

## **O DESAFIO DA TUTELA E DA AUTONOMIA: UMA TENSÃO PERMANENTE DO ATO CUIDADOR**

Emerson Elias Merhy – docente do DMPS/FCM/UNICAMP

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” desejante, 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 libertação, 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 desejantes 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.

	<b>agir castrador</b>	<b>agir liberador</b>
<b>tutela outorgada</b>	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
<b>tutela conquistada</b>	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.
	<b>despotencializa as máquinas desejantes</b>	<b>potencializa as máquinas desejantes</b>

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.

Entendo o ato cuidador como em encontro interseçor<sup>1</sup> entre um trabalhador de saúde e um usuário, e no qual há um jogo de necessidades/direitos. Neste jogo o usuário se coloca como alguém que busca uma intervenção que lhe permita recuperar, ou produzir, graus de autonomia no seu modo de caminhar a sua vida. Coloca neste processo o seu mais importante valor de uso, a sua vida, para ser trabalhada como um objeto carente de saúde.

De modo mais claro, expus em um dos textos citados, ao falar de que em saúde, antes de tudo, se produz “bens relações”, produtos de processos intercessores, o seguinte:

“Para realizarmos a nossa reflexão vamos partir do conceito de “intercessores” que estaremos usando com sentidos semelhantes ao de Deleuze no livro “Conversações” (...) O uso deste termo é portanto para designar o espaço de relação que se produz no encontro de “sujeitos”, isto é, nas suas interseções, e que é um produto que existe para os “dois” em ato, não tendo existência sem este momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, deste sujeito coletivo novo que se formou.

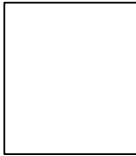
De posse desta idéia, estamos querendo dizer também que quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço interseçor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato.

A imagem deste espaço é semelhante à da construção de um espaço comum de intersecção entre dois conjuntos, ressalvando que este espaço não existe só nesta situação, e nem só na saúde, pois tanto a relação entre dois trabalhadores inseridos em um mesmo processo de trabalho é intercessora, quanto em outros processos de trabalho, que não só o da saúde, também há os processos interseçores.

Deste modo, além de reconhecer a existência deste processo singular é

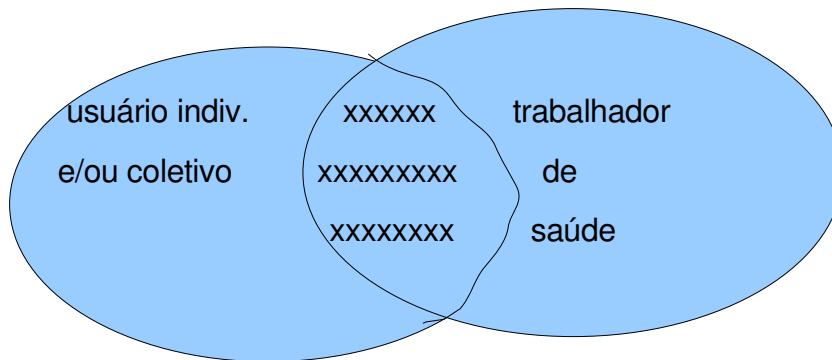
---

<sup>1</sup> apresento este conceito em alguns textos sobre a micropolítica do trabalho vivo em saúde, como o capítulo 2 escrito no livro Agir em Saúde, organizado por mim e por Onocko, junto a editora Hucitec, em 1997, bem como no capítulo do livro Saúde e Democracia, organizado por Sonia Fleury, pela editora Lemos, em 1997.

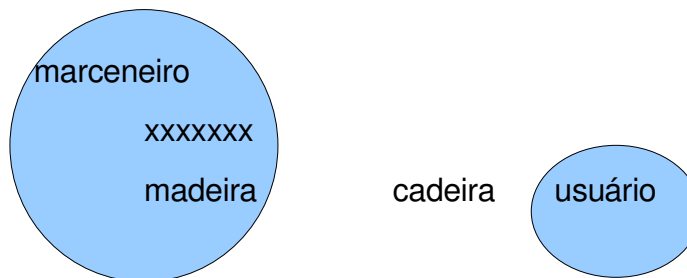


fundamental, em uma análise dos processos de trabalho, se tentar descobrir o tipo de intersecção que se constitui e os distintos motivos que operam no seu interior. Vejamos isto de um modo esquemático, para que depois possamos tirar conseqüências analíticas deste entendimento.

1. Os esquemas mais comuns em processos de trabalho como o da saúde, que realizam atos imediatamente de assistência com o usuário, apresentam-se como o do diagrama abaixo, que chamamos de uma “intersecção partilhada”.



2. Os que se constituem nos casos mais típicos de processos de trabalho, como o de um marceneiro que produz uma cadeira, mostram que o usuário é externo ao processo, pois o momento interseçor se dá com a “madeira”, que é plenamente contida pelo espaço do trabalhador, como uma “intersecção objetal”.



Esta distinção da constituição dos processos interseçores mostra como a dinâmica entre o produtor e o consumidor, e os jogos entre necessidades ocorrem em espaços bem distintos, e, inclusive, como os possíveis modelos de configuração desta dinâmica podem ser mais ou menos permeáveis a estas características.

Por exemplo, podemos dizer que nos modelos tecno-assistenciais predominantes hoje na saúde, no Brasil, as relações entre usuários de serviços de saúde e trabalhadores se produzem em espaços interseçores preenchidos pela “voz” do trabalhador e pela “mudez” do usuário, como se o processo de relação trabalhador-usuário fosse mais do tipo da “intersecção objetal”.

Entretanto, como efetivamente a relação em saúde é a do tipo de “intersecção partilhada”, com certeza estes tipos de modelos de assistência realizam-se com intensas perdas quanto ao mútuo processo instituinte, contido no momento da produção e consumo de atos de saúde.

No jogo de necessidades que se coloca para o processo de trabalho é possível então pensarmos:

1. que no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de um modo geral), com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, coloca seus conhecimentos e representações, inclusive expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, enquanto utilidade, para o momento do trabalho; e,

2. que no seu interior há uma busca de realização de um produto/finalidade, expresso de distintos modos por estes agentes, que podem até mesmo coincidirem. O que, de uma certa forma, mostra que a análise do processo interseçor que se efetiva no cotidiano destes encontros pode nos revelar a maneira como estes agentes se colocam enquanto “portadores/elaboradores” de necessidades no interior deste processo de “intersecção partilhada”.

Os agentes produtores e consumidores são “portadores” de necessidades macro e micropoliticamente constituídas, bem como são instituidores de necessidades singulares que atravessam o modelo instituído, no jogo do trabalho vivo e morto ao qual estão vinculados.

A conformação das necessidades, portanto, dá-se em processos sociais e históricos definidos pelos agentes em ato, como positivities, e não exclusivamente como carências, determinadas de fora para dentro. Aqui, não interessa o julgamento de valor acerca de qual necessidade é mais legítima que outra, este é um posicionamento necessário para a ação, mas não pode ser um “a priori” para a análise, porque o importante é percebermos que todo o processo de trabalho e de intersecção é atravessado por distintas lógicas que se apresentam para o processo em ato como necessidades, que disputam como forças instituintes suas instituições. Assim, a presença de uma linha de força médico-hegemônica, que venha positivamente, através de um determinado (e não de qualquer um) trabalho médico, atua como instituinte pela ação efetiva de um determinado agente que é seu constituidor no processo de trabalho, em ato. Do mesmo modo, uma outra linha de força que venha pelo consumidor, como uma busca de um ato que lhe permita restituir sua “autonomia” no seu modo de andar a vida, atua também como instituinte pela ação positiva do usuário no espaço intercessor partilhável.

O espaço interseçor é assim um lugar que revela esta disputa das distintas forças instituintes, como necessidades, e o modo como socialmente um dado processo instituído as captura ou é invadido pelas mesmas.

Isto é um tema para ser entendido pela discussão sobre a relação entre modelos de atenção e a construção dos espaços interseçores. A caixa preta do jogo de necessidades que ocorre entre o produtor e o consumidor abre-se e pode revelar as possibilidades de intervenção dos distintos modelos de gestão do trabalho em saúde e seus compromissos. Mas, fica registrado que, se o trabalho é em saúde, o espaço interseçor será sempre partilhado, e trabalho vivo dependente, mesmo que o modelo

que se institua seja o de seu abafamento; porém os instituintes em ato estarão sempre gerando ruídos no seu interior.

Estes são os casos dos desencontros que os usuários relatam quando falam da falta de acolhimento e de responsabilização que vivenciam atualmente nas suas relações trabalho em saúde/consumo.(...)”

Assim, 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.



(...)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 intersubjetivamente 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.

A opção em torno de certos serviços de saúde, para além de seus referenciais econômicos, expressos nos modos de otimizar os recursos existentes, deve perseguir estes referenciais. E, neste sentido, entendo que no caso das intervenções em saúde mental, as moradias extra-hospitalares tem muito a dizer.

### **Moradia e hospitalização: a vivência de possíveis tutelas liberadoras ou outorgadas, com agires castradores ou liberadores**

Voltando ao esquema sobre tutela e agires, apresentado no começo do texto, pode-se criar uma reflexão em torno deste debate sobre os processos tutelares e a produção da autonomia em certos estabelecimentos de saúde.

Parece que quanto maior a autonomia dos coletivos de trabalhadores nos diferentes espaços organizacionais, maior as possibilidades de agenciar ganhos de autonomia junto aos usuários.

Uma análise comparativa entre processos de hospitalizações e de moradias extra-hospitalares pode iluminar esta reflexão.

Considerando como expressão de possíveis ganhos de autonomia dos usuários a complexificação de suas redes de conversas e a rede de contratualidade (isto é, de petição e compromisso que se estabelece entre os “falantes”), com os outros, que as mesmas supõem, pode-se comparar os processos de produção do cuidado nestes dois tipos de estabelecimentos e verificar os resultados conseguidos pela medição destas redes, e associa-los aos processos relacionais constituídos de tutela e agir.

Creio que os processos organizacionais e os processos produtivos são espaços de ação dos sujeitos que podem ser medidos quanto a estas categorias que estou exercitando reflexivamente, no foco da produção do cuidado.

Há indícios de que os processos organizacionais e produtivos de estabelecimentos como hospitais são bem menos aptos a construção de relações de tutelas conquistadas com agires liberadores, do que em moradias, apesar do compromisso assistencial de ambos. Mas, isto não é inevitável e nem está dado.

Veja que o conjunto das ações no ambiente hospitalar são muito mais favoráveis a conteúdos tutelares outorgados e de agires castradores, apesar de que pode-se constituir processos cuidadores nos hospitais, que apesar de outorgados, tenham um forte conteúdo de ação liberadora, enquanto que em uma moradia extra-hospitalar pode-se produzir uma tutela outorgada e castradora.

Refletindo sobre a possibilidade de um modelo tecno-assistencial em saúde explorar positivamente a capacidade cuidadora, como dispositivo agenciador de ganhos de autonomias, afirmei no texto

sobre a dimensão cuidadora, já citado, o seguinte:

“Cremos que uma das implicações mais sérias do atual modelo médico hegemônico neoliberal é a de diminuir muito esta dimensão tecnológica do trabalho em saúde, em particular do próprio médico. Há autores, que há muito vem advogando a noção de que a baixa incorporação do saber clínico no ato médico vem comprometendo seriamente a eficácia desta intervenção, e parodiando-os podemos dizer que a “morte” da ação cuidadora dos vários profissionais de saúde tem construído modelos de atenção irresponsáveis perante a vida dos cidadãos.

Entendemos, que os modelos de atenção comprometidos com a vida devem saber explorar positivamente as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas que comporta o conjunto das ações de saúde.

Imaginamos que um profissional de saúde, quando vai atuar, mobiliza ao mesmo tempo os seus saberes e modos de agir, definidos em primeiro lugar pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual coloca-se em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos cobertos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional.

Com o esquema abaixo tentaremos mostrar o que estamos dizendo:

n. das ativida-	núcleo	núcleo
des cuidado-	profissional	especif. por probl.
ras de saúde	específico	

Na produção de um ato de saúde coexistem os vários núcleos, como o núcleo específico definido pela intersecção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema. Por exemplo, diante de um indivíduo que está desenvolvendo um quadro de tuberculose pulmonar o recorte passa necessariamente pelo modo como o núcleo profissional médico, ou da enfermagem, ou da assistente social, entre outras, recorta este problema concreto, portado pelo indivíduo, e que são núcleos nos quais operam centralmente as tecnologias duras e leve-duras. Mas, seja qual for a intersecção produzida, haverá sempre um outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações interseçoras com os usuários.

Porém, como a conformação tecnológica concreta a ser operada pelos modelos de atenção é sempre um processo que representa ações instituintes de forças reais e socialmente interessadas, em certos aspectos da realidade, dentro de um maneira muito particular de valorizar o mundo para si, entendemos que o território tecnológico expresso nas 3 dimensões apontadas acima, são nos serviços concretos, antes de tudo, produtos das disputas entre os vários atores interessados neste *locus* de ação social.

Então, podemos dizer que o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que neste modelo assistencial a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido.

Com isso, devemos entender que são forças sociais, que tem interesses e os disputam com as outras forças, que estão definindo as conformações tecnológicas. Isto é, estes processos de definição do “para que” se organizam certos modos tecnológicos de atuar em saúde, são sempre implicados social e politicamente, por agrupamentos de forças que têm interesses colocados no que se está produzindo no setor saúde, impondo suas finalidades nestes processos de produção. Deste modo, o modelo médico-hegemônico neoliberal expressa um grupo de interesses sociais que desenham um certo modo tecnológico de operar a produção do ato em saúde, que empobrece uma certa dimensão deste ato em prol de outro, que expressaria melhor os interesses impostos para este setor de produção de serviços, na sociedade concreta onde o mesmo está de realizando.”

Na continuidade deste texto, procurei entender como um exercício novas possibilidades para o trabalho em estabelecimentos de saúde, e nesta direção apontei:

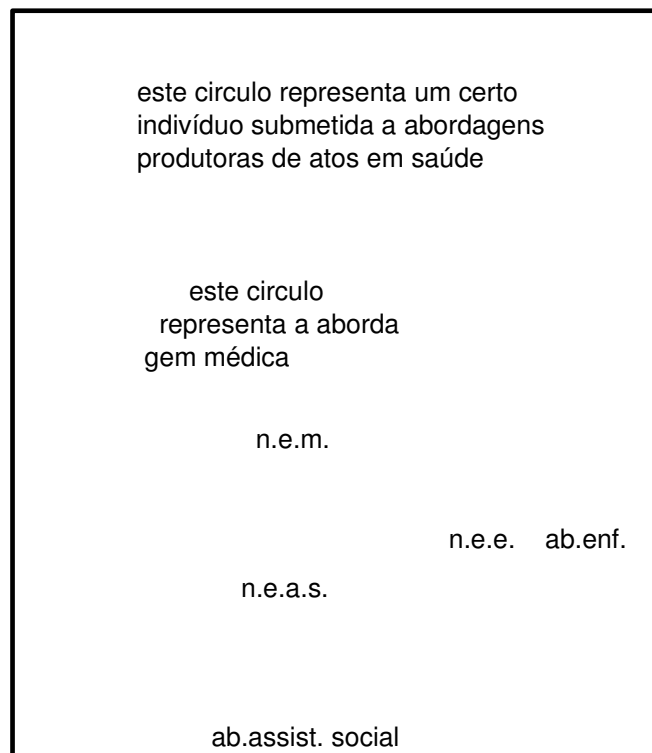
Vamos propor agora uma reflexão<sup>2</sup> sobre os estabelecimentos de saúde, suas distintas missões e possíveis perfis tecnológicos, dentro deste esquema analítico que estamos utilizando, para verificar de que maneira aqueles 3 núcleos se comportam nos distintos serviços de saúde e como é possível operarmos com dispositivos de mudanças do atual modelo médico hegemônico, na direção de um

---

<sup>2</sup> Destacamos como pontos de apoio para este exercício as contribuições particulares das reflexões sugeridas pelo texto Notas sobre residência e especialidade médicas, de G.W.S. Campos, M. Chakkour e R. Santos, publicado nos Cadernos de Saúde Pública, R. Janeiro, dezembro de 1997; bem como algumas experiências vividas junto da rede de Belo Horizonte e ao Serviço Cândido Ferreira.

outro que se pautem pelo usuário e pela defesa da vida.

Vejamos o esquema abaixo, desenhado a partir dos recortes que um médico, uma enfermeira e uma assistente social, fazem de um certo usuário de um serviço, para em seguida analisarmos como serão os distintos recortes em diferentes tipos de estabelecimentos e que tensões eles comportam, que nos permitem atuar na direção da mudança dos modelos de atenção à saúde, o que a nosso ver implica em reconstruir: o modo de se fazer a política de saúde no serviço; a maneira como o mesmo opera enquanto uma organização; e, a cotidianidade dos processos de trabalho que efetivam um certo modo de produção dos atos de saúde, desenhando os reais modelos de atenção.



este retângulo representa o núcleo da dimensão cuidadora comum a qualquer abordagem que produza atos em saúde

Vamos entender o diagrama acima analisando, inicialmente, uma pensão protegida experimentada por alguns serviços que ousaram organizar alternativas aos manicômios psiquiátricos, para depois usar do esquema explicativo para entender um hospital geral, na busca de possibilidades de intervenções que mudem os modos de produzir atos de saúde.

Em primeiro lugar, temos que entender qual a missão que é esperada para uma pensão protegida. E, isto, só pode ser resolvido ao perguntarmos sobre o modelo de atenção que se está querendo imprimir e o que se espera deste equipamento assistencial, pois cada tipo de modelo cria missões diferenciadas para estabelecimentos aparentemente semelhantes, que se traduzem em diretrizes operacionais bem definidas.

Podemos, tanto esperar de uma pensão protegida que ela seja organizada de tal modo que os seus moradores não tenham mais crises agudas, quanto que seja organizada como um equipamento que deve viabilizar uma ampliação da socialização, com ganhos nos graus de autonomia para tocar a vida diária, e com um enriquecimento das redes de compromissos de seus moradores com um mundo não-protegido, extra-muro das instituições mais fechadas.

Do ponto de vista da nossa análise, podemos dizer que um modelo que espera da pensão protegida um papel vital para impedir crises, impõe no dia a dia do funcionamento do estabelecimento, uma relação entre os núcleos que operam na produção dos atos de saúde, uma articulação que possibilita um agir sobre a dimensão específica do problema, a partir de certos recortes profissionais, efetivamente mais eficazes no manejo das crises, por exemplo, de usuários psicóticos, e que favorece um jogo de potências em direção a certos processos instituintes.

Tendencialmente, pelo modo como operam as lógicas de poderes (políticos, técnicos e administrativos) na sociedade contemporânea, estes núcleos vinculados as tecnologias duras e leve-duras, encontram um processo favorável para acabarem se impondo sobre os outros núcleos, favorecendo um processo de dominação psiquiátrica diante dos outros recortes profissionais. E, o interessante a observar, é que isto ocorre mesmo que não haja comprovação de que este processo de conformação tecnológica irá ou não obter bons resultados, pois esta imposição de missão e de desenhos tecnológicos é dada pelos interesses sociais que no momento são mais poderosos e considerados legítimos.

Superar esta conformação exige operar com alguns dispositivos que possibilitam redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nestes processos, alterando as missões do estabelecimento, ampliando os modos de produzir os atos em saúde, sem perder as eficácias de intervenção dos distintos núcleos de ação. Deve-se apontar para um modo de articular e contaminar o núcleo mais estruturado, o específico, pelo núcleo mais em ato, o cuidador, publicizando este processo no interior de uma equipe de trabalhadores.

Entretanto, diante de uma missão já a priori distinta, este processo se impõe como que mais naturalmente. É o que ocorre se o que se espera da pensão é a segunda alternativa, ou seja: viabilizar uma ampliação da socialização, com ganhos nos graus de autonomia para tocar a vida diária, e com um enriquecimento das redes de compromissos de seus moradores com um mundo não-protégido

Neste caso, vemos que o núcleo cuidador é o que deverá se impor, o que favorecerá inclusive a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais, como representantes de certos interesses e modos de operá-los no interior dos modelos de atenção. E, mais ainda, pode-se abrir a partir deste núcleo em comum, o cuidador, um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório.

Devemos ficar atento, então, neste tipo de processo a pelo menos duas questões básicas: a de que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos; e, ao ser identificado como o responsável pelo “projeto terapêutico”, estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde, diante do “caso” concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha que ter poder burocrático-administrativo na organização.

Vive, deste modo, a tensão de fazer este papel sempre em um sentido “duo”: como um “clínico” por travar relações interseçoras com o usuário produtoras de processos de acolhimento, responsabilizações e vínculos, e como um gerente do processo de cuidar através da administração de toda uma rede necessária para a realização do projeto terapêutico.

Creemos, que um modelo em defesa da vida está mais baseado nestas possibilidades, mas isto não deve nos levar a desconhecer a importância dos modos específicos de se produzir profissionalmente os atos em saúde, pois o que temos que almejar é esta nova possibilidade de explorar melhor este território comum para ampliar a própria clínica de cada território em particular, o que levará sem dúvida a ampliar a própria eficácia do núcleo específico de ação.

De posse destas reflexões, se estivessemos analisando um outro estabelecimento que não uma pensão protegida, mas um hospital geral de clínica, a nossa análise seria semelhante, mas sofreria certos deslocamentos.

Nestes estabelecimentos, esperam-se atualmente em termos de missões que os mesmos tenham compromisso com a garantia da eficácia dos núcleos específicos de intervenção profissional, particularmente o médico e de enfermagem, só que isto é feito hoje pelo domínio que o agir médico impõe hegemonicamente para os



outros recortes, e o que é pior, dentro de um modelo de ação clínica do médico empobrecedora ou mesmo anuladora do núcleo cuidador.

Um modelo em defesa da vida, para um estabelecimento deste tipo, deveria pensar como ampliar a dimensão do núcleo cuidador e sua relação positiva, tanto para desencadear processos mais conjuntos e partilhados no interior da equipe, quanto para melhorar a eficácia e adequabilidade da ação específica com os processos usuários centrados, assumindo e reconhecendo que certas abordagens profissionais, em certas circunstâncias são, de fato, mais eficazes que outras. Mas, sem fazer disso uma lógica de poder na qual uma profissão se imponha sobre as outras.

Este modelo deve também estar atento aos processos organizacionais, que nestas novas articulações do núcleo cuidador, possibilitam ampliar os espaços de ação em comum e mesmo a cooperação entre os profissionais, levando a um enriquecimento do conjunto das intervenções em saúde, tornando-as mais públicas e comprometidas com os interesses dos usuários, acima de tudo, e mais transparentes para processos de avaliações coletivas.”

Neste final, após estas reflexões deixo como desafio esta possibilidade de tornar o ato cuidador em um cúmplice dos processos de agenciamento de processos autonomizadores dos usuários, que agreguem ganhos de graus de liberdade na capacidade de dirigirmos nossos processos de caminhar na vida, e com os quais a saúde tem vinculação “visceral”.

Tornar os nossos estabelecimentos de saúde lugares de tutelas que produzam cidadania é um compromisso ético-político dos nossos agires tecnológicos.

