

Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado

Emerson Elias Merhy¹

Laura Camargo Macruz Feuerwerker²

Maria Paula Cerqueira³

A tradição do campo da saúde no ocidente, iniciada no século XIX, vem construindo modos de olhar a problemática do sofrimento humano a partir de um lugar que é reconhecido por muitos (Donnangelo, 1976; Illich, 1975) como a produção de um processo histórico e social nominado medicalização da existência e da vida individual e coletiva, sobretudo a partir do século XX..

Quando vemos um sofrimento como resultado de uma doença que atinge humanos e a clínica como um saber que nos permite vê-la, ali no corpo biológico genérico, passamos a olhar qualquer fenômeno de sofrimento como doença e, mais ainda, passamos a ver qualquer adoecimento como uma expressão particular das leis gerais científicas do processo saúde-doença. Repetição.

Mesmo na perspectiva mais ampla que a saúde coletiva tem sobre esse processo, quando remete o olhar sobre a doença para o processo (histórico e social) saúde / doença, há uma aposta de que esse olhar é armado cientificamente e que a apreensão desse processo só será possível se tivermos a posse de novas ciências, para além daquelas como a clínica: outras ciências mais amplas sobre a sociedade, a história e os coletivos humanos. Mas não saímos do terreno de que a competência em compreender e agir nesse campo de práticas, o da saúde, só será dada pela produção da ciência e qualquer fenômeno que ocorra, aí nesse campo, será sempre um caso particular de um fenômeno geral. Repetição.

É isso que nos faz em muitas situações, no campo da saúde, hoje, dizer que cada caso é um caso, mas sempre esse caso é um momento particular das formas de adoecimentos que conhecemos pelos saberes clínicos científicos que a “medicina do corpo de órgãos” do século XIX construiu como forma de ver e falar do sofrimento humano, em geral, tanto na medicina quanto na saúde pública. Repetição.

Antes de ir adiante na discussão que nos propomos sobre os modos de cuidar, cabe uma observação.

¹ Professor Livre-Docente de Saúde Coletiva, Professor Visitante da Clínica Médica da UFRJ, Coordenador da Linha de Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

² Professor Doutor em Saúde Pública, Professor - Adjunto da Faculdade de Saúde Pública da USP e Professor Colaborador da Linha de Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

³ Professor Doutor em Ciências da Saúde, Professor-Adjunto da UFRJ e Professor Colaborador da Linha de Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

Que diz respeito ao reconhecimento de que essa medicina hegemônica, mesmo estando colada a estratégias bem sucedidas de disciplinarização da vida (o tal do fenômeno da medicalização, já apontado), é capaz também de produzir resultados positivos. Há muitas situações que respondem bem às intervenções sobre o corpo de órgãos com base nessa visão de casos particulares construída pela ciência. A repetição funciona bem em certas situações.

Porém, há também evidência de muitos problemas ou mesmo de muita incapacidade. Por um lado, a extrema objetivação e a focalização do olhar e da ação sobre o corpo biológico deixam de lado muitos outros elementos que são constitutivos da produção da vida e que não são incluídos, trabalhados, tanto na tentativa de compreender a situação, como nas intervenções para enfrentá-la. Mais ainda, a busca objetiva do problema biológico tem levado a que a ação do profissional esteja centrada nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com escuta empobrecida. Assim, as ações de saúde têm perdido sua dimensão cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos, elas têm perdido potência e eficácia.

Por outro lado, essa relação empobrecida, em que o outro é tomado como corpo biológico e objeto da ação e que deslegitima todos os outros saberes sobre saúde, é vertical, unidirecional, como se prescindisse da ação/cooperação de quem está sendo “tratado”. Ou como se a cooperação fosse obtida automaticamente a partir da “iluminação” técnica sobre o problema e as condutas para enfrentá-lo. Não é assim que as coisas funcionam na prática e por isso mesmo tem sido tão difícil “conquistar a adesão” às propostas terapêuticas, sobretudo nas situações crônicas. (Mehry e Feuerwerker, 2008),

O sofrimento humano na sua existência real tem expressão muito singular e complexa; está muito além de um resultado particular de um fenômeno mais geral. Podemos e devemos olhar o sofrimento humano de outros ângulos (históricos, sociais, culturais e no plano singular de cada situação de construção de vida). A “clínica do corpo de órgãos” entra em questão, pois não basta construir saberes científicos para dar conta de produzir abordagens mais satisfatórias dos processos singulares de produção de existências singulares e coletivas (pois é disso que se trata a vida).

Existência, sofrimento e prazeres: vazando a captura de um saber que representa esse processo como saúde e doença

Diga-me: por quê você parou de fumar?

Porque fui ao médico e fiquei sabendo depois de alguns exames que minha capacidade respiratória

estava diminuída. Já tinha enfisema por ter fumado tantos anos. E, diante desse adoecimento, comecei a tomar um medicamento que “engana” meu cérebro sobre a presença de nicotina no meu corpo. De lá para cá não tenho fumado mais, mas como muita bala. Sem parar. Ah!!! tenho ficado ansiosa também. Muito. Mas parece que tudo isso vai valer a pena pois o enfisema vai ficar estável e tenho ainda bastante capacidade pulmonar.

Interessante essa opção. Você a tomou em função do que?

É que eu me vi diante de muitas coisas que pretendia realizar e viver. Continuar fumando era uma opção por um modo de viver que talvez me impossibilitasse de tudo isso, que ainda quero. Quero dizer, também, que continuar fumando mesmo que com aumento do enfisema é um modo de continuar vivendo e uma possibilidade como caminho a ser seguido.

Mas e a doença?

Não vejo bem assim como só doença e sofrimento. Também olho o continuar fumando por um outro lado: o enorme prazer que me dá e se não tivesse outros sentidos para o meu desejo talvez eu optasse por continuar fumando e vendo o enfisema ou minha morte como parte do meu modo de viver também, sem incriminá-la como responsável por isso.

Ou seja, para você, optar sobre certo modo de continuar existindo prazerosamente, mesmo sabendo que com isso certos sofrimentos podem acontecer, não é necessariamente algo para ser compreendido dentro de uma lógica do processo saúde e doença, ou seja, como algo que produz doença?

Não. Pois vejo isso como meu processo de viver e não de adoecer. Não acho que o olhar polar e tenso saúde e doença dê conta do que eu estou colocando sobre tudo isso.

Sabe, você me faz lembrar de uma outra pessoa que conheço que fuma intensamente e que já vem apresentando certos problemas respiratórios e que diante das mesmas perguntas me respondeu que não tem nem interesse em saber se tem ou não enfisema, pois isso não significaria para ele uma perda de nada ou uma limitação. Não vê a mínima chance de parar de fumar, pois não há outros sentidos na vida que possam colocá-lo em cheque em relação a essa opção.

Por um lado, não é completamente sem sentido representar esse processo por um outro ângulo, que

não só das opções por certos modos de vida e não outros, pois ao ser ofertada a representação de que se está diante de um processo saúde e doença aumentasse as maneiras de se poder perguntar sobre suas opções e ações. Não é? Isto é, ao se oferecer certos conceitos para dar sentido e significação ao que se está vivendo, vivenciando e sentindo, pode-se dar elementos para que se possa pensar sobre si e inclusive pensar sobre o cuidar de si ao adotar certas representações sobre os acontecidos, pois ela lhe diz muito, ao adotar o mesmo nível de problematização que a representação tenta captar. Não é verdade isso para você?

Sim.

Entretanto, acho interessante pensar sobre o que significa alguém ser o dono de um certo saber sobre o seu modo de viver e dizer que esse modo de viver é patológico, que por conta dele você vai ficar doente e irá morrer por isso. Acho que essa “imposição” é fruto de uma relação de poder e se você não tem noção dela, acaba aceitando como única verdade possível e torna-se objeto da decisão do outro. Não participa de nenhuma possibilidade de armar a sua própria representação do que faz ou não faz sentido para você e escolher de que modo de viver lhe interessa. Veja que aí o que se passa é a não oferta do saber de um para o outro de modo intercessor, que possibilitaria poder falar de si ou mesmo decidir por si. Pois é, essa tensão já existe mesmo quando o encontro entre um que diz ser dono do saber e o outro que vira seu objeto não é intencionalmente realizado com a idéia de um encontro intercessor, no qual todos entendem e topam sofrer os efeitos desse mesmo encontro e topam falar dele claramente, um para o outro. Porque não são poucos os relatos de experiências nas quais o chamado paciente desse encontro resiste às ofertas que o chamado trabalhador de saúde lhe faz.

Vale a pena pensar sobre esse diálogo, que é em parte descrição de uma conversa real, de que um de nós participou há algum tempo; tendo em vista as perspectivas desse texto que estamos produzindo.

Da repetição à diferença: questões para pensar as representações sobre o viver

Vamos pensar sobre outras situações. Vamos imaginar que se olharmos com a maior atenção os 7 bilhões de humanos que vivem na Terra nesse instante não temos a mínima condição de dizer que haja alguém que seja absolutamente igual a um outro. Ao contrário. Há sempre um detalhe que faz uma diferença de tal ordem que podemos dizer que há 7 bilhões de singularidades, por mais que todos sejam muito repetidos em relação ao outro. Ou mais, podemos dizer que mesmo um desses únicos à medida que vai caminhando no viver será singular em relação a si mesmo, pois os detalhes

no seu viver e suas conformações como território existencial vão mudando a todo momento. O único são vários.

E aí existe um problema para toda forma de representação que tenta apreender todos esses modos de viver sob a ótica da repetição, de um comum que se baseia no que há de igual e de sua expressão como certas formas de viver. E mais ainda, com a idéia de que isso permite conceituar certas formas como mais adoecedoras do que outras. Ou mais ainda, que essas formas de viver devem ser impedidas para evitar a aparição da doença.

Esse caminho que já foi (e ainda é) trilhado há muitos séculos por certas práticas governamentais, como as da saúde pública, tem implicações interessantes de ser observadas. Pois, para muitos isso tem significado a construção de ações disciplinadoras sobre grupos sociais e não outros, sobre certos modos de viver e não outros. Há algo bem próximo de nós, hoje, que é a política pública que se baseia na criminalização de certas drogas e não de outras. E que leva a considerar certas formas de viver como patológicas e outras como de risco de adoecer. Para uns, repressão; para outros, orientação.

De novo, vale a noção de que poder partilhar com o outro certas representações tem algo de interessante e rico no viver e no conviver, na igualdade centrada na diferença do outro. Mas, quando essas formas de representações se fazem práticas de eliminação, interdição e disciplinarização do outro, aí o que há de fato é a anulação do outro como singularidade e a idéia de que essa singularidade do outro é uma ameaça à minha. A minha passa a valer mais nos jogos de força e isso pode me impulsionar para um modo fascista de viver com os outros. E, então, o entendimento do que são os processos saúde e doença corre o risco de ser engravidado e habitado por uma alma hitlerista (Mehry e Feuerwerker, 2007).

A idéia de tensionar com a repetição que há em nós, como anuladora das diferenças que temos, é muito provocante como interrogadora de toda uma postura bem predominante que contamina como natural a prática de dominação de certos saberes sobre outros. Ou melhor, a condução da vida de alguém por um outro, que é tido como legítimo para ditar normas, por ser – pelo menos nas representações/imagens de ambos - portador de saberes verdadeiros e, portanto, com a permissão de ditar as regras sobre o seu melhor viver.

Em muitas dessas situações as equipes de saúde, protagonizam a produção desse modelo fascista de atenção em saúde, prescritivo, previsível, normatizador, no qual não há espaço para outras lógicas

de produção de cuidado que não aquela centrada na unidirecionalidade e universalização dos diagnósticos. Repete-se a lógica de que um conjunto de sinais e sintomas é igual a um diagnóstico que revela determinado tratamento e, por sua vez determina o prognóstico, no qual o registro é a doença e não o sujeito. Em nome de uma suposta defesa da vida, retiram-se os sujeitos da cena de seu tratamento, e/ou inundam-se os encontros com os sujeitos que procuram por algum tipo de cuidado com protocolos prescritivos do bem viver. Sustentam suas ações em ideais comportamentalistas, com base em dados científicos, generalizáveis que independem dos aspectos psicossociais e culturais, e que não passam de meras abstrações numéricas ao retirar das pessoas o direito de agenciar e protagonizar o cuidado com si mesmo e as escolhas de sua vida.

Lá onde dialogamos, no começo desse texto, sobre fumar, enfisema, doenças e por aí vai, pudemos ver bem de perto isso. Entretanto, pudemos ver também como o outro, por mais que se posicione no lugar de objeto, ele mesmo, não suporta ser plenamente isso, sempre colocando uma pitada de si nesse jogo intercessor, dos encontros que o mundo do cuidado provocam.

Adota a noção que se é doente do fumar, que já se tem enfisema e isso poderá matá-lo, mas pondera o tempo todo, mede e vai decidindo se vai mesmo adotar as “receitas” do que é viver com saúde dadas pelo outro, mesmo que o reconheça como o que sabe a verdade sobre sua vida doente. Fica na espreita, como o carrapato do Deleuze⁴, para pular em algo que vai pulsar vida para si e sugar o seu sangue vital. Fica ali saboreando a fumaça que sai da boca de um outro. Em algum momento adota esse lugar e revê os sentidos que tinha adotado pela receita do outro. Sabe que não foi ele que decidiu.

Por isso, mesmo sem muita elaboração vai disputar as decisões sobre o cuidado a ser construído. Vai singularizar-se. Vai resistir e conduzir novas produções de viver. Abandona a representação desse viver como patologizante e permite ser invadido por um sentir produção de vida na nicotina.

Isso, no mundo atual não se faz sem que você receba imediatamente, sem perdão, um julgamento duro do outro, que lhe dirá: não é fácil ser viciado. Joga-lhe na cara uma nova representação de si tão patologizante quanto a outra, pois aponta para a sua culpa com o que está ocorrendo de mal contigo mesmo. Ato esse que faz várias dobras sobre si: julga, representa, significa, dá sentido e

⁴ Gilles Deleuze ao ser entrevistado por Claire Parnet em 1988 foi estimulado a falar de “animais” e destaca na sua resposta algo que lhe chama atenção no carrapato que toma intensivamente aquilo que lhe é vital no mundo, para si, criando-se como um não-percepção de qualquer outro elemento, ficando ali na espreita para poder se encaixar em algo que lhe forneça “sangue-alimento-vida”, virando carrapato-outro-sangue. Bastam, segundo ele, 3 excitantes para poder “movimentá-lo” nessa direção. Destaca que o carrapato pode ficar um ano esperando esse momento. Esse fabricar a si no outro com algo imanente a si, é chave. Veja Abecedário disponível no site Dossiê Deleuze, letra A.

pune. E, ser vítima de si mesmo pode colocar a discussão sobre as práticas disciplinarizadoras, como as da saúde pública, em outro lugar: no qual a escolha realizada é analisada como correta ou errada, ou pior, como verdadeira ou mentirosa. Hoje, no mundo da sociedade de controle essa produção subjetivante tem construído um olhar culposo para qualquer torresminho que se ponha na boca.

Por outro lado há uma ambigüidade colocada nesse enfrentamento já que muitas vezes a incorporação do estatuto de doente, da forma como é significado estar doente, em parte pode trazer um apaziguamento ao sujeito ao retirar de si a possibilidade de escolher sobre sua vida e, por isso mesmo de responsabilizar-se por ela. Há aqui um paradoxo interessante, muitas vezes na demanda por cuidado, decididamente coloca-se no outro a responsabilidade por prescrever os modos de como deve andar a sua vida. Assim retira-se a sua parcela de responsabilidade na prescrição de seu cuidado e coloca no outro, no profissional, na ciência, no serviço, o seu corpo, seu afeto, sua mente, enfim sua forma de andar a vida para que outro decida sobre ela.

Indo um pouco mais nessa conversa sobre um saber que se impõe às diferenças em nós

Em setembro de 2004, a Revista Viver Mente&Cérebro, editada pela Duetto, publicou um texto de Mario Rodrigues Louzã Neto sobre: Detecção precoce da esquizofrenia. Entre várias questões bem interessantes há o apontamento de antecipar-se à instalação clara dessa doença, conforme o autor, por meio de marcadores prodrômicos, permitiria medidas de prevenção ou atenuadores do processo de cronificação que esses quadros produzem, com sérios prejuízos para a vida de seus portadores.

Sem entrar em todas as questões que essa produção nos remete, destacamos aquela que está vinculada ao relato de uma experiência australiana com a detecção precoce de sinais e sintomas prodrômicos em um grupo de adultos jovens, que se faz acompanhar de 40% a 60% de conversão para quadros típicos de esquizofrenias entre eles. Independente de questões metodológicas que poderia se colocar para esses estudos, vale assinalar que, mesmo sendo completamente verdadeiro esse caminho proposto - podemos nos antecipar a doença e atenuar sua manifestação adiante – ele produz um grave dilema. O que fazer com aqueles que são falsos positivos, ou seja, têm os sinais e sintomas mas não se convertem em esquizofrênicos? O próprio autor aponta que esses estudos se preocupam com isso, pois sugerem que esses podem ter como seqüelas o estigma de terem tido a suspeita de serem esquizofrênicos

Entretanto, não aponta mais nada sobre isso, como se a vantagem de ter um saber que se imponha

sobre a diferença de cada um fizesse valer esse caminho - por acertar, no padrão do pensamento do próprio autor do que é a verdade do que está fazendo, no atacado. Como a saúde pública, que defende a idéia de um modelo de atenção baseado na cobertura dos expostos a riscos, defendendo a idéia de que não precisamos atender todos os hipertensos ou diabéticos, pois basta cobrir uma certa porcentagem dos mesmos.

De um modo bem rápido vale perguntar a quem interessa esse tipo de custo e benefício? Com certeza não é para aquele que está de fora e nem para aquele que virou falso positivo. Mas, podemos também dizer que nem para aquele que foi incluído pela lógica do marcador prodrômico e nem pelo que compõe o grupo de cobertos, como veremos adiante. Pois, ao percebermos que achar pontos na repetição que nos permite um agir protocolado, que anula a diferença, sem ser tocado por ela, pode ter como consequência simplesmente a morte do outro. Produzir a morte do outro como um ser portador de vários sentidos em si e em produção prospectiva no seu viver - ao condená-lo a viver só o sentido dessa doença que represento nele e imponho a ele.

Esse modo de produzir o encontro, de se posicionar para o encontro, anulando o “saber-se” (saber sobre essa doença nele, saber sobre si mesmo, sobre suas questões, seus desejos, seus medos, sobre seus limites e possibilidades), diminui significativamente a possibilidade de o outro, que procura o cuidado, usufruir dos benefícios que o meu saber técnico potencialmente poderia lhe oferecer. Porque sem a possibilidade de dialogar, sem a possibilidade de colocar a doença no lugar que lhe interessa (geralmente a que menos atrapalhe seus múltiplos planos de produzir o viver), o usuário termina por fazer opções unilaterais – como unilateral é o agir do profissional – não necessariamente tirando o melhor proveito de várias opções que poderiam ter sido construídas.

Fica então um desafio: como lidar com tudo isso, sem jogar a criança com a água do banho, de modo que o saber sobre a repetição aumente minhas possibilidades como cuidador de operar com a diferença e não com a sua anulação. Na saúde mental, ou melhor, no agir psiquiátrico, já sabemos historicamente a consequência: a clausura manicomial dos diagnosticados como doentes mentais. O fim da construção de novos sentidos para o seu viver. Biopoder a todo vapor.

Porém, vale caminhar mais ainda em relação a isso que já apontamos. Vale ir para situações em que possamos usufruir das analogias que vimos apontando até agora, e que nos remetem a outros lugares, como por exemplo: a do fisiologista que se viu diante do trabalho vivo em ato na produção do cuidado e aí compreendeu um pouco mais sobre o fracasso terapêutico na tuberculose. Ou a do profissional de saúde que se interroga a respeito de seus juízos de valor ao ver seu companheiro

hipertenso, infeliz e rebelde diante das prescrições, produzindo outros arranjos, transgressores, para organizar a vida - apesar de tudo saber a respeito da doença e do modo de viver supostamente produtor de doença. Ou, a história do avião que era controlado tão plenamente pelos computadores que, diante da necessidade de uma gotícula de trabalho vivo em ato dos pilotos, caiu.

Olhando a produção do cuidado sob a tensão repetição e diferença: o afetar do encontro intercessor na micropolítica do trabalho vivo em ato

Como produzir diferença na repetição, como recolher movimentos indiciários na produção do cuidado: o detalhe que produz a diferença na repetição e, na produção do ato de cuidar.

Reunião de supervisão, equipe toda presente, conversando sobre casos difíceis. A reunião é interrompida pela mãe de Maria, uma paciente psicótica de 36 anos, grávida de seu terceiro filho. “(...) eu não agüento mais vir aqui toda a semana e falar a mesma coisa, ela não tem jeito, ela devia morrer, porque vocês não a deixam morrer (...) eu não suporto viver mais com ela, não agüento mais vir aqui e ela continuar do mesmo jeito(...) arrumar quem cuide dos filhos que ela não para de parir(...)”!

Discurso volumoso, fechado e intenso, da mãe de Maria e de parte da equipe que usa essa fala para reafirmar o discurso do saber já constituído sobre o outro, do saber moral e científico. “(...) Trata-se de mais um caso crônico, sem solução. O caso de Maria pede um tratamento intensivo. (...) Como tratar de Maria se sua mãe, não é parceira no tratamento, se ela recusa-se terminantemente em aceitá-la?”

Cada membro da equipe ocupa-se em colocar na roda o seu entendimento sobre o caso. Não há lugar, pelo menos nesse momento, para reconhecer, o que diz a mãe de Maria sobre o duro ofício de cuidar de sua filha. Nem tão pouco de perceber que é na repetição semanal dessa mãe, em sua ida ao serviço que ela encontrou e encontra a possibilidade de produzir outro lugar, durante esses anos, de não abandono de Maria, ao contrário do que ela insiste em afirmar. É na sustentação do seu discurso repetido semana após semana que assim leva Maria ao serviço e vem cuidando dela há 36 anos. A equipe se paralisa diante da dramaticidade da situação e vê na repetição apenas a constatação daquilo que já foi prescrito, previsto, da crônica de uma morte anunciada que esta por vir.

Reconhecer que nessa repetição se constrói diferenças, e por isso mesmo outras possibilidades de

construção de planos de cuidados, requer da equipe, de seus profissionais, apostar que no encontro de quem cuida com quem demanda o cuidado, na micropolítica do trabalho vivo em ato, é preciso abrir espaços para olhar a produção de novos acontecimentos. (Merhy, 2002)

É possível produzir diferença naquilo que se repete, assim como diz o poeta: repetir, repetir, repetir, até fazer diferente! O encontro que produz cuidado deve ser sustentado por uma aposta de que é possível produzir diferença, mesmo ali onde, em princípio, nada se movimenta. Talvez resida aí um desafio para todos dessa equipe, qual seja: a necessidade de recolher movimentos ainda não observados, a-significantes, gestos indiciários, falas ainda inaudíveis, atos ainda não perceptíveis dessa mãe, dessa filha, nessa família. (Deleuze, e Guatarri, 1995)

No entanto, para vê-los, é preciso se deixar afetar pelo corpo vibrátil e não somente pelo olho retina, aquele que olha para o lugar onde previamente as coisas já estão prescritas e descritas antecipadamente. Na experimentação do corpo vibrátil, a dupla, significante-significado, dá lugar a outras experimentações, desestabilizando conhecidas representações tais como família resistente ao tratamento, paciente crônico, não há nada a ser feito, entre outras. Representações que muitas vezes produzem zonas de conforto e de desresponsabilização sobre a produção do cuidado. Afinal, é o outro que resiste, é a família que não quer, e eu não tenho nada a ver com isso! É importante reconhecer que no encontro que produz cuidado é necessário desestabilizar toda a certeza sobre o outro e sobre os acontecimentos decorrentes desse encontro. Certeza essa que muitas vezes faz com que o profissional vá para o encontro já sabedor do que irá encontrar, não abrindo espaço para que o outro diga, ele mesmo, do jeito que lhe é possível, de suas ações. Somente o outro é que abrirá espaço para percorrer esse caminho, para indicar os seus movimentos, dar pistas sobre os acontecimentos que contam na sua vida. (Merhy e Batista, 2007)

A repetição não pode se vista como um *déjà vu*, como uma generalização. É importante criar zonas de visibilidade para as linhas de fuga em permanente construção, para dar visibilidade às múltiplas estratégias de sobrevivência em ação, por mais estranhas e diferentes que sejam. Essa experimentação permite reconhecer que é na afirmação radical da *resistência* da mãe de Maria que se sustenta a estabilização, durante todos esses anos, da frágil produção de cuidado de sua filha. É no reconhecimento inequívoco de que há nessa fala contundente um saber sobre sua dor, sobre seu existir e sobre o seu cuidado com a filha que novas linhas de fuga podem ser produzidas. Linhas de fugas que agenciem e garantam outra sustentação para a permanência de Maria em tratamento. Acolher essa fala como um saber sobre sua difícil arte de existir e não como uma negação de possibilidades é fundamental para que novas pontes de cuidado possam ser construídas nessa

história. Saber esse que diz da absoluta falta de saber do profissional diante dessa história. Para compor e agir com essa história somente por meio do reconhecimento de que diante dela nada se sabe, mas se quer saber. Essa posição possibilita a construção de ofertas antes não pensadas, novas leituras no processo de produção mútua do cuidado entre o cuidador e aquele que demanda o cuidado. (Deleuze e Guatarri, 1995; Merhy, 1997)

A equipe, ao movimentar-se para encontrar um plano de conexão entre as falas ruidosas da mãe, de seus profissionais e a fala silenciosa de Maria, abre-se para outras formas de olhar essas vidas. De pensar outro agir, de mobilizar afecções, experimentações desse acontecimento que criam desvios e, por isso mesmo, outras possibilidades de construir planos de cuidado antes impensáveis. Ato *menores* da equipe que, como nos diria Deleuze, têm como efeito recuperar a possibilidade de reinvenção de todos e de cada um. Ato que agenciam uma rede de apoio e de cuidado a essa família ao produzir novas implicações com outras formas de tratar, ao reconhecer a produção de diferenças na repetição.

O campo do cuidado como o campo das afetações mútuas e da possibilidade de incluir a diferença na produção do encontro

Retomando nossas considerações iniciais a respeito da produção do cuidado saúde, relembramos que ela diz respeito a todos os seres humanos – o modelo médico-hegemônico é que desvaloriza e deslegitima os outros saberes sobre saúde, os que não tomem o corpo biológico como objeto e os que não se baseiem em conhecimentos ditos científicos sobre o tema.

Ora, território das ações cuidadoras é de domínio não somente de todos os tipos de trabalhadores que atuam na área da saúde, mas inclusive dos usuários e de suas famílias. Assim, produzir atos de saúde cuidadores é tarefa a ser compartilhada por todos os trabalhadores. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto. E como cada qual faz esse movimento desde um determinado ponto de vista, mobilizando saberes específicos e sabedoria adquiridos a partir de vivências concretas, o compartilhamento desses olhares certamente amplia e enriquece as possibilidades de compreender e comunicar-se com os usuários.

E como a construção de relações se dá em ato e nas circunstâncias específicas de cada encontro, não há, a priori, uma hierarquia na capacidade de estabelecer um bom contato, identificar um problema ou imaginar possibilidades para o seu enfrentamento. Aliás, em geral, de acordo com as circunstâncias específicas de cada encontro, são diferentes os agenciamentos e são diferentes membros da equipe de saúde que cumprem um papel mais ativo. E isso pode variar a cada momento

– porque todos somos muitos e cada encontro nos afeta de modo diferente..

Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada a maneira dos trabalhadores compreenderem os sofrimentos da vida para além do processo saúde-doença, como um processo de produção de vida, implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. Bem diferente do lugar em que hegemonicamente se coloca o usuário, objeto das ações de saúde.

Para começar, na definição/identificação do que sejam necessidades de saúde. O olhar cientificamente armado, tanto pela clínica como pela epidemiologia, tendem a definir tecnicamente o que são as necessidades de saúde legítimas, prioritárias, que devem ser objeto de ação dos serviços de saúde. As necessidades sentidas pelos usuários são, então, a priori, julgadas e catalogadas como adequadas ou não ao tipo de serviço que se oferece. Assim é que os usuários “precisam ser educados” para “entender” onde será a porta certa para apresentarem suas queixas, independentemente de quais sejam as respostas disponíveis e as que ele imagine necessitar...

E é no território das ações cuidadoras que a negociação pode acontecer. A partir das mútuas afetações. É esse território que pertence aos usuários e a todos os trabalhadores da saúde. É esse território que é configurado a partir do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes que pertencem à molecularidade do mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental da clínica. É nesse território que se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção negociada afetivamente, interessadamente, pois aí é que se faz valer a autonomia dos usuários e que se torna possível fabricar o trabalho da equipe de saúde. Por isso o cuidado (e não a clínica) é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida. A clínica é o território das tecnologias leve-duras – pertence aos trabalhadores (e a certos trabalhadores mais que a outros) – portanto uma negociação em seu território pressupõe subordinação de uns (desprovidos do saber) por outros (detentores do saber e da única verdade cientificamente admissível). No território das tecnologias leves, os saberes estruturados acerca do corpo de órgãos podem ser apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida ou de única explicação válida para os desconfortos e sofrimentos. Podem ser ferramenta para lidar com a diferença na produção da vida e não como uma carapaça que nos aprisiona na repetição.

Bibliografia

DELEUZE, Gilles. e GUATTARI, Felix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**, Vol. 1. Rio de Janeiro: editora 34, 1995.

DELEUZE, Gilles. e GUATTARI, Felix.. **Para uma literatura menor**. Portugal. Editora Assírio & Alvim, 2003

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1976.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde**. São Paulo: Nova fronteira, 1975.

MERHY, Emerson Elias e Franco, Tulio Batista . Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Disponível no endereço http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/mapas_analiticos.pdf (consultado no dia 1/12/2009)

MERHY, Emerson. Elias. e Feuerwerker, Laura Camargo .Macruz . **Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade**. Artigo produto da pesquisa nacional sobre Atenção Domiciliar realizada no âmbito da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da Clínica Médica da UFRJ, publicado como subsídio para Seminário Internacional realizado em abril de 2007 na UFRJ, disponível no endereço http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf (consultado no dia 1/12/2009)

MERHY, Emerson. Elias. e Feuerwerker, Laura Camargo .Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea in Mandarino, A C S & Gomberg, E (org). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Bahia: Editora UFS; ISBN 978-85-7822-075-4, 2009, pp 29/56.

MERHY, Emerson. Elias. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson. Elias. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy e Onocko (orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. Pág. 71-112.

PARNET, C. O abecedário de Gilles Deleuze. Site Dossiê Deleuze. 2010.