

**REALIZAR NO MICRO A LUTA MACRO
O ATO DE CUIDAR, UM AGIR TUTELAR E AUTONOMIZADOR**

(cuidar revolucionando a medicina, transformando a sociedade)

EMERSON ELIAS MERHY – UNICAMP

TEXTO PRODUZIDO PARA O COBREM 2001 EM SALVADOR

1. FELIX GUATARI E PAULO FREIRE SUGEREM QUE A LUTA PELA EMANCIPAÇÃO DOS HOMENS E MULHERES É A LUTA CONTRA A INJUSTIÇA, A POBREZA, A DESIGUALDADE, A MEDIOCRIDADE, A EXPLORAÇÃO. É A LUTA PELA CONSTRUÇÃO DA DEMOCRACIA POLÍTICA E SOCIAL. É A LUTA PELA TRANSFORMAÇÃO DE SUJEITOS SUJEITADOS EM SUJEITOS PROTAGONISTAS.
2. SUGEREM QUE ESTA LUTA PASSA TANTO PELO ENFRENTAMENTO DA SUBMISSÃO QUE CERTOS HOMENS REALIZAM SOBRE OUTROS, REVOLUCIONANDO O CONTEÚDO DAS RELAÇÕES ENTRE ELAS, QUANTO PELA GARANTIA DE UMA AÇÃO POSITIVA NA DEFESA DA VIDA DOS INDIVÍDUOS E DA TERRA.
3. NOS ENSINAM QUE ESTA CONQUISTA PASSA PELA CONSTRUÇÃO DA CAPACIDADE DE CUIDAR DE SI, DOS OUTROS E DO MUNDO. ESTE PROCESSO É UM MISTO DA AÇÃO DE SE SENTIR RESPONSÁVEL PELO QUE SE FAZ, COM O CONJUNTO DO MODO DE OPERAR AS RELAÇÕES COM OS OUTROS, PARTINDO DA RADICAL NOÇÃO DE QUE TODOS SOMOS IGUAIS. NÃO SÓ SOMOS COMO PODEMOS SER IGUAIS, POIS SOMOS AS MESMAS POSSIBILIDADES, EM POTÊNCIA, DE SERMOS SUJEITOS DA PRÓPRIA VIDA.
4. PAULO FREIRE DEFENDIA A REALIZAÇÃO DESTAS PERSPECTIVAS A PARTIR DA NOSSA CAPACIDADE DE INTERVIR NOS PROCESSOS DE PRODUÇÃO DOS SABERES E

DE PARTILHÁ-LOS, ISTO É, NA NOSSA CAPACIDADE DE GERAR RELAÇÕES PEDAGÓGICAS LIBERTADORAS NOS VÍNCULOS EDUCADOR/EDUCANDO.

5. GUATARI, A PARTIR DE SEUS TRABALHOS NO HOSPITAL LA BORDE, DEFENDIA A PRODUÇÃO DE GANHOS DE AUTONOMIA DOS GRUPOS SUJEITOS NO SEU VIVER INSTITUCIONAL. NO MODO COTIDIANO DE SE CONSTRUIR AS RELAÇÕES DE PODER ENTRE OS VÁRIOS PARTICIPANTES DAS ORGANIZAÇÕES, ABRINDO-SE PARA A CAPACIDADE DE PROTAGONIZAR ACONTECIMENTOS NOVOS E SOLIDÁRIOS, NOS QUAIS A SUA LIBERDADE É A MINHA LIBERDADE, IMPLICADOS COM GANHOS DE AUTONOMIA DOS INDIVÍDUOS E COM A CONQUISTA DE UMA MAIOR JUSTIÇA NO USUFRUTO DO AGIR HUMANO,.
6. A FORÇA DESTAS VIDAS E IDÉIAS ESTÃO MARCADAS PELA CAPACIDADE DE GERAREM OUTROS REFERENCIAIS PARA SE ENFRENTAR OS HEGEMÔNICOS LEMAS NEOLIBERAIS E O SEU PENSAMENTO ÚNICO.
7. POR EXEMPLO, PENSEM SOBRE A FORÇA POLÊMICA QUE HÁ ENTRE: “A MINHA LIBERDADE VAI ATÉ ONDE A SUA COMEÇA” (ÓTICA NEOLIBERAL DO SUJEITO ISOLADO DO OUTRO E MESMO VIOLENTADO PELO OUTRO, COMO SE FÔSSEMOS ENTIDADES ECONÔMICAS) E “A MINHA LIBERDADE É A SUA LIBERDADE” (ÓTICA RADICAL EM DEFESA DA IGUALDADE E DA SOLIDARIEDADE)
8. PENSEM A DIFERENÇA ENTRE QUEM IMAGINA QUE “O MUNDO ESTÁ AÍ PARA SER EXPLORADO E USADO PARA SATISFAZER MINHAS NECESSIDADES” (NORMALMENTE PENSADAS NA LÓGICA INSTRUMENTAL ECONÔMICA) E QUEM DEFENDE QUE A VITALIDADE DO MUNDO É A MINHA VITALIDADE

9. ESTES DOIS REVOLUCIONÁRIOS NOS DÃO UMA LIÇÃO DEFINITIVA: REALIZARMOS NO AGIR DIÁRIO, JUNTO AOS OUTROS, DENTRO DE NOSSOS CAMPOS DE RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS, PROCESSOS RELACIONAIS COMPROMETIDOS COM A CONSTRUÇÃO DE SUJEITOS SOCIAIS PROTAGONIZADORES DE SEUS MODOS DE CAMINHAR NA VIDA, INDIVIDUAL E COLETIVA
10. SERMOS COMPROMETIDOS COM A PERMANENTE ÓTICA DE CUIDAR DOS OUTROS, DAS RELAÇÕES, DE SI E DO MUNDO, COMO UM CONJUNTO DE ATOS ORGÂNICOS.
11. ANDARMOS NA LINHA DA PRODUÇÃO DA VIDA COM O NOSSO ATO VIVO, COMO CONSTITUINDO MILITÂNCIAS AUTOPOIÉTICAS

SER MÉDICO É ANTES DE TUDO SER UM TRABALHADOR DA PRODUÇÃO DO CUIDADO, E DA VIDA COM A VIDA, E AÍ ESTÁ UMA DAS CHAVES PARA ENTENDERMOS NOSSAS POSSIBILIDADES DE REALIZARMOS NO MICRO, A LUTA REVOLUCIONÁRIA MACRO, EM UMA PERSPECTIVA SOLIDÁRIA COM A CONSTRUÇÃO DA VIDA, INDIVIDUAL E COLETIVA

(O que segue é parte do texto O DESAFIO DA TUTELA E DA AUTONOMIA: UMA TENSÃO PERMANENTE DO ATO CUIDADOR)

Outro dia, estava lendo sobre a miséria no mundo e um dado estarrecedor bateu na minha cara. Há mais de 1 bilhão de excluídos totais, distribuídos pelo globo terrestre. Há quem diga que chegam a casa dos 2 bilhões.

Imediatamente veio-me a noção da relação necessária entre uma tutela do estado sobre os indivíduos, no interior do seu espaço de soberania. Pensei sobre a tutela outorgada e a tutela conquistada.

Elas me permitiram diferenciar uma ação quase unidirecional do estado, com suas políticas, sobre certos agrupamentos sociais - que não conseguem acessar alguns benefícios mínimos, em relação ao conjunto de bens básicos que podem qualificar o seu modo de estar aqui neste globo - de uma ação dirigida para certos agrupamentos populacionais, conquistada por estes na sua luta cotidiana e histórica pela partilha das riquezas sociais, enquanto possível usufruto dos cidadãos.

Na minha imagem, a tutela outorgada, do primeiro caso, se opôs à conquistada, pelo caminho de sua produção. Mas, nem por isso tornou-se menos legítima. Pois, esta tutela outorgada também me pareceu fundamental e necessária em muitos casos. Porém, ao pensar as implicações destes dois processos tutelares, no âmbito da relação do estado com a sociedade, veio-me uma outra imagem. A tutela de efeito castrador e a tutela que libera, que autonomiza.

Aqueles processos tutelares que implicam em uma expropriação dos “auto-caminhares” dos diferentes indivíduos ou grupos, na sua dimensão enquanto uma “máquina” desejanre, são para mim, independente da outorga ou conquista, castradoras dos desejos e de seus movimentos em produzir percursos que invistam no mundo, para torná-lo e tomá-lo em parte como seu. Produzindo o mundo para si, como um investimento libidinal e/ou operativo, individual e coletivo, e deste modo produzindo-o e se produzindo no andar.

A tutela autonomizadora no seu modo de agenciar uma libertação a partir de si, aparentemente em um movimento paradoxal, no qual da dependência procura-se gerar liberação, para não se tornar um mero projeto “auto-centrado”, tem que caminhar com a produção do processo liberador coetaneamente com a do processo público de estabelecimento de responsabilizações, que se referem ao momento das máquinas desejanres estarem implicadas com outras, em possíveis processos cooperativos e contratualizados. Ao estilo das relações sociais, que são

ético-politicamente constituídas, como contratos. E que de um certo modo refere-se a processos relacionais eu e tu, ou nós e os outros.

Procurando esquematizar o que estou falando construo o quadro abaixo, que servirá de referencial para as reflexões que virão adiante.

	agir castrador	agir liberador
tutela outorgada	posicionamento “doativo” com processos caritativos e de vitimização	os bens doados são encarados como “uma vara para produzir uma pesca”, como ferramentas que aumentam governabilidade sobre o mundo
Tutela conquistada	posicionamento autoritário com processos auto-centrados ou reacionais punitivos	a conquista é entendida e respeitada democrática/e como direito de cidadania, como válida e legítima, além de compreendida como base para a contratualidade social entre todos nós e os outros, iguais deste ponto de vista.

despotencializa as máquinas potencializa as

máquinas **desejantes**

desejantes

A tutela, bem como a sua implicação na produção da autonomia, aqui, são compreendidas a partir do fato de que se constituem como processos relacionais e de produção, e nunca como essências dadas dos seres. Portanto, são sempre possibilidades produtivas.

A oportunidade de tratar do tema da tutela e autonomia, deste ponto de vista, parece-me pertinente, também, quando se faz uma reflexão sobre o trabalho em saúde e sua dimensão enquanto ato terapêutico, bem como sobre os equipamentos sociais a eles referidos.

Tutela e autonomia: uma tensão permanente do trabalho em saúde como um ato cuidador

O que é um estabelecimento de saúde?

Tenho a impressão que se realizar esta pergunta em qualquer serviço de saúde para os seus trabalhadores e usuários, as respostas serão infinitas, mas passarão pela idéia de que ali realiza-se algo que em outros serviços não acontece, pelo menos como questão central de sua missão.

Porém, se realizar a mesma pergunta para um cientista social, as respostas também devem ser infinitas, mas este já destacaria que um estabelecimento de saúde é uma organização, na qual há relações e jogos de poder, processos culturais e burocráticos, relações institucionais, e assim por diante.

Chama-me a atenção que não há inverdades em nenhum dos dois caminhos, mas que o segundo não dá conta, não contém o primeiro.

Antes de entender qualquer estabelecimento de saúde como uma organização, ou como um lugar de várias relações institucionais, há que se ter (abstrata e analiticamente) a noção de que se está falando de organizações e relações institucionais singulares: aquelas que estão comprometidas com a produção de atos cuidadores. Finalidade de todo e qualquer trabalho em saúde. Porém, não necessariamente implicados com os processos terapêuticos, apesar deste poder ser uma consequência quase que “natural” dos atos cuidadores, pois há modelos de organização tecno-assistencial da produção dos atos cuidadores que podem não ter nada a ver com a finalidade curativa como seu eixo central, passando este a ser produzida por mero acaso, como mostro mais adiante.

Devido ao fato de que todo serviço de saúde está vinculado a processos produtivos de atos cuidadores, creio que o melhor modo de tentar entender sobre um estabelecimento de saúde é o debruçar sobre os

seus processos de trabalho e as ações que revelem o jogo de intenções que os mesmos contém, suas redes agenciais protagonistas e as modelagens tecnológicas que as realizam, para poder desvendar a maneira pela qual o estabelecimento está implicado enquanto uma organização e uma matriz institucional. Isto é, se constitui como um “lugar” de relações e jogos de poder entre “sujeitos” concretos.

O modo de se trabalhar em saúde, a sua configuração tecnológica e a composição dos trabalhadores que os efetivam, implicados com os processos produtivos que visam a produção do cuidado junto aos usuários, é um caminho necessário para se entender a conformação histórica e social do campo da saúde, e suas conformação enquanto um certo serviço.

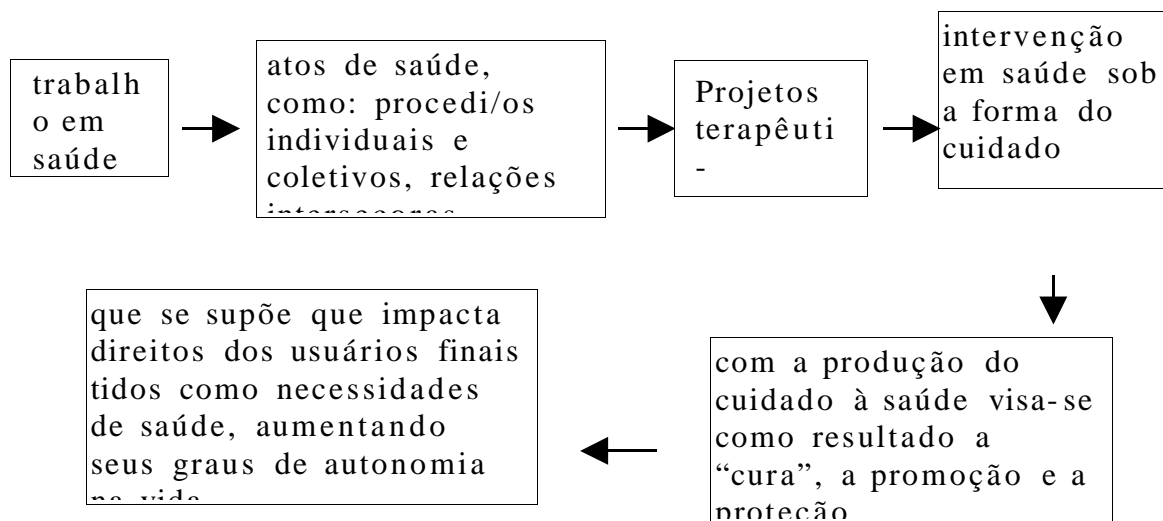
Neste percurso torna-se um imperativo a compreensão da concretude que o ato cuidador adquire, a partir de suas características de composição intrínseca, e no qual identifico a presença tensa da relação tutelar e liberadora, comprometidas com agires de um sujeito sobre o outro, de modo comprometido e “amarrado” a possibilidade de se agenciar processos de ganhos de autonomia, por este outro que busca uma tutela outorgada, do ato cuidador.

O ato cuidador é centralmente um ato de tutela outorgada, que poderá conforme o modelo de intervenção ser ou não castradora.

Pode-se dizer que todo processo de trabalho em saúde produz “atos de saúde”, que perseguem a “produção do cuidado”. E que este, conforme as linhas de interesses que lhe dão sentido, impostas pelos vários atores em ação na sua concretude, permitirá a realização de distintos resultados, mais ou menos comprometidos com os interesses dos usuários, mais ou menos como dispositivos liberadores ou castradores de processos autonomizantes.

Já em um outro texto sobre a “A dimensão cuidadora na produção da saúde (...)”, publicado no livro “A produção da cidadania: construindo o SUS em Belo Horizonte” (1998), defendi a seguinte perspectiva:

“(...) tentaremos mostrar como esta questão está colocada para os processos de trabalho em saúde. Imaginemos, em primeiro lugar, que o conjunto dos trabalhos em saúde produzem um produto, os atos de saúde, e que estes são considerados como capazes de intervir no mundo do que é denominado de “problema de saúde”, provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito, do usuário final. Supomos que este processo permita a produção da saúde, o que não é necessariamente verdadeiro, pois nem sempre este processo produtivo impacta ganhos dos graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida, que é o que entendemos como saúde em última instância, pois aquele processo de produção de atos de saúde pode simplesmente ser “procedimento centrada” e não “usuária centrada”, e a finalidade última pela qual ela se realiza se esgota na produção de um paciente operado e ponto final, ou em um paciente diagnosticado organicamente e ponto final, o que não é estranho a ninguém que usa serviços de saúde no Brasil. Nós enquanto usuários podemos ser operados, examinados, etc., sem que com isso tenhamos necessidades/direitos satisfeitos. Vejamos isto no desenho e textos adiante:



(...)quando falamos em trabalho em saúde não se está se referindo só ao conjunto das máquinas, que são usadas nas ações de intervenção realizadas, por exemplo, sobre os “pacientes”.

Ao olharmos com atenção os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais vamos ver que - além das várias ferramentas-máquinas que usamos, como: raio-x, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar o “paciente”, ou mesmo, fichários para anotar dados do usuário -, mobilizamos

intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem, do psicólogo, etc. O que nos permite dizer, que há uma tecnologia menos dura, do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho, e que está sempre presente nas atividades de saúde, que denominamos de leve-dura. É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado.

Entretanto, quando reparamos com maior atenção ainda, vamos ver que, além destas duas situações tecnológicas, há uma terceira, que denominamos de leve.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Diante desta complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, advogamos a noção de que só uma conformação adequada da relação entre os três tipos é que pode produzir qualidade no sistema, expressa em termos de resultados, como: maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema, e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo.”

Já estava, então, claramente preocupado com o entendimento de que a produção do ato cuidador é imediatamente um responsabilizar diante de uma intervenção, que tem uma forte dimensão tutelar, mas que pode, e deve, estar implicada com ganhos efetivos de autonomia do usuário diante do seu modo de caminhar a sua vida.

Com uma intenção semelhante ao analista que procura produzir a dependência do ato transferencial para criar uma ponte de liberação do

analisando, dentro do agenciamento de autonomia que esta dependência pode potencializar.

Entendo que esta tensão é constitutiva do ato cuidador, e compõe todos os atos clínicos, de qualquer trabalhador de saúde.

Explorar as possibilidades terapêuticas desta tensão, conforme a perspectiva liberadora expressa em ganhos efetivos de autonomia dos usuários, é um parâmetro para optar sobre certas modalidades de intervenções assistenciais em saúde.

No entanto, um imperativo se coloca neste processo: a construção de uma prática cuidadora que tenha como eixo de sua intervenção o mundo das necessidades dos usuários.

Mundo complexo, impossível de ser reduzido aos saberes e práticas biologicamente orientadas, tornando os paradigmas médicos centrados no corpo biológicos insuficientes, apesar de necessários para compor a caixa de ferramentas do médico, no desenvolvimento da sua competência interventora.

INICIAR OS ATOS REVOLUCIONÁRIOS EM TORNO DE UM CUIDADO COMPROMETIDO COM A VIDA INDIVIDUAL E COLETIVA É INICIAR, ENQUANTO ESTUDANTE, AÇÕES EFETIVAS DE TRANSFORMAÇÕES INTERNAS DA ESCOLA MÉDICA, PRODUZINDO-A COMO UMA INSTITUIÇÃO QUE TENHA UMA ALMA MARCADA PELAS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS USUÁRIOS E DOS ALUNOS, ENQUANTO FUTUROS MILITANTES AUTOPOIÉTICOS

E AQUI, ME UTILIZANDO DE LUIZ CECILIO E NORMA FUMIE MATSUMOTO, PROPONHO PARA O DEBATE DE VOCÊS QUE O OBJETO DAS ESCOLAS MÉDICAS, FATOR DE EXPOSIÇÃO SOBRE O QUAL SE DESENVOLVERÃO AS COMPETÊNCIAS TECNOLÓGICAS DE SEUS ALUNOS, NÃO SEJA O SIMPLES CORPO BIOLÓGICO E SUAS DISFUNÇÕES, MAS O COMPLEXO MUNDO DAS NECESSIDADES DE

SAÚDE DAS PESSOAS E DOS GRUPOS SOCIAIS. QUE EXPRESSO NO QUADRO ABAIXO EM 5 EIXOS.

Necessidades de saúde de indivíduos e/ou grupos	Algumas idéias sobre os seus significados
Necessidade de boas condições de vida	boa moradia, alimentação, transporte, lazer, meio ambiente adequado, viver em processos sociais de inclusão
Necessidade de ser alguém singular com direito à diferença	ser sujeito de direitos e cidadão, ser igual, ser nominal, ser respeitado em suas necessidades “especiais”, ser incluído
Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida	sempre que for necessário poderá e deverá consumir serviços de saúde (saberes, equipamentos e práticas) que possam impactar e qualificar seu modo de andar na vida

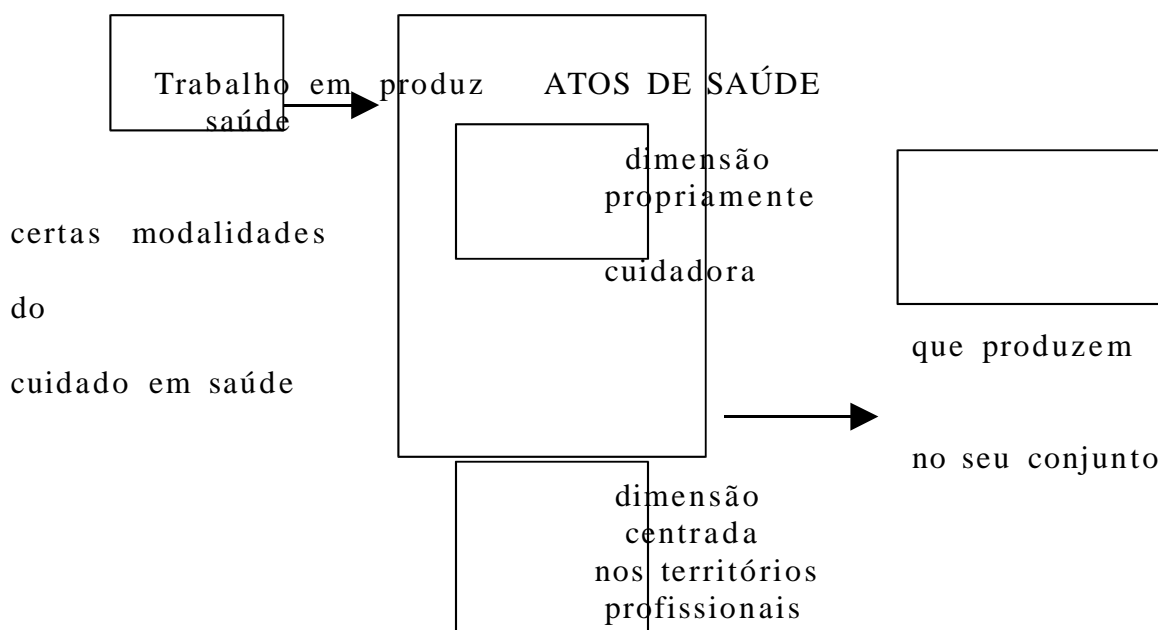
<p>Necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)</p>	<p>poder acessar e ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo seu atendimento dentro do sistema</p>
<p>Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito)</p>	<p>ser tratado como sujeito do saber e do fazer, em produção, que irá a cada momento “operar” seu próprio modo de andar na vida.</p>

A COMPETÊNCIA TECNOLÓGICA A SER EXERCITADA PARA DAR CONTA DE UM QUADRO COMPLEXO COMO ESSE É MUITO MAIS AMPLA DO QUE AS ESCOLAS MÉDICAS VÊM PRATICANDO HOJE EM DIA.

PARA COMPREENDER ISSO DEVEMOS NOS REPORTAR AS NOÇÕES DO QUE NECESSITAMOS PARA PRODUZIR ATOS DE SAÚDE E PROCURAR NOS NOSSOS PROJETOS CURRICULARES VIABILIZARMOS A AQUISIÇÃO DAS TECNOLOGIAS NECESSÁRIAS QUE PERMITAM AO MÉDICO SER UM COMPETENTE CUIDADOR A ATUAR EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE AQUELE MUNDO DAS NECESSIDADES.

NOS QUADROS ABAIXO APROVEITO DOS TEXTOS QUE APRESENTEI NA CINAEM, NA TERCEIRA FASE, PARA DESCREVER O CAMPO DE COMPETÊNCIA QUE DEVEMOS EXERCITAR NA FORMAÇÃO DAQUELE MÉDICO.

No quadro seguinte, a idéia é demonstrar que quando se produzem os atos de saúde, atua-se pelo menos em duas dimensões: uma cuidadora centrada e outra profissional centrada.

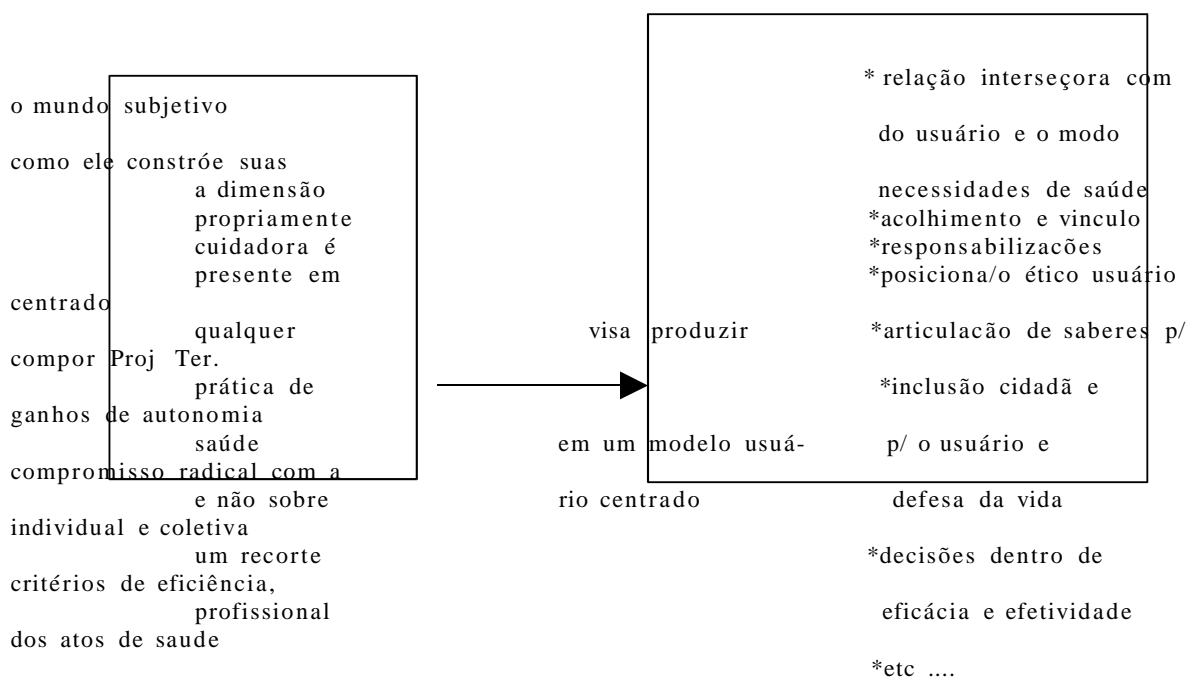


As dimensões cuidadora e profissional específica são territórios de práticas técnicas que se compõem em qualquer produção de atos de saúde e que vão se definindo, conforme o modelo de atenção, em certos empobrecimentos ou enriquecimentos, como campos de saberes tecnológicos e práticas técnicas. Definem-se inclusive como predomínio

de um sobre o outro, de tal modo que há modelos nos quais a dimensão propriamente cuidadora pode estar anulada.

Todos recortes das necessidades de saúde, enquanto sentido de certos modelos de atenção, apresentam uma tensão entre a dimensão propriamente cuidadora e a profissional, de qualquer tipo de trabalhador de saúde, e não só dos reconhecidos como tal.

A dimensão propriamente cuidadora é um campo de competência que funciona como chave para desencadearmos a mudança do perfil de um médico “corpo biológico centrado” para um “necessidade de saúde centrado”, na complexidade que isto significa.



OBRIGADO PELA OPORTUNIDADE, MAIS UMA VEZ, DE FALAR PARA VOCÊS