

**Como fatiar um usuário: ATOMédico + ATOenfermagem + ATOx
+ + ATOy**

Emerson Elias Merhy – médico, professor da Unicamp

As doenças não existem porque há trabalhadores de saúde. Há trabalhadores de saúde porque as doenças existem. (Inspirado em G. Canguilhem)

O fato do Congresso Nacional ter nas suas mãos, hoje, a possibilidade de aprovar uma lei que legaliza o que é um ato médico, chama a atenção e a curiosidade analítica por muitas razões, dentre as quais destaco as que me fazem perguntar: é inovadora a proposta. Legítima é, pois em uma sociedade democrática todos, indivíduos ou organizações, podem criar agendas para o parlamento, mas quem tem força para impô-las são outros quinhentos.

Afinal, do que trata este ato médico?

O que tenho lido sobre o assunto, aliás debatido quase que exclusivamente no âmbito de algumas restritas entidades profissionais, tem mostrado que os médicos que defendem esta proposta – vale a ressalva, então, de que isto não é consenso na categoria – colocam como sua reserva a autoridade profissional e científica sobre as atividades diagnósticas e terapêuticas das “suspeitas” de adoecimentos individuais (que sempre são também coletivas), dentro dos parâmetros do paradigma da doença na visão biologicista, reafirmando o seu domínio sobre elas. E, isto é o que me chama a atenção, neste texto.

A medicina que se formou no século XX obedece exatamente a esta intenção e, como tal, entrou no século XXI. Porém, entrou em situação de crise. Vendo sua forma de organização profissional construída no século anterior sendo questionada por sua baixa efetividade, isto é, por ser cara e pouco resolutiva diante do mundo das necessidades de saúde individuais e coletivas; por sua baixa capacidade de entender o mundo das necessidades como muito mais amplo do que a simples existência humana como um corpo biológico, ou mesmo, de se relacionar com

indivíduos ou coletivos de usuários também como ricos universos subjetivos; acrescida de uma forma de organização de sua prática profissional muito corporativa com dificuldade de atuar multiprofissionalmente em eixos de saberes multidisciplinares. A medicina do século XX entrou no XXI intensamente interrogada.

Assusta, então, que se queira consagrar com o ato médico, em pauta, exatamente o modelo de organização e exercício profissional que estão em questionamento pelo conjunto da sociedade atual.

Vale ressaltar que isso não é um fenômeno exclusivamente brasileiro. Está ocorrendo no mundo inteiro. Os médicos encontram-se em uma encruzilhada. Ou aproveitam este momento e se repensam em termos paradigmáticos e se vêm em um movimento social mais amplo para a busca de novos caminhos, que incluam um diálogo forte, mas sincero com os outros profissionais e com os gestores do sistema de saúde, ou correrão o risco de serem portadores de futuro espelhados no passado, já esgotado.

Constituir caminhos para novos paradigmas é superar a noção de objeto da ação dos trabalhadores de saúde, que não pode mais ser visto, *a priori*, como o corpo biológico e a doença instalada nele. Nós, os usuários, enquanto portadores e fabricantes das necessidades de saúde somos mais complexos, somos modos qualitativos de viver a vida, somos coletivos expostos a riscos, somos necessitados de relações de encontros vinculantes e acolhedores, somos tensões entre autonomia e heteronomia para andar a vida, somos desejantes, somos também corpos biológicos.

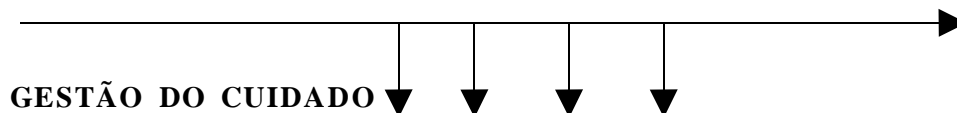
Os profissionais de saúde que não perceberem que é isto que está em jogo, hoje, correm o risco de quererem construir como seus núcleos de competência o poder sobre o campo da saúde, como se o conjunto do mundo das necessidades fosse do seu domínio exclusivo, em vez de entenderem que só acordos interprofissões, que se ordenam por uma ética do cuidado em saúde centrada no mundo complexo das

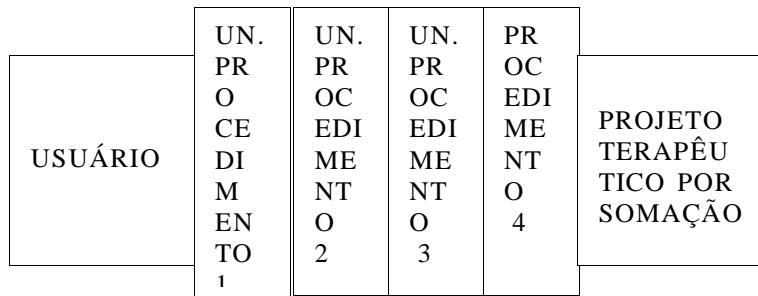
necessidade dos usuários, é que podem dar conta do que há de desafio para superar a crise no campo da saúde, sem dúvida não resolvível por acordos de reservas de mercado.

Se o conjunto dos conselhos e entidades profissionais dos trabalhadores de saúde embarcarem neste caminho, que algumas entidades médicas dispararam, estarão se colocando de acordo com o paradigma restrito que os mesmos adotaram e se comportarão como bons açougueiros discutindo como fatiar os usuários, sem compromissos com uma ética do cuidado governada pelo mundo das suas necessidades e reduzindo-os aos pedaços corporativos centrados.

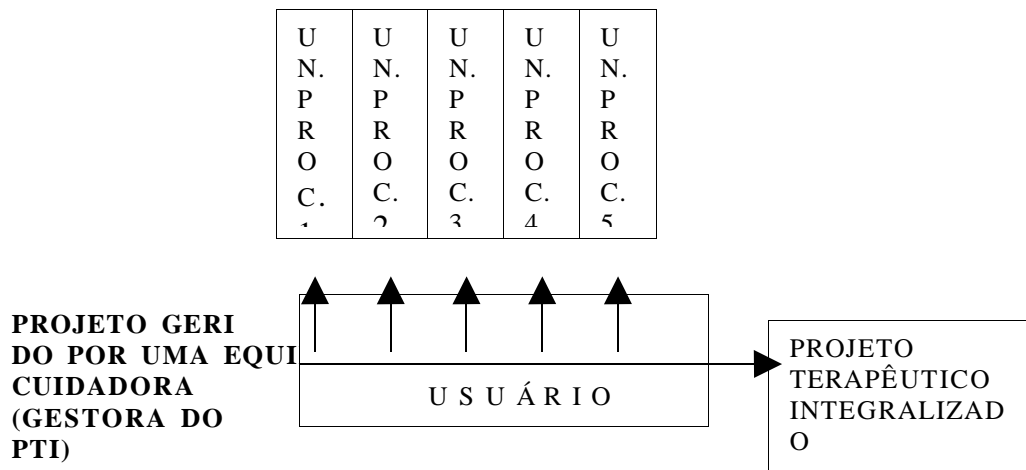
Procuro no esquema abaixo mostrar, a título de exemplo, a diferença entre fatiar ou integralizar o cuidado utilizando-se dos distintos tipos de projetos terapêuticos que desenham, para evidenciar a noção de como as profissões devem negociar seus núcleos de competência, para tentar superar a crise atual, a partir do reconhecimento das suas subordinações a um campo maior de contenção, governado por outra lógica paradigmática, construída a partir de uma ética do cuidado radicalmente em defesa da vida, individual e coletiva, cujo objeto é o complexo mundo das necessidades, que exige ações multidisciplinares de um trabalhador coletivo de saúde (multiprofissional), que deverá encontrar os sentidos das suas intervenções como determinados por aquela lógica fundante, aceito e pactuado entre as profissões.

PROJETO TERAPÊUTICO CENTRADO EM PROCEDIMENTOS MÉDICOS OU BUROCRÁTICOS





PROJETO TERAPÊUTICO CUIDADOR CENTRADO NO USUÁRIO



No primeiro desenho os saberes profissionais partidos fabricam um usuário, fatiado, para si; no segundo, o usuário se impõe como ordenador do encontro entre profissionais e saberes. Talvez haja, aí, caminhos para repensar novas lógicas.