo. Daí inibiu [o espasmo muscular] e eu consegui fortalecer. Foi muito legal! Até o Osmar, que era o supervisor, falou “Nossa, muito legal!” Eu achei o máximo aquilo! Até hoje foi assim... de paciente que eu achei mais legal, assim, foi a Margarida que... só teve uma zetaplastia só de liberação e ela começou a andar. Sabe? Tipo... legal, bem legal. (Teresa)

Teresa nos conta o caso de Margarida como sendo a sua lembrança de história boa. Apesar de toda a dificuldade e esforço físico que o atendimento da paciente lhe demandava, ela percebeu que estava “no lugar certo”, quando viu Margarida voltar a andar. Podemos presumir que o seu projeto de felicidade, construído na interação com a paciente, se concretizou com esse resultado prático, visível na vida de Margaria. O sucesso prático da terapia, aqui, é palpável e foi buscado pelas duas.

Roberta também nos conta um caso de sucesso:

²⁸ “Facilitação, por definição, significa ‘[...] o efeito produzido no tecido nervoso pela passagem de um impulso; a resistência do nervo é reduzida tanto que uma segunda aplicação de estímulo provoca a reação mais facilmente’. Proprioceptiva significa ‘recepção de estímulos dentro dos tecidos do corpo’. Neuromuscular significa ‘relativo a nervos e músculos’. Assim, as técnicas de facilitação neuromuscular proprioceptiva podem ser definidas como métodos de promover ou precipitar a reação do mecanismo neuromuscular através de estimulação dos proprioceptores. (VOSS et al, 1987, p. XIX)

Ah, é prazeroso, né? Quando você acompanha a evolução do paciente, tem uma boa interação, é gostoso. Teve um paciente esses tempos que teve Guillain-Barré. Ele chegou lá num estado super crítico, passou por todas as unidades, na UTI, chegou um ponto em que ele não conseguia nem abertura ocular, mas ele tava consciente, é, teve que ser entubado, extubado, enfim, passou por todas as etapas. E lá ele chegou numa parte mais estável, mais já parte motora, ele não mexia quase nada do braço e saiu andando, sabe? Então, é gostoso, porque tem uma interação super assim, forte, né, com todos. A gente fazia FES²⁹ com ele, investimos muito nesse moço. E ele saiu super bem, isso é gostoso! Mas, nem sempre é assim, né? (Roberta)

Nesse exemplo de Roberta, assim como no de Teresa, podemos notar a reabilitação em seu sentido mais clássico. Para ela, foi prazeroso acompanhar toda a evolução do paciente e vê-lo se recuperar. Também podemos supor que o seu projeto de felicidade criado naquele encontro, concretiza-se com a recuperação daquela pessoa. Mas, como Roberta mesma nos diz, nem sempre acontece assim.

No hospital de cuidados paliativos, Marisa vivenciou um outro lado da fisioterapia, em que o objetivo não era reabilitar, mas proporcionar conforto aos pacientes nas últimas etapas de sua vida. No entanto, como era algo que já se sabia a priori, compartilhado entre terapeutas e pacientes, os projetos de felicidade construídos por Marisa ali não se pautavam pelas possibilidades de recuperação de seu pacientes, mas pela integralidade do cuidado nos seus últimos momentos. A seguir ela nos conta dois casos em que, como ela nos diz, ajudou na “passagem”:

A difícil passagem de Seu Jaime

O Seu Jaime foi um caso que me marcou. Porque foi assim, o Seu Jaime foi... um sacana durante a vida. Bebeu, jogou, fumou e eu acho que batia na mulher. [...] Daí, Seu Jaime acabou ficando com um enfisema pulmonar, desenvolveu um câncer de pulmão, tudo. E ele veio pra gente de um outro hospital já com colono, sabe, aquela bolsa? Com as fezes externas, né? Ele veio com colono, com traqueio, né, pra respirar, sem válvula de fonação, nada, então tinha que colocar o dedinho pra falar³⁰. Sempre, assim, descompensado, magro, pesava uns 40kg no máximo, era uma figura. E ele colocava o dedinho na válvula pra falar (risos), e ele tinha que aspirar toda hora, ele era muito secreto, e ele já veio com um prognóstico fechado, que seria mesmo evolução de câncer, não iam fazer mais nada, porque já tava bem avançado... Então, ele foi lá pra tratamento paliativo mesmo, pra liberar uma vaga no hospital que ele tava. E a mulher dele tinha um pouco de rancor dele, né? Então, não tinha uma relação muito amigável. [...] E ele quando entrou todo mundo falava muito que era um paciente poliqueixoso, né? Então, ele chamava o dia inteiro. Por que? Ele tava pele e osso, então, ele sentia muita dor, então, toda hora ele queria que mudasse de posição, porque ele realmente não tinha muita musculatura. Então, ele começava a chamar, as enfermeiras iam lá e trocavam de posição. Começava a chamar, trocava de posição. Na terceira vez, “Ah, não aguento mais o Seu Jaime! Vai lá você”. Começaram a ficar meio com raiva dele, porque ele chamava muito. É que, na verdade, ele

²⁹ Estimulação Elétrica Funcional

³⁰ “Traqueostomia é uma pequena abertura feita na traqueia, que fica na parte anterior do pescoço, próxima ao ‘pomo de Adão’. Neste local, é introduzido um tubo de metal (chamado cânula traqueal) para facilitar a entrada de ar.” - Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=116>, consultado em 14 de fevereiro de 2011. Quando ela diz que ele tinha que colocar o dedo para falar, significa que ele tampava o orifício da traqueostomia com o dedo, para o ar sair pela boca e emitir som. Isso porque, o paciente não possuía válvula de fonação. “Válvulas permitem fonação mais espontânea sem necessidade de oclusão digital da cânula de traqueotomia”. (SILVEIRA, 2009). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992009000100017>, consultado em 14 de fevereiro de 2011.

sentia muita dor, incômodo.

Ele colocava o dedinho na válvula e falava, era um barato. Ele falava (imitando voz fina e anasalada): “Marisa, vem cá, corre aqui” e tocava a campainha. Daí, eu chegava “Que foi, Seu Jaime?”, “Secreção! Tira, tira secreção, num guento mais”. Aí, aspirava ele, tal, e melhorava. Daqui a pouco eu voltava, tudo de novo, borbulhando, era um inferno. Colocava BIPAP, tirava, pra dar uma melhorada. Daí, ele começou a piorar, já era esperado, tal. [...] Daí, ele passou pra UTI, tinha uma semi-intensiva lá, e, nas conversas com ele, ele me falou “É, quando eu for pra UTI você vai lá comigo, né?”, eu falei “Claro, Seu Jaime, eu vou com você”. Aí, quando ele começou a agonizar, foi pra UTI, tal, só que ele teve estenose, começou a fechar a traqueia, ele teve estenose de traqueia. Então, mesmo com o ventilador não entrava o ar. Então, ele começou e entrar em agonia respiratória. Aí, foi complicado, a gente colocou o ventilador, aspirava, aspirava, aspirava... não passava. Fechou completamente. Não tinha mais o que fazer, ele tava indo embora. E esse dia foi bem ruim porque eu cheguei, ele tava já meio agonizando, só que ele tava consciente, daí... eu cheguei, eu falei “Seu Jaime”, ele disse “Não consigo respirar, não consigo respirar”, daí, era uma fisio que tava de manhã, ela começou a tentar aspirar, tentava passar a sonda, a sonda não passava. Desespero. E aí, ele tava agonizando, assim, não vinha o médico. Daí... “Vai chamar o médico”, “Ah, o médico tá almoçando”, daí desce “Ah, já vem, já vem”, a gente “Pede pra dar uma sedação pra ele, alguma coisa”, porque é horrível, né? Daí, tava lá agonizando, tentando respirar, e roxo, e todos os aparelhos apitando, né? Aquele inferno, você põe silenciador e nada. Daí, ficou eu, a outra fisio e o coordenador. Daí, “Pega na minha mão”, fiquei lá segurando a mão dele, a gente tentando passar, não passava, tentava por oxigênio pelo nariz pra ver se absorvia, mas não ia, né? Aí, ele ficou na agonia uns 40 minutos. Aí, depois de 40 minutos o médico chegou (falando lentamente), pôs uma sedação... daí, ele foi embora. Aí, foi complicado. Eu fiquei 40 minutos segurando a mão dele, ele me apertava, acho que doeu. A gente, assim, chorando, né? As enfermeiras chorando, as técnicas... Porque é complicado, né, ver alguém agonizando e você não conseguir fazer nada. E foi bem isso, mesmo. Não tinha o que fazer, porque não passava nada... e o médico demorou muito pra subir, achando que ele tava reclamando mais uma vez sem motivo, né? Que ele só reclamava... Aí, na hora que o médico chegou falou “Não tem o que fazer”, acho que ele pôs morfina, mais algumas coisa pra diminuir a dor, daí ele foi parando e morreu. Aí, foi difícil. Ficar esperando... já nem conseguia mais trabalhar no dia [...] Então, foi uma coisa meio triste, assim. Daí, eu fiquei revoltada mesmo por essas coisas, né? De ver isso, né? Descaso, né? Tem que ajudar. Não ia entubar, mas, pô, não tem mais nada pra você fazer? Dá um remédio pra ele, sei lá, mas não deixa a pessoa agonizando, né? Então, tem essa visão, né? Você é paliativista, mas paliativista não é negligenciar, né? É dar o conforto, né? (Marisa)

O cuidado integral na passagem de Seu Paulo

Teve um senhor, também, japonês, o Seu Paulo, que eu ajudei... na passagem. Ele era muito fofo, ficou num quarto, a família já sabia que ele ia embora, tudo, que era paliativo, mas a família era muito carinhosa. [...] E daí, ele ficou também umas 3 horas assim, a gente aspirando, ele descompensava, os aparelhos tocavam... mas esse, a família ficou no quarto, assim, todo o período, a gente ficou junto com ele... com medicação pra não ter dor... então, assim, foi uma coisa mais tranquila, porque ele conseguiu ir embora, a família tava junto, do jeito que ele queria, tudo... demora, né? É meio sofrido, assim, mas a gente tentou dar todo o conforto pra ele na hora, né? Então, você vê que a pessoa não ficou agonizando assim, sem nenhum recurso. Deu pra dar uma ajuda. A gente aspirou várias vezes. Aí, chegou uma hora que a gente “meu, compensa aspirar? Ou estamos só dando mais dor pra ele?”, porque tá passando sonda, né? Daí a gente falou não, não vamos mais aspirar. Vai ficar super secreto – porque começa a borbulhar, é bem feio – vai ficar super secreto, mas, mais um desconforto é a sonda, né? Toda hora enfiando sonda, sonda, sonda. Aí, a gente parou de aspirar, aí coloca Dramin. Dramin diminui a secreção. Aí, as médicas deram a medicação e esse foi muito legal, porque as duas médicas de plantão ficaram do lado dele, dando todo o suporte. Foi muito legal. Elas ficavam em cima, olhando medicação, tudo o que tava pondo, intra-venoso, né, que tem intra-cat, tudo... Ficaram até a hora de ele ir embora. E a hora que ele foi embora, a gente fez o acolhimento da família, todo mundo foi conversar com a esposa, sabe? (Marisa)

A morte, nesses casos, já era esperada. O problema sentido por Marisa não foi ter acompanhado esse processo, mas sim a forma como ele ocorreu, que foi bem diferente nas duas situações. Seu Jaime não era um paciente bem visto por toda a equipe por seu

histórico e por ser considerado políquelso. No entanto, Marisa conversava com ele e entendia o porque de suas reclamações, que se davam em função do seu quadro debilitado.

No momento de sua morte, ele não teve o suporte do médico de plantão, que era quem poderia lhe administrar a medicação para alívio da dor, e nem da família, com a qual tinha uma relação complicada. Para Marisa foi difícil acompanhá-lo sem poder ajudar nesse desconforto. Ela fez a única coisa que lhe restava, segurando-lhe a mão nesse momento de agonia. A frustração aqui de um “projeto de felicidade” (se é que podemos chamar assim) não concretizado se mistura com a revolta pela negligência de seus colegas paliativistas, afinal:

Eu acho assim, pelo menos eu acredito, que tem que fazer até na hora de morrer e tem que fazer até depois de morrer. Sabe na hora de morrer, a gente dá o acolhimento e tal, para amenizar um pouco, apesar de não poder fazer medicação, a gente fica junto, levar um copo d'água e tal. E depois de morrer também, trabalhar o luto, o acolhimento, isso não tem quase em nenhum lugar, né? Trabalhar família e tal. (Marisa)

No caso de Seu Paulo vemos como é possível a integralidade mesmo no momento da morte. Podemos imaginar que foi um processo difícil para ele e sua família, mas foi reconfortado pelo cuidado integral prestado, nesse caso, por toda a equipe. Dificilmente acreditaríamos que Marisa ficou feliz com a morte de Seu Paulo, mas podemos supor que o projeto de felicidade dela para esse caso se concretizou.

Os casos a seguir, contados por Teresa e Vanessa, nos mostram as dificuldades dessas profissionais em conseguir concretizar a ideia do cuidado integral:

As dificuldades de relacionamento – o caso de Seu João

Bom, teve uma situação chata... Era um paciente super bom assim, super tranquilo é... meio mimado... era um senhor de uns 84 anos. E... super bem de vida... só que, aquela coisa de carência, né? [...] E ele não aceitava isso, sabe, de estar se deteriorando. Porque ele sempre foi muito ativo, pulava muito a cerca, e de repente, começou a ter dores nas pernas e não conseguia mais andar direito, andava com andador. E aí, ele começou a ter uma crise de depressão por causa disso, porque ele já não conseguia... Aí, a gente sempre falava com ele, sempre conversando, aberta, “O que o senhor tá sentindo? Pode falar”. Na verdade, eu não deveria fazer isso, eu acho, né? Mas, ele vinha chorando, você ia falar o quê, né? Mexer só no pé dele? Não é só isso. O fisio um pouco tem que compreender isso, né? Aí, ele começou a piorar da depressão. Aí, os médicos, ele pagando um absurdo de caro... Aí é que tá, ele ia no psiquiatra e só davam medicamento forte pra ele, dopavam ele, só. Ele pagava caro em médico... tudo bem que é deterioração da idade, mas pelo amor de Deus, a perna dele inchada e ele ia no médico de coração, de cabeça, nenhum médico falava pra ele “O senhor tem que usar meia”. Eu falava pra ele que ele tinha que usar, mas ele não acreditava. Aquela perna inchada, sabe? Até que um dia eu falei pra ele ir no vascular e perguntar se ele não tinha que usar meia. Aí ele foi e falou “Ah, Teresa, eu comprei a meia” e eu disse “Tá vendo, não falei que o senhor tinha que usar meia?” e ele “Ah, mas o meu médico não falou nada” – e médico particular, pagando 600 reais a consulta, sabe? Não vê o paciente como um todo.

Bom, depois ele começou a piorar e começou a me dar patada. E eu sempre segurei a barra, assim. Falei “Bom, vai ter uma hora que eu não vou aguentar, né?”, mas eu entendia ele. Eu passei uns 3 meses levando patada, coice, coice atrás de coice. E ele atrasava toda a minha agenda, porque ele chegava no horário, e ele não faz nada o dia inteiro, tem motorista... E eu

falava “Seu João, o senhor já foi ao banheiro?”, porque ele tem incontinência urinária agora, também por causa de medicação e da deterioração. E ele dizia “Ah, eu não quero ir”. Eu abria a porta pra ele e dizia “Seu João, vai ao banheiro, por favor, pra não chegar no horário e o senhor descer comigo”, porque levava uns 15 minutos pra descer, 15 pra subir, já perdia meia hora, e a minha agenda era cheia, uma atrás da outra, e é particular, não posso atrasar, né? E é uma sala só, uma maca. Aí, chegava na hora de trocar o paciente, uns cinco minutos antes eu já subia e dizia “Seu João, vamos descendo?”, porque até ele descer... E ele dizia “Ah, vou ao banheiro”, daí 15 minutos depois ele saía do banheiro “Ah, não consegui fazer xixi”. Aí, ele descia, eu subia ele na maca, mais 10 minutos, aí no meio: “Teresa, eu quero fazer xixi”, e eu dizia “Seu João, o senhor quer mesmo?” “Quero” “Então, espera que eu vou descer o senhor, mas a terapia vai ser muito pequena, né?” Daí, todo dia estava sendo assim, segunda, quarta e sexta. Aí, eu dizia, “Seu João, ou o senhor vem de fralda ou traz um papagaio, porque assim não dá, não to conseguindo atender o senhor, o senhor não tá melhorando. Se não, a gente vai ter que cortar a sessão, porque eu não vou ficar enganando o senhor aqui, o senhor não tá tratando” Aí... ele ficava chateado e eu dizia “Seu João, eu não estou falando por mal”, tentava explicar, porque eu acho uma sacanagem... Eu falava “Ou o senhor vem de fralda, ou o senhor pode vir com o papagaio, não tem problema algum, eu cubro o senhor, porque não dá pra eu descer o senhor toda hora, e a maca não sobe e desce, é mecânico, eu tenho que subir o senhor na maca”. Eu expliquei tudo bonitinho, super educada. Mas, a cada dia tava piorando, ele chegava atrasado, 15 minutos atrasado, e ele ficava bravo comigo, porque eu dizia “Seu João, acabou a sessão, vamos subir porque tem outro paciente”. Daí, ele começou a reclamar que eu não tava tratando ele bem, mas é porque ele é depressivo, né? Eu avisei a família dele, que ele precisava de uma cadeira, aí ele foi atrás de uma cadeira... Mas aí, teve um dia que eu estourei... Ele chegou atrasado, começou a me dar patada e eu falei “Seu João, assim não dá. Chega. O senhor está grosso comigo, eu não to aguentando, eu sei que o senhor está com problema, mas os seus filhos tem que te amparar mais” – os filhos dele não amparavam muito ele, sabe? Ele era muito carente – “Eu não sei, seu João, vai ter que contratar uma enfermeira” – eu já tinha explicado tudo isso pra mulher dele, né? – “Ah, não, gasta muito!”. Poxa, o cara é rico, sabe? Eu falei pra ele “Ô Seu João, começa a vender as coisas, por que o senhor vai ficar guardando? Vai levar para o túmulo? Vai deixar para os outros se o senhor está precisando?” E ele dizia “Ah, vou pensar nisso”, e no dia seguinte voltava “Ah, minha mulher não quer, não sei o quê...”, sabe essas coisas? E eu pensava “Poxa, vai descarregar em mim?” Aí eu pensei... no trabalho insalubre, sabe? De a gente ganhar pouco, tem um limite eu acho, sabe? Você não é psiquiatra. Eu falava “Seu João, você tem que falar com o seu psiquiatra, eu posso até falar com a sua filha, mas tem que ter um psicólogo acompanhando o senhor” e ele dizia que o psiquiatra dele achava desnecessário, e ele só tomava remédio. Desde quando alguém melhora só com medicação, né? E, aí, foi isso. Ele saiu todo triste, a mulher dele me falou um monte, como se eu fosse a culpada, sendo que ele também ficou estressado com o doutor, que não assinou a cartinha dele lá de pedir cadeira... Ficou umas duas semanas parada lá e ele que não assinava porque... ter tempo ele tinha, o doutor, né? E ele começou a me culpar. Aí eu falei bom, daí já tá começando a abusar, né? Eu trato ele super bem, eu reorganizo toda a minha agenda e ele faz isso comigo? Pô, né? Daí eu conversei com ele, né? Pedi pra ele sentar, falei “Vamos parar a sessão aqui agora. Vamos conversar, o senhor tá me tratando mal, eu tenho um carinho enorme pelo senhor, paciência por demais, respeito, eu sei que o senhor está pagando e caro pra vir aqui, mas assim não pode ficar, porque eu não to conseguindo atender o senhor. Se o senhor quiser vir à tarde, o senhor faz fisio com o Rodolfo”.

E ele ficou super aborrecido comigo, saiu chutando tudo, xingou a Juliana [secretária] e foi embora e nunca mais voltou. Aí, eu liguei pra esposa dele... Eu falei pro doutor, eu chorei, sentei na mesa do doutor e falei “Ô doutor, não aguento mais, você sabe que eu tenho um carinho enorme...” E comecei a chorar.... O doutor viu que eu estava desesperada... todo mundo só falava que eu sou educada... ele sabe que o seu João tá doente, né? E aí aconteceu isso... A mulher dele me falou um monte, falou que eu fui mal educada com ele, que a gente tava destratando ele... Ah, e ele queria que eu reservasse os horários dele, mesmo ele não indo. E eu não recebo! Eu falei pra ele que não podia, que não dava... Aí ele falou “Eu vou desmarcar todos os meus horários, enquanto o doutor não assinar o papel eu não venho mais”. Eu perguntei “É isso mesmo que o senhor quer, tem certeza? Então tá bom.”. Eu apaguei toda a agenda, começaram a aparecer pacientes no horário dele. Eu falei “Eu não vou falar que não pode vir, porque eu tenho que atender”. E ele dizia “É, você tá me destratando, tá me rejeitando porque eu sou velho”, “Seu João, pelo amor de Deus...”, Aí, aí criou uma situação, um barraco no consultório... E a mulher dele disse que ele não ia voltar mais. Eu disse que tudo bem, mas que tinha sido um mal entendido da parte dele. Eu disse “Olha, eu sei que ele tá doente, mas se eu não atender, eu não recebo um centavo aqui. Se eu não atender, eu não pago aluguel. A senhora não vive essa

dificuldade. Eu não moro com a minha mãe, né?” Expliquei, mesmo assim, ela “Ah, cada um tem sua história, né?”, aí eu falei “Justamente, cada um tem a sua história. Eu não destratei o seu marido. Se vocês estão achando que a gente destratou, eu não posso fazer nada”. Aí ele não foi mais... Ninguém mais aguentava atender ele, só eu que atendia ele. E... os meus pacientes, todos outros, melhoraram, todos ficaram super bem, voltaram a correr, voltaram... histórias boas assim, sabe, de que a pessoa melhora, de que você consegue fazer uma diferença, assim? Que a pessoa volta a correr, volta a esquiar, a vida volta ao normal, né? (Teresa)

As dificuldades de relacionamento – o caso de Seu Pedro

Eu tenho um paciente de neuro que eu atendo, um senhorzinho de 75 anos que teve um AVC, faz quase dois anos já. O Seu Pedro. Mas ele é uma pessoa super difícil, assim... Até hoje ninguém acredita que eu to atendendo ele ainda, né? Porque eu atendo ele todos os dias... Ele, na verdade, tem um poder aquisitivo bom, então, ele pode bancar o tratamento e eu atendo ele todos os dias lá em São Paulo, só que ele tem uma série de fatores assim que acabam não colaborando muito pra evolução do tratamento dele. Então, uma, é a própria personalidade dele, é uma pessoa bem difícil. Você percebe que antes mesmo de ele sofrer o acidente, ele já devia ser uma pessoa bem autoritária, bem, assim, só queria as coisas do jeito dele, que queria mandar em todo mundo, só o que ele achava tava certo, sabe? De desvalorizar mesmo as outras pessoas e, na verdade, agora, eu já acho que ele entrou num caso de depressão, só que ele não quer reconhecer, não quer enxergar e não aceita, né? Então, assim, ele não colabora em nada, ele poderia estar bem melhor, só que ele não quer colaborar com ele mesmo, né? E aí... tá bem complicado. Eu vou lá todo dia, mas você percebe que a fisioterapia... é... tá ajudando mais pra ele não piorar o quadro dele, pra tentar manter, mas não estou conseguindo evoluir, assim muito, como tentar melhorar a qualidade diária dele, porque ele não se ajuda. Então, ele quer ficar o dia inteiro deitado na cama, ele acha que não pode fazer outra coisa, ele acha que não tem porque ele ficar sentado, ele acha que não tem porque ele sentar na mesa pra almoçar, ele senta na cama, ele quer comer lá, a vida dele é o quarto dele. Então, ele tá nessa, assim... Ele é super inteligente, super consciente, mas ele tá nessa fase bem difícil, assim, de não querer se ajudar, não toma banho, se deixar, ele fica o mês todo sem tomar banho, sabe, assim? Ele não aceita o que você fala, então, assim, ele, nossa, briga direto comigo, me xinga, acaba com a fisioterapia, não acredita... Ele é super inteligente, mas ele não tem noção nenhuma do quadro dele e ele não acredita nem um pouco na fisioterapia. Ele não deixa você falar, não deixa você explicar pra ele. E olha que eu falo, eu sou bem insistente, mas ele já xinga, já me xingou de coisas horríveis assim (bem-humorada, não aparentando ressentimentos), já tentou me bater várias vezes... Então é uma pessoa bem difícil. Mas, eu to lá, to insistindo, mas tá bem complicado. Então, é um caso assim que... (...) Ele é assim... você dá uma coisa nova, ele reclama que é novo, você dá um exercício novo, ele reclama que é novo, que é difícil, que ele não vai conseguir... Daí, se você não muda, ele reclama que você não muda, entendeu? Então, é bem difícil. Agora, na verdade, eu tento... eu vou levando... As coisas que eu tenho que falar, eu falo... Bom, na verdade, agora, eu até aprendi que não posso falar muito, então, ao invés de falar, eu faço. Então, eu não pergunto. Antes, eu perguntava muito “Vamos fazer isso? Podemos fazer isso?”. Agora, não, eu já chego, vou fazendo, pra ver se ele vai realizando, entendeu? Mas é... É complicado, porque a gente sabe que se ele se ajudasse um pouquinho mais, ele estaria bem melhor. Agora, ele só trabalha naquela uma hora por dia que eu vou lá, e ainda que eu vou todos os dias, né? Mas, assim, fora daquela hora, ele só quer ficar deitado. Então, ele acha que ele não tem que sentar... Ele já podia levantar da cama sozinho, né? Porque a gente já tem essa possibilidade, eu ensino pra ele a questão de transferência e de se ajudar mais, de escovar o dente, de pentear o cabelo, de se valorizar, né? Ver se recupera um pouco dessa autoestima também, mas ele tá bem complicado. Ele tem um problema de família complicado, porque ele já vem do segundo casamento e essa segunda mulher dele é super mais nova que ele, e ele já tem um problema de família que os filhos não estão nem aí. Então, é complicado porque ele não tem muito com quem contar, também. Não é uma família que apoia, que participa. A mulher teve que cuidar dele agora e de toda a questão da empresa que ele tem, então, também pra ela é pesado. Daí, ele só tem uma cuidadora que fica com ele o dia inteiro lá, mas também cuida da casa. Então, é complicado, né? Não tem alguém ali que tá o tempo todo pra estimular, pra incentivar, pra levar ele pra passear, pra sair na rua, sei lá, no fim de semana fazer alguma coisa diferente. É bem difícil, assim, já pensei muitas vezes até em... né, em desistir, em passar adiante, porque é bem desgastante. Tanto a questão física, porque ele é pesado, ele é grande, quanto a questão psicológica mesmo, né? É estressante, assim. Mas, é... não consigo também deixar, né? Então, é complicado... é complicado... Não consigo... Por mais difícil que seja, eu acho que tá fazendo um bem pra ele, né? Eu acho que se ele estivesse sem a fisioterapia, estaria muito pior. Então, agora, o que eu aconselhei ele, na verdade, que eu acho legal, acho importante pra ele é... ele fazer fisioterapia

fora. Porque eu já tentei várias vezes levar algumas coisas pra ele ler, pra conhecer sobre a doença, já contei, mas ele não acredita, assim, ele não se convence. Então, eu queria que ele fosse procurar fisioterapia fora pra ele conviver com a realidade, né? Então, de repente, pra ele encontrar com os pacientes, pra ele conversar sobre o caso... Pra ele ter noção de que ele pode ter uma vida “normal”. Que ele não precisa viver ali no quarto dele esperando, porque o negócio dele é morrer, ele fica esperando a morte. E eu acho que se ele ficar ali, ele vai morrer mais rápido, entendeu? Eu até brinco com ele, falo que não, aí que ele vai demorar mais pra morrer mesmo... Então agora eu estou tentando convencê-lo a procurar, mesmo que sejam menos vezes por semana, fazer umas três vezes por semana, mas numa clínica fora, né? Pelo menos para ele voltar a ter relação com a sociedade e conhecer, né, a doença dele, perceber que as pessoas conseguem se recuperar, que não é tão difícil assim, né? É difícil, lógico, não é fácil, mas que tem possibilidade, né? E de repente, na clínica, convivendo com outras pessoas, ele dá uma animada, né? Mas nem isso ele tá querendo. Ele vai fugindo, tudo pra ele é muito difícil, então só de pensar que ele tem que pegar, sair... Ele chegou até a fazer um elevador na casa dele, porque ele mora numa casa de três andares e o quarto dele é no último, então tinha que fazer alguma coisa pra conseguir transportá-lo. E aí, fizeram um elevador, tudo, mas é bem complicado, ele não tem muita vontade não... Já tentou passar por uma psicóloga, mas daí começou... Ele também acabava com a psicóloga... Não é todo mundo que consegue lidar, né? Até tentaram enganar ele falando que era uma terapeuta ocupacional e ele levou até um certo tempo, mas agora não pode nem ouvir falar... Ele não aceita muita coisa, então é difícil... Você vai fazendo o que você pode, mas é difícil, viu? Uma grande parte depende deles, né, e da família... Então, esse é um caso a parte que a gente vai tentando... (Vanessa)

Esses relatos evidenciam a dificuldade do fisioterapeuta lidar sozinho com casos mais complexos. Nesse sentido, o atendimento particular, em um consultório médico, restrito ao contato desses dois profissionais ou o domiciliar, ambos carentes de trabalho interdisciplinar mais amplo, mostram a limitação do atendimento isolado.

Teresa cita esse caso como o primeiro que vem na sua lembrança e é possível perceber um desconforto, um incômodo, como se aquilo estivesse “preso na garganta”. Essa frustração talvez ocorra pela ausência de uma fusão de horizontes. Ela gostaria de ver o paciente melhorar, como nos outros casos que atende, e isso não ocorreu. O relacionamento dos dois ficou difícil pelo comportamento pouco colaborativo do paciente e a falta de apoio psicológico no tratamento.

O caso de Vanessa também foi o primeiro contado por ela mas, diferente da história de Teresa, ele ainda não terminou. Vanessa prossegue com o atendimento desse paciente e, apesar de dizer que é complicado e desgastante, ela não consegue desistir porque sente que, ainda que contrariado, o paciente se beneficia do tratamento. Ela nos diz que sem a fisioterapia ele estaria pior, o que parece ser a razão propulsora da continuidade do tratamento por ela. Talvez por isso, a sensação de frustração percebida no caso de Teresa não esteja muito presente aqui, porque a investida ainda não chegou ao fim. Ela segue tentando.

O próximos casos, contados por Adriana e Cláudia, também evidenciam a frustração

de projetos de felicidade não realizados. No caso de Adriana, ao contrário dos dois últimos, a dificuldade de relacionamento com o paciente não foi um problema, mas sim a não obtenção do resultado esperado da terapia. No de Cláudia, a dificuldade foi no diálogo com a família.

Os casos que “não deram certo”

É, tem uma história que, na verdade, que me chateou muito, na verdade, que foi um caso que eu já atendia fazia um tempo, que foi uma prótese de quadril, né? Só que a pessoa já tinha tido uma prótese de quadril, a prótese quebrou e ela fez a segunda cirurgia. [...] e tava comigo fazia um tempo, e eu tava tentando fazer a pessoa tirar a muleta, que ela não conseguia, né? E andar melhor, treinando marcha. É... mas, quando você tem uma prótese, fazia 10 anos já que ele tinha prótese, e quebrou a prótese, tem uma osteoporose muito grande, então, pra você fixar a prótese, é muito mais difícil [...] e já fazia quase um ano que eu tava com ele, e aí, eu pus ele pra fazer o elíptico, sabe qual é o elíptico? Não tem carga nenhuma, né? Tem menos carga que a esteira, vamos dizer assim. [...] Ele fortalece, mas ele não tem impacto. E aí, a gente foi tratando, fiz esse aparelho, e o paciente “Ah, to com dor em uma coxa.” [...] Aí, tá, fiz o que fosse pra diminuir um pouco a dor, porque ácido láctico acumulado dá dor muscular, né? Mas, tudo bem, que já era o dia seguinte, né? Fui, fiz, drenei e tal, no dia seguinte continuou a dor, continuou a dor, continuou a dor... E aí, eu falei assim “Não é possível, vamos ver”, e aí, eu mexi na perna dele e de repente eu ouvi um ‘trec, trec, trec’, barulho da placa solta... Tinha fraturado tudo de novo... Aí, foi, fez a prótese... Eu fiquei chateada porque... porque a prótese saiu, né? Arrebentou, tirou toda a placa, [...] Aí, eu fiquei chateada por isso. Mas, depois ele voltou pra minha mão, né? Então, quer dizer, ele não me culpou por isso, né? Mas, eu fiquei chateada porque aconteceu na minha mão, não é verdade? Né? Não que eu achasse que eu tava fazendo alguma coisa errada, mas, eu fiquei chateada. (Adriana)

[...] era uma criança, ela... eram gêmeas, e uma tinha patologia e a outra não. Então, uma tinha amiotrofia espinhal, né, que é uma doença degenerativa, e a menininha era superinteligente. [...] E a criança, a gente sabia que a criança não ia andar, né? O prognóstico da criança não era bom. (suspiro) Fiz toda parte de fisio, tanto em solo quanto em água... E o que aconteceu, assim... a menininha conseguiu andar na água. Então, foi, nossa, um marco! Que delícia, ela ganhou toda uma liberdade dentro da água. E eu me envolvi muito, eu digo que emocionalmente, até, no caso. Então, eu vim pra São Paulo, tentei uma cadeira de rodas adaptada, toda aquela coisa pra tentar melhorar a qualidade de vida da criança. E quando eu fui falar pros pais que eu queria ajudar e colocar a menina numa cadeira de rodas... o cliente sumiu! Porque eles não aceitavam a deficiência, né? E o que aconteceu é que, pra eles, a visão deles era “se eu colocar a minha filha numa cadeira de rodas, a minha filha vai ser incapaz. Então, ela nunca mais vai andar, ela não vai andar...” Eu queria dar funcionalidade, mas, pra eles, era um tabu. Eram pessoas muito simples, entendeu? Por mais que você explicasse, eles não queriam nem conversa. Então, foi um caso, assim, que eu digo que foi muito triste. Foi muito gratificante em alguns pontos, mas foi muito triste porque eu perdi o cliente, quem mais saiu prejudicado foi a criança, entendeu? Por uma ignorância... entendeu? E não tinha, não cabia a mim... Hoje eu sei que a menina está numa cadeira. Não adaptada pro caso dela, porque dá uma cifoescoliose, então a criança tinha que vir para uma AACD, tinha que vir pra um lugar onde ela tivesse outros cuidados que, às vezes, nem eu ia conseguir fazer, entendeu? No interior, sem recurso nenhum. E aí, foi onde que... foi uma coisa que eu fiquei bem chateada, porque a mãe acabou brigando comigo... tal, então, foi um caso... foi um dos meus primeiros casos, inclusive. E aí... só que eu falo que eu tive a recompensa de uma outra forma, porque esse trabalho foi publicado, e aí eu ganhei um congresso, ganhei financeiramente com esse trabalho depois. Aí, eu falei “Olha, que legal. Pelo menos eu cooperei com a ciência, ajudei a menina e ganhei uma gratificação de alguma outra forma, também, né? (Cláudia)

Como discutimos anteriormente, a vontade de cuidar de maneira integral é, de alguma maneira, evidenciada em todas as entrevistas. Quando o tratamento proposto para o paciente fazia o insucesso, quando o projeto de felicidade não é alcançado, ocorre a frustração. Foi o que aconteceu nesses dois casos narrados, por diferentes razões.

No caso de Adriana, a sua decepção parece ter sido consigo mesma. Ela nos conta que ninguém a culpou pela quebra da placa, nem mesmo o paciente, uma vez que ele retornou para continuar o tratamento após nova cirurgia. O sentimento de culpa provém dela mesma, pois, mesmo sabendo que não foi sua culpa, o incidente aconteceu durante o seu tratamento. Além dela não ter conseguido realizar o que pretendia, que era a reabilitação daquela pessoa, o quadro se agravou. Adriana prosseguiria com o tratamento, portanto, a sua vontade de proporcionar melhoras para aquele paciente iria continuar. No entanto, ela sabia que aquela nova cirurgia, feita para recolocar a placa, traria ao paciente mais dificuldades nesse processo.

No segundo caso, Cláudia conseguiu aumentar os limites estreitados da vida daquela paciente e concretizar o seu projeto de felicidade para aquele caso. O problema é que esse projeto era diferente do que os pais desejavam para a criança. A falta de fusão de horizontes contribuiu para a interrupção do tratamento. Para Cláudia, uma cadeira de rodas adaptada seria uma vitória para aquela paciente, porque lhe proporcionaria funcionalidade. Para os pais, era a condenação da filha a jamais andar. Talvez, o principal problema, nesse caso, tenha sido a dificuldade de diálogo entre as duas partes, de se fazerem entender.

Pode ser que, para Cláudia, a busca pela cadeira tenha sido uma consequência tão natural para a evolução do tratamento que ela sequer pensasse que poderia causar um estranhamento para os pais. Como essa questão não foi discutida previamente, causou o choque. Depois disso, foi difícil retomar a confiança daquelas pessoas e explicar a importância daquele gesto. Continuaremos tratando desse assunto no próximo tópico.

6.4 Uma concepção dialógica das ações de saúde

Para Ayres, os diálogos que se estabelecem nas ações de saúde não configuram apenas um meio pelo qual a tecnologia leve, ou relacional, se desenvolve, mas constituem, na medida em que ocorrem, um “campo de conformação de tecnologias” que o autor classifica como “tecnologias de conversação”. Segundo ele, o vínculo e a responsabilização

se desenvolvem na medida em que tais tecnologias se aproximam de “uma ausculta sensível – que permita em todos esses espaços e momentos a irrupção do outro, com suas variadas demandas – e de uma orientação assistencial voltada à integralidade do cuidado”, com capacidade de responder a essas demandas (AYRES, 2009, p. 69).

Se desejamos orientar as nossas práticas em saúde no sentido de um cuidado integral, precisamos exercitar o diálogo, afinal “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (MATTOS, 2001, p. 14)

O diálogo, no entanto, não se faz necessário somente para a manifestação do usuário e suas necessidades, mas é também uma importante maneira de o profissional se fazer ouvir. Ayres (2009, p. 69) nos diz que “do mesmo modo que indivíduos e populações-alvo, também os operadores da técnica se vêm limitados em sua expressão subjetiva por tecnologias instruídas por categorias excessivamente universais, abstratas e rígidas”.

A importância da ausculta, portanto, é bilateral. Não há escapatória. Se desejamos caminhar no sentido de um cuidado integral, em que o encontro em saúde entre dois sujeitos e suas subjetividades substitua o “face a face entre solitários”, descrito por Schraiber (2008), precisamos estar abertos ao diálogo. E isso não significa somente aceitá-lo, mas nos engajarmos para que ele ocorra, criando espaços facilitadores da conversa dentro das práticas de saúde.

Segundo Ayres (2009), essa concepção dialógica das ações de saúde nos leva, por consequência, a repensarmos os critérios de avaliação das nossas práticas, do que seriam os bons e maus resultados obtidos. Isso porque, nessa concepção, há que se considerar a opinião do outro indivíduo presente na ação e o impacto daquele resultado na sua vida. Dessa maneira, o que consideramos como êxito ou fracasso técnico precisa ser avaliado também em relação ao seu “significado prático”.

No situação vivenciada por Cláudia, no caso anterior, o que para ela seria uma conquista (a obtenção da cadeira adaptada) e representaria o sucesso da terapia, foi entendido como um fracasso pelos pais no tratamento da filha. Conhecendo a gravidade do caso e o seu prognóstico, não há dúvidas de que o significado prático dessa ação, para Cláudia, seria o ganho de funcionalidade da criança. O problema é que os pais não partilhavam do mesmo entendimento e possuíam esperanças de que a filha ainda

conseguiria andar. O diálogo, aqui, portanto, precisaria antecipar exaustivamente a ação.

Dizendo de outra forma, o diálogo tem o potencial de publicizar os projetos de felicidade de todos os sujeitos envolvidos na ação. Somente por meio dele poderemos compreender o que o outro deseja para a sua vida e para a sua saúde. E o diálogo, aqui, refere-se a todas as suas formas de manifestação, e não somente o que se estabelece por meio da fala, como podemos observar no relato de Roberta:

Mas, aí eu acho que, com o dia a dia, você acaba pegando as coisinhas menores, sabe, assim, de cada coisa de cada paciente? No dia a dia, você acaba aprendendo, conhecendo... Que nem, eu tenho um paciente lá que tem parkinson. Ele é super novo, tem cerca de 50 anos, mas tá num parkinson bem grave já. E... e ele tem dificuldade pra abrir o olho quando ele acorda. Você vê que ele faz um esforço assim absurdo, você vê toda a pálpebra, ele tentando assim, mas ele não consegue abrir. E pra ele deve ser horrível, né? Mas, sabe, só nessas sutilezas, assim, nessas coisinhas, você acaba conhecendo a pessoa. Eu sei que tá acordado, porque ele tá sorrindo pra mim, ele tá tentando, tô vendo que ele tá fazendo esforço ajudando e ele consegue abrir o olho, bonitinho, e mantém. Acho que é mais por aí a comunicação. Agora, os pacientes que estão comatosos, aí... interação, não tem... Mas, não que eu deixe de conversar, falar com eles e tudo mais. Tem que ter um respeito, né, pela pessoa... (Roberta)

Esse exemplo nos mostra que a suposição que fizemos anteriormente sobre as dificuldades de interação na UTI não é uma regra. Roberta consegue extrapolar os limites de comunicação aparentemente dados e interagir com o paciente. Mas, isso só é possível porque ela está atenta aos detalhes, sabe que aquele paciente tem dificuldades em abrir os olhos, mas percebe que ele está acordado pelo sorriso dele para ela. E, mesmo no caso dos pacientes que se encontram em coma, ela não deixa de conversar para interagir ainda que virtualmente com aquela pessoa. Mesmo sem obter resposta aparente do paciente nesse estado, o reconhecimento do indivíduo ali presente dificulta a sua objetivação dessubjetivadora, sobre a qual nos falou Ayres.

Quando o atendimento se dá em uma casa de repouso para idosos, as dificuldades de comunicação associadas ao abandono da família que costuma ocorrer nessas situações, propicia ainda mais a objetivação dessas pessoas. Marisa se esforça para superar essas dificuldades, como veremos no caso a seguir:

O caso de Rosa e seu corte de cabelo

Aí tem o caso da Rosa. Ela tem Alzheimer avançado já, ela já não está mais andando, porque ela teve uma queda na casa e a família colocou lá, e ela só fala “Papapa”, tudo é “Papapa, Papapa, Papapa”. E assim, eu estudando lá, ela teve dislalia [perturbação da articulação verbal], né? Não sei se também ela me entendia, mas tudo para ela é “Papapa”, só que com entonação. Então ela está tentando se expressar só que só sai “Papapa”. E foi uma moça cortar cabelo das vós, né, todo mês vai. Daí, o dela estava bonitinho então não ia cortar, e ela ficou olhando, olhando, ela tentava tirar a faixa, levantar [...] ela estava restrita porque ela cai, e ela tenta levantar e tudo, e ela cruzava a perna, impaciente, e olhando e tal, eu “Mas acho que ela quer cortar o cabelo, né?” Daí eu falei “Olha, corta o dela também, já está cortando de todo mundo, né?”. A moça falou “Ah então está bom”, daí na hora que ela colocou a capa na Rosa, ela “Ah...” [suspiro], ficou assim,

eu falei “Ah, que bonitinho!” Ela cortou o cabelo, penteou, só que lá não tem espelho, né? Eu consegui uma doação de espelho esses dias, daí eu falei “Puts, acho que ela poderia se ver”, né, dá uns insights assim, daí eu fui buscar um espelhinho, daí eu falei “Ah vou dar um espelhinho, se ela entender, né?”, daí eu dei o espelhinho e ela segurou, daí ela passou a mão no cabelo. Quer dizer, mesmo não tendo esse cognitivo que a gente imagina que é o ideal, ela tinha essa noção de imagem pessoal, de se arrumar, daí depois conversando com a filha, a filha falou que ela sempre foi muito vaidosa, sempre se arrumou, com cabelinho penteado. Então assim, é um resgate, né, desse tipo de cuidado que a gente acha que é mínimo, que não precisa, que é tão automático, né? (Marisa)

Nesse caso, apesar das limitações de linguagem de Rosa, Marisa conseguiu compreender que ela queria cortar o cabelo. E embora não se saiba o quanto das funções cognitivas de Rosa ainda estão preservadas, ela correspondeu ao gesto de Marisa, utilizando o espelho que lhe foi ofertado. Mesmo com todas as dificuldades que o avançar da idade e da doença lhe impõem, Rosa segue sendo um indivíduo permeado de subjetividades, ainda capaz de afetar quem a enxerga por trás de suas limitações.

A seguir, veremos mais um caso contado por Marisa também sobre a superação dos limites de comunicação na interação com o paciente, vivenciado no hospital de cuidados paliativos:

O caso de Antonieta e seus dois dedinhos

É assim... isso foi muito legal de descobrir, porque a gente tem ideia de fisio curativa, né? Que a fisio vai melhorar, vai reabilitar, né? Reabilitar pra alguma coisa. E lá, eu descobri que a fisio pode reabilitar pra você manter o mínimo de função pra tentar ser independente, que seria o auto cuidado. Então, por exemplo, eu sabia que a senhora que tava lá, igual, por exemplo, o caso da Antonieta, ela teve um aneurisma bem jovem, ela era secretária, muito linda, viajava pelo mundo, você vê pelas fotos, assim, teve um padrão de vida bem legal. E ela teve um aneurisma com 30... nem 40 anos e ela acabou ficando muito tempo entubada, ficou com deformidades ortopédicas, pé equino, toda torta, tal, perdeu a fala... e ela foi voltando aos poucos. Ficou com traqueo, passou por vários hospitais, até que ela foi parar lá. Ela era casada, mas não tinha filhos. [...] Daí, quando eu comecei a atendê-la, eu fui fazendo motora e um pouquinho de respiratória, mas ela não tinha mais a traqueo, já tava respirando normal. E aí, os familiares pouco iam, então eu não sabia muito bem da história dela. Então, eu ia, ela tava um pouquinho acordada, tal. No começo, ela só mexia 2 dedos, então, a comunicação era um pouco complicada, porque eu não entendia o que ela... tentava falar. E eu ia, a TO ia, e no começo ela não tinha cuidadora formal, ela ficava sozinha. E ela começou a ficar com deformidade de pescoço de tanto ficar olhando pra porta, né? E aí, ela foi, ela mexia dois dedos quando gostava ou quando não gostava, a gente tava começando a treinar sim e não com ela. E a gente percebeu que ela tava compreendendo muito as coisas, tava conseguindo se comunicar. Daí, nós pedimos pra cunhada tentar uma cuidadora formal pra ficar estimulando ela, porque, assim, tinha fisio, tinha TO, mas, apesar de ser todo dia, a gente não ficava muito tempo lá. Daí, a família contratou uma cuidadora, a Hilda. E a Hilda começou... eu ia, a gente colocava as órteses, porque ela tava com o pescoço totalmente torto, né, no braço, tal, começamos a sentá-la... e a gente via que ela compreendia mais do que a gente imaginava. Então, começou a mexer mais o braço, começou a investir bastante em motora, e a Hilda descobriu que ela tocava piano e um dia nós levamos um teclado pra ela tocar... Você vê como que é a comunicação, né? (risos) A gente falava de música, de tudo... e aí, a TO falou “Acho que ela consegue”, daí levaram o teclado e ela conseguiu dedilhar um pouco com dois dedos. [...] Mas, aí, eu saí logo nesse período, não sei. Mas, por exemplo, eu peguei ela na fase do sim e não com o dedinho, né? Quando eu saí de lá, eu já consegui entender que ela tinha sonhado com a Hilda, que a Hilda tava passando frio. Que a gente conseguia por gestos entender. E ela começou a tentar esboçar palavras, ela conseguia gritar alguma coisa, a fono ia... mas, era uma paciente, assim, que todo mundo já tinha desistido, né? Então, assim, fisio, você fala meu, vou fazer fisio em dois dedinhos? Que que eu vou conseguir? Mas, assim, quando a gente conseguia sentá-la, era uma alegria, porque... imagine, você ficar 24h deitada num leito,

olhando pro nada, pensando em toda sua vida, se era isso que ela fazia... Aí, você conseguir sentar, a gente conseguiu levar ela pro jardim, levamos ela pra festa junina do hospital, então, imagina o que a gente tava conseguindo devolver pra ela... Realmente, não é uma fisio do que a gente espera classicamente, mas a gente tava dando um pouco de qualidade de vida! Acho que foi mais importante isso, né? Porque ela conseguiu sentar... ela não segurava nem o pescoço, mas ela conseguia sentar um pouco, daí ela olhava um pouco o jardim, e ela conseguiu mostrar interesse por coisas, porque ela tava viva, entendeu? E ela teria muitos anos de vida, a gente não sabe quanto tempo ela iria viver. Então, isso é muito complicado. Aí, muda a sua visão de prioridades, né? O que que a fisio faz, o que a fisio não faz.... eram 2 dedinhos! Isso porque achavam que ela nunca ia sair do coma. E ela começou a mexer o braço... ela começava a expressar o que que ela sentia, que cor que ela gostava, aí a gente começou a colocar roupa, porque até então, ela ficava com a roupa do hospital, ela ficava com a camisola o dia todo, e daí a gente começou a trabalhar isso, do autocuidado, de pintar a unha, de escovar o cabelo pra ela se sentir bonita, deixar ela tentar olhar no espelho, entendeu? Trabalhar essa valorização, porque ela tinha perdido tudo, né? Até a identidade. Então, aí, a TO, a fisio, a psicologia foi trabalhando bastante essa parte. Então, quando eu saí de lá, ela já tava ficando sentadinha com sapato de boneca, lindo, vermelho! Ficava de sapatinho, vestidinho, cabelo penteado e batom. [...] Então, pelo menos, a gente tentou devolver alguma expectativa de vida, né? Porque ela não tinha nada, né? E foi muito legal, mas, se não investisse, ela provavelmente ficaria lá naquela inércia, né? O dia inteiro olhando pro nada. Então, isso foi legal descobrir, né? O fisio no paliativo é muito diferente. (Marisa)

A interação, nesse caso, extrapolou os limites aparentemente dados de comunicação porque Marisa enxergou a pessoa, Antonieta, por trás daqueles dois dedos. Se fossemos pensar em quais técnicas de fisioterapia poderiam ser empregadas em dois dedos somente, não obteríamos um lista muito grande. Mas, interagindo com Antonieta através deles, a equipe (não somente a fisioterapia) conseguiu obter ganhos impensados na evolução daquela pessoa. Afinal, quem iria imaginar que poderia haver tanta conversa a partir de dois dedos, a ponto de Antonieta conseguir contar o sonho que teve com Hilda? Nesse caso, foi a não objetivação de Antonieta pelos profissionais envolvidos que possibilitou essa evolução.

E como nos conta Marisa, esse caso muda a nossa visão de prioridades, do que é ou não papel da fisioterapia fazer. Para Ayres, há uma “potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz” e essa possibilidade depende, entre outras coisas, da nossa capacidade de expansão e enriquecimento de horizontes. Para isso, é preciso estar aberto aos demais saberes envolvidos, não somente os biomédicos e os da própria profissão, valorizando-se a construção interdisciplinar e a “pluralidade dialógica”, ou seja, a abertura às diversas possibilidades de diálogo (AYRES, 2009, p. 63 e 89).

6.5 As objetivações e desobjetivações dos sujeitos no ato de cuidar

Como discutimos acima, as limitações do diálogo impostas pelas dificuldades da fala podem facilitar as objetivações dos sujeitos no ato de cuidar. Podem, mas não são condicionantes para isso. A seguir veremos mais um caso contado por Marisa em que a dificuldade de comunicação foi superada pelo cuidado integral do paciente.

O caso do Seu Luís e a sua fala “em soquinhos”

O senhor Luís foi um senhor que chegou esses dias [...] Ele veio de uma casa de repouso, e eu cheguei, eu encontrei, eu assustei, né? Falei “Nossa um caso grave, né?”, porque ele ficava só encolhidinho na cama. E totalmente desconexo o discurso, eu falei “Nossa né, o vô é psiquiátrico”, as meninas “É porque dizem que na outra casa ele dava muito trabalho, tinham que dar muito calmante, né? Ele vivia à base de muitos calmantes”, eu “Nossa, né, deve ser tão agressivo”. E uma das coisas que eu acho legal na casa é assim, o médico que faz o cuidado lá, ele tem uma visão assim, que quanto menos remédio melhor. Então ele vai limpando né, daí ele chegou e falou “Nossa quanto remédio! Não, tira, tira, tira, tira.” E foi tirando. Aí no terceiro dia o vô já estava meio sentadinho na cama, contido, mas sentadinho. Eu falei “Nossa ele senta, né, vamos sentar o vô”, aí eu sentei, conversei um pouco com ele. E ele só fala gritando! (risos) Dá desespero porque, assim, ele fala gritando e aos soquinhos “Tira daqui agora, tira daqui”, eu “Gente, o que é isso?”, né? E eu “O senhor quer sair daí?” “Humhum.” Aí eu falei “Mas o senhor anda?” “Humhum.” Aí, eu assim, ele anda, vamos lá, chamei a menina, aí colocamos ele em pé, ele ficou, falei “Puts, ele anda, né?”, as meninas “Não, mas ele é meio psiquiátrico, não pode deixar ele sozinho”. Daí no outro dia que eu fui, cheguei, o seu Luís lá sentado, com a perninha cruzada na cama, falei “Nossa, o senhor está bem hoje, né?”, “Eu estou bem mas eu quero sair daqui, eu quero sair da faixa”, eu falei “Então vamos sair da faixa”, aí tirei ele da faixa, coloquei ele em pé, “Vamos andar!”, vamos. Ele andou um pouquinho. E ele andava bem, eu falei “Mas que estranho, veio com recomendação de que não andava, não fazia nada sozinho”. Passou o final de semana, chego eu na terça feira lá na casa, seu Luís tomando sol na varanda assim, com os pezão cruzado [...] aí ele levantou, pegou a bengala e saiu andando. Eu falei assim “Ele está solto!” aí as meninas “É, então, diminuiu muito os remédios né, ele é um doce, ele não dá trabalho, ele toma banho, come sozinho”, só que na outra casa ele ficava dopado, então ele ficava agitado, nervoso, ninguém entendia o que ele falava, e acontecia isso, não davam comida direito para a ele, ele emagreceu, perdeu forças tal, agora ele está comendo bem, ele está tomando sol, passeando [...] Ele fala assim, mas é porque ele tem um distúrbio da fala, mas aí a gente fala “Fala com mais calma, pausadamente, explica o que o senhor quer, né, devagarzinho e tal, daí ele se acalma, explica devagar a gente entende”, então assim, era o jeito de cuidar do vô, sabe? (Marisa)

O distúrbio da fala do Seu Luís, que faz com que ele fale em soquinhos e gritando, foi confundido com agressividade e ele passou não sabemos quanto tempo restrito a um leito e dopado, sem necessidades. Por sorte, um olhar mais cuidadoso dos profissionais da casa de repouso em que Marisa trabalha resolveu essa questão em poucos dias. Seu Luís não apresentava nenhum problema grave que justificasse a conduta que foi tomada para com ele anteriormente. Mas, infelizmente, esse problema de negligência no cuidado do idoso é muito comum nas casas de repouso, como Marisa nos conta. Ela nos diz que faltam profissionais e

os que existem ficam sobrecarregados com o trabalho. Por isso, muitas vezes, ao invés de trabalharem a independência do idoso, eles a restringem, como no caso de Seu Carlos:

O caso de Seu Carlos e de suas refeições

O Seu Carlos já foi pra lá com Parkinson avançado, bem atrofiado, então eu colocava ele na cadeira de rodas, e normalmente assim, eles davam comida para ele no quarto, né, as meninas levavam lá, davam na boca dele. Aí eu falei “Olha é melhor ele sentar porque ele precisa de uma socialização, né, para ele ver pessoas e tal” porque assim, ele perdeu um pouco a fala mas ele está entendendo. E aí... e eu gosto de saber a história deles né, então eu sabia que ele tocava cavaquinho, que ele era uma pessoa muito alegre, que ele sempre foi muito expansivo e tal, mas foi perdendo. Daí eu comecei a levá-lo para comer junto com o pessoal, então eu levava a cadeira de rodas e colocava no refeitório ele sentadinho, mas às vezes assim elas queriam dar na boca, para ele não engasgar. Aí eu falei “Porque você estão dando na boca? Deixa ele tentar”, “Mas ele não consegue, já está atrofiado”, aí eu falei “Mas vocês tentaram?” “Ah a gente não tentou” eu falei “Então”. Aí eu pus o prato e pus a colher na mão dele, ele foi comendo assim, derrubou metade, mas metade ele comeu, ele está conseguindo o mínimo de independência, né? Daí ele comeu, assim, na velocidade dele, do jeito dele, que é o que é normal, né? Não comer do jeito que as pessoas querem que ele coma. E aí foi muito legal porque ele ficou alguns meses comendo sozinho, né, pelo menos ficou mais independente. [...] Aí agora ele já está com sonda, começou a broncoaspirar, não dá mais, mas assim, pelo menos eu tentei que elas vissem isso né... Porque não sabem. Porque é tão mecânica a história de dar para todo mundo, de fazer as coisas rápido porque é produção, tem mais gente e tal, que esquecem essas coisas, sabe? É complicado. Acho que seria bom a equipe né, porque se tivesse uma nutricionista, uma fono para estar junto “Olha é assim”... Falta gente.

Nessas instituições, a falta de profissionais e a visão mais calejada dos demais, tendem à generalização do cuidado, assemelhando-se a um trabalho de produção em série (mais ou menos parecido com o que vimos no exemplo de Adriana no capítulo anterior). Como muitos já não conseguem comer sozinhos, parte-se do princípio de que ninguém consegue e se elimina, assim, o restante de independência que alguns idosos ainda possuem. Como Marisa nos diz, é mais fácil dar a comida na boca de cada um do que esperar que eles comam sozinhos e limpar a sujeira depois. Com isso, pode-se chegar a algumas situações como as que ela nos descreve a seguir:

É, eu vi muita coisa banal, por exemplo, outro dia entrou uma moça lá que falou que era cuidadora de idoso, aí eu supus que tivesse um pouquinho de instrução só, para ser cuidadora. Então o que ela fazia? Ela pegava a comida batida para aqueles que comem pastoso, enchia um prato, ia num quarto e dava para um. Aí, ia no outro quarto e dava para o outro. Usava o mesmo prato, a mesma colher, né? E na visão dela está tudo certo, porque afinal ela está aproveitando a comida. Eu falei “Olha, é assim, em casa a gente até pode fazer isso, né, não é tão sério, porque pode passar a carie de um para o outro, mas para o idoso tem infecção cruzada. Se você der comida para um e depois der comida para outro...” Ou uma coisa que elas fazem que é muito básica, a comida está aqui elas começam a soprar, elas começam a soprar a comida... Ou então experimenta e dá na boca do vô, sabe? Tudo bem que eles não tem dente, mas pega doença, né? Então, assim, é uma coisa simples. Ou, então, a que vai dar o medicamento leva um copo com água e todos os medicamentos num potinho e vai dando o mesmo copo de água para todo mundo. Gente, isso é tão comum. Então, assim, noção de vida, né? Aí eu vou lá e falo “Olha, põe um copo para cada um, né? Tomar água no mesmo copo não é bom”, “Ah, mas ninguém tem doença”, eu falo “Não é só pela doença, né, é questão que você não vai tomar no copo de qualquer um, né? São tantas pessoas...” Pior que eles fazem isso em casa, são pessoas simples. Mas fazem isso em casa com os familiares, não fazem isso numa clínica de reabilitação com um monte de gente. Entendeu? [...] Uma coisa que eles ficam super bravos é trocar a roupa. Porque cada um tem sua roupa. Aí chega na hora do banho, elas começam a dar banho e pegar roupa né, e assim, cada um tem a sua roupa, então eles ficam

bravos de pôr a roupa do outro “Eu to com roupa de outra pessoa. Como assim, essa roupa não é minha”, então... E é coisa básica, né? Você acha “Ah, acho que não vai se importar”, e eles se importam. “Não quero pôr roupa dos outros”, sabe?. E tem coisas que a gente fala, igual criança, então tem dia que “Ah hoje é macarronada”, “Ah hoje eu não quero comer macarronada”. Aí, acham ruim, falam “Não, vai comer macarronada, que só tem macarronada. Se não comer vai ficar sem comer!” então assim, é complicado, né, tira o direito da pessoa escolher o que comer. (Marisa)

A objetivação é tamanha que não se imagina que o sujeito ali por trás daquela ação poderia não gostar de compartilhar o prato e o talher com outras pessoas, ou usar uma roupa que não é sua. No trabalho em série, a individualidade cede lugar à produção. Em alguns casos, isso não ocorre por má vontade do profissional, mas por despreparo. Em outros, pode-se dar margem à negligência e aos maus tratos, como nos conta Marisa:

O caso de Dona Laura e o seu receio de beber água

Você quer tentar auxiliar, e impaciência mesmo, por exemplo tem lá a vó, Dona Laura, que toda hora aparecia com uma infecção urinária, aí eu fui lá, falei “Toda hora essa infecção urinária... O que está acontecendo? Vamos conversar”. Ela falou assim “Ah é que eu não tomo água”, e eu “Porque que você não toma água?” “Para não fazer xixi”, eu falei “Mas porque que você não quer fazer xixi?” “Ah porque toda hora que eu faço xixi molha a minha fralda aí tem que ir no banheiro trocar, e eu sou pesada, a auxiliar fica xingando que eu sou pesada”. Aí eu falei “Olha, a obrigação dela é cuidar de você, ela é paga para isso, você paga por isso”, ela “Não, mas ela fica brava, ela me pega assim, me joga na cadeira”. Putz, é uma coisa tão complexa, né? É coação, entendeu? Aí eu falei “Não, ela tem obrigação, você tem que tomar água, vou deixar a garrafinha aqui e se ela não vier aqui você vai falar para mim, você vai falar para a dona”. Mas tem muita coisa velada, entendeu? E eu vou descobrindo porque eu sei, porque eu converso durante a sessão, uma coisa escapa, outra, e aí você vai percebendo, né? Mas porque que é infecção? Porque não está tomando água, entendeu? É um ciclo, assim, e é difícil. E, também, como os salários pagos são sempre baixos, os auxiliares trabalhando em dois, três hospitais, entendeu? Então emenda um plantão no outro, aí o serviço fica com aquela qualidade, né? [...] mas, não adianta ter desculpa, você se propôs a ir para essa área tem que trabalhar direito. Sabe, você ganha pouco, infelizmente você escolheu essa área, muda de área, vai vender roupa no shopping, né? Não tem o que falar. (Marisa)

Nessa situação, se não houvesse o diálogo de Marisa com Dona Laura para saber a origem das repetidas infecções, o caso passaria despercebido. Como ela nos fala, é uma situação complicada porque é um ciclo vicioso e não se trata de uma agressão física que poderia ser visualmente detectada, mas de um caso de coação moral. Esse episódio é mais grave e não se resume à objetivação do outro, mas apoia-se nela.

Podemos pensar na explicação para essa questão de duas formas: a primeira é de que o primeiro passo para negligenciar o cuidado de alguém ou mesmo maltratar essa pessoa é retirar-lhe a condição de sujeito, dessubjetivando-a, como diria Ayres (2009). A segunda, apoiando-nos na ideia da solidariedade de Rorty (2007), é supor que para a profissional responsável pela coação, Dona Laura apresentava características mais diferentes do que familiares, ficando de fora da gama do que ela considera o seu “nós”, não lhe cabendo portanto, a solidariedade para com a senhora.

A diferença entre as duas explicações é que, na segunda, Dona Laura não perde a condição de sujeito. Isso porque, para Rorty, o fato de ela prosseguir na condição humana não lhe garante absolutamente a solidariedade de quem quer que seja. Para ele:

[...] nosso sentimento de solidariedade atinge sua intensidade máxima quando aqueles com quem nos solidarizamos são vistos como “um de nós”, expressão em que “nós” significa algo menor e mais local do que a raça humana. É por isso que a frase “porque essa pessoa é um ser humano” constitui uma explicação pouco convincente para um ato generoso” (RORTY, 2007, p. 314-315).

O que é importante verificar, entretanto, é que, em qualquer uma dessas concepções, não há o cuidado integral. As ações daquela profissional não se pautavam pelas possibilidades de alargamento ou manutenção da vida de Dona Laura. Pelo contrário, a sua prática estava resultando no adoecimento daquela senhora.

Uma das consequências das intervenções de Marisa na casa de repouso foi o incômodo causado nos profissionais que a priori não se baseavam pelas mesmas perspectivas de sucesso terapêutico que ela:

Acaba que eu sou meio chata, né? “Menina nojenta”, né?. É complicado. Isso quando eu estou lá, né? Não vou todo dia... Aí você tenta ajudar, você fala “Não, é assim, assim”. Mas eles falam que eu invento muito, que eu apronto muito com os vós, assim, não tem como. “A fisio já chegou, já vai inventar coisa, vai dar trabalho para nós”, eu falo “Vou mesmo, hoje eu vou pôr todo mundo no sol”, “Ô, brincadeira!” Ficam fulas da vida né? [...] mas elas acabaram gostando de algumas coisas que a gente fez lá, até quando a gente começou a organizar festinhas ou aniversários, né? Agora a gente faz o aniversariante do mês, elas começaram a perceber que os vós ficando independentes é até menos serviço para elas, né? Então algumas vós, por exemplo, que toda hora estava levando lá comida, estão agora comendo sozinhas e tal. Muitas dizem “Ah, ficou melhor (Marisa).

É interessante notar que algumas intervenções implantadas na casa já vem trazendo resultados. A novidade, principalmente quando altera a dinâmica de trabalho das pessoas, tende a incomodar. Mas, se lembrarmos da ideia da contingencialidade do desejo abordada no início desse estudo, poderíamos supor que alguns trabalhadores daquela casa já não construam os mesmos projetos de felicidade que construíam antes da convivência com Marisa.

Ela nos diz, por exemplo, que alguns começaram a gostar da independência adquirida pelo idoso, que lhe poupa esforços físicos, e começaram a achar interessante “as vós” comerem sozinhas. Apoiando-nos em Rorty (2007), poderíamos dizer que esse movimento de mudança teria tido menos influência de eventuais discussões ou argumentações que Marisa pudesse ter travado com os colegas do que com o vislumbamento de opções mais interessantes de lidar com os idosos.

6.6 Mas, afinal, isso é ou não fisioterapia?

E sobre a discussão que vem permeando esse texto desde o final do capítulo anterior, sobre quais seriam as ações consideradas do escopo da fisioterapia, como ficamos?

Essa dúvida aparece com uma certa frequência nas falas das entrevistadas. Anteriormente, neste capítulo, deparamo-nos com os questionamentos de Teresa sobre a sua atitude com Seu João, se seria certo abordar mais a fundo as questões emocionais do paciente, dando-lhe espaço para falar. No mesmo trecho, ela mesmo nos responde que não poderia ter agido de outra forma: “Mas, ele vinha chorando, você ia falar o quê, né? Mexer só no pé dele? Não é só isso. O fisio um pouco tem que compreender isso, né?”.

Como Teresa nos diz, a fisioterapia não se resume a “isso”. Também vale lembrar do caso de Antonieta, paciente de Marisa que só mexia dois dedos. Se Marisa se restringisse aos procedimentos fisioterápicos que poderia realizar em dois dedos, não teria evoluído tanto com o caso. Podemos perceber (e talvez isso já tivesse ficado claro anteriormente) que a fisioterapia, assim como qualquer outra profissão de saúde, não se resume à aplicação de conhecimentos e técnicas. Pelo menos não quando se considera o outro indivíduo presente na ação. Apropriando-nos das palavras de Ayres:

[...] utilizar ou não certas tecnologias, desenvolver ou não novas tecnologias, quais tecnologias combinar, quais tecnologias transformar, todas essas escolhas resultam de um juízo prático, um tipo de sabedoria diferente daquela produzida pelas ciências. Trata-se de uma sabedoria que não cria produtos, não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis, não cria universais, posto que só cabe no momento mesmo em que os seus juízos se fazem necessários. Quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (o paciente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Aí a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de Cuidado (AYRES, 2009, p. 63 e 64)

Entendendo o Cuidado aqui como o cuidado integral, podemos exemplificar essa questão com a seguinte fala de Marisa:

[...] as famílias acham que o importante é só prover, né? Já dando alimentação, higiene e os medicamentos já é o necessário, mas eles esquecem do cognitivo. Demais, assim... ou do psicológico. Até do religioso... às vezes, eu roubo padre e levo lá para fazer uma bênção comunitária (risos). Porque as famílias também esquecem da religiosidade, então “Ah, o vô já está ruim da mente, nem vai lembrar” e às vezes foi aquele vô que foi a vida inteira religioso, que participou de grupo... aí na hora que ele precisa não tem mais e ele não pode ir na igreja, e aí? Quer confessar, quer tomar um sacramento, tal... Então as pessoas esqueceram também disso, né? Por, às vezes, não ter também, né? Aí eu vou lá, roubo o padre, ele vai, dá uma benzida em comum. Então é legal essa parte assim, porque trabalhando com idoso você percebe que as necessidades são várias, né? (Marisa)

Quando somos capazes de enxergar o outro indivíduo ali presente, com todas as suas subjetividades, tornamo-nos mais sensíveis às suas demandas que não somente às restritas ao escopo da profissão. Buscar o padre para uma benção coletiva certamente não foi algo que Marisa aprendeu na faculdade. Mas, a contemporização dessa demanda e a adesão desse gesto no seu projeto de cuidado talvez produza um efeito nos idosos da casa maior do que uma técnica fisioterápica.

Marisa nos conta um outro caso que mostra a importância dessas sutilezas nas práticas de cuidado:

O caso de Dona Olívia, do seu top e da sua pasta de dente

Na casa, tem famílias lá que ou abandonaram o idoso ou não tinham condições, então eles estavam numa casa de repouso aqui em São Paulo, e essa casa fechou por motivos administrativos, e era mantida por uma igreja. Daí, a igreja pediu vaga nessa casa que eu estou, então a gente conseguiu quatro vagas, né? Então foram quatro senhoras para nós que são aqui de São Paulo. Então elas foram, mas com pouca roupa, a gente não conhecia a família, até então era essa igreja que mantinha. Então quando elas vieram, elas tinham assim, duas camisolas, né, largas, que camisola é uma coisa mais fácil de vestir, né? Só amarra atrás, tal. E aí fica sentadinha na cama, bonitinha. Todo dia passo lá, está de camisolinha... Eu falei “Gente, mas tem que marcar o dia e a noite, né?”, então eu olhava todo dia de camisola... me incomodava muito. Eu falei “Não, a gente podia tentar pelo menos, assim, colocar uma roupa para... você está de dia põe roupa, camisola você troca, põe à noite”. Daí, eu conversei com um senhor, pedindo verba, pedindo doação, e ele falou “Ah, então eu ajudo”, daí, eu fui lá na loja, comprei algumas roupinhas, então comprei vestidinho, blusa de frio aberta, né, meia, calcinha. Daí eu cheguei para a senhora, a Dona Olívia, e falei “Olha, trouxe aqui um presentinho, foi uma doação e tal”, e ela ficou super emocionada... [...] Eu falei “olha, mas é para usar essa roupa, porque é dia, né, então, temporalizar a vida né, então, está acontecendo isso, coloca a roupinha”, aí eu olhei que ela tinha muita mama, aí eu falei “mas, vai ficar um pouco assim...” Aí eu voltei e comprei um top, aí eu falei “Acho que ela está precisando de um top” porque toda mulher gosta, né? E vai se perdendo isso, acha que idoso não tem vaidade, daí eu comprei o top e a hora que eu levei ela começou a chorar, ela falou assim “Ai” e ficou, eu falei “Mas está chorando por quê? Até eu estou chorando agora”, ela “Não, é porque eu tinha pedido muito para Deus que me mandasse alguém que desse uma roupa ou um top porque eu tenho a mama muito grande, fica caída, e às vezes vem visita para a Rosa” que é a que divide o quarto com ela, “e aí eu tenho que fechar a camisola” mas ela é hemiplégica, então ela não consegue fechar direito... só desgraça, né... Aí eu falei “Não, então tá...” aí ela começou a chorar, porque, assim, ela falou “E eu estou muito grata de já estar na casa, ter alimentação, ter fisioterapia, e tudo isso é a igreja que dá, então eu achei que eu não tinha direito de pedir mais nada, então eu falei, vou pedir para Deus porque assim ninguém mais sabe, né, só Deus sabe.” E daí eu apareci com as coisas sem ela pedir. Ela falou assim “Ah foi o anjo que me mandou e tal”, aí colocou. E no outro dia também, eu fui no Círculo Italiano e pedi para o pessoal do italianos se eles gostariam de fazer alguma doação de gêneros de higiene e tal, porque lá a casa compra só que fica comunitário, né? [...] daí o pessoal do Círculo Italiano montou kits, né, uma nécessaire com pasta, escova, batonzinho, chiquinha para a mulher, aí nós distribuímos, né, no dia das mães, foi muito legal, elas fizeram visitas, um grupo foi, levou comidinhas e tal. E aí... [...] nós demos o kit e ela começou a chorar, aí todo mundo começou a chorar “Mas porque você está chorando?” aí ela “Ah, porque eu ganhei uma pasta de dente”, aí todo mundo “Mas você está chorando porque ganhou uma pasta de dente, como assim?” ela “Não, porque essa pasta é minha”. Aí a gente entendeu o significado, porque assim, é uma coisa dela, pessoal, é a pasta dela, vai ficar no criado-mudo, porque o único pedaço dela no quarto é meio-quarto com criado-mudo. É tudo, né, perde a identidade, ela falou assim “Essa pasta é minha! Eu vou usar essa pasta só para mim!” [...] porque assim, vai descaracterizando a pessoa, né? Ela perde a casa, a maioria lá, muitas vão contra a vontade [...] e na instituição as pessoas levam o que? É uma roupa, né? As roupas que mais gostaram, poucas, porque não tem muito espaço, e acabou, né? E a pessoa tem uma vida inteira, fica restrita àquilo, né? E aí a gente entendeu... Uma pasta de dente pelo menos era dela, entendeu? Então assim, isso que a gente tentou resgatar lá, e eu acho que assim, não aprende com acadêmicos, né? Não se vê

tanto isso... mas foi legal para trabalhar, porque você acaba suprimindo de outras formas, nem sempre eu consigo fazer um exercício ou fazer alguma coisa assim da área para estar ajudando, né? [...] Mas, aí, também você fica no caso, bom mas isso é assistencialismo... Eu tenho que ver que eu sou fisio, vou ajudar nisso mas também tenho que fazer as atividades, tal. (Marisa)

Baseando-nos nas palavras de Ayres citadas anteriormente, podemos dizer que Marisa lança mão do que lhe é possível a fim de contribuir com uma vida mais próxima do desejável pelos seus pacientes, realizando efetivamente o cuidado integral. Mas, mesmo sabendo que o resultado de suas ações contribui para o sucesso prático da terapia, ela se questiona se não está saindo do ramo de sua profissão e entrando no assistencialismo.

No trecho abaixo, ela nos conta que muitas vezes faz o papel de recreadora:

Se não faz uma coisa motivadora também, perde a graça, né? Então “Vamos fazer um, dois, três, quatro” (risos) “Um, dois... De novo!” Para que... entendeu?. Então, falar “Olha hoje é o dia da caminhada, nós vamos até lá no campinho de futebol.” Aí a gente faz uma caminhada, volta, conversa um pouco, eu paro “Olha tem as plantinhas, que plantinha que é essa? Não sei o que.” É assim, lúdico! (risos). Eu acabo sendo recreadora. Porque daí, nossa “Vamos sair”, ótimo, todos adoram. Quando estava na casa que era no Centro, toda semana eu levava um grupinho até a padaria, era “O acontecimento”! Porque assim, eles não podiam sair sem alguém, e a padaria era a dois quarteirões, então era muito engraçado. Porque, assim, esperava o dia, então “Hoje nós vamos à padaria”, então “Comer pão com mortadela, né?” “Vamos comer pão com mortadela”. Então pegava dois ou três, porque também não dá para levar muitos, né? Porque assim, dois andando um na cadeira de rodas, se não a fisio não aguenta porque a calçada é péssima! (risos) Então a gente ia até a padaria, daí via gente nova, né? Eles vão contar para todo mundo as novidades, o que tem, não tem, pergunta idade, aquela coisa, né? Daí sentam, comem pão com mortadela, tomam coca-cola. Aí a gente conversa um pouquinho, para na pracinha, o pessoal joga um baralhinho lá, volta. Pronto, mudou o dia, então isso é muito legal. Que coisa legal comer pão com mortadela! (Marisa)

Como pudemos ver, em muitos casos a técnica não dá conta da demanda. A ida à padaria para comer pão com mortadela e ver o movimento pode ser muito mais motivador para a realização de exercícios do que o exercício por si só. E sobre o questionamento se isso seria ou não fisioterapia, refletindo um pouco mais, Marisa se justifica:

Mas é o cuidado, o autocuidado, né? É que a gente descaracteriza muito, a gente acha que é estanque, né? Que fisioterapia é isso, enfermagem é isso [...] Então você acha que sai, mas na verdade é um grande conjunto né, se a pessoa não tem o mínimo de cuidado, o que adianta o exercício, se ela não quer melhorar? (Marisa)

E sobre esse assunto, ela nos conta o próximo e último caso, aquele sobre o qual falamos no final do capítulo anterior:

O caso de Dona Inês a sua espera pela morte

Tem uma senhora italiana lá, a Dona Inês. Ela é muito lúcida, ela é muito culta, também [...] Ela não teve filhos e os irmãos já faleceram. Então o que aconteceu, os sobrinhos ficaram responsáveis por ela. Ela tem uma casa muito bonita, os jogos de xícaras chineses, a porcelana, tudo assim do jeitinho dela, livros, porque ela lia muito. E aí, um dia, ela caiu em casa, e toda empregada que entrava ela falava “Estão roubando”, ou judiando, ou não dava certo, assim. Enfim foi, foi, foi, a família falou “Olha você não tem alternativa, você vai morar numa casa de repouso”. Colocaram ela lá, em vida já dividiram os bens dela, um pegou o jogo italiano, outro pegou o jogo não-sei-o-que não-sei-o-que, deixaram ela lá com algumas fotos e a roupa e “É isso a sua vida, venho te visitar de quinze em quinze dias”. E a pessoa perde tudo, a referência, tudo que ela tem, entendeu? E assim, ela é lúcida. E é muito complicado. [...] ela vive agoniada, sabe?

Vive em depressão porque tinha as coisinhas dela, o quartinho, a casa... imagina ser lúcido e ir para um lugar assim? [...] Daí é complicado, a gente tem que conversar com a pessoa “Olha tem que fazer fisioterapia para você ficar boa”, “Para que? Se eu quero morrer. Para que eu vou ficar boa? Não tenho minha casa, não tenho minhas coisas, venderam tudo. Eu estou aqui. Tudo comunitário. Para que eu quero melhorar?” É difícil, como você convence? Bom, daí a gente pegou muita amizade, aí eu falo para ela que é para evitar que ela tenha dores e fique dependente de ficar na cama. Porque se ela ficar na cama ela vai ficar com ferida, vai ser muito pior, entendeu? Ela vai ficar muito mais debilitada, ela já está usando fralda agora, está com incontinência. Então eu tento explicar assim, para ser menos pior, né? Aquela história “bater e dar uma assopradinha”, “Olha é menos pior para a senhora, a gente deixar a senhora mais íntegra”. Ela tem noventa e seis anos. “Vou deixar a senhora o mais independente possível, assim a senhora não precisa de tudo, que te façam tudo. Pelo menos mantém a dignidade e tal”. Mas é difícil a motivação, porque assim, motivação com jovem é fácil, né? Daí idoso, vai motivar para que, né? Mais difícil ainda é motivar quem está lúcida, né? Isso é difícil. É um desafio, mas essa... essa coisa de instituição assim, é uma coisa nova, né? Porque antes o Brasil tinha a cultura de cuidar dos seus vós, né? As pessoas moravam no sítio e cuidavam dos mais velhos, tinha essa história “Vou cuidar dos meus pais, eu vou cuidar da minha sogra”, isso está se perdendo... (Marisa)

Nesse caso, não há saída se não apelarmos para a intersubjetividade do encontro das duas. Se Marisa não conversar com Dona Inês, ouvir a sua história, não se deixar afetar por ela, não conseguirá também afetá-la a ponto de lhe motivar. A ponto de lhe mostrar uma saída mais interessante com a realização da fisioterapia do que sem. Não se trata de convencer Dona Inês a aderir ao tratamento, argumentando sobre os efeitos benéficos que os exercícios trarão ao seu corpo frágil. Mas, sim, apresentar-lhe uma nova e outra possibilidade de seguir vivendo, para se aproximar, quem sabe, de algo que ela poderia chamar de uma vida mais bela e mais feliz.

Essas contemplações, que permitem “subjeter desobjetivando” o outro, como diria Ayres, ou identificar familiaridades que aumentam o sentimento de solidariedade, a la Rorty, constituem a ação em saúde para além dos saberes instituídos da profissão. Essa dimensão, que se abre à sabedoria prática e ultrapassa a dimensão tecnológica, configura, nas falas, o ideal de “terapeuta” que se almeja ser.

7 REFLEXÕES

Nos dois últimos capítulos, discutimos as questões trazidas pelas entrevistadas sobre o exercício profissional e as relações com os pacientes. O presente capítulo se destina a compreender um pouco melhor a concepção que elas têm sobre a sua profissão a partir de suas próprias reflexões. Isso não significa que as falas explicitadas nos capítulos anteriores também não sejam fruto de um processo reflexivo. Mas, os relatos a seguir se propõem a tratar de assuntos mais complexos, como a satisfação com a profissão e as perspectivas para o futuro.

Na tentativa de responder a essas perguntas, que foram enunciadas de maneiras e em momentos diferentes em cada entrevista, o processo reflexivo foi maior, pois em muitos casos não havia resposta pronta ou fácil. Algumas, inclusive, não conseguiram chegar a uma resposta definitiva. Nesses assuntos, muitas vezes, o olhar da entrevistada se deslocou de sua experiência pessoal para, com base nela, observar a profissão de uma forma mais abrangente e discutir os principais problemas encontrados.

7.1 Insatisfações

Ao contrário do que esse subtítulo possa sugerir, os relatos a seguir não se sucederam a alguma pergunta direta sobre as insatisfações com a profissão. Bastaram questões como: “você está gostando do seu trabalho hoje?”, “se pudesse voltar no tempo, faria fisioterapia de novo?” ou “recomendaria a fisioterapia para quem fosse fazer faculdade?” para que uma série de considerações a respeito da profissão se enumerassem.

Muitos dos problemas tratados nos capítulos anteriores surgem novamente aqui, mas com outro enfoque. Lá, eles aparecem no cotidiano das práticas, no meio das descrições das trajetórias, de forma mais sutil. Aqui, eles são abordados e analisados pelas entrevistadas como uma forma de justificar as suas insatisfações com a profissão que, em sua maioria, ocorrem não pela sua prática em si, mas pelas condições em que ela acontece.

Eu não faria fisioterapia de novo e não aconselho ninguém a fazer também. Se eu tivesse um

filho hoje, eu ia bater na barriga com estetoscópio (risos), pra ele ter raiva do estetoscópio e não seguir nada da área da saúde. Eu acho muito sacrificada a vida... [...] O povo trabalha muito, mas muito mesmo. A maioria tem dois, três empregos, pra poder sustentar a família. Eu acho muito sacrificada essa profissão da saúde, qualquer uma. E fisio eu não faria não, não é porque eu não gosto do que eu faço, mas eu acho que falta reconhecimento, falta respeito entre os profissionais... [...] Eu acho que eu não aconselharia ninguém a fazer, nem faria de novo, porque é sacrificante mesmo. E acho que o retorno não é como deveria ser. Não só financeiro. Por isso que eu não faria. Respeito, né? Tudo, tudo... (Ana)

A queixa de Ana sintetiza as insatisfações da maioria das entrevistadas com a fisioterapia. Insatisfações que, como podemos perceber, dizem respeito às condições estruturantes da profissão. O trabalho excessivo e a baixa remuneração, a falta de reconhecimento profissional, o desgaste físico e psicológico e a desunião da classe fisioterapêutica foram fatores presentes nas demais falas, como veremos a seguir.

Dividiremos a desvalorização profissional relatada de acordo com os dois fatores citados que a compõem: a baixa remuneração – desvalorização financeira, e a falta de reconhecimento profissional – desvalorização social. Esses fatores se misturam nas falas e a sua divisão será feita somente para facilitar a análise.

7.1.1 Desvalorização financeira

A única coisa que eu me decepcionei foi um pouquinho com relação ao incentivo, né? Então... por exemplo, uma pessoa que... vai, um estagiário de engenharia... Se vai fazer estágio, a pessoa paga pra você fazer um estágio. E os fisioterapeutas, não. [...] É a valorização, entendeu, que você se decepciona... [...] E, aí, por mais que você goste do seu trabalho, você trabalha pra pagar conta, sabe? E aí é ruim, porque você não vai crescer nunca na sua vida [...] E aí, você acaba não gostando do que você faz porque você não consegue sobreviver com aquilo... entendeu? Essa é a minha maior decepção, não que eu não goste do que eu faço, mas... a minha decepção é essa, que você não consegue... crescer. Ai, não sei! Sinceramente, há um tempo atrás, eu não faria não, viu? Se você me perguntasse isso há um mês atrás, eu não iria fazer fisioterapia de novo.... Porque eu tava muito frustrada com tudo o que tava acontecendo, sabe? De você ralar e trabalhar 12 horas por dia e... mal dá pra... [...] Eu trabalhava das oito da manhã às oito da noite, entendeu? Então, isso era uma coisa que me deixava frustrada por um ponto, porque, assim... eu estudei! Cinco anos... eu tenho que pagar... né? Eu acho que é justo, né? (Adriana)

Então, fisioterapia é um trabalho cansativo fisicamente, psicologicamente e não é bem remunerado. As pessoas podem adorar fisioterapia, mas pergunta se todas estão satisfeitas, assim, com que elas realmente ganham, né? [...] A parte de... remuneração, emprego e tudo mais, eu vejo que nas outras áreas, inicialmente, é muito mais tranquilo. A pessoa que faz fisioterapia tem que gostar, pra persistir, pra entrar no mercado de trabalho, pra batalhar... (Roberta)

A maioria das fisioterapeutas que eu conheço, tipo, começaram fazendo pós-graduação, curso e estavam desempregadas. E, tipo, foi bem mais difícil, eu percebo que foi bem mais difícil pra elas

começarem. Um monte não trabalha na área de fisio... Saiu, desencanou... Nossa, eu acho a nossa profissão meio desanimadora, assim... (Mariana)

No final do ano passado, quando eu ainda não tava fazendo acupuntura, eu tava meio... descrente da vida, assim... Nessa época do ano, eu tava pesquisando pra fazer concurso público, tipo do Banco do Brasil, por causa do dinheiro, porque pesa muito, muito... Por mais que seja na minha idade... pô, sabe? Você fala pô, não tenho nada, né? Com trinta anos... [...] Ainda mais na fisioterapia, que você não sai ganhando dinheiro. [...] Residência de fisio, você ganha 2 mil, residência de médico, você ganha 5. Como é que se briga com isso? Você não briga, né? Não tem briga, né? [...] É, não sei... Olha, pensando pelo lado da acupuntura, eu faria porque eu gosto muito, só que eu acho que eu teria começado antes, porque eu acho que eu demorei um pouco pra começar. Porque, também, eu fiquei esperando juntar dinheiro. Se eu tivesse tido oportunidade e falado "Olha, estou terminando a faculdade hoje e amanhã começo curso de acupuntura", eu teria feito. Mas, é um curso que dispense de um certo dinheiro e quando você termina a faculdade é aquela coisa, de futuro do país, você vira estatística, um bando de desempregados (risos). Na minha turma foi até engraçado, um menino saiu com emprego. Só. Dos 60, 1 saiu com emprego porque passou num concurso... [...] E só, o resto foi tudo se virar. Muito louco isso, né? Muito louco... [...] E, querendo ou não, chega uma hora em que o dinheiro pesa, né? Pesa bastante... porque não adianta a gente querer viver de sonho... né? [...] Então, isso é uma coisa que eu perguntaria para quem fosse prestar fisio: Você quer o quê? Se você tá indo fazer fisio pra ganhar dinheiro, esquece. Você não vai ganhar dinheiro. Com muito custo, você vai ganhar 1.500 reais. Se você quiser ganhar 2, 3 mil, você vai ter que trabalhar em uns 3 lugares, no mínimo. E, mesmo assim, você não vai ter férias, você não vai ter 13º, você não tem seguro, se você engravidar, azar o seu (risos). Mulher tem isso... O pessoal da massagem, você acha que dá pra fazer massagem grávida, com aquela barriga imensa? Não existe! Quando eu entrei na Lúcia (clínica?), tinha uma menina que tava grávida de 3 meses na época, ela saiu com 6 porque a barriga começou a incomodar e ela sentia muito mal estar, e isso é muito por causa da massagem, é desgastante... Então, ela teve que parar, ela parou no sexto mês, né? São mais três meses de gestação, mais, no mínimo 4, com o neném. Você vai parar um ano quase... E pra você voltar? Tem isso, né? [...] Outra coisa pra perguntar pro fisio, você quer trabalho ou quer emprego? Fisio não tem emprego, não existe emprego pra fisio, existe trabalho. Você vai ralar feito um CONDENADO!! (risos) E ninguém te reconhece por isso. (Rita)

Eu já recomendei para um monte de gente lá do cursinho, eu falei "Gente é lindo, vou deixar bem claro, funciona, é lindo, caminho de pedras, mas todas as profissões tem." E uma coisa que é verdade, não falta emprego para quem se forma bem. Desde que eu terminei, graças a Deus, não faltou emprego, querendo ou não o caminho de pedras ou não, eu consegui trabalhar. Mas é um caminho difícil... e mais na informalidade. (Marisa)

Olha, é uma área assim, que você tem que se doar muito, você tem que ter consciência disso, que as pessoas te sugam, mas você tem que ter consciência de que você está lá para ajudar. E, não pode ser picareta, você tem que estudar muito e não é bem pago, isso é uma certeza, né? Mas, se você fizer certinho, se você fizer tudo com calma, estudar, ser estudioso e fizer as coisas certas, é... as coisas vêm, assim, sabe? Eu acho que... que vem a recompensa, mas demora. Pra mim demorou três anos pra chegar aonde eu to, né? E nem assim é o ideal ainda... Eu recomendaria, mas com essa ressalva, de que tem que ter consciência de que... Por exemplo, tem tantas profissões que você termina a faculdade e já sai ganhando bem, você paga as suas contas, você não precisa mais dos pais, você tem uma vida digna. Não é luxo... Eu falo pra minha mãe que eu quero conforto e uma vida digna. Eu não quero trabalhar sendo explorada em uma coisa que eu estudei e paguei muito caro por isso! Eu não acho isso certo, sabe, ser explorado. [...] eu não quero ser rica [...] eu quero pagar as minhas contas e tentar ser justa. (Teresa)

Tudo bem, todo mundo fala "Se você trabalhar direitinho", mas a realidade não é essa. Por mais que você... é difícil você ter um reconhecimento. São pouquíssimas as pessoas que acabam se destacando. Por mais que você fale "Pra quem trabalha direito, sempre tem trabalho", sempre tem trabalho, eu não posso reclamar, to trabalhando pra caramba! Mas, assim, você rala muito e ganha pouco. É bem isso, sabe? Não pensa que você vai ganhar milhões [...] Não falo que eu ganho mal também, mas sei que poderia estar ganhando melhor. Eu acho que a gente se desgasta muito, né? Então, mereceria, sim, ganhar melhor, ter uma condição melhor. [...] Então, quando as pessoas me perguntam, quando as pessoas me falam assim que vão fazer fisioterapia na faculdade, eu já fico pensando "Ah, coitada! Vai ter que se matar de trabalhar pra conseguir, né?" Eu procuro nunca pensar nessa parte financeira, né? Porque eu acho que isso não é o mais

importante, mas é uma coisa que a gente precisa. Então, assim, sinceramente, eu não sei. Não vou te responder assim com certeza eu faria, pensando pelo lado da profissão assim, né, pelo lado da beleza da profissão, eu acho riquíssimo, eu acho muito válido. Mas, não sei... sinceramente, não vou te responder com toda certeza, não... A dúvida é mais por essa desvalorização assim, né? [...] Então, eu vejo mais por essa falta de valorização, que gera essa falta de estabilidade. Eu acho mais por isso, não pela profissão em si. [...] Eu vejo que é difícil a gente ter a valorização que a gente deveria ter. Então, pela questão de valorização, mesmo financeira e tal, eu acho que poderia ser melhor, né? (Vanessa)

A baixa remuneração e a falta de estabilidade na profissão já foram discutidas no quinto capítulo deste trabalho. O que se procura mostrar com essas falas, no entanto, é como esses fatores afetam a satisfação das entrevistadas com a sua profissão. Essa questão surgiu de alguma forma em todas as entrevistas e parece ser a principal razão de incertezas quanto à escolha profissional.

Muitas disseram que, se tivessem outra oportunidade de escolher, talvez não fizessem fisioterapia de novo. Obviamente, essa é uma situação hipotética, mas mostra o descontentamento com a profissão que, em grande parte, ocorre pela desvalorização (nesse caso, enfatizada a questão financeira), principalmente no início da profissão. Rita nos diz que gostaria de ter feito o curso de acupuntura antes, mas não tinha dinheiro para isso.

Essa situação nos remete a um fato cada vez mais frequente na fisioterapia que é a importância dos cursos de especialização após a graduação para uma melhor inserção no mercado de trabalho. Para Caldas (2006), os profissionais recém-formados costumam encontrar maior dificuldade para inserção no mercado e a autonomia financeira geralmente ocorre cerca de quatro a cinco anos pós-formado, sendo extremamente relevante o processo de educação continuada. Como os cursos são, geralmente, considerados caros e a remuneração no início da profissão costuma ser baixa, encontramos aqui um problema, como o vivenciado por Rita, que só conseguiu fazer a especialização em acupuntura após alguns anos de trabalho.

Esse fator contribui para a queixa recorrente nas falas de que na fisioterapia, diferente de tantas outras profissões, não se sai da faculdade sendo bem remunerado. O retorno é demorado e, muitas vezes, é necessário o apoio da família nos primeiros anos de profissão. Talvez por isso, pelas dificuldades encontradas sobretudo no início da carreira, não é raro que condições adversas no trabalho sejam toleradas, como a exploração por outros profissionais (inclusive da própria fisioterapia), como vimos), como vimos no capítulo cinco.

Com exceção de Roberta, que sempre trabalhou com vínculos empregatícios (no hospital e no ambulatório municipal), todas as demais entrevistadas que falaram sobre esse

assunto nos relatos acima já vivenciaram ou ainda vivenciam condições de trabalho exploratórias. Talvez por isso essa questão tenha surgido de forma tão espontânea em seus relatos. Teresa nos diz que o seu objetivo não é ficar rica, mas ter uma vida digna, sem ser explorada na profissão que escolheu para si e da qual gosta muito. Adriana nos conta que o que a decepciona é não conseguir sobreviver com o dinheiro ganho, “pagar as suas contas”, mesmo trabalhando muito. Para Vanessa, o problema é a desvalorização que gera essa falta de estabilidade na profissão.

Sobre isso, Rita também se queixa, contando-nos sobre as complicações de não se possuir vínculo empregatício, principalmente diante de circunstâncias outras da vida, como a gravidez. Rita também nos fala da diferença entre trabalho e emprego, pois segundo ela, o que falta na fisioterapia é emprego, com vínculos, e não trabalho. Marisa aborda essa questão ao dizer que para ela nunca faltou emprego, “só que mais na informalidade”, que podemos concluir como sendo o trabalho sem vínculos.

Se compararmos o problema descrito por Rita, da gravidez no trabalho autônomo, com a situação vivenciada por Cláudia, grávida na época da entrevista, podemos vislumbrar uma diferença substancial entre os dois tipos de trabalho.³¹ Cláudia, sendo profissional liberal e empreendendo a si mesma, organizaria o seu período de licença com total liberdade e mais tranquilidade. A sua saída temporária havia sido negociada diretamente com os seus pacientes, que seriam atendidos pelas sócias da clínica ou por alguma outra profissional. Alguns, com quadros mais estáveis, haviam optado, inclusive, por esperá-la retornar da licença maternidade.

Nesse caso, a vida não se subordina ao trabalho. A sua autonomia verdadeiramente autônoma lhe permite seguir com as demais demandas de sua vida sem constrangimentos. E essa particularidade tem profundo impacto nas ponderações a respeito da satisfação com a profissão e as perspectivas para o futuro, como veremos adiante.

³¹ Curiosamente, a entrevista de Cláudia ocorreu na sequência da de Rita, no mesmo dia, inclusive. Como essa questão fora abordada por Rita, deparando-me com Cláudia gestante, questionei-a sobre o mesmo assunto.

7.1.2 Desvalorização social

A sensação de desvalorização profissional também advém da falta de reconhecimento da fisioterapia pela população de uma forma geral, o que muitas vezes ocorre pelo seu desconhecimento:

Eu acho que a maioria das pessoas [...] não sabem o que o fisio faz. A maioria das pessoas associa fisioterapia com ir na clínica e por choque. Então, eu acho que isso é um reconhecimento que precisa vir ainda. Eu já ouvi muito falarem “Ah, mas você estudou quatro anos pra fazer isso?”, já ouvi isso... Então, isso é uma falta de reconhecimento, né? (Ana)

E mesmo assim, a terapia de mais de uns 50 minutos que seja em casa, é bem inferior a um... por exemplo, é... uma visita médica, alguma coisa assim, sabe, rapidinho que os médicos fazem? Nossa, eles cobram muito mais caro! E as pessoas pagam. Agora, pra fazer fisioterapia, elas não pagam, elas acham caro. Será que elas pensam que isso não é importante? Por que será que não é valorizado? Será que não veem que é importante, né? Não sei...” (Roberta)

Não é uma profissão que... O meu marido todo dia fala pra mim “Ô profissõzinha desvalorizada!”, o que não deveria ser, né? Porque a gente sabe da importância, né? Nossa, é óbvio! O que não seria... Ontem eu vi um jogo de tênis na televisão, a mulher emocionada agradecendo o fisioterapeuta dela, porque se não fosse ele, ela não teria ganho o torneio que ela ganhou... sabe? Mega importante, né? (Mariana)

Tem uma fisioterapeuta que tá fazendo mestrado e a pesquisa dela tá sendo exatamente nesse ponto assim o que que acontece com o paciente depois que ele vai de alta da UTI? Então, o que que ela tá percebendo: quase 80% ou voltam pra UTI, ou morre, ou fica muito grave... pouco são os que vão embora. Os que vão, assim, traqueostomizados... ainda precisando de fisioterapia, porque não tem fisioterapeuta. É muito reduzido o número de fisioterapeutas, não é tão intensivo quanto na UTI. Então, o paciente que precisa de fisioterapia e vai de alta, a chance de ele complicar e morrer é muito maior do que aquele que não precisa. Ou seja, mostrando ainda mais a importância da fisio, né?” (Paula)

Os exemplos de Mariana e Rita nos mostram uma importância da fisioterapia que parece ser ainda pouco conhecida pela sociedade, como podemos perceber nas falas de Ana e Roberta. O trabalho por produção exercido por alguns profissionais, discutido no capítulo cinco, contribui para uma imagem de descrédito da profissão, como nos conta Adriana:

A pessoa paga um convênio que, vai, vamos combinar que todo mundo deveria ter uma saúde pública paga e bem paga, né, e de qualidade, todo mundo deveria ter. Então, começa por aí. Depois, uma pessoa que paga convênio, ela não vai querer pagar a mais para um fisioterapeuta, então, vai nessas clínicas de convênio, que já são também uma porcaria, e aí, acha que fisioterapia é aquilo, e que não é. Pra você provar para uma pessoa que já foi em clínica de convênio que não é aquilo a fisioterapia, é difícil, porque a pessoa não vai te pagar pra você provar pra ela, né? Poucas pessoas pagam pra você ir atender e provar que é o contrário, entendeu? E... você vai, sei lá, no SUS, você fica quantos meses na lista de espera? você entendeu? (Adriana)

Acho que isso também que me frustrou bastante, de ver em clínicas ou mesmo hospitais, uma demanda grande precisando muito da nossa atuação, precisando de tratamento, você ter que

fazer um tratamento parcial porque você não tem tempo e dinheiro para poder atendê-lo bem. E no particular poucas pessoas têm acesso. Porque no particular é onde você vê mais resultados. Eu vejo porque quando eu consigo atender particular eu vejo muito resultado. (Marisa)

Adriana, que já trabalhou nesse esquema de produção e sabe de suas limitações, nos conta que é difícil modificar a ideia do que é a fisioterapia para quem foi atendido nessas condições. Se considerarmos, pela fala de Marisa, que poucas pessoas têm acesso ao atendimento particular e essa forma de atendimento é a que mais facilmente produz resultados positivos (pelo tempo que é possível dedicar ao paciente e pela autonomia na criação do projeto de cuidado, como discutimos anteriormente), poderíamos imaginar que a maior parte da população não teria acesso e, portanto, estaria alheia aos benefícios da fisioterapia. E, de fato, é pouco provável que se reconheça algo que se desconhece.

Para Adriana, umas das alternativas a essa falta de acesso seriam as instituições de ensino que prestam atendimento pelo SUS:

Então, se eu for indicar alguém, hoje, eu não indico de nenhum convênio, eu indico, sei lá, qualquer lugar que tenha estudantes, que vão atender muito melhor do que qualquer convênio. Os profissionais ou alunos que tão lá, tão querendo aprender, querendo melhorar, e tão com aquela... imagem da fisioterapia que é bonita, né? E que é bom, isso é bom. Eu indicaria, por exemplo, a UFSCar [Universidade Federal de São Carlos], que são estudantes, são estagiários, mas eles estão com aquela sede de querer melhorar, e vão lá, estudam, estuda caso, pergunta pro orientador, que não tem medo de responder e falar “Ai, não sei, mas vamos ver aqui”, ir lá e ver e tal, sabe? (Adriana)

Como o comprometimento dos profissionais e dos alunos/estagiários nesses locais é com o ensino e não com a produção, as possibilidades de se oferecer um atendimento de qualidade são maiores. Podemos imaginar que as possibilidades de sucesso terapêutico nessa situação são mais palpáveis, uma vez que a construção dos projetos de cuidado é compartilhada. Por um lado, a população que pode receber um atendimento particularizado, fruto de um projeto individualizado, para atender as suas demandas. De outro, os profissionais que podem criar os seus próprios projetos terapêuticos, com base no que acreditam ser ideal e não em qualquer critério produtivo.

Essa via, indicada por Adriana, parece ser, portanto, uma boa alternativa para fisioterapeuta e pacientes. O problema, no entanto, é que as instituições de ensino são uma opção de atendimento passageira para a maioria dos profissionais e não uma oportunidade de emprego. Além disso, são insuficientes para atender toda a demanda populacional, restringindo-se a uma quantidade limitada de pessoas.

7.1.3 Desgaste

O desgaste físico advindo da prática profissional, assim como o desgaste psicológico e emocional, também foram fatores importantes nas ponderações acerca da satisfação profissional:

Tô, tô gostando... É cansativo, né? A gente sabe que é cansativo... ainda mais eu que estou sempre de um lugar pra outro. Ao mesmo tempo que eu gosto, porque eu nunca gostei dessa coisa de rotina, [...] então, esse lado da fisioterapia, eu gosto muito, de autônoma, né? Por essa questão, por você ter liberdade de horário, flexibilidade, não ter uma rotina tão estabelecida, cada hora você está com um caso diferente ali pra você resolver. Então, isso, eu gosto bastante. Mas... é cansativo, né? É desgastante fisicamente também essa parte... eu, que ainda acabo trabalhando com neuro, que é também uma área que eu gosto, então, é... Acaba sendo cansativo... [...] Fisicamente, psicologicamente. E agora também eu não estou conseguindo pegar muito mais casos de neuro, pesados assim, porque eu também descobri uma hérnia na coluna. (Vanessa)

Do jeito que eu estou é insalubre né, porque não tem ergonomia. Primeiro assim, a gente não está preparado para isso, então eu atendo paciente na cama, cama baixa, paciente muito obeso. Então, assim, muito esforço. Para a fisio, enfermagem, assim, é muito esforço mesmo, acaba ficando com dor na coluna. E assim, eu acho que a carga emocional é muito grande. (Marisa)

Bom, tendinite, bursite, problema de coluna, TODO MUNDO TEM. Eu tenho tendinite nos dois dedos, tenho tendinite no ombro esquerdo, que é o que eu faço mais força... dor lombar é uma coisa normal pra mim, eu nem sinto mais, pra eu sentir, eu to travando. Então, é... lá no trabalho, a mesma coisa, todo mundo tem tendinite, dor nas costas [...] então, tem tudo isso, né? MUITA gente tem problema de coração. (Rita)

E não é um trabalho mental, só, é um trabalho físico. Eu não aguentaria ficar fazendo isso pro resto da minha vida, não dá. Fisicamente, é uma coisa que é muito exaustiva, chega em casa acabado. Entendeu? [...] correr pra cima e pra baixo, é... carregar maca, carregar aparelho, carregar um monte de coisa e correr o dia inteiro [...] É muito exaustivo! (Adriana)

É que cansa, sabe? Então, eu não sei se vou conseguir ter essa vida que eu levo hoje, pula daqui... Por mais que eu tenha carro... atendo um aqui na cama, atendo outro ali no sofá, aí vou lá, trato, eu acho que não vou aguentar isso por muito tempo... (Teresa)

Ai, eu gosto do que eu faço, mas tô cansada! [...] Eu gosto muito, mas, sinceramente, não sei se faria fisioterapia de novo. Eu não sei se eu iria pra área, pra direção que eu fui, não sei... É que... pra mim, eu acho muito cansativo, sabe? Eu me desgasto muito. Eu não tenho o pique de todo mundo que trabalha em dois lugares, dois hospitais, trabalha em hospital e tem um monte de paciente particular... Eu não tenho esse pique. Eu fico acabada, sabe o que é exausta? Eu não tenho mais pique pra essas coisas assim, sabe? [...] Tô cansada fisicamente de verdade. Fisicamente cansa... psicologicamente também... Tem certas coisas que vão cansando, né? Acho que a correria... [...] É uma semi-intensiva e lá tá pesado... [...] Apesar da técnica, que tem que ter com certeza, mas, quer queira ou não, na hora em que o paciente desequilibra, você tem que segurar! [...] E, aí, eu sinto dor em tudo! (risos) Sinto dor na minha mão, tô sentindo dor no meu quadril... E, aí, eu acho que por muito tempo eu não vou durar... Eu tenho que ter uma coisa mais leve pra fazer, se não... Não chego nos 40 anos assim, não... (risos) Não chego! (Roberta)

A prática fisioterápica, de forma geral, demanda bastante esforço físico do profissional que a realiza, o que pode se tornar um problema quando o trabalho é excessivo ou a longo prazo. Um fator complicador dessa questão é a falta de seguridade do trabalho registrado

para considerável parte dos profissionais que trabalha de maneira autônoma.

Se não houver um planejamento de carreira ponderando essas questões, o profissional pode se ver obrigado a abandonar a profissão em determinado momento, sem demais garantias, por incapacidade física. Marisa nos fala da insalubridade do trabalho e da falta de preparo de determinados locais (como a residência do paciente, a casa de repouso em que ela trabalha, etc), nos quais, muitas vezes, não é possível contar com itens básicos que facilitam o atendimento, como a maca, por exemplo.

No caso do atendimento autônomo, a carga horária de 30 horas de trabalho semanais não costuma ser cumprida. Dessa maneira, a correria dos atendimentos e o deslocamento de um domicílio a outro, como fazem Teresa, Adriana e Vanessa, carregando os aparelhos que serão utilizados, torna-se muito exaustivo. Mas, até mesmo Roberta, que trabalha o número de horas previsto, num hospital teoricamente preparado para os atendimentos fisioterápicos, queixa-se do cansaço físico. Por esse motivo, ela reflete sobre a sua escolha profissional, se a faria novamente:

Então, eu não sei se eu voltasse atrás, se eu faria a mesma coisa... Nunca parei pra pensar. Mas, também, parando pra pensar hoje, eu não sei o que eu faria não... Eu não faria medicina mais... Do meu ponto inicial, eu não faria. Ai, não sei... É que hoje eu vejo a relação médico-paciente mais fria. A fisioterapia é legal porque tem um contato grande com o paciente, você conhece, trabalha... É um enfoque diferente. Enfermagem eu também não faria. Não tenho vocação. Ah, então, mas eu gosto da área de saúde... É, não sei... Não sei responder se eu voltaria atrás e faria de novo fisioterapia. (Roberta)

No entanto, ao ponderar a sua vontade de trabalhar na área da saúde e as opções profissionais que lhe restariam, Roberta não encontra saída. Podemos perceber que ela gosta da fisioterapia, mas uma particularidade da forma como a exerce atualmente é o que lhe desagrada. A solução, nesse caso, portanto, não parece ser mudar de profissão, mas fazer alguns ajustes na forma como se trabalha. Mas, como veremos mais adiante, o desgaste físico encontra-se em uma das principais ponderações das entrevistadas a respeito do prosseguimento do seu trabalho no futuro.

7.1.4 Desunião da classe

Um outro fator bastante citado nas insatisfações com a profissão diz respeito à

desunião dos fisioterapeutas, à falta de coleguismo profissional, como podemos observar nos relatos a seguir:

Fisioterapeuta é uma raça desgraçada, vou falar que é desgraçada, porque um não apoia o outro, um só quer sacanear o outro. É diferente da medicina. Porque dentro do hospital, a gente tem contato com todas as profissões da saúde... Na medicina, se um médico faz uma burrada hoje, o outro faz tudo pra encobrir, entendeu? Na fisio, se um faz uma burrada hoje, o outro faz tudo pra ferrar com ele. Eu acho uma desgraça isso. Por mais que você não concorde com uma conduta, você não vai chegar pro seu paciente e dizer “Nossa, mas que burrinho ele, hem? Fez tudo errado”. Eu acho que não pode, é anti-ético fazer isso, né? Você pode simplesmente falar “Não, nós vamos fazer desse jeito e pronto”. (Ana)

Cada um, todo mundo, quer explorar um ao outro. Quanto mais vantagens você receber em cima do outro, melhor pra você, você é esperta, entendeu? [...] Essa exploração, sabe? (Adriana)

[...] eu acho que o fato da classe ser um tanto desunida, alguns crescem, outros ficam pra trás e os que ficam pra trás tacam o preço lá em baixo, vira uma concorrência horrorosa entre eles mesmos, ninguém se valoriza... (Mariana)

Que nem, a gente paga Crefito, certo? Pra onde vai essa porcaria desse dinheiro? Que que ele faz com você, além de mandar um cartão no fim do ano? E a revistinha mequetrefe a cada dois meses? (risos) Eu não vejo mais nenhuma outra coisa que eles fazem... Drenagem, por exemplo, é uma coisa que só fisioterapeuta pode fazer. Vai em qualquer esquina, você vai ver um monte de gente que faz drenagem... Alguém fecha? A medicina tá querendo segurar a acupuntura só pra eles, mas a primeira área da saúde que fez acupuntura foi a fisioterapia, e tão deixando levar embora... Pô, pela quantidade de fisioterapeuta que se forma por semestre, dava pra ser mais unido. Fisio trabalha muito e ganha pouco também por culpa da gente, eu acho. Quer dizer, lá em Londrina, o pessoal cobra 30 reais uma sessão de uma hora. Eu acho um absurdo! Eu cobro, no mínimo, 50 pra fazer particular, não cobro menos do que isso. É meu tempo, é meu corpo que tá sendo desgastado. Pra fazer mão e pé, tem gente que paga 35! Pra fazer fisio a pessoa paga 30 e ainda acha muito... sabe? O pior é que tem gente que faz, o pior é isso. Como é que se diz? Não adianta você abaixar muito, se não você mostra a bunda. Uma frase que eu aprendi na vida, eu ouvi isso e nunca mais esqueci, “Não me peça pra fazer de graça a única coisa que eu sei fazer cobrando”. Eu levo essa frase muito a sério, por isso que eu penso muito em dinheiro. Não dá. Você cobrar 30 reais pra atender uma pessoa... mais um pouco, só de graça mesmo, é caridade. (Rita)

Eu acho que teria que ter uma maior divulgação, e também a classe se unir, né? [...] Então isso é uma coisa complicada, o Crefito coloca as leis, que tem um mínimo de piso, que tem horas semanais, as pessoas fazem totalmente ao contrário. Trabalham muito mais, não brigam pelos direitos. Isso a gente vê em hospitais, em todos os lugares, acabam trabalhando muito mais horas, por um preço mais baixo, pega um monte de paciente, não atende bem, por uma questão de mercado mesmo, sabe? Ao invés de, se a classe se valorizasse, se unisse, “não, se não for por tanto, não vamos, porque temos um merecimento”, seria muito mais fácil de brigar. [...] Agora, a gente, infelizmente, não conseguiu isso ainda, né? Se você conseguir fazer mais barato que o seu amigo, você vai e atende... fazer o que, né? Preciso ganhar o meu pão de cada dia, né? Então eu vi muito home care por 10 reais aqui em São Paulo e aí vai fazer o respiratório, não troca nem a água, faz de qualquer jeito, vai lá conversa com o paciente, assina, vai embora. Aí a pessoa faz dez domiciliares por dia, como isso? Entendeu? Na Grande São Paulo? E tem! (Marisa)

A impressão que fica com esses relatos é a de que estamos diante de um ciclo vicioso. Se, por um lado, a desvalorização profissional contribui para a competição e a falta de união entre os colegas de classe, esse comportamento pouco colaborativo, que gera uma concorrência desleal e a consequente queda na qualidade dos atendimentos, piora a situação.

Ana, que convive com as demais profissões de saúde no hospital, reclama da falta de apoio entre os colegas. Adriana se queixa da exploração pelos próprios fisioterapeutas, que ela mesma sofreu, conforme nos contou anteriormente. Mariana fala da concorrência “horrorosa” que, na busca por clientes, reduz o preço da sessão a valores extremamente baixos, como nos contam Rita e Marisa.

A desvalorização profissional, portanto, parece ter origem nas atitudes dos próprios fisioterapeutas. É como se a adesão a condições de trabalho com as quais não se concorda e a redução dos valores cobrados a quantias irrisórias para vencer a concorrência, funcionassem como um aceno de cabeça que reitera a sua desvalorização. Pode ser que parte desse comportamento provenha da sensação de que o mercado de trabalho está saturado na fisioterapia, como nos conta Mariana:

E, tipo, tem tanta gente que a qualidade do relacionamento do fisio tá ruim também, sabe? É raríssimo um fisio te indicar pra outro fisio, sabe? “Ah, eu vou entrar de férias, você não cuida dos meus pacientes pra mim?”. Se tivesse menos fisioterapeutas, eu acho que teria mais esse tipo de qualidade, uma comunicação melhor entre a gente, mais qualidade [...] Eu acho que o mercado tá saturado, quem tá aí tem mais é que fazer, sei lá, se especializar, fazer mais bem feito o que tá fazendo e... [...] Eu acho que se diminuísse um pouco a quantidade de profissionais que tá se formando, que tá entrando no mercado, esse boom absurdo de faculdades que eu sei que triplicou, quadruplicou a quantidade de faculdades no Brasil... Sabe, se isso fosse um pouco cortado e tudo mais, eu acho que a gente teria mais qualidade, entendeu? [...] Tem muita gente precisando de fisioterapia, mas eu acho que o problema é a qualidade, sem dúvida nenhuma, dos profissionais que tão saindo aí... (Mariana)

De fato, o número de cursos de fisioterapia oferecidos no Brasil cresceu de forma rápida e expressiva nos últimos anos³², o que nos leva a questionar a qualidade do ensino e dos profissionais que se formam em todos eles. A falta de emprego também parece ter papel fundamental nesse comportamento:

E eu acho que as pessoas acabam se submetendo a essas condições [...] acho que por medo de brigar... [...] porque você se forma, a hora que você está no mercado você vê “Olha é tanto, então vou tentar ganhar na quantidade”, as pessoas, acho que têm medo de... não ter emprego, ficar sem conseguir exercer sua profissão, então fazem a qualquer custo. (Marisa)

A escassez de vagas no sistema público, por sua vez, dificulta a absorção em empregos registrados dos profissionais que se formam:

Acho que é complicado, acho que devia ter mais valorização, principalmente da parte pública, do governo em si, né? Mesmo essa questão de concursos assim, você vê muito pouco... E quando abre é para uma vaga, duas vagas... Então, é complicado, você vê que não tem muita abertura assim, né? Agora eles estão colocando esses programas de saúde da família, mas acho que mesmo assim ainda é muito pouco, né? Você percebe que poderia ter muito mais, né? Isso facilitaria muito. Porque aí, para as pessoas que não tem condições, poderia ajudar em muita

³² De 1995 a 2007, os cursos de fisioterapia oferecidos no país aumentaram aproximadamente 592%. Fonte: ObservaRH/IMS/UERJ

coisa, mesmo na questão preventiva. A fisioterapia também tem esse papel. A gente fica descontente, eu fico descontente muitas vezes por isso, né, de ver que poderia estar bem melhor. (Vanessa)

O sistema público também, porque por não ter no público acaba indo para o privado e aí o privado é que vai dar o preço. Se tivesse no sistema único, seria muito mais fácil, mas é mais concursos, né, mais vagas. Na verdade é necessário né, porque a gente sabe que o que mais tem é população carente precisando de fisioterapeuta né, e não a população mais rica. (Marisa)

Sobre essa questão, entretanto, Paula prevê um cenário otimista:

[...] é um campo que tende a abrir muito. Eu acho que daqui a pouco, vai ter mais vaga do que fisioterapeuta. Porque agora acabou de sair uma lei³³ [...] Então, hoje para uma UTI funcionar, instituiu-se que: é obrigatório ter fisioterapeuta no mínimo 18h e um fisioterapeuta a cada 10 leitos. Então, essa é a LEI, isso virou lei desde maio desse ano [2010]. Então, quem vai fiscalizar isso é o CREFITO. O CREFITO, a partir dessa lei, deu 180 dias para todas as UTIs se regularizarem, ou seja, a partir de agosto agora, final de agosto, eles vão começar a fiscalizar todos os lugares. E vai ter multa pro lugar que não tiver fisio 18h. Não sei como vai ser essa fiscalização e nem qual vai ser. Mas, se isso realmente acontecer, imagina o tanto de gente que não vai ter que ser contratada? [...] Vai ter que contratar muita gente. E outra, pra eles vai ser muito mais vantagem ter um fisio 24h, eu acho que a diferença de valor não é muita, pra qualidade que vai ser de ter um fisio 24h [...] E aí, então, UTI não funcionou, leva multa. Se ele achar que é mais barato pagar a multa, fica pagando a multa. Então, tomara que essa fiscalização aconteça. Eu acho, eu acredito. Por exemplo, agora, fiquei sabendo que várias faculdades fecharam porque não teve fisioterapeuta inscrito, não teve interesse em fisioterapia. E eu acho que, assim, vai faltar fisioterapeuta daqui a um tempo. Ainda mais, assim, unidade básica de saúde tá cada vez mais precisando de fisioterapeuta, tão chamando mais, concurso público só abrindo, sempre abrindo vaga... Agora, no servidor, chamaram mais de 80 fisioterapeutas de uma vez. Não sei se já pra cumprir essa lei, né? Eu acredito. Pelo que eu entendi, vão ter que contratar, não vai ter como fugir. E aí é onde eu acho que vai começar a faltar fisioterapeuta. Já falta, na verdade. Quando eu trabalhava no hospital particular, eu fazia o intermédio, né? Eu pegava os alunos e levava os currículos lá pra eles começarem a trabalhar. E... não tinha mais currículo. Chegou um ponto que eu falei: não tem mais ninguém pra indicar porque acabou. Todo mundo tá trabalhando... e rápido, assim, questão de 2, 3 meses. Eu acho que a tendência é aumentar. (Paula)

Se as suposições de Paula se concretizarem, com o cumprimento da resolução citada e a contratação de um maior número de profissionais, é possível imaginar, sim, um cenário mais otimista, pelo menos no setor hospitalar. O que pode ser o começo de uma mudança das condições estruturantes da fisioterapia de forma mais geral.

Contudo, independentemente das condições atuais em que a profissão se encontre, o comprometimento do fisioterapeuta com o exercício de sua prática e o crescimento de sua consciência de classe parecem ser fundamentais para que se obtenha a tão almejada valorização profissional:

Acho que falta um pouco de ética também. Porque, por exemplo, do mesmo modo que eu preciso de dinheiro também para viver e recusei esses dez reais, o meu companheiro poderia falar “Não, dez reais é muito pouco. Eu estudei, tal, acho que me valorizo um pouco mais”, tem também um

³³ Resolução No 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Anvisa - “Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.” Artigo 14, parágrafo IV: “Fisioterapeutas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação”.

pouco disso, a valorização das pessoas, né? As pessoas se propõem a fazer um serviço assim, você está concordando que você vale isso. Não que a sessão de fisio precise custar cem reais, não sei se seria ideal também porque daí você precisa fazer vinte sessões, fica apertado, né? Não é qualquer orçamento que paga. Mas também aceitar trabalhar por dez? Um pouco de falta de valorização, né? [...] Mas infelizmente a classe não é unida. Acho que falta essa consciência de classe, também. Se é que existe classe social, classe profissional etc, porque está tudo misturado agora, né? (Marisa)

Como Marisa nos conta, apesar de precisar da remuneração do seu trabalho para viver, ela não aceitou as condições do seu colega para tanto. Se aceitasse, qual seria o próximo passo? O outro fisioterapeuta reduziria ainda mais o preço? Não é preciso analisar muito para se concluir que não se trata de uma boa estratégia. No entanto, se a preocupação se deslocar do ganho individual e imediato de cada fisioterapeuta para uma perspectiva a longo prazo mais abrangente da profissão, podemos imaginar que as possibilidades de crescimento conjunto serão muito mais promissoras.

Desiludida com essas e outras dificuldades encontradas, Marisa nos conta que, se tivesse outra oportunidade de escolha, não faria fisioterapia novamente:

Não. Eu faria Políticas Públicas! (risos) Porque eu acho que me limitou em algumas coisas que eu gostaria de trabalhar, não pela profissão, a profissão é linda, não tenho nada para falar da profissão. Ao que ela se propõe a fazer, faz perfeito, entendeu? O que ela propõe é isso. É que para mim, eu gostaria de uma coisa um pouco diferente do que eu vejo agora. [...] Acho que o que eu quero fazer em relação à população, aos idosos, vai mais do que a fisioterapia, seria alguma coisa que envolvesse mais políticas, que desse condição ao que eu quero fazer com os idosos, que seria ou um projeto de prevenção, ou revitalização, algumas coisas que eu posso até aplicar na área acadêmica, mas que nem sempre eu consigo aplicar no município, porque eu dependo da vontade política. Então, isso me frustra muito. Então acho que isso seria um perfil que eu gostaria de explorar mais, poder estar atuando nessas políticas como agente ao invés de só atender num ponto focal, como a fisio faz. [...] É que eu via, não sei, ultimamente eu tenho visto a fisio como uma parte mais técnica, não vi tanto a parte... não seria intelectual, porque a gente tem que pensar para fazer uma conduta, mas, assim, acaba que, para mim, às vezes, se torna um pouco mecânico, você absorve as condutas, você tem uma noção do protocolo, você vai e aplica. Não tem que questionar tanta coisa. [...] às vezes eu me angustio porque eu reflito muito e fujo da área de fisio. Acho que isso é que eu me perdi um pouco. Eu acabo refletindo muito, quero atuar em coisas que a fisioterapia não vai me proporcionar. Eu tenho que atender um paciente pra melhorá-lo e, pra isso, eu não vou ficar questionando políticas. Isso aí é um questionamento meu. [...] de eu estar inconformada, né, com o que aconteceu com a fisioterapia que, no caso, é massificar, deixar um preço acessível para o SUS ou para os convênios, e não dar a devida atenção que tem que dar. [...] Mas, o que me angustia, é isso não poder ser abrangente, né, como uma política mesmo, acho que por isso que eu pensei em Políticas Públicas, e não pela profissão em si. Acho que, às vezes, a gente fica tolhido de ter que atender num setor recebendo ordens de produção. Quando não é, a gente também é agente pensador e modificador e não consegue aplicar isso, né? Você acaba tendo que fazer uma prática rápida pra ser eficiente. Acho que seria mais isso. [...] Isso acaba me frustrando. Bastante. Mas não só na minha área, me frustrei também pela TO, pela nutrição, pela fono, pela psico, que também não tem tanta representatividade como gostaria e deveria ter. Em função disso, também, o mercado e a depreciação. A única coisa, assim, que eu vi mais, é o médico que acaba tendo um pouco mais pelo histórico dele, mas também está sujeito a muita coisa trabalhando em condições assim terríveis que a gente vê nesses hospitais públicos. Mas, que ainda consegue um escape, assim, por ter um poder aquisitivo maior, acaba tendo maior influência... e os odontólogos, né, também têm representatividade. Agora, as outras partes da saúde ficaram muito abaixo, tanto em questão salarial como questão mesmo de apreço pela sociedade, e mesmo pelo reconhecimento, né? [...] Então, ainda não tem, da sociedade, essa coisa de ter uma autonomia de escolher o profissional,

ir fazer um tratamento sem depender de indicação médica. Que seria ideal todos trabalhassem juntos, mas como não tem, fica nessa dependência, muitos médicos não sabem nem o que significa uma terapia ocupacional. Aí não indicam, ninguém sabe que funciona, né, e como funciona bem! Então isso acaba frustrando, acho que em todas as áreas da saúde, de não ter interdisciplinaridade, né, de estar indicando, e explicando mesmo o que cada área faz. (Marisa)

A suas considerações em relação às Políticas Públicas decorrem do não vislumbamento de possibilidades de mudança como fisioterapeuta. Para Marisa, o problema é que ela questiona muito as coisas e para ser uma fisioterapeuta não seria preciso ou vantajoso refletir tanto. O que seria interessante dizermos para Marisa é que ela não precisa mudar de profissão se compreender que a sua profissão pode ser diferente. O problema talvez não seja ela refletir demais, mas esse comportamento ser mais a exceção do que a regra na fisioterapia. A solução para a maioria das insatisfações com a profissão, comentadas aqui, talvez passe por uma mudança de atitude dos fisioterapeutas que requeira maiores doses de reflexão, inquietação e, portanto, indignação dos profissionais. Afinal, como nos diz Santos (1999, p. 1): *“O desconforto, o inconformismo ou a indignação perante o que existe suscitam impulso para teorizar a sua superação”*.

7.2 Satisfações e motivações

No cenário ainda mais pessimista configurado pelos problemas enumerados nos relatos apresentados até agora, talvez nos ocorra perguntar o que faz com que as entrevistadas permaneçam na profissão. Apesar de todas as dificuldades narradas, o que as faz levantar todos os dias e seguir trabalhando? O que as motiva, o que as faz felizes? São as tentativas de responder a perguntas como estas que veremos a seguir:

Mas, quando você começa a ficar frustrada assim, as pessoas vêm e conversam mais com você “Não, Dri, pensa nisso, pensa naquilo, olha só o que já aconteceu, não sei o quê”, e aí te dá uma força a mais. E aí, você começa a colocar na cabeça... se você seria a mesma pessoa se você fizesse qualquer outro curso. Então... acho que... se eu fizesse qualquer outro curso, eu não ia ser feliz assim na minha profissão, não ia ter um prazer em trabalhar, né? Se eu, sei lá, prestasse um concurso público, ah, que objetivo que eu ia ter na vida? Ia lá, trabalhava, voltava, voltava pra minha casa, ia ficar assistindo televisão... ia fazer o quê? Entendeu? [...] E hoje o que me motiva é você chegar no trabalho e a pessoa falar assim “Nossa, aquilo lá que você fez me aliviou tanto, consegui dormir!”, sabe? Quando a pessoa fala assim “Eu consegui dormir!”, eu falo assim “Nossa, pronto! Valeu tudo... tudo o que eu estudei até hoje”, sabe? A pessoa fala “Nossa, eu não tava conseguindo dormir, hoje eu consegui dormir. Depois daquele dia que você veio, eu consegui

dormir.” Então tá bom... (risos) É isso! É você ter um acompanhamento, sabe, a pessoa querer ficar com você, né, tipo, e ser atendido por você, porque você consegue fazer ela melhorar. Em algum sentido, em algumas coisas da vida, seja na dor ou na tranquilidade que você passa pra ela, sabe? Em relação a tudo, em relação às coisas que acontecem no dia a dia dela, das coisas que podem estar influenciando na dor dela, sabe? Coisinhas assim pequenas, tipo o tênis que você usa que tá causando dor no joelho, sabe? A pessoa troca e fala assim “Nossa, não é que é mesmo?” Sabe, uns negócios assim? Que é simples, que a pessoa não sabe, não sabia. (Adriana)

Adriana nos fala da identificação com a fisioterapia ao ponderar se seria a mesma pessoa se tivesse escolhido outra profissão, se seria feliz ao trabalhar em alguma outra coisa, porque o seu trabalho lhe traz felicidade. E essa felicidade está relacionada às possibilidades de melhorar a vida das pessoas, abrangendo aspectos mais sutis, como a troca de um calçado que causa dor, ou mais substanciais, como facilitar uma boa noite de sono para quem já não conseguia mais dormir bem.

Assim como Adriana, praticamente todas as outras entrevistadas apresentaram como elementos de motivação e satisfação profissional a oportunidade de propiciar alguma melhora na vida de seus pacientes:

Ah, eu gosto (risos)! Ah, mas, de certa forma, é uma delícia. Eu adoro trabalhar com idoso! E lá tem bastante idoso, assim, sabe? [...] é muito gostoso você ver a melhora do paciente. [...] Você vê que está fazendo bem pra alguém, sabe? Eles ficam felizes, eles retribuem... É gostoso, é prazeroso... Dá vontade de cuidar. [...] eu fico satisfeita se eu vejo melhora realmente, se eu vejo que eu fiz alguma coisa que mudou a vida dele. Por exemplo, ele conseguiu adquirir uma habilidade nova, recuperar alguma coisa que ele tenha perdido, ou ter melhorado, saído de um quadro grave... E é uma coisa imediata, assim, um paciente na parte respiratória que está em insuficiência respiratória, você coloca uma não invasiva, alguma coisa, e ele melhora. Até o humor dele muda, sabe? É uma coisa gostosa de ver.” (Roberta)

Ah... Eu acho que... essa... acho que a gratificação, assim, de você ver o resultado, né? Isso que eu acho mais legal, de você trabalhar e ver um resultado. E desse relacionamento com os pacientes, né? De você ver que tá fazendo um trabalho e, de uma forma ou de outra, é... mesmo a pessoa não reconhecendo, você consegue ver que você tem um resultado, né? Você vê que aquela pessoa, só de ter alguém ali cuidando dela, ela já se sente melhor, ou você vê que, você realizando o tratamento, a pessoa melhora [...] Eu acho que é mais por isso, né? Pelo mesmo motivo que eu entrei pra essa área, de você querer fazer alguma coisa ali por alguém, de você tá conseguindo... é... levar um pouco mais de qualidade pra vida dessa pessoa e levar alguma assim que a deixe melhor, né? Eu acho que é isso... (Vanessa)

Eu gosto. Eu acho muito gratificante também. Ainda mais assim, eu gosto muito de trabalhar com dor, do paciente chegar “Ai, to com dor aqui”, mais postural, mais coluna. E aí, você vai lá, trabalha com mobilização e o paciente “Ai, nossa, não tenho mais dor”, então, eu acho muito gostoso. Na respiratória também é muito legal. Você vê melhorando, você vê ir embora, você vê sentando, você vê levantando... você vê a dificuldade, depois vai melhorando. às vezes, você vê traqueostomizado no ventilador, depois já tá falando, já tá fazendo fono, indo embora... Então, é bem legal. (Paula)

Eu adoro o que eu faço, loucamente. E o que me motiva? Ai, é ver resultado! É ver gente melhorando, é ver gente agradecendo, sabe? Ver gente que tava, sei lá, saiu do coma [...] e você poder já estar colocando a pessoa de pé, hoje você vê a pessoa caminhando e ela achou que nunca mais ia conseguir andar porque, sei lá, ficou três meses em coma, perdeu os movimentos da perna e hoje tá, tipo “Ahhhhh” quando encontra na rua, sabe? Nooooo, não tem preço que pague! Isso é muito motivante, muito motivante. Chegar na casa do cara e o cara falar “Não tenho mais dor, tô ótimo!”. Sei lá, tipo “Eu fiz a faxina na minha casa” ou “Eu dancei a noite inteira”, o

que provocava dor, ou “Eu fiquei num evento de salto alto a noite inteira e eu tô sem dor!”. Isso é a maior motivação, mais do que dinheiro... Tanto é que era isso que me motivava, mesmo sem ganhar dinheiro no início, né? Então, isso é bem bacana.” (Mariana)

Essa melhora nem sempre é observada concretamente, como nos exemplos de Mariana. Em alguns casos, não é possível ampliar os limites da vida da outra pessoa. Entretanto, melhorar a vida dentro daqueles limites já estreitados é também uma motivação, como nos conta Marisa:

Acho que a maior motivação é poder dar um dia diferente e tentar levantar um pouco o ânimo, sabe? Acho que é o que mais me motiva, assim... Às vezes, realmente eu chego e falo “Não vai dar pra fazer nada com ele hoje”, mas eu vou, converso, tento levar uma palavra acolhedora, sei lá se isso é ser missionária, mas tentar mudar um pouco o dia-a-dia, e dar um pouco de independência, eu acho que é o que mais me motiva. Tentar dar um pouco de independência para o mínimo que ele possa fazer, porque assim, eu sei que com a correria, a rotina, as outras pessoas não vão ter tempo de estimular, e eu fico me colocando no lugar, eu falo “Nossa se fosse eu, queria pelo menos poder comer sozinha, pôr uma roupa, escolher o canal de televisão”, acho que essa parte da independência mesmo que me motiva mais. Porque eu sei que o dia que eu não vou, muitos não vão tomar sol, não vão ver uma coisa diferente, vão ficar no quarto. Eu faço grupo para a gente fazer um pouco de palhaçada e tal, eu sei que infelizmente, se eu não for, não tem. Aí, também, eu me pergunto se é o papel da fisio, né? Porque, afinal, assim, eu faço muita coisa que, às vezes, descaracteriza. Mas, assim, pessoalmente o que me motiva é isso.

Aqui novamente a dúvida de Marisa do que é ou não papel da fisioterapia aparece, mas já não é mais importante para ela. Independentemente se o que ela irá levar é uma técnica fisioterápica ou uma palavra acolhedora, o que a motiva é poder proporcionar um dia melhor para aquelas pessoas. E isso ela consegue através do seu trabalho.

E são essas possibilidades de “melhorar a vida” de alguém que motivam o trabalho mesmo em circunstâncias adversas, como nos conta Cláudia:

É justamente o amor à profissão, porque eu gosto do que eu faço. Porque eu acho que se eu não gostasse do que eu faço, eu teria falado assim “Ah, eu não vou”, sabe? Não vou acordar às seis da manhã para ir atender... Pra quê? Para eu ganhar isso? Por exemplo, assim... entendeu? [...] Mas, não, eu faço pelo trabalho mesmo, porque eu gosto da satisfação de escutar “Ai, que bom, eu melhorei”, “Ai, que delícia, eu tô sem dor”, “Ai, to saindo tão leve”, isso me faz sentir bem também, entendeu? Essa questão de eu poder ajudar o outro, entendeu? Então foi essa questão eu acho que eu... eu me sinto útil, entendeu? Então, por isso eu acho que eu faço (risos). Porque se a gente for pensar só pela questão financeira, muitas vezes não compensa. Que nem, eu vou sair do meu consultório e vou lá atender fulano... carregar peso... tem paciente que eu tenho que levar os aparelhos, tem alguns que eu vou a pé, tem uns que eu tenho que pegar táxi, também, porque às vezes, eu to com tanta mochila, com tanta coisa que o trajeto não dá, pelo tempo que eu tenho não dá. Então, eu acho que, assim, é pelo amor à profissão mesmo, porque eu fiz o que eu gosto. E essa é a diferença do profissional, porque se você faz o que você gosta, você vai desbravando. Agora se você começar a pôr empecilho “Ai, não consigo fazer isso. Ai, não dá pra fazer aquilo”, aí... fica difícil.” (Cláudia)

O “desbravar”, segundo Cláudia, só é possível quando se gosta do que se faz. E a satisfação, como podemos perceber nesses casos, guarda relação direta com o proporcionar melhoras na vida dos pacientes. É o que faz com que Cláudia se sinta bem. É o que motivava Mariana mesmo na época em que a parte financeira não compensava o trabalho.

Teresa também partilha dessa motivação:

Eu fiz a escolha certa, eu acho. Me sinto... Eu tava pensando sobre isso esses dias... A minha irmã me perguntou “O que te faz feliz?”, porque eu estava muito chorona. Aí, eu falei “Nossa, por enquanto, só a minha profissão!”. [...] Mas, isso já é uma grande coisa! Não sou uma frustrada, né? Porque eu troquei de curso... Então, assim... Eu falei pra ela que a única coisa que me faz feliz é a profissão, assim, de poder estar ajudando as pessoas, né? De estar conseguindo me sustentar, o que é bom, pagar minhas contas... [...] Tem muita escola de fisio, tem muita gente barbeira que cobra caro aqui em São Paulo... Eu fico p... da vida, sabe? Nossa, eu fico muito triste, muito. Porque as pessoas não valorizam o trabalho, você estuda, paga curso caro... E o que me motiva é isso, sabe? Fazer um nome... Vamos tentar reerguer o nome da fisio, porque fisio porcaria tem em cada esquina, né? E o que me motiva é isso, ver os meus pacientes melhorando assim, sabe? “Ah, eu já fiz tanta fisio e não melhorei...” – tantas vezes eu já ouvi isso! E a pessoa volta a andar, anda melhor, sai curado... Isso é bacana assim, sabe? Poder ajudar!” (Teresa)

Para ela, poder ajudar o outro também é elemento motivador de seu trabalho. Mas, além disso, a possibilidade de publicizar esse potencial de “ajuda” da fisioterapia, mostrando que a profissão pode trazer muito mais benefícios do que vem sendo reconhecido com a forma como é exercida, é uma de suas principais motivações.

Se analisarmos, portanto, o conteúdo das falas que se apresentaram nessa questão, veremos que as perspectivas de “melhorar a vida” através dos encontros com o outro que se fazem presente na profissão é o elemento fundamental das satisfações e motivações do trabalho. Em outras palavras, poderíamos dizer que o que move essas profissionais são as possibilidades de obtenção de sucesso prático de suas ações.

Essa associação, entretanto, não é dada de maneira tão clara nas falas de Ana e Rita, que veremos a seguir:

O que me motiva? ... No momento... Quando eu entrei era o salário, né? É que eu nunca tinha ganhado o que eu ganho. Só que você acostuma com o salário que você ganha e cada vez você quer mais. Hoje em dia o que me me motiva é que eu não posso... Acho que eu não tenho motivo, eu só não largo porque eu tenho que ter um emprego... Eu tenho que ter um emprego, eu tenho conta pra pagar, e é lá que é o meu emprego, né? Eu não posso... Eu sei que não é um emprego tranqueira que eu posso largar pra achar outro por aí, né? Porque eu tenho que contar tanto o salário quanto os benefícios. Mas não tem uma... O que eu acho legal é o resultado que dá nos pacientes, né? Então, às vezes eu acho legal isso, eu acho que às vezes isso recompensa [...] e eu gosto de aprender coisas novas – isso me motiva [...] Quando fica na mesmice, me desestimula. Eu gosto de aprender coisas novas do tratamento e das patologias também. (Ana)

No caso de Ana, a dificuldade em encontrar motivação decorre da grande insatisfação que ela vivencia com o seu trabalho, fato que afetará, inclusive, as suas perspectivas para o futuro, como veremos mais à frente. No entanto, se recordarmos um pouco as falas de Ana até aqui, lembraremos que essa insatisfação está associada, dentre outras questões, às condições que influenciam diretamente a sua prática, como a falta de autonomia profissional. Se observarmos uma outra fala de Paula a respeito de suas motivações, teremos uma

comparação interessante:

Olha, mas, na verdade, eu gosto de trabalhar no hospital que eu estou hoje. Porque assim... eu tive experiência de trabalhar em hospital particular e eu não gostei muito, é... porque, eu acho que a gente fica muito submissa, a gente não tem tanta autonomia. O que me motiva a trabalhar com UTI e os pacientes, é mais essa, assim... você sente que você consegue ajudar, você consegue interagir com a equipe e você tem a sua liberdade pra trabalhar. (Paula)

Para Paula, a motivação profissional está condicionada ao local em que ela trabalha atualmente, que lhe propicia liberdade para atuar. Pode ser que essa liberdade faça falta na percepção de satisfação com o trabalho de Ana. No entanto, apesar das condições atuais, a motivação pelas possibilidades de proporcionar melhora ao paciente também aparece na sua fala, o que não ocorre no caso de Rita:

Hoje em dia, como eu tô meio infeliz aqui, é o dinheiro mesmo, é o financeiro, porque eu não posso abandonar o meu emprego agora, mas, em compensação, eu já estou procurando outros lugares. Porque, antes era muito porque eu gostava, eu gosto de trabalhar, eu sou meio workaholic, acho eu tenho uma tendência a isso. [...] Mas, é... eu acho que é muito isso, o prazer do trabalho. Eu gosto de trabalhar, apesar de não estar muito feliz agora... (Rita)

Um olhar mais apressado poderia nos levar a pensar que Rita não se pauta pelas perspectivas de sucesso prático, uma vez que as possibilidades de melhora do paciente não são mencionadas como elemento motivador de suas ações na fala anterior. Entretanto, se recordarmos também as demais falas de Rita, principalmente as contidas no capítulo seis, veremos que ela não trabalha mais com a fisioterapia tradicional, mas com o shiatsu.

Quando se refere aos pacientes, ela nos conta que sente falta da troca, do reconhecimento que obtinha deles, o que ela nos disse que era “a MELHOR coisa da fisioterapia”. Algo do qual ela sente falta trabalhando com a massagem, pois não percebe mais: “agora, é uma coisa que eu não vejo. [...] E eu sinto falta disso. Porque a gente se sente MUITO BEM... a gente ganha o dia, né? Não precisa de mais nada, tá bom! Vai embora contente!”.

Lembrando-nos disso, fica mais fácil compreender porque as possibilidades de obtenção do sucesso prático não fazem parte do que lhe motiva atualmente no seu trabalho, afinal, ela não vivencia mais, com tanta frequência, essas possibilidades. Talvez seja essa a razão pela qual Rita não se sinta feliz com o seu trabalho. Podemos concluir, dessa maneira, que as perspectivas de obtenção do sucesso prático são elementos primordiais na satisfação de todas as entrevistadas com a sua profissão. E são as satisfações (e insatisfações) atuais que configuram as perspectivas de cada uma delas em relação ao futuro profissional.

7.3 Perspectivas para o futuro

Nas reflexões acerca do futuro, as entrevistadas ponderam muitas das questões tratadas até aqui. Um dos principais fatores considerados foi o desgaste físico, que não as permitirá trabalhar com a mesma intensidade e nas condições atuais por muito tempo. A estabilidade financeira também é um fator levado em conta:

Eu pretendo continuar trabalhando com fisio, mas eu... ainda não sei exatamente... como, assim... Eu acho que por muito tempo trabalhando com esse ritmo pesado assim eu não conseguiria. Então, de repente... E mesmo pela estabilidade financeira, eu acho que a fisio deixa um pouco a desejar, pelo menos, né, no que eu estou trabalhando. [...] Eu penso mais por esse lado, de talvez no futuro, ter alguma coisa paralela, ou, não sei, conseguir buscar alguma coisa, nem que seja meio período, alguma coisa mais fixa, né? E, meio período deixar mais livre... Mas, eu não penso em sair totalmente da fisioterapia, não. Eu gosto bastante. Eu acho que... que dá pra continuar. Se você conseguir trabalhar direitinho, eu acho que dá pra manter. Eu penso mais por essa questão de construir família e tal, aí você fica pensando mais na estabilidade financeira, né? E... e pela parte física desse ritmo que eu to hoje, então, não é um ritmo que eu vou aguentar quando tiver 40, 50 anos, com filho, né? Então, não dá. Aí, tem que pensar em alguma coisa pra deixar mais tranquilo, assim... Vamos ver... [...] que é o que a gente quer pro futuro, né? Trabalhar menos e ganhar mais (risos) (Vanessa)

Apesar de não saber ao certo de que forma pretende seguir trabalhando, Vanessa planeja continuar na fisioterapia. A última frase de seu relato sintetiza as ambições futuras da maioria das entrevistadas. A busca por alternativas menos desgastantes e mais fixas de trabalho é frequente nessas reflexões. Para Teresa, essa alternativa se mostra mais clara:

Eu acho assim... é... fisio, igual hoje em dia eu trabalho, muito manual, assim, pegar pesado mesmo, eu acho que eu não me vejo daqui a vinte anos trabalhando com isso, né? [...] Agora, o que eu me imagino? Eu me imagino assim, concursada... e o outro meio período com o meu estúdio de pilates, por exemplo. Porque pra dar aula no pilates é uma coisa que você só precisa falar, não precisa fazer exercício, né? Então, eu me vejo com 40, 50 anos dando aula de pilates, por exemplo... com o meu estúdio. [...] Eu não me vejo em outra profissão... Claro que eu fico entristecida, assim, sabe? Mas é que agora, como estão dando muito certo as coisas, aí eu vejo que se eu fizer tudo certinho as coisas vão dar certo [...] (Teresa)

O estúdio de pilates com o trabalho concursado em meio período seria a concretização dessa busca para Teresa. Se, por um lado, o concurso traz estabilidade, por outro, o estúdio simboliza liberdade de atuação com pouco esforço físico, pela particularidade do pilates. As práticas alternativas nesse quesito não param por aí:

Meu plano, se der certo, é trabalhar com acupuntura. Abandonar a massagem, manter a fisio... de repente, como tem uma área boa pra fisio na acupuntura, de repente, é seguir esse caminho. [...] Eu quero continuar na área, mas eu quero partir pra acupuntura, porque, assim, idade pesa, eu to começando a descobrir isso... Querendo ou não, eu tô com quase 30. [...] Eu já percebi que idade, a gente pensa que não, mas pesa demais. A gente se cansa muito. Com 40 anos, quem que vai dizer que eu vou aguentar uma maca de 7 kg pra cima e pra baixo. E com a acupuntura, você carrega só as agulhinhas, a bolsa, um álcool, algodão... Vou feliz da vida trabalhar, vou, chego na casa da pessoa, meia hora e acabou. E eu quero isso pro meu futuro, cada vez mais

seguir essa área, esse lado. Menos desgaste que, querendo ou não, pesa muito, e ganha mais, porque o retorno financeiro é BEM interessante (risos).” (Rita)

Para Rita, a acupuntura se mostra como alternativa interessante de continuar na fisioterapia, porém, com uma prática diferente. A vantagem, segundo ela, é que a técnica não demanda praticamente esforço físico, inclusive no transporte do material e tem um retorno financeiro melhor do que a fisioterapia tradicional. Além disso, poderíamos também imaginar que, para ela, a acupuntura a aproximaria mais dos aspectos prazerosos da fisioterapia, como a relação com os pacientes (que se mantém no escopo da área da saúde) do que a massagem.

Além do esforço da prática em si, o desgaste físico referido também diz respeito ao deslocamento constante dos atendimentos domiciliares com o transporte dos aparelhos. Nesse sentido, a criação do próprio espaço de atendimento também parece uma boa alternativa:

Então, é... pro resto da vida, eu não vou conseguir fazer o que eu to fazendo hoje, porque é muito desgastante fisicamente. Então, o que eu estou trabalhando hoje é pra montar um espaço, que pudesse trazer profissionais que queiram trabalhar pra eles mesmos. Eu não quero trabalhar pra explorar ninguém. Eu quero trabalhar pra ter um lugar de atendimento que as pessoas pudessem vir pra tratar qualquer tipo de coisa, nem que seja pra ficar lá e conversar com a secretária, entendeu? (risos) Mas, é o meu espaço, que eu colocaria gente que quisesse trabalhar comigo e não pra mim, entendeu? [...] Pra dar um atendimento bom... Pra pessoa não ficar igual a mim, entendeu? Não deixar de gostar ou pensar em largar porque não tava ganhando bem, entendeu? Esse é o meu objetivo.” (Adriana)

Mais do que reduzir o seu desgaste físico, a criação do próprio espaço de atendimento, para Adriana, significa a liberdade de atuação e a libertação de relações exploratórias. Por essa razão, a sua ideia é trazer profissionais para trabalharem em parceria com ela e não para ela, interrompendo o ciclo de exploração. Nesse sentido, o seu espaço traria liberdade de trabalho para ela e para quem mais integrasse a clínica. É interessante pensar nas potencialidades de sucesso de um empreendimento como esse, não somente financeiras (o que seria uma consequência e não o foco), mas de possibilidades de concretização de projetos de felicidade de muitos fisioterapeutas e pacientes.

O objetivo de se criar o próprio espaço também é partilhado por Mariana:

Penso em continuar. Não como eu trabalho hoje, mas eu penso em, tipo, juntar... sei lá, ser dona de alguma coisa que funcione, que seja dentro do esquema que eu quero e que funcione, sabe? Tipo aquela ‘Satisfação garantida ou seu dinheiro de volta’, sabe? [...] Então, eu queria um esquema desse futuramente, sabe, de poder fazer uma coisa bem bacana nesse sentido, sei lá, que oferecesse algo raro. Eu vou fazer, talvez, o que todo mundo faz, o que todo fisio faz, que é tratar, só que de maneira mais rara, entendeu? [...] Sei lá, é raro um fisioterapeuta que vai devolver o seu dinheiro se você não ficar boa, então, puxa vida, é uma coisa rara. E isso dá dinheiro, porque o cara vai ficar satisfeito, vai usar o dinheiro dele pra uma outra coisa que talvez funcione vai te indicar COM CERTEZA, é garantia! Porque eu acho que a raridade é que dá

dinheiro pra gente, você fazer isso de maneira rara, mais especial. (Mariana)

A liberdade de atuação e as possibilidades de se oferecer um atendimento de maior qualidade, nesse caso, também se fazem presentes na construção do objetivo. Cláudia, que já possui a própria clínica, pretende expandi-la futuramente:

Com o bebê, eu vou ter que reduzir a minha carga horária. Mas, eu quero continuar nesse... nesse mesmo esquema de trabalho, sabe? Eu não penso, nunca pensei numa questão de... aí, quero ter muito clientes! Não. Mas, eu penso muito na qualidade. Então, eu acho que, assim, mesmo que eu expandir aqui dentro um dia, colocar gente que for pra trabalhar pra gente, mas, não pode nunca decair a qualidade... entendeu? Porque eu acho que é isso que vai valorizar, inclusive, o nosso nome e o nome da fisioterapia. Porque, eu acho que a nossa classe, hoje em dia, não... não tá melhor, justamente porque as pessoas começam a valorizar muito mais o lucro e, aí, a gente peca nos atendimentos, né? Desvaloriza como você atende. [...] Que a gente pensa muito na questão financeira... querendo ou não. Todo mundo precisa ganhar. Só que aí você pensa assim “será que vale a pena?”. Porque você pode muito bem fazer o seu nome devagar do que querer ganhar o mundo hoje, né? [...] Não, tem que ladrilhar um caminho. (Cláudia)

A redução da carga horária de seu trabalho é uma demanda que se faz presente de forma mais imediata em função da gravidez. Porém, os planos de prosseguir com a fisioterapia e com a própria clínica persistem. Para Cláudia, o importante é manter a qualidade, valorizando-se prioritariamente os atendimentos ao invés do lucro, o que, segundo ela, não tem sido uma prática comum na fisioterapia.

De forma geral, para quem trabalha mais com a área da ortopedia, como Teresa, Adriana, Vanessa, Mariana, Cláudia e Rita, as perspectivas se pautam mais pelo ideal liberal de atuação que, muitas vezes, expressa-se no espaço próprio de atendimento. A segurança da estabilidade do emprego com vínculos é almejada, em alguns casos, de forma complementar, como o trabalho concursado em meio período. Isso porque, as principais queixas trazidas por elas dizem respeito à falta de estabilidade, à exploração e ao desgaste físico, fatores contornáveis com os objetivos colocados acima.

O problema do desgaste físico também aparece nas demais situações, porém em conjunto com outros elementos. O caso de Marisa é mais específico porque a atuação é mais voltada para a área de geriatria.

Eu gosto. Mas eu não me vejo fazendo por muito tempo. É... pelo desgaste. Porque assim, consome muito e acho que se ficar nessa rotina também a gente acaba se doando menos. Mas se fosse num esquema de uma vez por semana... Nossa, perfeito, é muito gostoso! [risos] Dá para fazer. Você não pode transformar isso num meio de vida, tem que ser uma motivação. Se não, não dá. Acorda todo dia “Ah que droga, eu vou para lá”. Eu ficaria assim, um dia ou outro, mas todos os dias, você se envolve muito. Você se envolve emocionalmente demais com isso, porque isso é contato, né? Você põe a mão, você ajuda, ajuda na alimentação, ajuda no banho. Imagina se eu for no velório de todos eles? Vou me matar de tomar Fluoxetina [antidepressivo], né? [risos]. Não vai ter análise que me dê jeito. [...] E você acaba ficando com uma tendência meio depressiva, de só ver coisas mais tristes, ou também ficar insensível. [...] Então assim, para a vida toda não dá. [...] Você acaba dando uma pirada, e outra que vai frustrando porque, assim, você não vê resultados materiais e a sociedade pede muito resultado, né? Então, tem vô que

entra andando e sai no caixão. [...] Então as pessoas começam a desacreditar que a fisio funciona. Daí às vezes você fica meio em crise, fala “Meu, mas é verdade, será que funciona?”. Eu queria também tentar pegá-los antes que acontecesse isso [...] Antes de ter a queda, de ficar nessa total incapacidade, ficar muitos anos na cama com AVE [Acidente Vascular Encefálico], que ninguém fez nada [...] Acho que seria um trabalho muito legal mas, assim, o enfoque é aqui, está com sessenta anos ou está com sessenta e cinco, está começando. Nessa idade você ainda não pensou muito como vai estar lá na frente. Ninguém se imagina numa cama, doente precisando que alguém lhe dê banho. [...] É um trabalho bonito, mas é um trabalho de passarinho também, porque é muito anônimo, não faz propaganda, né? E não vai melhorar. Então as pessoas também desacreditam [...] mas acho que a ideia seria essa. (Marisa)

No caso dela, a diversidade da atuação é necessária para não esgotar as energias. Como a carga de trabalho física e, principalmente, emocional é muito grande, a rotinização do atendimento pode levar à sua mecanização. Além de tudo, não é um trabalho muito reconhecido porque, como ela diz, não produz necessariamente resultados visíveis para quem está de fora e para a própria Marisa. Os ganhos, nesse caso, são mais sutis e, muitas vezes, servem para suavizar a degradação que inevitavelmente ocorrerá pela idade associada à doença.

A construção dos projetos de felicidade aqui precisa levar em conta esse aspecto, pois o convívio constante com a perda pode gerar frustração e sensação de impotência para o profissional. Por esses motivos, Marisa nos diz que o trabalho na casa de repouso não pode ser o único, mas complementar. A prevenção, para ela, seria o objetivo principal, permitindo-lhe trabalhar com as pessoas antes de se atingir estágios irreversíveis.

Para as demais entrevistadas, que trabalham no setor hospitalar, além do esforço físico, o problema a ser equacionado nas suas considerações futuras é o da disposição da carga horária:

Eu não sei... Como eu acho que eu não estou muito firmada ainda, eu ainda quero fazer outra coisa, mesmo que seja dentro da área, mas uma outra coisa, então, eu não sei... Não é uma coisa decidida, não... E quando eu casar e tiver filhos? Essa parte assim, hospital, sempre foi o que eu quis... Mas e os finais de semana? Quer queira ou não, prende muito uma pessoa, prende bastante [...] Então, a minha intenção... tem dois leques (risos). Ou eu tento ir para uma área mais de pediatria, que é o que eu sempre gostei, mas eu não tenho conhecimento nenhum em pediatria, não sei como fazer. Ou então, partir para a área acadêmica, que depois de um pouco de experiência, assim, eu acho que a área acadêmica deve ser gostosa. Mas, também, não tenho assim, de ninguém que tenha feito mestrado e tudo mais, não sei como é que tá a área hoje de mestrado... Você me conta, tá, depois que você acabar o seu mestrado (risos)... Quem sabe eu volto a estudar! Embora acho que tem que estudar sempre, né? Não tem como parar. É... tem que voltar... Dá uma preguiça... (Roberta)

A perspectiva de mudar de área de atuação, apesar da identificação com o hospital, parece ser uma alternativa viável e desejada por Roberta. As demais demandas da vida que surgem com o avançar da idade, como a constituição da própria família, são razões de incompatibilidade com a rotina hospitalar. Nesse sentido, as opções da área pediátrica, que

sempre foi um desejo seu, e da área acadêmica são consideradas.

No caso de Ana, o desejo de mudança pela mesma razão é mais radical:

Não, a minha perspectiva para o futuro não é continuar trabalhando como fisioterapeuta. Por que? Eu já te digo. Pela área que eu escolhi mesmo, né? Talvez, mudar de área. Mas o que eu vejo? O que eu vejo.. é o seguinte. Por que que eu não pretendo? Pelos horários. Eu sei que se eu continuar vinte anos lá, eu vou continuar trabalhando de feriado, eu vou ficar trabalhando pelo menos um final de semana, eu vou trabalhar no Natal ou Ano Novo. Eu não quero estar eu com filho, trabalhando Natal ou Ano Novo. Eu não tenho essa paciência toda. E... isso me desmotiva e eu sei que é uma coisa que não vai mudar lá. Mas eu gosto do que eu faço, eu gosto. Se fosse de segunda a sexta, estaria ótimo! Eu comecei a fazer agora esse curso de acupuntura pra tentar fugir um pouquinho já disso, né? Não dá pra você largar de vez e falar "Ah, vou ser outra coisa!". Eu penso em tentar mudar, sim, sair da área hospitalar. Mas, eu não sei o que ainda. Se eu soubesse, eu já teria feito. Mas, to tentando acupuntura, penso em pilates, mas eu não sei... O problema de outra área que eu vejo... Eu vejo as minhas amigas, entendeu? Ortopedia por exemplo, que são a maioria delas, o povo tá se lascando... Ou se mata de trabalhar pra ganhar um pouquinho, ou não ganha nada. [...] Então, eu to vendo que o pessoal por aí... tá ruim. Por mais que eu ache ruim o que eu faço, eu trabalho trinta horas semanais e ganho o mesmo valor todo mês, tenho plano de saúde, plano dentário... Então, acho que é estável o que eu tenho. E na ortopedia, não é estável. A maioria, o meu irmão também, é fisio ortopédico, não é estável, né? Então, mudar de área de fisio... Eu não vejo uma área! Eu vejo que uma área que tá crescendo é estética, mas não é uma área que eu gostaria de ir. Ortopedia eu gosto, mas eu acho que é muito difícil, muito sacrificado, tá mais do que o meu, eu acho até. A neuro eu não gosto... Então, é difícil, né? Por isso que eu penso em ser outra coisa na vida... Porque eu acho que, por mais que eu goste de fazer o que eu faço, fisioterapia é uma profissão que eu acho que tá crescendo ainda, mas não é bem reconhecida. (Ana)

Ana não vê alternativa em outra área da fisioterapia, por isso pensa em mudar de profissão. Apesar das insatisfações nos relatos das outras entrevistadas presentes em boa parte desse trabalho e da solução que pairava no ar de abandono da profissão, essa é a primeira vez que a ameaça se materializa na fala de uma delas no que concerne ao futuro.

Talvez seja necessário pararmos um pouco e refletirmos um momento. Ana não pretende seguir com a fisioterapia. Ana, ela mesma, que chorou ao nos contar o caso de Seu José no capítulo anterior. Como podemos imaginar fisioterapeutas com a sua sensibilidade deixando a profissão? Ou melhor, como podemos imaginar a fisioterapia perdendo profissionais como ela? Não é de nenhuma forma animadora essa perspectiva.

Afinal, o que queremos nós, fisioterapeutas ou não, da fisioterapia? Que profissionais almejamos ser, que colegas de profissão desejamos ter, que fisioterapeutas queremos para nós quando for necessário? Não é difícil imaginar que Ana faça parte da nossa lista. Difícil é compreender essa escolha, afinal, não se trata de desgosto da profissão, mas com a profissão e de desesperança em relação às suas possibilidades de melhora..

Um dos principais problemas para Ana, assim como para Roberta, é a disposição da carga horária e em como isso afeta os demais aspectos de sua vida. Veremos no relato de Paula como essa questão poderia ser facilmente contornada:

Ah, mais pra frente, assim, depois que eu... que eu casar, ou que eu conseguir comprar um apartamento, aí eu pretendo ficar só durante a tarde e um final de semana por mês. Chega, tá bom. Porque é desgastante, né? Seis horas de UTI é complicado. É bem puxado. [...] Mas, eu pretendo continuar... Eu gosto de hospital. [...] E na área assistencial. Não gosto muito da área administrativa. Eu gosto mesmo é de paciente, ainda mais que a gente fica com aluno também, você acaba aprendendo sempre, porque eles querem discutir, você não fica só na rotina de atender, atender, atender. Você para, você discute um artigo [...] Mas eu nunca tive problema, eu nunca não consegui emprego, eu sempre fiquei empregada desde que eu saí. Vim morar em São Paulo, hoje já sou independente. Então, assim, nunca tive problema financeiro, nunca tive nenhum tipo de problema com a fisioterapia. Nunca falei “Ai, não gosto de fazer isso”, eu sempre vou trabalhar super bem, gosto de trabalhar... Mesmo quando é de final de semana, assim, é ruim pra ir. Quando eu tô lá... aí, eu gosto! Quando eu tô indo embora, assim, eu falo “Nossa, eu fiz isso, fiz aquilo”. Teve uma época que eu trabalhava que eu falava assim “Olha, tá vendo, se eu tivesse ficado em casa eu ia ficar dormindo. Pelo menos eu tô no hospital, tô fazendo alguma coisa de útil”. É ruim quando eu tenho alguma coisa pra fazer no final de semana e tem que trabalhar, aí você fica chateado. Fala “Poxa, podia estar numa festa, ou num aniversário, ou num casamento e não tô, porque eu tenho que trabalhar”, aí, é ruim. Agora, o final de semana que não tem nada pra fazer, que eu ficaria em casa dormindo, aí eu falo “Ah, que bom que eu tô trabalhando. [...] É, mas eu sou suspeita, porque eu gosto muito de ser fisioterapeuta, então, pra mim vai ser sempre bom, gostoso, legal... Eu não to triste com a profissão. E é engraçado porque tem colegas minhas que estão muito tristes com a profissão. Tem uma colega minha que me ligou e “Ai, Paula, como é que você tá”, e eu falei “Ai, eu tô bem”, ela “Ai, Paula, mas eu não tenho mais essa sua empolgação”, eu falei “Mas, eu tava assim quando tava no outro emprego”. Sabe, não ter expectativas pra quando você vai sair dos finais de semana, e a gente tem a nossa vida social. Então, assim, quando você consegue levar o seu trabalho bem com a sua vida social bem, você fica bem como um todo. Você faz o que você gosta e consegue administrar bem as duas partes, então, acho que você fica bem. (Paula)

O outro emprego a que Paula se refere também era no hospital, quando ela trabalhava na rede privada. A solução, neste caso, não foi mudar de área ou de profissão, mas de emprego. O hospital público em que Paula trabalha atualmente lhe flexibiliza os horários, as trocas e vendas de plantão. Com isso, ela consegue se organizar e levar o trabalho em harmonia com a sua vida social, o que, para ela, é o segredo da satisfação profissional. Talvez essa harmonia da profissão com a própria vida é o que esteja faltando nos trabalhos de Ana e Roberta.

Afinal, a vida não se separa da profissão e vice versa. E o que são as reflexões que estamos a ler aqui se não ponderações acerca da influência dos percalços profissionais nos modos de andar a vida? Ou, como diria Ayres (2009), a *Boa Vida*. Não há como descolarmos, assim, o que se colocam como razões de satisfações ou insatisfações profissionais dos projetos de felicidade que cada entrevistada constrói na sua trajetória de vida profissional, ou se preferirmos, de vida. E não há como separá-los das perspectivas de vida futura. Se levarmos isso em conta e colocarmos esse equilíbrio como objetivo da estruturação de nossas práticas, de todas elas, provavelmente seremos e conviveremos com pessoas mais felizes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As razões que motivaram esse estudo, como já foi explicado, partiram da percepção de uma prática fisioterápica excessivamente mecanizada e pouco capaz de alcançar sucessos práticos em suas intervenções. Como vimos, entretanto, o saber característico da profissão tem a potencialidade de propiciar a criação de projetos individualizados de cuidado, favorecendo, assim, o vínculo terapeuta-paciente, a autonomia do fisioterapeuta no exercício de sua prática e as possibilidades de sucesso prático.

Ocorre que, pelo conteúdo das narrativas apresentadas, podemos perceber que muitos dos arranjos de trabalho que se estabelecem visam coibir esse vínculo, transformando-o em valor de troca e mercantilizando a relação terapêutica. Expropriada do vínculo, a prática se resume à realização de procedimentos independentes de sua finalidade, minando as possibilidades de sucesso prático. Nesse caso, portanto, não é a tecnologia que gera o afastamento e a mecanização, mas são as estratégias de mercantilização do cuidado fisioterápico.

Essa situação só pode ocorrer por um inequívoco processo de subordinação do profissional e seu saber, o que está fortemente associado a condições de trabalho exploratórias. Podemos dizer que a mercantilização do cuidado facilita a restrição sobre as condições de trabalho, mas também é fruto dela. O problema é que essa restrição é vista pelos profissionais como não definitiva, mas como um caminho para se alcançar reconhecimento e notoriedade na busca pelo exercício liberal da fisioterapia.

Isso porque, pelas perspectivas das entrevistadas, podemos perceber que, com exceção da expectativa de abandono da profissão (como no caso de Ana, por exemplo), há um conjunto de fisioterapeutas cujo ideal de exercício profissional é o público, pela estabilidade do vínculo empregatício, e há outro grupo que tem como sonho o ideal liberal. Esta última expectativa, amplamente presente, é o que possibilita a exploração, porque dá margens para o profissional aceitar condições adversas na expectativa de “fazer um nome”.

Para compreender esse fenômeno, podemos fazer uma analogia com a alegoria da pomba apresentada no primeiro capítulo desse trabalho, agora com outro sentido. Podemos imaginar, nesse caso, que a pomba de Kant é a fisioterapia enquanto profissão, a resistência do ar são as interações entre profissionais (inclusive os próprios fisioterapeutas) e o vácuo é

o ideal liberal. A resistência criada por estas interações que, muitas vezes, resultam em condições de trabalho exploratórias, criam o desejo de liberdade no trabalho independente.

O problema é que, sendo o tratamento fisioterápico uma modalidade normalmente indicada e não o fruto de uma busca autônoma dos pacientes, as condições de exercício liberal ficam restritas. A mediação, nesse caso, faz-se necessária pelo menos no início da carreira, configurando o vácuo da autonomia liberal plena.

A analogia, aqui, não diz respeito a cada profissional, na medida em que o ideal liberal, ao contrário do sonho do vácuo no voo da pomba, pode ser alcançado ao longo da jornada individual (ainda que duvidemos dessa possibilidade nos casos mais graves de expropriação do vínculo, como no tão citado caso de Adriana). A metáfora da pomba funciona para a profissão como um todo que, dependendo da intermediação em algum momento, não pode sobreviver o tempo todo de forma independente.

Acaba por se configurar uma “via crucis” da profissão. Eu, enquanto fisioterapeuta, posso achar natural aceitar a exploração no início da minha vida profissional porque imagino que, posteriormente, obtendo reconhecimento, poderei atuar de maneira liberal. Mas, atingindo essa meta, pode ser que o mesmo profissional que se libertou das condições exploratórias seja aquele que vai empresariar novos fisioterapeutas, estabelecendo-se um ciclo. No momento em que um profissional atinge o ideal liberal, inúmeros outros iniciam (e outros tantos mantêm) o processo de subordinação. Por isso a ideia do vácuo no sonho liberal da profissão, porque ele não é concretizável quando se toma a fisioterapia como um todo.

A interação com outros profissionais ao longo da jornada é necessária e até mesmo desejável, o que não significa que ela precisa ser mercantil. Como vimos em alguns casos, o trabalho do fisioterapeuta isolado tem menos possibilidades de atingir o sucesso prático em situações mais complexas. Um fisioterapeuta que inicie a sua carreira liberal isolado dificilmente conseguirá um fluxo de pacientes necessário para se manter. Nesse sentido, é a resistência das constantes interações que permite o voo da profissão. A dificuldade, nesse ponto, é que o próprio sonho de libertação possibilita as interações exploratórias. Se o objetivo for outro que não o “fazer um nome” a qualquer custo, muitas das condições de exploração descritas aqui não seriam toleráveis.

Qual é a saída, então? Acredito que não haja uma única resposta para essa pergunta,

e não é a intenção desse estudo traçar um plano normativo de conduta para a profissão. Entretanto, podemos imaginar que “a saída”, seja ela qual for, passa necessariamente pelo reconhecimento, pelas inquietações e indignações com o problema, como abordamos no início desse trabalho. É preciso que se desconforte com o que está dado.

O que se espera com este estudo, portanto, é facilitar esse processo de “desconforto” com a proximidade dessas questões. Por isso, o apelo da narrativa. Por isso, a reprodução aqui dos longos trechos de falas e a tentativa de familiarizar o leitor com cada uma das “atrizes” por trás daquelas falas, atribuindo-lhes um nome (e não um número, à exemplo: F1, F2, etc). Por isso, o intuito foi o de se deixar transparecer ao máximo as histórias que envolviam cada fala para que elas se tornassem um pouco parte de cada um que as lê.

A minha postura com essa escrita, portanto, inspirada em Rorty (2007, p. 316), foi compatível “com a insistência em que procuremos estender nosso sentimento do 'nós' a pessoas em quem antes pensávamos como 'eles'”. Pode ser, inclusive, que com essa familiarização cheguemos à conclusão que “eles” não eram mesmo tão diferente de nós como pensávamos. Pode ser que reconheçamos um pouco “deles” em nós, enxergando questões na nossa própria vida que efetivamente não tínhamos ainda “parado para pensar”. Pode ser que, diante desse reconhecimento, desejemos partir para a mudança. Se essa dissertação puder contribuir para uma centelha desse processo, posso dizer que o meu projeto de felicidade, aqui, foi alcançado.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. **Tempos modernos e o fordismo**. 2005. Disponível em: <http://www.telacritica.org/temposmodernos_trabalho.htm>. Acesso em: 25 mar. 2011. Análise do filme "Tempos modernos" (Modern Times), de Charles Chaplin (1936).
- ANDRADE, A. D.; LEMOS, J. C.; DALL'AGO, P. Fisioterapia. In: HADDAD, A. E. et al (Org.). **A trajetória dos cursos de graduação em saúde: 1991- 2004**. Brasília: INEP, 2006. p. 201-240.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO, 2009. (Clássicos para integralidade em saúde).
- AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia e emancipação. São Paulo: Hucitec, 1995 apud SCHRAIBER, L. B. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Aderaldo: Rothschild, 2008. (Saúde em debate; 186).
- BARROS, F. B. M. **A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da fisioterapia**. 2002. 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- BISPO JÚNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.655-668, 2009.
- CALDAS, M. A. J. **O processo de profissionalização do fisioterapeuta: o olhar em Juiz de Fora**. 2006. 118 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- FONTANA, A.; FREY, J. The Interview: from structured questions to negotiated Text. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000. p. 645-672.
- FREITAS, M. S. **A atenção básica como campo de atuação da Fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares resignificando a prática profissional**. 2006. 133 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- FRIGOTTO, G. Trabalho. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 399-403.
- GUIMARÃES, N. A. Qualificação como relação social. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 335-342.

JOHNSON, M. Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS). In: KITCHEN, S. (Org.). **Eletroterapia: prática baseada em evidências**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2003. p. 259-286.

KISNER, C.; COLBY, L. A. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas**. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2005.

LESSA, S. Trabalho e sujeito revolucionário. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008. p. 249-312.

MATTOS, R. A. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 313-352.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MARX, K. O Capital. São Paulo: Abril, Cultural, 1983. v.1 apud PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.399-403.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 348-352.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 303-327.

PEREIRA, L. A.; ALMEIDA, M. J. Os cursos de fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 415-458.

PRESTO, B. L. V.; PRESTO, L. D. N. **Fisioterapia respiratória**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, P. S. **Fisioterapia no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

RORTY, R. **Contingência, ironia e solidariedade**. São Paulo: Martins, 2007. (Coleção Dialética)

SANTOS, B. de S. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2000.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e suas interações**: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Rothschild, 2008. (Saúde em debate; 186).

SILVA, D. J.; DA ROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1673-1681, 2007.

SPINK, M. J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: _____. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 93-121.

_____.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: _____. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 41-62.

_____.; MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: _____. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 63-92.

VOSS, D. E.; IONTA, M. K.; MYERS, B. S. Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva. 3. ed. São Paulo, SP: Medicina Panamericana, 1987.

YOUNG, S. Terapia com ultra-som. In: KITCHEN, S. (Org.). **Eletroterapia**: prática baseada em evidências. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2003. p. 211-232.

WOOLGAR, S. Psychology, qualitative methods and the idea of science. In: RICHARDSON, J. T. E. (Org.). Handbook of qualitative research methods. Leicester, UK: BPS Books, 1996. p. 11-24 apud SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 63-92.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

Nome:

Idade:

Naturalidade:

Tempo de formado:

Local onde se formou:

Local onde trabalha:

Cidade:

1. Expectativas iniciais em relação à profissão

- O que te levou a buscar ser um fisioterapeuta?
- Durante o curso, o que você imaginava da profissão se consolidou? Modificou-se? Como?

2. Satisfação com o trabalho

- Você está feliz com seu trabalho? Gosta do que faz? Por quê?
- O que te dá prazer? O que você mais gosta das coisas que faz no dia a dia?

3. Relacionamento com o usuário e construção dos projetos de cuidado

- Como são os seus encontros com os usuários? Você poderia me contar alguma história de usuário que te marcou?
- Como é feito o plano de tratamento de cada usuário? Quem é que organiza? Quem define o conjunto de procedimentos que devem ser realizados com cada paciente?
- Você gosta dessa forma de trabalhar? Acredita que está bom assim ou gostaria que fosse diferente? Se sim, em que?

4. Relacionamento com a tecnologia

- Você utiliza algum equipamento/aparelho no seu atendimento?
- Que importância você atribui ao equipamento no conjunto do seu atendimento?
- Você acha que o equipamento auxilia ou dificulta o seu relacionamento com os pacientes?

5. Perspectivas com relação à profissão

- O que você pensa em relação ao seu futuro profissional?
- Pretende continuar trabalhando como hoje?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado (a) na pesquisa de campo referente ao projeto de dissertação intitulado **Projetos de cuidado em fisioterapia**, desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada pelo Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos e de responsabilidade de Larissa de Siqueira Fernandes, a quem poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone: (21) 81065383 ou do email: lari.fernandes@gmail.com

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é Compreender, a partir da reflexão dos próprios profissionais, os elementos que configuram a construção de projetos de cuidado em fisioterapia.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e seu orientador.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável ou seu orientador, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2587-7303 ramal 248, fax (x-21) 2264-1142 e e-mail: cep-ims@ims.uerj.br.

A pesquisadora principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____

Assinatura do(a) participante:

Assinatura da pesquisadora:
