

CLÍNICA E SAÚDE COLETIVA COMPARTILHADAS: TEORIA PAIDÉIA E REFORMULAÇÃO AMPLIADA DO TRABALHO EM SAÚDE

Gastão Wagner de Sousa Campos

TEORIA PAIDÉIA E A CO-PRODUÇÃO SINGULAR DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

PARA A TEORIA PAIDÉIA as mudanças são inevitáveis, ainda que ocorram imersas em expressivos movimentos de resistência ao novo. Há uma tendência à repetição do mesmo em praticamente todas as sociedades. Parto da concepção de devir, que reconhece a transitoriedade de tudo e de todos, conforme teorizava o filósofo Heráclito ainda durante o período pré-socrático (Schüler, 2001).

Os fenômenos sociais, entre eles a saúde e a doença das pessoas, resultam da interação de uma multiplicidade de fatores. Alguns são agenciados por sujeitos localizados em instâncias externas à pessoa ou à coletividade em foco. Outros fatores atuam a partir do interno da pessoa ou agrupamento em análise. Venho realizando um esforço sistemático para elaborar uma livre tradução para o campo da saúde das teorias da produção social dos fatos históricos (Gramsci, 1978), da complexidade (Morin, 1994) e das concepções de vários autores que estudaram a subjetividade, destacando-se Freud entre eles (Freud [1933], 1969). Este movimento me obrigou a compor uma rede de conceitos que formaram uma espécie de amálgama entre essas três vertentes teóricas.

Suponho haver como que uma co-produção dialética “multifatorial” na gênese dos acontecimentos e do modo de ser e de funcionar dos sujeitos e de suas organizações. Conservo o conceito “dialético” porque reconheço que estes fatores (agenciados por sujeitos) produzem efeitos contraditórios, com sentido e significados paradoxais, quando interagem para produzir uma determinada situação ou contexto singular. Na realidade, estes fatores/sujeitos atuam tanto de maneira complementar, quanto em linhas conflitantes. Para esta visão não haveria apenas fator/sujeito-tese e fator/sujeito-antítese, seguidos de uma

inevitável e previsível síntese, porém o cruzamento da influência de múltiplos fatores, que, ao interagirem, modificam não somente o resultado desses processos, mas também os próprios fatores/sujeitos envolvidos nessa mistura que é a vida. Observe-se que frequentemente estes “fatores” somente funcionam mediante o agenciamento de sujeitos que os operam. É o caso do Estado, por exemplo. O Estado é inerte quando abandonado à própria sorte, é uma casca vazia. São os agentes de governo e da burocracia, sujeitos, portanto, que operam as estruturas estatais, enquadrados pelos limites de suas regras e normas.

O método Paidéia (Campos, 2000) é um recurso elaborado para ampliar o coeficiente de intencionalidade dos sujeitos viventes nesse caldeirão de mudanças contínuas. Há evidências indicando a existência de uma co-produção de acontecimentos e uma co-constituição de sujeitos e de suas organizações. As pessoas sofrem a influência, mas também reagem aos fatores/sujeitos com que/quem interagem. Havendo, portanto, uma co-responsabilidade pela constituição de contextos singulares.

O método Paidéia busca ampliar a capacidade de as pessoas compreenderem e interferirem de modo deliberado nesta dinâmica.

Em relação ao processo saúde e doença a lógica não é diferente. A Figura 1 tenta representar a complexidade de percursos possíveis na constituição dos estados de saúde de indivíduos e coletividades.

Figura 1. Co-produção do processo saúde/doença/intervenção

Campos de co-produção	Modos de intervenção	Fatores de co-produção
Particular Imanência ao sujeito		Biológicos Subjetivos: desejo e interesse
Singular Movimento reflexivo: compreensão do mundo e de si mesmo	Política Gestão Trabalho Práticas cotidianas	Dominação/eliminação do outro Espaços dialógicos com formação de compromisso e construção de contratos. Dominação/eliminação do agente
Universal Transcendente ao sujeito		Necessidades sociais Instituições e organizações Contexto econômico, cultural e social Ambiente

A SÍNTESE SINGULAR: A INTERFERÊNCIA DOS SUJEITOS NA CO-PRODUÇÃO DO MUNDO E DE SI MESMO

Começarei a explicar a Figura 1 pelo Campo Singular (localizado ao meio da primeira coluna). Este campo refere-se à capacidade de reflexão e de intervenção dos sujeitos humanos sobre a dinâmica da saúde e da doença e sobre a co-constituição de si mesmos e de suas organizações.

O singular é o resultado sintético da influência do contexto sobre os sujeitos e, ao mesmo tempo, resulta da intervenção destes sujeitos sobre o contexto e sobre si mesmos; co-produção, portanto.

O sujeito interfere no mundo por meio da política, da gestão, do trabalho e de práticas cotidianas. Com esta finalidade busca conhecer ou pelo menos compreender a si mesmo e ao mundo da vida. Para isso os sujeitos interagem com outros sujeitos, constituindo espaços dialógicos em que há múltiplos resultantes conforme a capacidade e poder de cada um. Para a perspectiva Paidéia há uma co-responsabilidade do indivíduo e dos sujeitos coletivos sobre o processo saúde e doença.

O ser humano caracteriza-se por não se conformar aos ditames da estrutura social ou da natureza, buscando interferir sobre eles de forma reflexiva e deliberada. Esta intervenção poderá dirigir-se tanto para fatores particulares aos sujeitos quanto para fatores sociais ou ambientais.

Para agir sobre o mundo o sujeito busca compreendê-lo. Esta compreensão pode ocorrer de maneira espontânea (vida cotidiana) ou sistemática (pensamento científico). Entre estes dois extremos há inúmeras maneiras intermediárias, mais ou menos elaboradas, para que os sujeitos reflitam sobre sua prática, elaborando conhecimentos pragmáticos com base na experiência, na comparação e em sua própria reflexão. O professor Mario Testa (1997) elaborou o conceito de “sujeito epistêmico” para indicar a possibilidade de as pessoas integrarem teoria e prática. A teoria seria uma forma elaborada de saber, a ponto de compor um paradigma; isto é, o “sujeito epistêmico” lidará com um conjunto de conceitos que lhe permitam uma visão crítica dos espaços e estruturas onde atua. O método Paidéia não sugere a necessidade ou a possibilidade de transformar todas as pessoas em “sujeitos epistêmicos”, uma espécie de filósofo no sentido forte da palavra, isto é, pessoas dotadas de capacidade de analisar os acontecimentos a partir de um referencial cultural e teórico muito amplo. E de realizar algumas operações ainda mais complexas ao desenvolverem uma habilidade especial

para “controlar” ou, até mesmo, para evitar a contaminação de suas análises por ideologias, valores e outros bloqueios inconscientes.

O que a teoria Paidéia enfatiza é a necessidade de que, mediante a adoção de alguma metodologia de apoio, as pessoas consigam desenvolver maior capacidade reflexiva e, em conseqüência, adquiram maior capacidade de interferir sobre os fatores estruturados que as condicionam. Sejam fatores externos (como a cultura, a organização e a família) ou internos ao sujeito (no caso a constituição básica da personalidade e do caráter). Seria como que uma educação que se realiza ao longo da vida, uma terapia permanente, uma constante preocupação com a construção Paidéia das pessoas, isto enquanto freqüentam a escola, ou trabalham, ou fazem política ou se tratam em algum serviço de saúde. O método Paidéia de apoio tem, portanto, como objetivo a constituição de “sujeitos reflexivos”, tendo como possibilidade-limite até mesmo a constituição do “sujeito epistêmico”. Ou talvez de mestres, professores, filósofos e sábios que teriam um papel prático específico de apoiar as pessoas com quem convivem para que consigam a ampliação da capacidade de análise de si mesmo e do mundo.

Não basta, contudo, entender o mundo e a si mesmo, os sujeitos necessitam de atuar sobre as coisas. Teoria e prática: “sujeito da reflexão e da ação”. A teoria e o método Paidéia têm como finalidade realizar um trabalho sistemático para aumentar a capacidade das pessoas agirem sobre o mundo, favorecendo a constituição de “sujeitos reflexivos e operativos”.

Um dos meios para incrementar a capacidade de ação dos sujeitos é a política. Em um estudo sobre determinação e protagonismo do “sujeito histórico”, a professora Cecília Minayo (2001) apontou a existência de visões muito variadas sobre este tema entre várias correntes das ciências sociais e da saúde coletiva. Estudiosos filiados à sociologia compreensiva, a algumas linhas do marxismo e existencialismo e mesmo ao estruturalismo têm sugerido o conceito de “ator social” ou de “sujeito histórico” em uma tentativa de compreender o modo como se daria a complicada relação entre “estrutura e sujeitos”. A autora indaga-se em que medida o movimento sanitário brasileiro, ao longo das três últimas décadas não haveria se constituído em um “sujeito epistêmico” ao construir, difundir e transformar, em política pública oficial, o Sistema Único de Saúde.

De fato, as políticas sociais ou de saúde, a constituição de sistemas e articulação de serviços específicos de saúde, bem como o próprio trabalho clínico ou sanitário, todos são meios por meio dos quais os

humanos procuram interferir de modo deliberado no processo de saúde e doença.

O conceito de “ator social” ou de “sujeito histórico” pressupõe um grau de estruturação nem sempre verificada entre grupos de interesse e mesmo pessoas com capacidade para interferir nos acontecimentos. Resumindo: os “sujeitos históricos” existem, mas as pessoas também pensam e agem sobre o mundo sem estarem necessariamente integradas a algum “ator coletivo”. Os conceitos de “ator social” ou de “sujeito histórico” pressupõem a existência ou a construção de um “projeto” de organização social que nem sempre encontramos entre as pessoas que participam da política e da gestão e que trabalham com alguma finalidade. Particularmente a partir da elaboração teórica de Michel Foucault (1979) admite-se a existência de uma “microfísica do poder”. O exercício do poder e da dominação não se daria apenas por meio da ocupação das funções de governo do Estado ou das organizações da sociedade civil, mas também por meio de redes descentralizadas de poder, advindas da organização hierarquizada destas estruturas, mas também do controle social exercido por instituições que modelam o comportamento humano ao produzirem *epistèmes* (discursos estruturados). Igrejas, escolas, imprensa, mídia, hospitais, família, em todas estas instituições ou organizações há redes de poder, produzindo dominação e resistência.

Com base nesta concepção, poder-se-ia deduzir que categorias analíticas originárias das ciências políticas são úteis para a vida cotidiana. As noções de dominação, controle social, conflito, contrato social, grupos de interesse, entre outras, são necessárias para ampliar a capacidade de análise e de ação de pessoas que não são políticos profissionais. Trabalhar em equipe, conviver em movimentos sociais, integrar organizações como trabalhador, usuário ou aluno, todas são situações em que se estará obrigado a fazer política. A ampliação da capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos aumenta quanto conseguem lidar com redes de poder, com conflitos, com alianças e composição de interesse. O conceito de “ator social” ou de “sujeito coletivo”, conforme tem sido trabalhado, parece não dar conta desse fenômeno em toda a sua extensão. Isso porque o espaço da política é mais ampliado do que imaginava o pensamento clássico. A transposição direta da racionalidade macrossocial para estes espaços micropolíticos tem sido desastrosa, produzindo situações de grande sectarismo, tendentes a degradação dos ambientes em que este tipo de “politização” da vida cotidiana ocorre. Refiro-me à desastrosa experiência da revolução cul-

tural chinesa durante os anos 1960 e 1970, e a uma série de outros casos de mudança institucional em que se transferiu, sem mediações, conflitos e alinhamentos automáticos do geral para o particular.

Não obstante este tipo de risco, é importante considerar a possibilidade de se construir em espaços locais (equipe de trabalho, organização, movimento ou gestão de sistemas públicos) dinâmicas políticas singulares. Isso implica manter aberta a possibilidade de invenção de projetos, contratos sociais e redes de compromisso e de aliança singulares ao “nível local”. Essa possibilidade de recomposição do modo de funcionamento dos sujeitos coletivos nos espaços microssociais é um dos caminhos mais seguros para garantir mudanças macrossociais estáveis e com o menor grau de derramamento de sangue possível.

Não são apenas “atores sociais” que agem sobre o mundo. No cotidiano, sujeitos, com algum grau de autonomia em relação à sua filiação a este ou aquele “ator social” (classe, categoria profissional, linha religiosa ou ideológica), fazem política em função de problemas e de objetivos locais. Além disso, parece ser também conveniente conseguir-se trabalhar e realizar práticas cotidianas comuns à vida (relações afetivas, amorosas, lazer, etc.) com algum grau de independência em relação às filiações macrossociais de cada um.

O trabalho e as práticas cotidianas são também espaços dialógicos em que o método Paidéia pode se aplicar. De modo direto ou indireto, essas ações humanas criam vínculos entre sujeitos, havendo, portanto, necessidade de instituir-se capacidade reflexiva e operativa para os agentes dessas práticas. A constituição de resultados singulares ocorre não somente pela ação política, mas também pelo trabalho e pelas práticas cotidianas. É uma finalidade central para a teoria Paidéia organizar espaços e difundir métodos que permitam aos sujeitos distanciar-se de si mesmos e de suas estruturas, para refletir sobre sua atuação e corrigir procedimentos, rumos e valores.

Além dessas formas de intervenção há ainda o cuidado de si mesmo (Foucault, 2004), em que comunidades e pessoas procuram defender a própria vida, mediante ações sobre si mesmos e sobre a rede de relações sociais de cada um.

No entanto, esta busca pela saúde não ocorre em um mundo completamente flexível à vontade humana. Ao contrário, o conceito de co-produção indica que sempre há uma interferência (determinação ou condicionamento) de fatores imanentes e transcendentais aos sujeitos. Há fatores intervenientes que atuam de maneira externa aos indivíduos e coletividades, ainda que não com total independência da ação dos

sujeitos, já que o contexto social e econômico bem como as próprias organizações são também co-constituídas.

Há vários resultados possíveis como produto da interação entre todos estes fatores e destes com os sujeitos. Por meio da reflexão, e depois da prática política, ou de gestão, do trabalho ou da vida cotidiana os sujeitos podem modificar as estruturas ou alterar o modo de vida de outros sujeitos estabelecendo novas “formações de compromisso” ou novos “contratos sociais”.

Utiliza-se a expressão *formação de compromisso* para indicar quando há deslocamento de posição dos sujeitos individuais, coletivos, de suas instituições e organizações realizadas de maneira informal e com baixo grau de explicitação do novo acordo (movimento de composição inconsciente ou pouco consciente).

A expressão *contrato social* está sendo utilizado em seu sentido sociológico tradicional e indica o estabelecimento de novas relações que alteram regras, leis e comportamentos segundo um acordo bem explicitado.

Observe-se que estes não são os únicos resultados possíveis de um processo singular de co-produção. Os sujeitos da ação podem fazer política, gestão e trabalhar para a “dominação ou destruição do outro” considerado antagonista ou adversário. O sujeito que oferta o método poderá também ser dominado ou eliminado. O método Paidéia funciona tentando diminuir a possibilidade de ocorrência destes dois resultados. O que nem sempre é possível.

FATORES UNIVERSAIS INTERVENIENTES NO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA

A saúde e a doença dependem das condições socioeconômicas, ainda que não somente delas.

Há um conjunto de escolas que estudaram o que foi denominado de “determinação social do processo de saúde e doença”. A medicina social latino-americana (Franco et al., 1991), a saúde coletiva no Brasil (Nunes, 1998) e o movimento de promoção à saúde no Canadá (Carvalho, 2005), ainda que com diferença de ênfase, todos ressaltaram a importância da organização social na resultante sanitária em um dado território e em uma época específica. Assim, fatores econômicos, como renda, emprego e organização da produção interferem positiva ou negativamente na saúde dos agrupamentos populacionais. Os ambientes de convivência e de trabalho podem ter efeitos mais ou menos

lesivos à saúde das pessoas. A cultura e valores têm também grande influência sobre a saúde: o valor que se atribui à vida, o reconhecimento de direitos de cidadania a portadores de deficiências, a concepção sobre saúde, sexualidade, a forma como cada povo lida com diferenças de gênero, de etnia ou mesmo econômicas, tudo isto amplia ou restringe as possibilidades de saúde das pessoas.

A medicina social e a saúde coletiva latino-americana adotaram uma perspectiva mais crítica do que a promoção à saúde originada no mundo anglo-saxão. A medicina social e a saúde coletiva advogam a necessidade de transformações estruturais na organização social, objetivando reduzir a desigualdade social e de acesso ao poder. Estes movimentos foram constituídos na América Latina durante os últimos quarenta anos, em geral, muito articulados à luta política contra as ditaduras militares, bem como contra a injustiça social e o imperialismo. Seus principais referenciais teóricos foram algumas vertentes do marxismo, o estruturalismo e pós-estruturalismo francês. A epidemiologia social, uma das escolas dessa corrente, apoiou-se diretamente em uma interpretação clássica de Marx, enfatizando a importância da luta entre as classes sociais na constituição do perfil sanitário de uma população (Breilh & Granda, 1985). Concentrou a maior parte de seus esforços na produção de uma nova epidemiologia que superasse a tradicional fundada em métodos matemáticos. Não apresentou grande contribuição à discussão de políticas de saúde, quando muito enfatizou a necessidade de revolução social. Para tanto sugeria a politização e conscientização do povo e dos trabalhadores, tarefa de partidos e movimentos sociais para o que o setor saúde poderia dar uma contribuição importante por meio da educação em saúde e do apoio a iniciativas revolucionárias de comunidades (Laurell, 1977).

Os marxistas alinhados a uma perspectiva reformista de transformação progressiva da sociedade, em grande medida influenciados pela concepção de Antonio Gramsci, estudaram principalmente as instituições e as políticas públicas, derivando parte de sua produção para a reflexão sobre gestão e organização de sistemas de saúde (Campos, 1997).

Os estruturalistas e pós-estruturalistas, em geral, priorizaram a crítica e a desconstrução do paradigma médico e da política de saúde de recorte liberal, dominante no Brasil e em outros países capitalistas. Resaltaram o peso do complexo médico-industrial e de suas conexões com o Estado burguês (Donnangelo, 1976) na conformação de políticas e de práticas em saúde. Enfatizaram também o papel de controle social da clínica e da saúde pública tradicional, gerando importante

produção no campo da epistemologia ao realizarem cuidadosa análise do paradigma denominado de biomédico (Luz, 1988). Parte dessa escola cuidou de repensar o processo de saúde e doença e os modelos de atenção, contribuindo para os projetos de reforma sanitária, como tem sido o caso da saúde mental, da atenção primária e da aids.

A promoção à saúde baseia-se em teorias sistêmicas e na sociologia funcionalista tendentes a subestimar a importância de conflitos sociais e dos fatores macropolíticos na genealogia dos estados sanitários. Ainda que privilegiem a explicação social na gênese da saúde e da doença, trata-se de um movimento voltado para sugerir modificações focais, dentro do *statu quo*. Com certa dose de caricatura, poder-se-ia afirmar que se trata de uma redução da perspectiva revolucionária ou reformista de intervenção sobre a estrutura para modalidades, mais ou menos amplas, de assistência social e da busca de eficácia gerencial por meio de integração intersetorial ou de alteração do “estilo de vida” das pessoas. Houve uma confluência desta corrente sanitária com a produção pragmática da Organização Mundial da Saúde e sua congênere americana, Opas. A doutrina sanitária desses organismos internacionais tem se fundado em três grandes diretrizes: a defesa genérica do direito à saúde, em que a campanha “saúde para todos no ano 2000” foi um marco importante (OMS, 1977); na constituição de políticas nacionais de saúde com ênfase em medidas de promoção e de prevenção; e uma preocupação com a gestão de serviços e de programas de saúde com base territorial (OPS/OMS, 1990). Observa-se que estas duas escolas não têm necessariamente explicitado a importância estratégica de sistemas públicos de saúde. Ainda quando grande parte de suas recomendações tenha origem na doutrina dos sistemas públicos, como tem sido os sistemas locais de saúde, distrito sanitário, promoção à saúde, agente comunitário, entre outras diretrizes bastante difundidas por agentes influenciados por este referencial (Mendes, 1996).

Cada uma dessas correntes elegeu alguns conceitos considerados estratégicos para fundamentar sua compreensão da saúde: a medicina social elegeu com centralidade o conceito de classe social; a saúde coletiva priorizou a noção de “coletivo”, bem como algumas outras sempre tendentes a abarcar a totalidade dos fenômenos sociais. Assim valorizou-se a “universalidade” e a “integralidade”, como diretrizes quase mágicas, com base nas quais se poderiam criticar todas as outras posturas. Pensamento lógico, ainda que um tanto tautológico e simplista, já que integral significa tudo, e comparando qualquer projeto, programa ou diretriz com essa totalidade sempre faltará muita coisa em todos os

outros discursos ou posturas. A promoção à saúde tem como conceitos fortes as noções de “estilo de vida” e de “ação intersetorial”.

De qualquer modo, todas essas correntes tenderam a reduzir a importância dos demais fatores na determinação do processo saúde e doença. Desvalorizando, particularmente, o papel da clínica na produção de saúde. Apesar desse discurso com grande abertura para o social, há também uma redução da complexidade do processo saúde e doença quando se imagina que esta linha de produção — a determinação a partir do social — daria conta de toda a complexidade destes processos.

Em realidade, a organização de sistemas públicos de saúde que assegurem acesso universal e atenção eficaz, costuma ter grande impacto na expectativa e na qualidade de vida das pessoas. Comparações recentes entre países com condições socioeconômicas semelhantes, mas com sistemas de saúde diferentes, apontam grande vantagem para as populações dos países com sistemas públicos. Comparação entre o Vietnã e países latino-americanos e africanos com riqueza e padrões de renda semelhantes atestam a vantagem do primeiro, que desenvolveu uma ampla rede de serviços com atenção integral às pessoas (WHO, 2006).

Recentemente, Naomar de Almeida Filho (2004), ainda que se posicionando dentro da vertente que pensa a “determinação social”, elaborou uma etnoepidemiológica que tem como conceito forte o “modo de vida e saúde”, aproximando-se bastante do modelo interpretativo Paidéia apresentado neste texto. O autor apoiou-se em construções do professor Mario Testa (1997) sobre “modos de vida” e sobre o “sujeito”.

As várias correntes englobadas sob o rótulo de “determinação social” do processo saúde/doença têm e não têm razão, sua capacidade explicativa tem limites e potência: é potente quando ressalta a importância dos fatores de ordem universal na gênese da saúde e da doença; entretanto, reduz sua capacidade explicativa quando subestima o peso dos sistemas de saúde e dos fatores subjetivos nesse processo.

FATORES PARTICULARES QUE PARTICIPAM DA CO-PRODUÇÃO DA SAÚDE

a) A saúde e a doença dependem de fatores da ordem do orgânico ou da ordem do biológico, ainda que não somente deles:

A clínica e a epidemiologia acumularam evidências sobre a importância dos fatores orgânicos na produção de riscos e de problemas de saúde. Fatores genéticos, por exemplo, ter ou não síndrome de Down, modificam a vulnerabilidade da pessoa; a idade, viver com oitenta ou

vinte anos implica vulnerabilidades distintas; características orgânicas específicas de cada gênero, o estado de gravidez, por exemplo, alteram o risco da pessoa; modos de funcionamento corporal, como na hipertensão arterial, no diabetes, restringem ou ampliam a expectativa e a qualidade de vida das pessoas.

A principal corrente epistemológica que tende a reduzir o processo saúde, doença e atenção a fatores biológicos tem sido a medicina. Particularmente com a medicina baseada em evidências (Maynard, 1978) houve uma retomada desta perspectiva, ressaltando-se a centralidade da genética e dos distúrbios orgânicos na genealogia das doenças. Houve como que uma fusão entre uma prática clínica reduzida e sua legitimação promovida por meio de evidências matemáticas, consideradas relevantes mediante análises estatísticas (Samaja, 1998). Em decorrência desta linha explicativa reducionista, tende a haver uma redução nas formas de intervenção recomendados pelos sujeitos adeptos deste paradigma. A política de saúde elaborada com base neste paradigma prioriza a oferta de serviços assistenciais, em geral voltados para atenção à doença em sua dimensão corporal. A clínica e a saúde pública decorrentes dessa alternativa recomendam intervenções especializadas, cada vez mais reduzidas ao uso de fármacos e de procedimentos cirúrgicos (Camargo Jr., 2003). O diagnóstico centra-se na avaliação do risco biológico.

Se a corrente que enfatiza a “determinação social” hipervalorizava a política como meio para produzir saúde, esta desconsidera o papel das políticas públicas e do ambiente socioeconômico na gênese de saúde ou doença.

Esta corrente que prioriza os fatores biológicos tem e não tem razão, sua capacidade explicativa tem potência e limites. É potente quando ressalta a importância das variações biológicas ou orgânicas na gênese da saúde e da doença; é reduzida quando subestima a importância dos fatores políticos, sociais e subjetivos neste processo.

b) A subjetividade como fator particular que influencia a co-produção da saúde:

A subjetividade é toda e qualquer manifestação dos sujeitos viventes. Por isso, tratar da subjetividade é impossível sem o apoio em certa teoria do sujeito. O método Paidéia adota a concepção de que o sujeito individual e coletivo, bem como sua práxis, são sempre “co-produzidos”, estando sempre envolvidos os fatores apresentados na Figura 1. Nesse sentido, é impossível pensar em subjetividade sem uma base material, biológica, sobre a qual se constitui o sujeito real. Por

outro lado, fatores externos ao sujeito interferem no modo de vida e de funcionamento das pessoas.

Na Figura 1 a subjetividade esta sendo posta no campo de produção particular porque ela é uma expressão específica de cada pessoa ou de cada agrupamento coletivo.

A teoria Paidéia reconhece a atuação simultânea de dois fatores básicos quando da constituição de situações ou de sujeitos singulares: o “interesse” e o “desejo”. O “interesse” é um conceito originado em escolas de recorte racionalista, que admitem a capacidade de cálculo do sujeito em função de resguardar a própria sobrevivência física e social. Esta sobrevivência pode referir-se ao sujeito individual, à espécie ou a grupos de interesse (classes sociais, corporações, movimentos, organizações, etc.). Correntes da psicologia e pedagogia cognitiva ou sistêmica (Vasconcellos, 2002), e da sociologia funcionalista ou pragmática que lidam com este conceito imaginam maneiras distintas para educar o sujeito cidadão. Em um vertente iluminista, sugere-se que a educação, o conhecimento sobre o mundo cotidiano e a delegação de responsabilidade e de poder às pessoas, as capacitariam a fazer sempre as melhores escolhas. Um precursor deste pensamento foi Sócrates, para quem o conhecimento evitava o mal (Stone, 2005). O iluminismo, o positivismo brasileiro, a neurociência (Gardner, 2003) e mesmo o marxismo em sua aplicação prática, em larga medida, apostaram na ilustração do povo como um caminho seguro para a construção do Estado de bem-estar.

Há outra vertente que aposta em distintas formas de controle social, complementado mediante o apelo à racionalidade das pessoas. Fundamenta-se na idéia de que, em última instância, as pessoas defenderão o próprio interesse, fazendo escolhas racionais, ainda quando obrigadas a eleger o mal menor. A propaganda, a intimidação social por leis e regras, o aprendizado pela concorrência e punição aos transgressores, todos são estilos de pensar a subjetividade com base em algum tipo de aprendizado e de conseqüente escolha racional. Boa parte do pensamento gerencial contemporâneo, da qualidade total ao taylorismo, trabalha com essa concepção de “modelagem” do sujeito a partir de controle e do estímulo à concorrência.

Desde Freud (Onocko Campos, 2003) admite-se o sujeito humano como um ser paradoxal, cindido entre o princípio de realidade, a dinâmica do desejo e a introjeção de normas do contexto (superego). A história do século XX, quando povos considerados civilizados, com alto padrão de educação formal, tradição política e relativo bem-estar

social, produziram genocídios inimagináveis, desmoralizou a noção socrática de que o conhecimento evitaria o mal.

Para o método Paidéia é importante agregar à noção de “interesse” uma outra de “desejo”, que a modifica ainda que não a substitua completamente. O desejo seria uma tendência psíquica do sujeito humano de buscar o prazer, o gozo, com certo grau de independência de sua própria sobrevivência; ou seja, a busca do prazer não se subordina completamente à racionalidade do interesse, ainda que a considere em diferentes graus conforme o sujeito e o contexto específico. Note-se que o “desejo” pode voltar-se também para finalidades perversas, destrutivas, tanto em relação a si mesmo, quanto aos outros ou ao contexto.

Em saúde o uso destas duas noções é de grande utilidade para a construção de intervenções concretas, seja no campo da saúde pública ou da clínica. Em geral os serviços de saúde tendem a operar centralmente com a noção de “interesse”, ignorando ou subestimando a influência do fator “desejo”. Isso permite aos serviços de saúde atuar com a suposição de que o objetivo central de todos seria viver uma quantidade de anos sempre maior. Há dificuldade de se incorporar no saber e na prática sanitária a noção de “desejo”, sempre referida à qualidade e intensidade da vida, e também ao seu sentido e ao seu significado.

As correntes que pensam o processo saúde/doença muito centradas na subjetividade têm e não têm razão. Têm razão quando enfatizam a influência do subjetivo nos estados de saúde de indivíduos e coletividades; mas sua racionalidade tem limites importantes quando pensam modelos explicativos ou de atenção invariavelmente centrados em variáveis subjetivas, seja da ordem do interesse pragmático, seja da ordem do desejo subversivo.

A CO-PRODUÇÃO DO SINGULAR

A interação entre fatores universais e particulares é que constitui as sínteses específicas: situações de saúde de cada pessoa ou de cada coletividade. A confluência entre fatores biológicos, subjetivos, sociais e a presença ou não de sistemas de saúde, tudo isto conformará padrões sanitários específicos.

O singular é o situacional, é o caso clínico ou sanitário concreto, é o sujeito em certo tempo, é a organização em sua concretude. A síntese singular é sempre um produto do encontro entre sujeitos em um dado contexto organizacional, cultural, político e social. É o campo real da co-produção, em que se torna possível a reflexão, a construção de uma

compreensão do processo e, até mesmo, a abertura de possibilidades para intervenção do sujeito sobre o mundo da vida.

Observe-se que a Figura 1 representa um mapa de possibilidades. Em cada situação específica a intensidade de influência dos fatores será distinta; não havendo possibilidade de prever com antecedência a sobredeterminação deste ou daquele fator. Este é um esquema analítico aberto, que nega a determinação social, ou biológica, ou subjetiva, ou da ação dos sujeitos, sobre o resultado destes processos. Ainda que reconheça que todos estes fatores estarão sempre influenciando na constituição dos modos de vida dos sujeitos, e inclusive em seus estados de saúde e de doença. O que varia é o grau com que atuam em cada situação singular.

O desafio da política, da gestão, da saúde coletiva e da clínica é exatamente o de captar esta variabilidade, conseguir compreendê-la, para propor projetos singulares adequados a cada situação. Na política o desafio estará em traduzir diretrizes genéricas e totalizadoras, como o são as de “universalidade” e a de “integralidade” para projetos singulares que construam a equidade. Isto é, consigam construir justiça social e bem-estar mediante o apoio situacional a cada caso. A metodologia operacional da clínica e da saúde coletiva não poderá ter outra lógica.

O método clínico consiste em reconhecer o risco e a vulnerabilidade de cada caso singular, e de compor um conjunto de elementos terapêuticos variáveis conforme o sujeito-enfermo, o contexto (possibilidades e limites de recursos) e a análise do risco implicado. Argumentar sobre a necessidade de que em toda situação o cuidado deveriam ser integral, é olvidar-se deste percurso. A integralidade deve ser buscada no sistema de saúde, como uma disponibilidade potencial de recursos práticos e de saber, que poderão ser ou não mobilizados em dependência do caso. Nunca ninguém precisa de tudo ou de intervenções em direção a todos estes fatores: nem sempre cada projeto clínico ou sanitário tem de abranger igualmente o social, o subjetivo e o biológico. Compor um projeto terapêutico singular é, partindo do esquema analítico da co-produção, sugerir intervenções sobre o social, o subjetivo e o orgânico conforme a necessidade e a possibilidade de cada caso.

O desafio da saúde coletiva não é diferente: partindo de conhecimentos genéricos sobre epidemia, vulnerabilidade e de medidas de promoção ou de prevenção eficaz, analisar cada situação específica e construir um projeto de intervenção com uma combinação singular de ações dirigidas a fatores biológicos (vacinas, bloqueio medicamentoso,

etc.), subjetivos (vitalidade, auto-estima do grupo, capacidade de estabelecer compromissos e contratos, etc.) e sociais (programas intersetoriais, mobilização comunitária, etc.).

“CO-PRODUÇÃO SINGULAR DE SAÚDE E DOENÇA”: UMA ABORDAGEM DIFERENTE DE OUTROS PARADIGMAS?

A teoria acima apresentada foi denominada de “co-produção singular de saúde e doença”. Ela se apóia e, ao mesmo tempo, se distingue dos principais paradigmas que explicam o processo saúde e doença. Há três características que a delimitam e a diferenciam do paradigma da “determinação social”, do da “história natural ou biomédico” e mesmo dos vários outros que explicam a constituição do sujeito, bem como seus processos saúde e doença, a partir da subjetividade, quer sejam eles o paradigma “psicanalítico” ou “cognitivo” ou “fenomenológico-existencialista”.

Em primeiro lugar a teoria da “co-produção singular” ressalta a importância do sujeito na co-constituição de si mesmo e dos processos de saúde e doença. Daí a sua filiação à concepção Paidéia. Essa linha teórica o aproxima dos paradigmas da subjetividade, particularmente da psicanálise e de outras perspectivas de psicologia dinâmica, como a de base fenomenológica. O conceito de co-produção chama a atenção para o papel do sujeito na constituição do *status quo* sanitário, seja ele individual ou coletivo. Este sujeito pode ser o cidadão comum, usuário ou não de algum serviço de saúde, ou o trabalhador de saúde, ou os dirigentes de organizações de saúde, ou do Estado. Todos, agindo por meio da política, da gestão, do trabalho ou das práticas cotidianas interferem na produção de saúde.

Em segundo lugar está a “dialética multifatorial”; isto é, a interferência simultânea de fatores de ordem social, subjetivos e orgânicos. Esta concepção aproxima a teoria da co-produção singular da teoria da complexidade e de outras perspectivas sistêmicas. No entanto, a “co-produção” reconhece que esta interferência ocorre tanto por meio de interação conflitantes como complementares. Havendo necessidade de ação humana deliberada para desconstruir contextos antagônicos e tendentes a estimular a destruição ou exploração de alguns sujeitos por outros.

Resumindo: o poder de interferência dos vários sujeitos não é equivalente, tampouco seria equivalente a possibilidade de intervenção em todos os fatores. Sintetizando: o poder e a disputa em torno de interesse e de valores complica bastante este paralelogramo de vetores,

muita mais do que reconhece o pensamento funcionalista ou pragmático. Para quem, em tese, qualquer alteração seria possível desde que demonstrasse sua racionalidade sistêmica e que se articulassem meios técnicos eficazes. A política e gestão destes contextos são mais complexas do que um jogo de quebra-cabeça, exatamente porque estes contextos são co-produzidos por sujeitos concretos, a partir de seus desejos, interesses e valores. E também a partir de seu poder, de sua capacidade de compreender e de agir sobre o mundo, sempre acionando outros sujeitos e organizações sociais.

A autonomia dos sujeitos é sempre relativa, sempre dependente de fatores sobre os quais têm uma compreensão e uma interferência parcial. Esses fatores tendem a funcionar induzindo modos de ser e de viver segundo uma lógica a que se convencionou denominar de funcionamento estrutural. Estes fatores estruturados são resistentes à mudança e tendem a instituir formas repetitivas de existência. O biológico organiza-se em um sistema estruturado. O modo de cada um lidar com o próprio desejo, apesar de ser um funcionamento em grande medida inconsciente, ao longo da vida, funciona segundo uma estrutura de resistência e de liberações. O social, o cultural e o econômico funcionam com base em regras, leis e organizações mais ou menos estruturados. Todas essas estruturas tendem a reproduzir-se criando ciclos de repetição tanto do modo de funcionamento, quanto da repetição de resultados singulares muito assemelhados. Deleuze (1988), ao analisar a estruturação da existência, considerou que nunca há repetição do mesmo igual ao anterior. No entanto, o instituído como estrutura tende a funcionar em ciclos muito assemelhados. O grau de dessemelhança entre um ciclo e outro é dado pela capacidade, dos sujeitos interessados, de imprimir mudança. O tal de “movimento instituinte” conceituado pela corrente da análise e da psicoterapia institucional (Moura, 2003). Estas mudanças também ocorrem pela desagregação e perda de vitalidade de organizações, valores, leis, etc.

Esta tendência à reprodução do modo de funcionamento é que permite a elaboração de conhecimento sobre o funcionamento social, econômico, cultural, institucional e mesmo sobre os sujeitos coletivos ou individuais. Conhecer o sentido em que estes fatores tendem a produzir efeitos é grande parte do conhecimento clínico, epidemiológico, psicológico e sociológico. Estes campos de saberes tendem a produzir métodos interpretativos e a apontar padrões ou tendências de funcionamento regular. Em virtude da complexidade da “co-produção singular” raramente será possível à clínica, saúde coletiva, gestão e política

preverem absolutamente o sentido da interferência dos vários fatores, mesmo dos recomendados como terapêuticos, ou adequados à promoção ou capazes de produzir o bem-estar. No entanto, sem este conhecimento de tendências, de padrões possíveis, ou seja, no fundo, sem a construção de uma “ontologia” de fatores de risco e de proteção não haveria conhecimento clínico, sanitário ou mesmo de gestão ou de política aplicada. O desafio para o operador será sempre o de, por um lado, conhecer estas “ontologias”, saber sobre estas tendências e possibilidades, por outro, o mais difícil, será criar em cada situação uma composição de fatores singular e capaz de alterar aquele quadro conforme o objetivado.

O terceiro elemento que aproxima e diferencia a teoria Paidéia de outros paradigmas é a noção de que o produto desta múltipla interação terá sempre resultantes singulares; o que elimina a possibilidade de sobredeterminação em princípio de qualquer ordem de fatores. Cada caso será um caso específico, implicando um paralelogramo singular, constituído por vetores com intensidade diferentes e originários dos vários campos de co-produção. Em algumas situações o peso do sujeito será decisivo na produção de determinado quadro sanitário, às vezes o sujeito determinante será a comunidade ou o indivíduo, em outras serão os governantes, em outras será o padrão de prática dos profissionais; em outras o ambiente será decisivo; ou o quadro econômico, ou cultural ou social, e assim por diante.

A centralidade da noção de “singular” reequilibra o efeito da influência das estruturas e de sua tendência a produzir ciclos de repetição. O mesmo acontece com diretrizes políticas ou ideológicas genéricas. A abstração dos conceitos de “integralidade” ou de “totalidade” tende a produzir métodos de análise padronizados. Ao abranger tudo, dificultam a compreensão de situações ou de casos específicos. A noção de “resultante singular” tenciona todos os paradigmas que pressupõem uma linha central de determinação em toda e qualquer situação, como ocorre em grande medida com os paradigmas da “determinação social”, da “determinação biológica e subjetiva” (seja central, no caso destas psicologias, o conceito de desejo, inconsciente ou consciente).

Pois bem, a teoria Paidéia e sua concepção da “co-produção singular” do sujeito e de suas características, entre elas a saúde e a doença, concorda em parte e, ao mesmo tempo, modifica os paradigmas axiais do campo da saúde — o social, o subjetivo e o biológico —, produzindo um modo de compreender o processo saúde/doença/atenção com uma série de particularidades; com um viés particular; o que não signi-

fica necessariamente com maior capacidade de produzir verdades. Em realidade, esta perspectiva tem me facilitado à construção de projetos singulares de intervenção no processo saúde e doença; quer sejam em clínica, quer sejam em saúde coletiva.

Um aforismo-síntese: a meia-verdade é a única verdade absoluta.

Outro, um segundo aforismo: a verdade somente é encontrada aos pedaços.

Um terceiro: Se não há verdade absoluta, tampouco todas as compreensões serão equivalentes. É importante reconhecer a diferença explicativa entre os vários pedaços de verdade.

Quarto: estes aforismos valem também para a teoria Paidéia e para a “co-produção singular de sujeitos”.

Quinto, poético: a verdade é como um raio de luz que incide em somente alguma das faces de um objeto na penumbra — e apesar disso imaginamos saber sobre todo o objeto!

Sexto aforismo, versão cínica: a verdade estabelecida como absoluta é uma falha no conhecimento objetivamente construído.

DESAFIO EPISTEMOLÓGICO E PRÁTICO: COMO REFORMULAR AMPLIANDO E INTEGRANDO OS CAMPOS DE PRÁTICA EM SAÚDE?

Elegi trabalhar com o conceito de ampliação da função clínica e da função saúde coletiva, buscando meios para integrar a atuação desses dois campos sempre que se fizesse necessário. O conceito de integralidade é utilizado apenas como pano de fundo, como uma diretriz genérica para orientar políticas sociais e a organização de sistemas de saúde. A integralidade é uma possibilidade sistêmica ou macroestrutural. No singular, sempre, há de se encontrar uma dada composição específica da função clínica e da função saúde coletiva. A depender do problema de saúde predominará a função clínica, em outros, a função de saúde coletiva.

A teoria Paidéia reconhece a existência de dois grandes campos de conhecimento e de trabalho em saúde: o clínico e o de saúde coletiva. Ainda que tenham elementos de contigüidade e sobreposição — campo comum —, apresentam espaço específico que os distingue — núcleo próprio. A racionalidade clínica predomina em enfermarias e ambulatórios; a de saúde coletiva em controle de epidemias e programas de saúde pública. É importante assinalar que todas as profissões e especialidades da área da saúde trabalham valendo-se de uma ou de outra destas modalidades: há uma clínica do enfermeiro, do psicólogo,

do médico de família, do odontólogo, do pediatra, etc. Há uma vertente de trabalho clínico que vem se desenvolvendo em serviços de urgência e que tem características peculiares, ainda quando seja apenas uma organização especial da atenção clínica, preocupada centralmente com episódios agudos, montando para isso modelos de organização com base na inserção temporal vertical de profissionais, encarregando-se dos casos enquanto há risco de vida ou sofrimento agudo. No Brasil, esta lógica do atendimento de urgência passou a predominar em organizações e serviços onde o atendimento deveria facilitar o vínculo terapêutico, isto é, propiciar uma relação horizontal, longitudinal no tempo, entre usuários e profissionais responsáveis pelo atendimento.

A Atenção Primária à Saúde tem o desafio de integrar estas três racionalidades, adaptando-as ao contexto da atenção básica (Cunha, 2005).

O processo de trabalho em saúde é sempre uma interação intersubjetiva medida pela estrutura das organizações de saúde e das instituições sociais. Em todo o trabalho em saúde há o encontro entre sujeitos com importantes diferenças em relação aos seus desejos, interesses, saberes e coeficiente de poder. O método Paidéia e a proposta de “clínica e de saúde coletiva compartilhadas” partem dessa evidência essencial. Há uma diferença irreduzível entre o profissional e o usuário, por mais horizontal e aberta seja a relação estabelecida. O profissional deve ser portador de uma oferta técnica, no caso o saber clínico e sanitário. A teoria Paidéia sugere a ampliação e a reformulação desse conhecimento clínico e sanitário, não seu abandono. O usuário tem um conhecimento privilegiado sobre seu sofrimento e sobre sua própria vida. O interesse do usuário é obter algum tipo de apoio para melhorar o estado de saúde do indivíduo ou da coletividade. O interesse do profissional relaciona-se, em geral, a sua sobrevivência e realização pessoal. A relação de poder em um espaço clínico ou sanitário será sempre desequilibrada a favor do profissional e da instituição de saúde, pode-se atenuar esta desigualdade, nunca eliminá-la.

Para isso sugere-se operar com a noção de que todo encontro clínico ou sanitário é um “espaço coletivo”; em que se faz necessário a reflexão sobre estes papéis e responsabilidades distintos. Esta reflexão deve subsidiar linhas de mudança necessárias para reorientar o trabalho clínico e em saúde coletiva. Um recurso importante para tornar possível esta reflexão e as mudanças necessárias é apropriação, pelos sujeitos envolvidos com a clínica e com a saúde de pública, de elementos do que poderia ser denominado de “teoria do vínculo” (Pichon-Rivière, 1988) ou da subjetividade. Há alguma dificuldade nisso, por-

que estes conhecimentos foram elaborados para utilização por profissionais especializados, em geral da saúde mental, fazendo-se necessário um esforço sistemático para reconstruí-los de maneira que possam ser apropriados e utilizados no cotidiano da gestão e do trabalho em saúde. A concepção denominada de “co-produção singular do sujeito” é um movimento realizado com este objetivo.

Com base na teoria da “co-produção singular do sujeito” elaborei uma análise da clínica e da saúde coletiva; buscando linhas de ampliação do seu núcleo de conhecimento e de práticas. A principal conclusão deste estudo é sobre a importância de alterar a maneira com que se pratica a clínica e a saúde coletiva, sugerindo-se arranjos de saber e organizacionais que permitam o seu compartilhamento entre trabalhador e usuário. Trata-se de inventar modos de co-gestão do ato e do processo clínico e sanitário em geral.

Um método interessante para se proceder a uma análise crítica e construtiva do trabalho em saúde foi sugerido por Ricardo Bruno (Mendes Gonçalves, 1988), quando aplicou ao trabalho em saúde as categorias analíticas sugeridas por Marx para decompor o trabalho em geral.

Assim, com o objetivo de sugerir linhas de ampliação da clínica e da saúde coletiva, bem como para averiguar pontos de analogia e de diferença entre esses dois campos, procurei decompor o trabalho clínico e sanitário em quatro categorias analíticas: o “objetivo” ou a finalidade do trabalho em saúde; o “objeto” sobre o qual se trabalha, os “meios de intervenção”; e o “resultado” dessas práticas.

O ser humano é um ser social teleológico, começa a trabalhar pensando no final, na finalidade de seu esforço sistematizado; ou seja, no “objetivo” do trabalho individual ou coletivo. Não obstante, o “resultado do trabalho”, o produto do seu labor, nunca será equivalente ao objetivo imaginado ou declarado. Esta limitação é da ordem do humano, incapaz de realizar uma análise integral e acabada de um contexto e também incapaz de articular todos os meios de maneira perfeita para atingir o objetivo almejado. O “resultado” será, portanto, sempre diferente do almejado. A terceira categoria refere-se ao “objeto” de trabalho. Aquilo sobre o qual se concentram esforços de conhecimento e práticos para que seja transformado segundo o objetivo. Finalmente há os “meios de trabalho”, recursos materiais e abstratos necessários à transformação do objeto em produto final. Estas quatro categorias serão utilizadas para sugerir linhas de ampliação do trabalho clínico e sanitário, de maneira diferente da empregada por Ricardo Bruno ou originalmente por Karl Marx.

OBJETIVO AMPLIADO: A CLÍNICA E A SAÚDE COLETIVA NÃO DIVERGEM QUANTO AO OBJETIVO OU QUANTO À FINALIDADE DO TRABALHO SANITÁRIO, SE DIFERENCIAM QUANTO AO OBJETO DE QUE SE ENCARREGAM E DOS MEIOS UTILIZADOS PARA PRODUZIR SAÚDE. AMBAS AS FUNÇÕES BUSCAM A PRODUÇÃO DE SAÚDE.

Há uma discussão bastante acirrada sobre o conceito de saúde. Todos os fatores listados na “Figura 1” co-produzem saúde. Os sistemas de saúde produzem saúde por meio de ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação e de cuidados paliativos. O trabalho em saúde costuma ser avaliado por sua eficácia; isto é, capacidade de atuar de modo positivo sobre a situação de saúde de uma pessoa ou de uma coletividade. O pensamento reformista e crítico tem valorizado o conceito de saúde como um antídoto contra a centralidade da noção de doença na construção do paradigma e de políticas sanitárias em todo o mundo. Muitos chegaram a sugerir o abandono da noção de doença, substituindo-a pelo de saúde.

A Organização Mundial da Saúde definiu que “saúde é o completo estado de bem-estar físico, mental e social”. Essa definição muito contribuiu para ampliar o conceito médico dominante, de que saúde seria simplesmente a ausência de doença. Noção restrita que reduz o saudável à dimensão física ou corporal. Ao acrescentar o bem-estar mental e social à sua diretriz, a OMS abriu espaço para pensar-se o direito à saúde de maneira mais ampla, e, em consequência, reforçou as correntes que defendiam abordagem integral ou ampliada do processo saúde e doença. Também favoreceu políticas de saúde mais abrangentes e estimulou reformas na formação, excessivamente centrado no biológico, dos profissionais de saúde.

Entretanto, ao definir saúde como um estado de completo bem-estar, resvalou para uma concepção de saúde como um estado absoluto. Uma possibilidade rara ou inexistente de gozo físico, mental e social, que deixa na sombra todos os estados intermediários entre este suposto estado de êxtase e a morte. Esta definição deixa na sombra, uma variedade processual de estados indefinidos, a infinitude de situações entre o saudável e a doença. Em realidade quase que a totalidade da vida, já que o processo vital dos humanos transcorre, durante todo o tempo, entre a morte e este suposto e inalcançável estado absoluto de bem-estar.

Sem abandonar a noção de que a saúde depende do físico, do mental e do social, seria conveniente trabalhar com um conceito de saúde relativo ao próprio indivíduo ou ao padrão epidemiológico predominante. Saúde tomada não como um estado absoluto. Saúde pensada em graus ou em coeficientes relativos ao estado de cada pessoa ou de cada agrupamento populacional. Assim, por exemplo, em um paciente considerado sem opção conhecida de tratamento, um caso terminal, se consideraria produção de saúde, um projeto terapêutico voltado para cuidados paliativos, referente à dor, ao conforto e ao exercício do desejo, limitado pelas circunstâncias, sobre maneiras para terminar de viver. Haveria igualmente produção de saúde quando um projeto de saúde pública reduzisse os índices de mortalidade infantil, ou por aids, ou por malária em um território, embora não atingindo padrões internacionais considerados adequados.

Há polêmica sobre o modo como medir o estado ou o grau relativo de saúde. Há uma maneira objetiva, com base em indicadores epidemiológicos de mortalidade — em tese, quando maior a esperança média de vida, mais saúde — e de morbidade. Pode-se também medir entre os sobreviventes as seqüelas decorrentes dessas enfermidades. A racionalidade clínica e sanitária é construída, centralmente, com base nestes dados.

Entretanto, o ser humano não vive apenas segundo esta ou aquela racionalidade construída com base em evidências estatísticas. Mesmo assim, quando se articulam práticas de prevenção e clínicas têm-se a ingenuidade de supor que o conhecimento destas evidências induziria as pessoas a fazerem sempre as melhores escolhas para uma vida longa. Na realidade, quando se pensa saúde como apenas o ganho em quantidade de vida, tende-se a desencadear práticas preventivas e terapêuticas centradas no “interesse”, esquecendo-se de que o funcionamento subjetivo inclui também o fator “desejo”. Este fator desejo impõe outra dimensão à definição de saúde, que é qualitativa e se refere à intensidade e ao gozo de viver. Uma dimensão organicamente ligada ao sujeito e à sua história e, portanto, muito difícil de mensuração objetiva.

Resumindo: a finalidade do trabalho em saúde é alcançar graus relativos maiores de saúde. Saúde tem várias dimensões, quantitativas e qualitativas. Algumas passíveis de medições objetivas e realizadas sem participação ativa dos sujeitos, como, por exemplo, a medida do número de anos vividos, da sobrevivência. E outras difíceis de avaliar sem o concurso ativo dos sujeitos implicados; a exemplo dos casos em que a saúde diga respeito ao bem-estar mental ou subjetivo dos cidadãos.

Entretanto, a grande possibilidade de mudança na linha de ampliação da finalidade do trabalho em saúde refere-se à inclusão da “co-produção de autonomia” como outro objetivo do trabalho clínico e coletivo.

Autonomia é aqui entendida como a capacidade da pessoa e da coletividade de lidar com suas dependências; ou seja, autonomia em coeficientes e graus, nunca como conceito absoluto.

A concepção clássica de autonomia não é esta. Vários autores afirmam que autonomia é a capacidade de autodeterminação; um agente somente seria considerado autônomo quando seu pensamento e suas ações fossem produtos exclusivos de sua própria vontade e consciência (Blackburn, 1997). Para a teoria da “co-produção singular do sujeito” isto seria impossível, já que todas as decisões e ações das pessoas são e resultam de uma “formação de compromisso” entre fatores externos e internos. Para essa concepção, portanto, o que se pode averiguar é o grau de autonomia, ou seja, o quanto o sujeito pôde influenciar em um dado contexto ou situação. O que se pode almejar é capacitar os sujeitos para que consigam participar da construção da regras e normas que compõem as estruturas sociais. Isto se distingue também do pensamento de algumas correntes políticas denominadas de “autonomistas” que imaginam a possibilidade de “sujeitos históricos” organizarem movimentos sem “formação de compromisso” com outros interesses. A professora Marilena Chaui (2006) pensou a autonomia de movimentos sociais, não somente independentes do Estado, mas sobretudo por sua capacidade de realizar mudanças políticas radicais, construindo, ao mesmo tempo, regras e normas para sua própria ação. Para a teoria Paidéia estes sujeitos coletivos, movimentos sociais, sempre são pedaços da sociedade. Sendo uma parte do coletivo estariam obrigados, ou pela correlação de forças, ou mesmo por uma concepção democrática que reconhece a existência do outro, a compor as regras e normas em disputa com perspectivas de outros atores sociais.

Movimentos sociais ou partidos políticos que reivindicam para si mesmos a capacidade de representar toda a coletividade, sem a necessária participação dessa coletividade, têm um postura totalitária. Isso acontece ainda quando procurem representar e falar em nome da maioria explorada. O mesmo se pode afirmar em relação às teorias que reivindicam representar e abranger a totalidade ou a integralidade. Constituem-se em variantes do exercício do poder de modo fanático ou fundamentalista, já que procuram utilizar a política, a gestão, o trabalho e as regras sobre o modo de viver para controlar a variedade subjetiva e social das sociedades humanas.

Para a teoria Paidéia a autonomia é a capacidade de compreender e de agir sobre si mesmo e sobre o contexto, estabelecendo compromissos e contratos com desejo, interesse e valores de outros sujeitos. Esta capacidade não é um dom natural, inerente ao conjunto dos seres humanos ou a alguns privilegiados.

O conceito Paidéia, desde sua origem na Grécia Clássica, enfatiza que esta capacidade de compreender e de intervir sobre o mundo da vida é um aprendizado social, e depende de esforço sistemático e planejado. Depende também da existência de condições que possibilitem a livre reflexão, o debate e participação da maioria na tomada de decisões. O exercício da autonomia tem, portanto, condicionantes internos ao sujeito, mas também depende da organização social, da existência ou não de uma organização democrática da sociedade, que assegure grau importante de liberdade pessoal, de liberdade de opinião, de reunião e de associação (Bobbio, 2000).

A concepção democrática ateniense baseava-se em três pilares: o “direito de cidadania”; a participação democrática (democracia direta e representativa) em um espaço público em que o debate e decisão fossem a regra — a “Ágora”; e o “Paidéia”. Os dois primeiros pilares se referem à construção de condições externas aos sujeitos, mas que favoreçam a participação autônoma e democrática: estas precondições são o “Estado de direito” e a “organização democrática” da sociedade. O último conceito enfatizava a necessidade de que as pessoas fossem formadas para conseguir viver como cidadãos e para exercerem a democracia (Jaeger, 1986).

Exige-se uma educação especial para que uma pessoa logre receber e fazer críticas, enfrentar situações de conflito, respeitar leis, regras e decisões dos coletivos e ainda estabelecer contratos e compromissos com o interesse e valores de outros. Paidéia seria um processo de desenvolvimento ampliado das pessoas, capacitando-as a defender a si mesmas e aos seus interesses, em integração com outros interesses e perspectivas — ética do desejo e ética do desejo do outro e ainda ética do contrato social. E ainda tudo isso realizado sem o emprego de métodos violentos. Paidéia constitui-se, pois, em uma estratégia, em um conceito operativo, fundamentais para a constituição e viabilidade da “Pólis”. Uma dimensão essencial para a constituição de cidades saudáveis, democráticas e justas, escrever-se-ia hoje já durante o terceiro milênio.

Em saúde o tema da autonomia tem aparecido em tradução que quase sempre limita e recorta a amplitude do conceito. Não recomendo uma postura sectária ante estas traduções reduzidas, já que, de algu-

ma forma, ainda que reduzidas, têm potencial para ampliar o coeficiente de autonomia, ainda quando não dêem conta de todas suas possibilidades. Alguns autores têm se referido à importância de se ampliar a capacidade de “autocuidado” dos pacientes, das famílias e das comunidades. O autocuidado é apenas uma das dimensões do sujeito autônomo; no entanto, ao se problematizar o tema da dependência em relação aos outros, possibilita-se um reflexão rica sobre o próprio sujeito e sobre a rede de poder e de controle social em que está imerso. Abrindo com isso espaço para reconstrução da rede de vínculos do sujeito sobre cuidado.

Outros têm enfatizado a importância de que o trabalho em saúde contribua para aumentar o poder dos usuários, cunhou-se até mesmo um termo em português para indicar esta linha de intervenção: “o empoderamento” (Carvalho, 2005). Como afirmavam os gregos, a construção de espaços de poder é apenas um dos elementos da construção do sujeito cidadão, ainda que seja um elemento importante. O desafio é capacitar as pessoas para se valerem deste espaço. Os mais poderosos costumam reafirmar sua dominação controlando estes espaços, mediante um esforço de anulação ou de cooptação de possíveis antagonistas. A democratização das organizações, ampliando as possibilidades de gestão participativa, é importante, mas não suficiente para assegurar ampliação da capacidade de reflexão e de ação dos sujeitos.

A autonomia será sempre co-construída, os profissionais de saúde podem exercer controle social, mas também poder apoiar os usuários para que consigam ampliar sua capacidade reflexiva sobre as várias linhas de co-produção, bem como apoiá-los para que ampliem sua capacidade de estabelecer contratos com outros.

A construção de autonomia tem sido um objetivo de movimentos políticos libertários e de algumas correntes da saúde, entre elas merece destaque, pelo pioneirismo, a psicanálise. Sabe-se sobre a complexidade deste processo e, até mesmo, sobre o caráter utópico deste tipo de pretensão. Como seria então possível estender esta finalidade para contextos cotidianos dos serviços de saúde? Como poderiam profissionais em hospitais, na atenção básica ou em programas de saúde pública contribuir para ampliar a própria autonomia, bem como das pessoas com quem trabalham? Como poderia a população de uma região ampliar sua autonomia e sua capacidade de co-gestionar a própria vida e a vida das organizações com as quais convive?

Uma primeira consideração importante é sobre pensar-se a autonomia como uma construção gradativa, como possibilidades de aper-

feiçãoamento sempre relativas a um *statu quo* anterior. Um movimento estimulado, com ofertas e com demandas, originárias de vários e distintos atores sociais. Quando há um impulso da sociedade civil, dos usuários, e este impulso se encontra com outro oriundo dos trabalhadores, com foi o caso do movimento da saúde mental no Brasil, a possibilidade de avanços sociais e políticos são maiores.

Como co-constituir sujeitos reflexivos e com grau importante de autonomia? Atingir-se a iluminação (saber absoluto e acabado) ou a onipotência (dar conta de tudo) é sonhar com análises intermináveis ou revoluções que nunca acontecerão. No entanto, pensar em iluminação ou em potência “suficientes” para assegurar bem-estar em tal ou qual contexto, não é um objetivo utópico. Caberia construir-se instrumentos que apoiem o desenvolvimento destas capacidades e de “potência suficiente” para uma vida saudável, enquanto as pessoas frequentam escolas, serviços de saúde ou grupos de convivência. Esta noção de “suficiente” é uma adaptação livre do conceito de “mãe suficientemente boa” do pediatra e psicanalista inglês D. Winnicott (1990).

OBJETO AMPLIADO: O OBJETO DE TRABALHO EM SAÚDE INDICA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA, O ENCARGO.

O objeto de trabalho da clínica e da saúde coletiva tem diferenças em relação ao tipo de sujeito com que trabalham, e também quanto aos problemas de saúde de que se encarregam. A clínica trabalha com o indivíduo e com suas relações imediatas, família, grupo direto de convivência no trabalho e nas relações cotidianas. A clínica lida, portanto, com problemas de saúde do indivíduo, ainda quando uma clínica ampliada deva compreender a integração deste indivíduo e de seu problema de saúde em macroestruturas. Entretanto, o que caracteriza e dá especificidade ao trabalho clínico é o foco analítico e terapêutico jogado sobre o indivíduo e sobre suas relações imediatas.

A saúde coletiva trabalha com coletivos, agrupamentos populacionais recortados em diferentes lógicas, territorial, faixa etária, exposição a riscos, vulnerabilidade, etc. Lida com problemas de saúde da coletividade, ainda quando se valha de abordagem individual tanto para fazer o diagnóstico da situação, quanto para implementar ações de prevenção ou de promoção.

A discussão sobre o objeto do trabalho em saúde é complexa. A biomedicina reduz este objeto à doença e ao doente; ao portador de doença. Algumas correntes da psicanálise reduzem seu objeto ao in-

consciente, uma das dimensões do sujeito. As correntes da “determinação social” tendem a incluir toda a trama social como objeto de responsabilidade dos sistemas de saúde, já que fatores como a distribuição de renda, política de emprego, controle do ambiente, urbanização, todos interferem na saúde da população. De fato, toda política social e todo sistema sanitário necessitam avaliar o impacto da organização econômica e social sobre a saúde humana. Haveria, portanto, necessidade de que a saúde coletiva estabelecesse laços e interferisse em todos os ramos da atividade humana. A Vigilância à Saúde procura, preventivamente, contribuir para a elaboração de leis reguladoras da produção e distribuição de bens e de ocupação do território. Além disso, mediante a supervisão e elaboração integrada de projetos com caráter intersetorial procura interferir de maneira positiva no processo saúde/doença. É papel da Saúde Coletiva compreender e interferir nesta dinâmica. Nesse sentido, o “campo de responsabilidades” dos sistemas de saúde é toda a organização social.

Entretanto, é fundamental trabalhar também com a concepção de “núcleo de responsabilidades”; isto é, com um conjunto de atribuições em que a atuação dos sistemas de saúde é nuclear e não complementar. Tarefas em que o papel dos serviços de saúde e do conhecimento sanitário é central, ações que não ocorrerão sem o concurso ativo do setor da saúde. Seria como que admitir a existência de algumas funções essenciais aos sistemas de saúde, e de outras em que o setor saúde atua de forma complementar.

De qualquer modo, não há como livrar-se da responsabilidade sobre a doença e sobre o processo de adoecer. A noção de processo de adoecer traz para a cena os conceitos de “risco” e de “vulnerabilidade”, que indicam fatores biológicos, subjetivos e sociais que aumentam a possibilidade de sofrimento, de doença e de morte (Ayres, 2003); ampliando o objeto de que se encarrega o trabalho em saúde.

A doença e o processo de adoecer são, portanto, o objeto da clínica e da saúde coletiva. Além da doença é fundamental incorporar o conceito de problema de saúde (risco e vulnerabilidade), ainda que sempre encarnados em sujeitos individuais e coletivos.

A inclusão do sujeito como “objeto” provoca uma reviravolta epistemológica no campo da saúde. Incluir o sujeito implica operar com um paradigma que dê conta da “co-produção singular da saúde e da doença” e que consiga transitar entre o conhecimento padronizado em verdadeiras “ontologias” e a singularidade dos casos. Tanto a saúde coletiva quanto a clínica, ao buscarem conhecimentos sobre o proces-

so de adoecer e sobre os meios para produzir saúde, obrigam-se a identificar regularidades no funcionamento dos fatores, tendendo a apontá-los como “seres” que teriam tal ou qual comportamento e tal ou qual tipo de influência sobre este ou aquele quadro clínico ou sanitário. A presença de hipertensão arterial, por exemplo, liga-se ao risco de acidentes cardiovasculares. O preconceito familiar com a síndrome de Down diminui a esperança média de vida e a possibilidade de inserção social das crianças portadoras de tal deficiência. O desemprego aumenta a mortalidade infantil. Sem este tipo de conhecimento, ou de saber, sobre determinantes da saúde e da doença, sobre diretrizes clínicas e os protocolos sanitários, o profissional fica desarmado, inerte.

Por outro lado, saber sobre estas generalidades não é suficiente, caso o trabalhador não consiga reconstruir estas generalizações diagnósticas e terapêuticas em função de cada caso ou situação específica. Um dos caminhos para esta singularização é a incorporação do saber e da vontade do usuário na construção do projeto coletivo ou clínico.

Ampliação dos meios de intervenção em saúde: reformulação do diagnóstico e dos modos de intervenção em clínica e em saúde coletiva

Meios de diagnóstico: Neste caso a reconstrução ampliada da metodologia para elaborar o diagnóstico de cada caso resulta da combinação entre a “objetividade” da clínica e da epidemiologia com a “singularidade” da história dos sujeitos, grupos e coletividades.

A objetividade da clínica é fornecida pelo conhecimento acumulado em protocolos e diretrizes construídos com base em evidências. As utilizações de técnicas de semiologia da doença e de avaliação do risco continuam a ser tarefas essenciais ao trabalhador de saúde. Estas técnicas permitem ao profissional construir um pedaço da história do processo saúde e doença de cada caso. Este pedaço pode ser alcançado mediante entrevista, exame físico e coleta de dados provenientes de exames de laboratório, estudos anatomopatológicos e de imagens. Na clínica tradicional somente isso autoriza o profissional a elaborar avaliação de risco e, até mesmo, hipóteses explicativas de diagnóstico. A inovação estaria em, sem abandonar esses procedimentos e metodologias, combiná-los com a escuta da “história de vida” do usuário, centrada em torno da demanda que o levou ao serviço de saúde. Combinar semiologia e indicadores de risco, de morbidade e mortalidade com escuta à demanda dos sujeitos. Este processo permite ampliar

o diagnóstico, além da avaliação objetiva de riscos; realiza-se, de modo compartilhado com o usuário, uma avaliação de vulnerabilidade, que inclui, além do risco biológico, o risco decorrente de comportamentos subjetivos, culturais e ainda outros originados no contexto socioeconômico.

O resultado nunca será uma justaposição de metodologias, uma de recorte objetivo, outra voltada para recolher elementos subjetivos e sociais, já que a combinação dessas metodologias altera a racionalidade e o produto de ambas. A convivência dessas metodologias, e sua utilização simultânea, modificam a semiologia tradicional, uma vez que o profissional clínico ou sanitário passarão a valorizar e a registrar sintomas subjetivos, como conflitos, objetos de desejo, resistências e dificuldades do usuário, rede de relações, capacidade de autocuidado e de formação de compromisso com outros; bem como, mediante adaptações e certos recortes, valer-se de técnicas de observação antropológica ou de escuta “dos discursos”.

Em Saúde Coletiva o diagnóstico objetivo realiza-se com base em dados epidemiológicos, morbidade e mortalidade basicamente; a ampliação dependerá da combinação desta análise de risco com a história de produção do problema coletivo de saúde pela captação da fala e pela observação dos usos e costumes dos usuários. Para isso o profissional deverá valer-se de reuniões, observação e de entrevistas dirigidas e combinar esses dados com as planilhas de dados epidemiológicos. A finalidade dessa ampliação é a construção de uma narrativa com descrição de fatores qualitativos e dados quantitativos que indiquem linhas prováveis de intervenção.

A coerência da ampliação do momento de diagnóstico com a teoria da “co-produção singular” depende da adoção do compartilhamento da construção de uma narrativa e de sua interpretação entre o trabalhador/especialista e o sujeito/usuário. O compartilhamento da avaliação de risco e da vulnerabilidade do indivíduo e da comunidade é um desdobramento lógico resultante do reconhecimento de que o objeto do trabalho em saúde é um sujeito (paciente/família/comunidade) com problema de saúde.

Para que esta modalidade de anamnese ampliada seja possível, é fundamental repensar os espaços organizacionais — consulta individual, grupo, atendimento domiciliar, internação — entende-os como “espaços de co-gestão”, isto é, de compartilhamento do saber e da propedêutica sanitários com desejos e interesses dos sujeitos usuários. Além disso, para que esta construção dialógica de uma história do caso

seja possível é importante pensar serviços que facilitem a relação longitudinal, horizontal no tempo, entre profissionais e usuários.

Toda interpretação leva a algum tipo de classificação e de discriminação. Como classificar os sujeitos que utilizam serviços de saúde?

Como portadores de doença, ou de algum tipo de risco ou por ciclo vital? Há potência e limite em todas estas formas de generalizar e de buscar regularidades. Na prática clínica e de programas sanitários dificilmente se escapará de alguns ou até mesmo de vários desses estilos de classificação. Pessoas portadoras de hipertensão arterial, gestantes, menores de um ano ou maiores de sessenta anos de idade, etc., todas são maneiras de identificar pessoas ou agrupamentos que necessitam de projetos terapêuticos singulares. Estudos têm apontado inconvenientes neste tipo de procedimento, tanto no sentido de criarem preconceitos contra os portadores destas doenças ou destas características consideradas de risco, com a conseqüente discriminação posterior, quanto porque estas características patológicas tendem a ocupar todo o sentido e significado do sujeito (Amarante, 1996). A pessoa com certa patologia transforma-se em tuberculoso, psicótico; muitas vezes a característica considerada mórbida ocupa todo o espaço do sujeito, e a pessoa concreta transforma-se em apenas um “transplanta-do”, “idoso” ou “não aderente ao tratamento”, o que “autorizaria” a equipe de saúde a uniformizar a atenção a eles dispensada, ignorando a peculiaridade e variações de cada caso. Assim, por exemplo, todos os casos de não-adesão ao tratamento de tuberculose em um serviço, receberão o mesmo tratamento supervisionado com visitas domiciliares periódicas de agentes de saúde; descuidando-se de compreender os mecanismos (fatores) que levaram cada caso a ter dificuldade de seguir um tratamento prescrito. Estes “fatores” podem relacionar-se desde a um estado depressivo grave até a sobrecarga de trabalho ou a outros processos de co-morbidade que dificultem o cumprimento do prescrito.

Resumindo, considera-se que a atribuição de um diagnóstico e de uma classificação de risco e de vulnerabilidade é um procedimento não somente inevitável como até mesmo necessário. Por outro lado, o método ampliado reconhece que a eficácia da intervenção depende da capacidade da equipe de singularizar o diagnóstico e o projeto de intervenção em cada caso, seja individual, seja comunitário. A descoberta de regularidades, e o enquadramento do caso em classificações genéricas, não dispensam a necessidade de avaliar a vulnerabilidade e de desenvolver projeto terapêutico ou de intervenção conforme cada caso: conforme cada indivíduo ou grupo. O diagnóstico não deve evidenciar ape-

nas os problemas de saúde, mas necessita também identificar “fatores de proteção”, capazes de potencializar o sujeito a reconstruir seu modo de vida apesar do problema de saúde. Identificar “objetos de investimentos” da pessoa ou do agrupamento, rede de apoio, mecanismos de proteção, etc., são essenciais para o sucesso do projeto terapêutico.

Abrir um diálogo sobre a circulação de afetos entre trabalhadores e usuários é um momento diagnóstico importante. Costumo utilizar os conceitos de “transferência e contratransferência” (Freud [1912], 1969) para realizar essa tarefa. Os profissionais ao estabelecer relações de trabalho com uma pessoa ou com um grupo contratransferem sentimentos e impressões, prejudgando estes usuários segundo critérios estereotipados. Esta padronização automática ocorre segundo categorias originárias da história pessoal de cada profissional, da instituição ao qual se filiam (médicos, enfermeiros, etc.) ou da organização em que trabalham (sistema público, pronto-socorro, hospital, etc.). Assim, é importante refletir sobre o tipo de sentimento que cada caso produz no profissional responsável: indiferença burocrática, desafio profissional, vontade de ajudar, indisposição em função de alguma característica do usuário, como alcoolismo, dependência a drogas, violência, religião, ideologia, etc. Da mesma maneira, o usuário transfere aos profissionais, e ao serviço, afetos diversos que precisam ser compreendidos pelos dois lados: dependência absoluta do técnico, esperança mágica, revolta, desafio, etc. A co-construção de autonomia depende bastante da explicitação deste paralelogramo de afetos que entrecruzam.

O diagnóstico, em realidade, não está separado das possibilidades de intervenção terapêutica, seja preventiva, seja curativa. Partindo-se de uma perspectiva centrada na “vontade de saber” o diagnóstico é infinito, já que saúde e doença é um processo muito complexo e sempre faltará o estudo de algum fator com grande probabilidade de estar interferindo no processo. É o compromisso com a saúde do usuário, mais do que a consolidação de certezas, que autoriza o profissional a saltar do diagnóstico para a elaboração de algumas formas de intervenção. Por outro lado, em clínica e em saúde pública, a intervenção é uma forma para enriquecer o diagnóstico. Isso quando se adota o procedimento de refletir-se sobre a prática, quando se adota a regra de que toda intervenção deve ser imediatamente avaliada. Nesse sentido o diagnóstico durará enquanto durar o projeto terapêutico. A saúde e doença é um processo que muda a cada dia, a cada momento.

A singularização do atendimento depende da construção dialógica do projeto terapêutico entre trabalhador e usuário, isto é, exige uma

modalidade particular de co-gestão da clínica e da saúde coletiva. Uma interação que não corresponde à que ocorre em Conselhos de Saúde. A “gestão compartilhada da clínica e da saúde pública” não é equivalente, nem tem a mesma lógica, da co-gestão da política e da gerência em saúde. Não, porque a co-constituição do sujeito envolve fatores orgânicos, subjetivos (desejo e interesse) e sociais (contexto); gerando escolhas paradoxais: ora em acordo com a racionalidade clínica ou sanitária, ora não; ora aceitando as conclusões diagnósticas e terapêuticas padronizados, ora exigindo dos profissionais a invenção de medidas singulares; ora, mesmo havendo capacidade de escuta, o discurso do usuário obedecerá a elementos conscientes (cultura e lógica), ora seu comportamento será também orientado por elementos inconscientes (desejo e ideologia) não necessariamente em acordo ao projeto terapêutico contratado.

Poderíamos resumir este paradoxo com o jogo de palavras: o cérebro mente.

Apesar da existência de importante grau de incerteza na relação trabalhador de saúde/usuário, é possível lidar com este paradoxo, desde que ele seja explicitado ao longo dos encontros dialógicos entre profissional e usuário. Em realidade a “co-gestão da Saúde Coletiva e a Clínica compartilhada” são os esforços, sistemáticos e metodológicos, para permitir a co-construção do diagnóstico e da terapêutica, combinando a racionalidade clínico/sanitária e o interesse/desejo do usuário.

AMPLIAÇÃO DOS MEIOS DE INTERVENÇÃO

Além da tradicional terapêutica — fármacos e cirurgia — usar o poder terapêutico da palavra e co-construir intervenções sobre situações de risco ou de vulnerabilidade do sujeito, do contexto ou da coletividade.

Em saúde coletiva, além de vacinas e restrições comportamentais, co-construir com a comunidade envolvida projetos de intervenção sobre saúde/doença.

Para realizar essa ampliação do momento terapêutico e preventivo, realizando-se uma co-gestão do trabalho clínico e de saúde coletiva, tenho me valido da técnica do “apoio Paidéia” (Campos, 2003).

O “apoio Paidéia” é um método de trabalho que utiliza os “espaços coletivos” existentes nos sistemas de saúde, buscando produzir neles uma relação dialógica em que terapêutica ou prevenção resultem de um contrato entre diferentes: técnico e usuário. O “apoio Paidéia” ob-

jetiva, enquanto se realiza o trabalho cotidiano (em enfermarias, atendimento individual ou em grupos, atenção domiciliar, projetos comunitários), ampliar a capacidade de análise/compreensão de si mesmo e de relações com o mundo da vida. Além disso, busca ampliar capacidade de intervenção sobre si mesmo e sobre organizações e contexto.

A capacidade de compreender depende de uma diminuição das áreas de não-saber, reduzir o desconhecimento, nesse sentido a educação em saúde e o acesso às informações são fundamentais. No entanto as possibilidades de compreensão dependem também de resistências internas (não poder ou não querer saber sobre algo). O inconsciente abrange o funcionamento dos mecanismos de desejo conforme teorizado por Freud, mas também é constituído por estímulos ideológicos. Os valores, sejam religiosos ou políticos, tendem a operar sem que as pessoas se dêem conta de sua influência.

Da mesma maneira, a capacidade de agir não depende apenas do acesso às informações pertinentes ou da elaboração de um plano adequado. Depende também de relações de poder e de bloqueios internos ao sujeito.

Em função desses paradoxos o “apoio Paidéia” é pensado como recurso terapêutico voltado para ampliação de autonomia dos sujeitos.

Para ajudar o sujeito a realizar este percurso complicado o “método do apoio” recomenda que os trabalhadores apresentem “ofertas” aos usuários. Estas “ofertas” do clínico e do sanitariano dependem de “ontologias” (conhecimento clínico e sanitário), tanto na construção do diagnóstico quanto na definição e no agir terapêutico. A noção de “oferta” difere da noção de “prescrição” porque pressupõe a possibilidade de que o usuário a analise de modo crítico, em uma relação dialógica com o profissional, e, em seguida, seja tomada uma decisão compartilhada. A oferta modificada pela análise compartilhada deverá ser aplicada, ela se transforma em tarefa tanto para a equipe do serviço quanto para o usuário, e necessita ser reavaliada em função do seu impacto. Momento reflexivo que ajuda o usuário e profissional a compreenderem suas resistências internas e os bloqueios estruturais à mudança de situação.

Da mesma maneira, nestes espaços dialógicos os trabalhadores devem estimular o sujeito usuário a apresentar sua “demanda”, que igualmente será submetida a uma análise crítica compartilhada, com a tomada conjunta de decisões que redundaram em operações a cargo de trabalhadores ou de usuários. O efeito dessas operações deverá ser também submetido a um diagnóstico compartilhado.

O método do “apoio” tem sua centralidade na reflexão sobre o fazer e em sua repercussão sobre sujeitos. Reflexão sobre a capacidade de elaborar compromissos, contratos e viver em redes (sistemas de relação).

O método de “apoio” para orientar caminhos possíveis para esta análise compartilhada utiliza “núcleos temáticos” sobre o mundo (contexto) e sobre o sujeito (veja Figura 2). “Núcleos Temáticos” são uma “ontologia” construída em função de minha própria experiência como profissional e, às vezes, como gestor, indicando temas que contribuem para ampliar a reflexão crítica e a autonomia das equipes de saúde e dos usuários.

Figura 2. Núcleos temáticos para análise Paidéia

RELATIVOS AO MUNDO

Finalidade/objetivo da ação humana
 Resultado/ produto da ação humana
 Meios de intervenção/espacos dialógicos/co-gestão
 Objeto do qual se encarrega

RELATIVOS AO SUJEITO

Objeto de investimento/sentido/significado
 Capacidade de estabelecer contratos e compromissos com outros
 Análise da rede de poder/co-gestão
 Mecanismos de controle social/espacos coletivos
 Referência cultural/ética/política
 Potência/fator de proteção e Limites/obstáculo/resistência.

Os núcleos temáticos orientam os trabalhadores sobre que tipo de oferta deve ser apresentado como temas de reflexão. Há necessidade de singularizar, momento criativo, traduzindo cada uma destas ofertas para o contexto concreto em que se trabalha. Assim, por exemplo, em algum momento o clínico buscará refletir com o usuário, inscrito em um programa de hipertensão, sobre o objetivo de seu tratamento, produção de saúde e construção de autonomia. E assim por diante.

Ressalte-se a importância dos temas relativos ao sujeito, e particularmente entre eles a reflexão sobre o “objeto de Investimento”, isto é, trazer à baila considerações sobre o prazer, indagar sobre que assunto tem sentido e significado singular para usuários e trabalhadores. Este é um ponto de apoio sobre o qual equipe e usuários poderão refletir para alterar o seu modo de vida.

REFLEXÕES SOBRE O RESULTADO CONCEPÇÃO AMPLIADA

Tomar o resultado da ação como um núcleo temático para análise e reflexão é um poderoso instrumento para ampliar a capacidade de compreensão e de ação dos sujeitos.

O produto do trabalho em saúde poderá ser avaliado segundo quatro planos:

— o da “eficácia”, que indica a capacidade de o trabalho em saúde produzir saúde e bem-estar;

— o da co-construção de autonomia: capacidade de expressar desejos e interesses e compor contratos ou redes com outros;

— o da produção do menor dano possível: *primum, non nocere*; primeiro, provocar o mínimo de efeito colateral ou de iatrogenia possível. Todo procedimento sanitário, em tese, produz algum benefício ao esclarecer um quadro ou assegurar um efeito preventivo ou terapêutico, mas produz também algum efeito nocivo. As intervenções sobre o corpo ou sobre o modo de vida das pessoas nunca são inócuas. Produzem efeitos em diversas direções, mesmo em sentido não esperado. Isso vale tanto para efeitos de fármacos, cirurgias e procedimentos diagnósticos, quanto para analisar os efeitos do discurso e das recomendações técnicas sobre as pessoas. Se há um poder terapêutico da palavra e do apoio, há também, sempre, algum efeito indesejado provocado a partir dessas interações subjetivas. Todo trabalho em saúde provoca algum tipo de dependência e produz alguma forma de controle social do sistema sobre os usuários. Sempre, por mais compartilhadas sejam a clínica e saúde coletiva. O antídoto é o exame dos efeitos produzidos de maneira franca e compartilhada;

— há ainda o plano da “eficiência”: cada projeto e cada procedimento sanitário necessitam ser executados com o menor custo possível.

A análise de resultados e o julgamento avaliativo devem resultar da interação entre estes planos, de sua comparação. E por mais objetivos sejam os dados, qualquer julgamento terá implicações subjetivas, fundadas em valores e diretrizes políticas. Devendo, portanto, os julgamentos, tanto de projetos individuais quanto de outros programáticos (coletivos), serem elaborados de maneira dialógica, mediante o compartilhamento da avaliação e da tomada de decisão corretiva de rumos.

ARRANJOS ORGANIZACIONAIS QUE POTENCIALIZAM A AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA E DA SAÚDE COLETIVA

Para que os profissionais consigam trabalhar segundo as diretrizes de “ampliação” e de “compartilhamento” da clínica e da saúde pública há obstáculos e desafios a superar em vários planos. Há um plano político, o da construção de sistemas públicos de saúde eficazes e com modelos de gestão democráticos. Há um plano teórico ou epistemológico conforme se discutiu ao longo do capítulo. Mas há um desafio organizacional ou de gestão. É fundamental proceder a reformas do modelo de gestão, criando-se arranjos organizacionais que facilitem e mesmo estimulem a realização de uma nova clínica e um novo trabalho sanitário.

Em termos gerais poderíamos indicar que há duas grandes linhas por onde necessitaria caminhar esta reforma. Por um lado, inventar uma organização do trabalho que facilite a construção de vínculo, a relação horizontal no tempo e a clara definição de responsabilidade clínica ou sanitária entre trabalhadores e usuários. Por outra vertente, é importante o desenvolvimento de mecanismos que avancem com a democratização das organizações de saúde, possibilitando o compartilhamento da gestão em todas as suas etapas. Implementar a co-gestão dos serviços de saúde não é tarefa fácil, exige desenvolvimento institucional e dos sujeitos envolvidos com o processo. Co-gestão, conselhos e colegiados, planejamento analítico, contrato de gestão participativo, entre outros, são recursos importantes para esta reforma tanto política quanto do modelo de gestão.

A especialização e multiplicação de profissionais que intervêm de modo fragmentado em cada caso é um dos fatores que também têm dificultado a construção de vínculo e responsabilidade sanitária e, praticamente, impede a clínica compartilhada. O mesmo pode-se afirmar com relação ao excesso de demanda que sobrecarrega os profissionais e aos múltiplos empregos, hábito comum particularmente entre pessoal médico e de enfermagem.

Há importante consenso sobre a necessidade de se reformular o trabalho em saúde; entretanto predominam sugestões para objetivar ou padronizar o trabalho clínico, raramente há soluções para que a equipe possa singularizar a atenção. Protocolos, “acreditação” de serviços de saúde, *management care* e gerencia de casos com exclusão dos clínicos, gestão com base em resultados ou metas, todas são linhas de reformulação da gestão voltadas para o controle externo dos profissio-

nais, a racionalidade que as comanda é a diminuição do poder e da autonomia dos profissionais sobre a condução de casos.

Trabalho com a perspectiva de mudanças organizacionais que misturem métodos de padronização com outros que facilitem uma clínica singular e uma abordagem que combine elementos biológicos, psíquicos e sociais. Para essa finalidade, é importante criar dispositivos organizacionais que facilitem vínculo, seguimento horizontal, definição clara de responsabilidade clínica e assegurem a organização democrática e interdisciplinar do trabalho em saúde.

Em estudos anteriores sugeri a democratização das instituições de saúde e simultaneamente melhor definição da responsabilidade sanitária de cada profissional, de cada equipe e de cada departamento, mediante a constituição de espaços coletivos para co-gestão da saúde coletiva e da clínica (Campos, 1998).

A mudança do padrão de responsabilidade sanitária tende a se ampliar quando há vinculação de clientela a equipes interdisciplinares, organizando-se o que denominei de “equipes de referência interdisciplinar”, com adscrição de clientela e valorização do vínculo e horizontalização do atendimento. Recomendava ainda o “apoio especializado matricial”, isto é, a constituição de uma rede de especialistas que apoiarão trabalho de cada “equipe de referência” (Campos, 1999).

O “apoio matricial” em saúde objetiva assegurar, de modo dinâmico e interativo, retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência. O apoio tem duas dimensões: suporte assistencial e técnico-pedagógico. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar apoio entre as diferentes equipes e níveis de atenção do sistema. A metodologia de gestão da atenção denominada “apoio matricial” é complementar e, ao mesmo tempo, modifica a tradição dos sistemas hierarquizados. Personaliza a referência e contra-referência, ao estimular contato direto entre referência e apoio; entre generalista e especialista.

Outra mudança fundamental para facilitar a ampliação da clínica é a constituição de espaços coletivos internos às equipes de saúde, em que seja possível avaliação de risco e da vulnerabilidade dos casos com elaboração de Projeto Terapêutico Singular (Nicácio, 1994) e construção de consenso sobre diretrizes e protocolos. A criação de conselhos de gestão que articulem direção com rede de serviços e representação dos usuários também é outro fator estratégico.

Um dos desafios implícitos na prática compartilhada do trabalho em saúde depende da ampliação do poder do usuário no cotidiano

dos serviços de saúde. Vários arranjos poder ser implementados com este objetivo: valorizar e possibilitar presença de acompanhante sempre que possível e necessário; assegurar aos usuários acesso à informação sobre política, gestão e processo saúde/doença; e considerar capacidade de autocuidado como indicador de eficácia da atenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida Filho, Naomar. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva* 9(4), pp. 865-84, 2004.
- Amarante, Paulo. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- Ayres, José Ricardo C. M. Epidemiologia, promoção à saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 5(1), pp. 28-42, 2003.
- Bobbio, Norberto. *Teoria geral da política: a filosofia política e a lição dos clássicos*. Trad. Daniela B. Versiani. Rio de Janeiro: Campus, organizado por Michelangelo Bovero, 2000.
- Blackburn, Simon. *Dicionário Oxford de Filosofia*. Trad. Desidério Murcho et al. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- Breilh, J. & E. Granda. “Os novos rumos da epidemiologia”, in: Everardo D. Nunes (org.). *As Ciências Sociais em saúde na América Latina*. Brasília: Opas — Tendência e Perspectiva, 1985, pp. 241-53.
- Camargo Jr., Kenneth R. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Campos, Gastão Wagner S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. 2.^a ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- . O Anti-Taylor: sobre a invenção de um Método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública* 14(4), pp. 863-70, 1998.
- . Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 4(2), pp. 393-404, 1999.
- . *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- . *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Carvalho, Sérgio Resende. *Saúde coletiva e promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- Chauí, Marilena. *O discurso competente e outras falas*. 11.^a ed. São Paulo: Cortez, 2006.

- Cunha, Gustavo Tenório. *A clínica ampliada na atenção primária*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- Deleuze, Gilles. *Diferença e repetição*. Trad. Luiz Orlandi & Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- Donnangelo, Maria Cecília F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- Foucault, Michel. *Microfísica do poder*. Org. e trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- . *A hermenêutica do sujeito*. Trad. Márcio Alves da Fonseca & Salma T. Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- Franco, Saul; Everardo D. Nunes; Jaime Breilh & Asa Cristina Laurell. *Debates em medicina social*. Equador: Ediciones OPS/Alames, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 92, 1991.
- Freud, Sigmund. [1912] *A dinâmica da transferência*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- . [1933]. *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- Gardner, Howard. *A nova ciência da mente: uma história da revolução cognitiva*. Trad Cláudia M. Caom. São Paulo: Edusp, 2003.
- Gramsci, Antonio. *Concepção dialética da história*. 2.^a ed. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
- Laurell, Asa Cristina. “Algunos aspectos teóricos y conceptuales de la epide-miología social”. *Revista Centro-Americana de Ciencias de la Salud* 3(5), pp. 78-97.
- Luz, Madel T. *Natural, racional e social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- Jaeger, Werner. *Paidéia: a formação do homem grego*. Trad. Artur Parreira. São Paulo: Martins Fontes & Universidade de Brasília, 1986.
- Mendes, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
- Maynard, Alan. Evidence-based Medicin: an Incomplete Method for Informing Treatment Choices. *The Lancet* 348, pp. 126-58, 1978.
- Mendes Gonçalves, Ricardo Bruno. *Processo de trabalho em saúde*. Brasília: Opas/Ministério da Saúde, in: Manual do CADRHU — Módulo I; 1988.
- Minayo, Maria Cecília S. “Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva”. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(1), pp. 7-20, 2001.

- Morin, Edgar. *Ciência com consciência*. Lisboa: Europa-Europa, 1994.
- Moura, Arthur Hyppolito. *A psicoterapia institucional e o clube dos saberes*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Nicácio, Maria Fernanda S. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1994.
- Nunes, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história e paradigmas. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação* 3, pp. 107-16, 1998.
- OPS/OMS. *Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos y experiencias*. Washington: OPS/OMS, Publicación Científica n.º 519, 1990.
- OMS. *Alma-Ata Declaration*. Washington: Unicef/WHO, 1977.
- Onocko Campos, Rosana T. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo, editora Hucitec; 2003.
- Pichon-Rivière, Enrique. *O processo grupal*. São Paulo, editora Martins Fontes, tradução de Aurélio Veloso; 1988.
- Samaja, J. “Epistemologia e epidemiologia”, in: N. Almeida Filho; R. Barata; M. Barreto & R. Veras (org.) *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, tendências e perspectivas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz-Abasco, 1998, pp. 23-36.
- Schüler, Donald. *Heráclito e seu (dis)curso*. Porto Alegre: L&PM, 2001.
- Stone, I. F. *O julgamento de Sócrates*. Trad. Paulo Henriques Brito. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- Testa, Mario. *Saber en salud — la construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.
- Vasconcellos, Maria José E. *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus, 2002.
- Winnicott, D. W. *Natureza humana*. Trad. de Davi L. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2006: Working Together for Health*. Genebra: WHO, abr., 2006.