

Co-construção de autonomia: o sujeito em questão

Rosana T Onocko Campos e Gastão Wagner de S. Campos.

(Publicado em Tratado de Saúde Coletiva; Editora Hucitec/Fiocruz; organização Campos, GWS; Minayo, MCS; Akerman, M; Drumond Júnior, M; Carvalho, YM. - 2006

Autonomia e saúde:

Há alguns anos (CAMPOS, 1994, 2000) incluímos a autonomia como um dos objetivos ou uma das finalidades centrais da política, da gestão e do trabalho em saúde (clínica e saúde coletiva). Além de produzir saúde também caberia aos sistemas de saúde contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas.

Considerar a co-construção de autonomia como uma das finalidades do trabalho em saúde tem importantes implicações políticas, epistemológicas e organizacionais. A adoção desta diretriz exige uma reformulação ampliada tanto dos valores políticos, quanto do sistema de conceitos teóricos que orientam o trabalho em saúde. A principal destas mudanças refere-se à redefinição do “objeto” do trabalho em saúde, refere-se a pensar esse “objeto” como uma síntese entre problemas de saúde (riscos, vulnerabilidade e enfermidade) sempre encarnados em sujeitos concretos. Esta valorização do “sujeito” e de sua singularidade altera radicalmente o campo de conhecimento e de práticas da saúde coletiva e da clínica.

Para ser coerente com esta diretriz, a de buscar a co-construção de autonomia tanto para usuários quanto para os profissionais, há que se preceder a uma ampla reorganização da clínica e da saúde coletiva; e, em decorrência, também dos modelos de gestão e de atenção.

Os objetivos essenciais do trabalho em saúde seriam, portanto, a própria produção de saúde e também a co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos nesses processos: trabalhadores e usuários.

Tomamos o conceito de autonomia e de saúde não como valores absolutos. Não como estados estáticos, mas como processos dinâmicos em que saúde e autonomia implicam em perdas ou em aquisições sempre gradativas. Saúde e autonomia em graus variáveis, quase como se fossem coeficientes relativos a um padrão do próprio sujeito ou a padrões sociais e históricos estabelecidos.

Neste sentido o conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), logo após a II Guerra Mundial (Saúde não é somente a ausência de doenças, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social), tem tido um efeito paradoxal no campo da saúde. Por um lado, contribuiu para ampliar o escopo de políticas e de programas ao reconhecer saúde não somente como ausência de enfermidades, conforme tendência do paradigma médico tradicional, mas como um estado atrelado a uma tríplice dimensão: física, mental e social. Por outro difundiu a perspectiva estática de tomar a saúde como um estado absoluto de bem-estar, uma condição inatingível e, portanto, com pequena contribuição para orientar a gestão do trabalho.

Para a concepção aqui defendida a saúde deve ser avaliada de forma relativa, ou seja, a pergunta “como se produz saúde ou o que é produzir saúde” deverá ser respondida sempre em relação, em comparação, a alguma posição anterior do sujeito sob análise, seja ele um indivíduo ou uma coletividade. Neste sentido, um projeto terapêutico de cuidados paliativos para um paciente sem alternativa de tratamento curativo, se aplicado em co-gestão com o usuário, estará produzindo saúde para este indivíduo. O mesmo se poderá afirmar de um programa de saúde pública que consiga reduzir padrões de mortalidade em um território dado sem, contudo, igualar-se ao que seria considerado adequado em função de metas nacionais ou internacionais.

A mesma perspectiva temos utilizado para definir autonomia. Não tomamos autonomia como o contrário de dependência, ou como liberdade absoluta. Ao contrário, entendemos autonomia como a capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependências.

Autonomia poderia ser traduzida, segundo esta concepção, em um processo de co-constituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmo e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos.

A co-constituição de autonomia depende, portanto, de um conjunto de fatores. Depende sempre do próprio sujeito, do indivíduo ou coletividade. Por este motivo nos referimos sempre a co-produção de autonomia, co-constituição de capacidades ou co-produção do processo de saúde/doença. O sujeito é sempre co-responsável por sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca. No entanto, a autonomia depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele tenha participado da criação destas circunstâncias. Depende da existência de leis mais ou menos democráticas. Depende do

funcionamento da economia, da existência de políticas públicas, de valores veiculados por instituições e organizações. Depende da cultura em que está imerso.

A co-produção de maiores coeficientes de autonomia depende do acesso dos sujeitos à informação, e mais do que isto depende de sua capacidade de utilizar este conhecimento em exercício crítico de interpretação. O sujeito autônomo é o sujeito do conhecimento e da reflexão. Reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo. Mas a autonomia depende também da capacidade do sujeito de agir sobre o mundo, de interferir sobre sua rede de dependências. Sujeito da reflexão e da ação. Neste ponto entra o tema do poder, a capacidade do sujeito lidar com o sistema de poder, de operar com conflitos e de estabelecer compromissos e contratos com outros sujeitos para criar bem-estar e contexto mais democráticos.

Por que falamos em “co-construção” de autonomia?

Sobre duas dimensões da autonomia: política e psicanalítica. Toda autonomia é construída na história (seja pessoal ou social) e é fruto de um processo.

O ser humano nasce frágil, fraco. Comparado com qualquer mamífero ele demorará muito tempo para conseguir existir separado da mãe ou substituto. Nos primórdios da vida a dependência é quase absoluta: ser alimentado, carregado, limpo e aquecido são necessidades básicas do recém-nascido. Como espécie, desenvolvemos o maior cérebro (proporcional ao corpo) do planeta, mas nosso pescoço demora meses em segurá-lo sem ajuda. Um filhote de girafa faz isso meia-hora após nascer. O potrinho recém-nascido ficará em seguida de pé. Como vemos nada mais alheio à noção tradicional de autonomia do que um bebê humano.

Alguns psicanalistas chamaram a atenção para esse fato, Winnicott (1999) disse provocador: “*Não existe essa coisa chamada bebê*”, ele queria mostrar a importância da relação mãe-bebê, nossa primeira dependência. Um bebê humano sozinho não sobreviverá. Se já nascemos dependentes biologicamente, logo nos tornamos dependentes psicologicamente. Pensem, se alguém consegue trocar parte de nossa dor e de nossa fome por alívio e prazer é, então, compreensível que rapidamente sejamos tomados de amor por essa pessoa. O amor - ô amor!- torna-nos ainda mais dependentes. Desde começo do século XX sabemos que o bebê humano pode morrer de “hospitalismo”, isto é, apesar de todas

suas necessidades vitais serem atendidas (comida, aquecimento, trocas, etc) a falta de um investimento afetivo poderá jogar alguns bebês numa depressão mortal.

Vejamos bem, há interdependência entre o biológico e o subjetivo, ou seja, um tipo de necessidade (biológica) rapidamente se articula a um padrão de comportamento e de demandas (psicológicas e subjetivas).

Assim, onde estaria a autonomia dos humanos? Mas como somos seres inteligentes, rapidamente também inventamos um jeito de lidar com nossas demandas e apreendemos a pedir: choramos, esperneamos, sorrimos... Tudo para agradar a mamãe! E aí começa nossa construção de autonomia, sempre construída nessa dialética entre o nós e os outros, entretecida de maneira única e especial na medida em que elaboramos modos para lidar com a relação interpessoal: primeiro com a mamãe (ou quem exercer esse papel) depois com o restante da família, e assim vamos incorporando outros à relação de convivência. Pouco a pouco vamos criando um padrão, uma maneira somente nossa, um estilo, uma personalidade: viramos um eu, um nós mesmos. Assim, para alguns autores, passaríamos da dependência absoluta para um estado de dependência relativa e logo a uma independência relativa. Nesse percurso, se tudo der mais ou menos certo, teremos adquirido a sensação de continuidade de ser (nosso eu, um “nós mesmos”) Mas, nem isso fazemos a sós, somente poderemos ser um “eu” se já fomos algum dia um nós numa relação.

Por isso Freud (1931) sustentava que toda psicologia é desde sempre social. Para esse autor clássico a própria fragilidade dos seres humanos estaria por trás da necessidade de socialização do homem. *Eros* e *ananké* (amor e necessidade) seriam os pais da civilização humana.

Nas diversas sociedades, em distintos momentos históricos foram sendo criadas também condições diversas para o exercício da autonomia: as leis (jurídicas, religiosas ou simbólicas) enquadram a autonomia de cada um. Os diversos grupos sociais não gozam da mesma autonomia: aos escravos só cabia obedecer, os médicos decidem sobre o processo de trabalho de alguns outros profissionais de saúde, nas sociedades patriarcais os homens decidem sobre as mulheres, etc. Como podemos ver, na ordem social, a questão da autonomia aparece como questão política (dos humanos na *polis*), e é uma resultante das conformações sócio-históricas que se materializam em relações de poder.

Mas, afinal: a quem chamamos de autonomia? *Definição, coeficientes, gradação. Capacidade de lidar com a heteronomia. Múltiplos fatores externos nem sempre plásticos ou ao gosto do sujeito.*

Para o dicionário autonomia é: 1- faculdade de se governar por si mesmo, 2- direito ou faculdade de se reger (uma nação) por leis próprias, 3- liberdade ou independência moral ou intelectual, 4- condição pela qual o homem pretende poder escolher as leis que regem sua conduta. (FERREIRA, 1997)

Na definição de autonomia acima podemos ver como ela é elaborada em relação com a de heteronomia. Autonomia seria os humanos darem-se suas próprias leis; em oposição a recebê-las de outros - heteronomia. Porém, como já vimos em relação à vida de cada um, a autonomia nunca é absoluta, ocorre sempre em coeficientes, sempre em alguma gradação.

A civilização e a cultura não são maleáveis. Para alguns autores, as sociedades modernas foram calcadas na polaridade racionalidade/controle e autonomia/democracia participativa (CASTORIADIS, 2002).

A principal característica da sociedade democrática seria, segundo Castoriadis (Idem), poder colocar em questão a heteronomia das leis. Ou seja, para esse autor, se em toda sociedade (e no nosso próprio desenvolvimento pessoal, no nosso devir humano) as leis se nos apresentam como “dadas”. Foram nas modernas sociedades, onde se conseguiu uma organização democrática e de respeito a direitos de cidadania, que se fez possível, ainda que com “raridade”, questionar as leis. Foi possível assumi-las como invenções dos humanos (e não como verdade dos deuses, por exemplo). “(...) *Consideramos a coisa mais natural viver numa sociedade onde tudo pode ser questionado, quando, na verdade, isto é o que existe de menos natural no mundo*” (Idem, ibidem: 124).

Mas então, qual seria o paradigma teórico necessário para a construção de graus maiores de autonomia, numa sociedade de homens livres? Em nossa opinião, desde os tempos de Péricles, continua a ser o exercício da ação e da palavra, o exercício de defesa do “inter-esse” é essencial à política (KRISTEVA, 2002). Coisa dos homens na *polis*.

Amiúde, nos dias de hoje, temos uma idéia de política assentada principalmente em sistemas de representação, partidos políticos e políticos (seus agentes), os quais, vira e

mexe, nos decepcionam. Mas essa é a cara do nosso atual sistema político, a política não deveria ser reduzida a isso.

A política deveria ser (e é, ainda que às vezes não consigamos apreciar este fato) ponto de criação e de regulação da autonomia. Examinemos a questão: na medida em que as pessoas se constituem como cidadãos responsáveis numa sociedade democrática, elas podem – e devem – agir em prol de formas de organização que propiciem a libertação (isto é, a possibilidade de exercício de graus maiores de autonomia) por parte de cada vez maior número de pessoas. Isto como um caminho para facilitar a condenação de práticas deploráveis e corruptas, etc. Esse seria o exercício da política quando a co-construção de autonomia é tomada como uma finalidade, como uma diretriz essencial. Mas, por sua vez, precisamos da política como resistência, isto é, como ferramenta para impedir o exercício desenfreado e arbitrário do poder. A obscenidade da autonomia do que acumula poder esmagando a grande maioria que cada vez parece poder menos (graus menores de autonomia).

Portanto, a definição de autonomia que propomos a torna sempre uma forma relativa, em gradientes, passíveis de terem seus limites sempre tencionados, mudados. O seu exercício, assim, se aproxima de uma ética, pois deverá sempre se colocar em situação e envolverá algum juízo de valor. Não haveria uma autonomia pronta a priori para todos, nem para qualquer situação.

Tentamos mostrar que a autonomia plena não existe, nem seria bom que houvesse, pois seria um retorno à vida selvagem, em cima das árvores. Sendo assim estaríamos condenados a repetir os rituais já inventados pela civilização e pela cultura? Jamais teríamos autonomia suficiente para mudar no mundo as coisas com as quais discordamos (guerras, pobreza, desigualdade social)? Consideramos que esse seria o alvo da ação política.

O que é um sujeito? (*Algumas concepções: a dimensão inconsciente, a do cogito, a comunicativa, etc.*).

Se o ser humano nasce frágil e condenado a viver em sociedade, de qualquer modo, ele vive, cresce e se transforma em um sujeito. Assim como há um caminho pessoal a ser percorrido por cada ser humano na busca de sua autonomia, também houve um percurso na

história da humanidade, para se chegar às atuais sociedades democráticas. Seria impossível resumirmos aqui séculos de história do pensamento humano sobre si próprio. Todavia, ainda que muito sucintamente, alguns marcos teóricos deveriam ser lembrados. Caberia destacar que o pensamento do homem sobre si mesmo mudou junto ao seu pensamento sobre o mundo. Vejamos:

Idade antiga: muitas culturas diferentes podem ser mapeadas na idade antiga. Contudo, se ficarmos no berço da tradição ocidental, na Grécia antiga nota-se que já existia uma concepção de autonomia vinculada ao cidadão e à organização democrática da *Polis*, a qual permitiria a existência do homem livre. Ação e palavra era a base da vida na *Polis*. O teatro era a arte política por excelência: ele combina ação e palavras, mostra os avatares das personagens ao desenrolar do enredo: os humanos serão punidos ou premiados pelos Deuses em razão de suas ações. Os heróis escolhem. E sempre têm na frente escolhas sofridas e difíceis (e qual não a é até hoje?). Eles têm, portanto, autonomia. Mas é uma autonomia relativa, uma autonomia com preço, autonomia com conseqüências. A concepção vigente entre os gregos era a de uma autonomia em que os atos “levavam” o sujeito a se responsabilizar por eles. Eles combinavam autonomia com responsabilidade. Não haveria ação sem responsabilização.

Idade média: o sujeito da idade média (em geral, muito dependente) é conformado pela religião e pela ausência de direitos. Confrarias, segredos, alquimistas: uma religiosidade controladora de homens, mulheres e valores. Nessa época a autonomia não é um valor. Louvável mesmo é ser temente a Deus. Quem ousar experimentar outras formas de pensar e sentir sofrerá o peso da lei encarnado às vezes até em fogueiras. Queima de bruxas! Literal. Esse universo taciturno e recolhido, feito de claro-escuro aparecerá assim retratado nas artes. Tetos ogivais, sombrios que buscam se aproximar do céu, mas fogem da luz. Pinturas religiosas, com fundos escuros, feixes de luz: isso encantava ao homem medieval. Para Castoriadis (Op. Cit.) toda sociedade religiosa é profundamente heteronímica, pois o pressuposto das regras religiosas é que elas não serão discutidas, são divinas, nos foram dadas e não criadas por nós. A elas estamos plenamente submetidos, e por elas e sua existência não somos responsáveis.

Renascimento: o renascimento volta a concentrar atenção sobre o humano. As figuras religiosas ganham carne, coram, choram, estão “humanamente vivas”. O homem é

recolocado no centro das atenções, a natureza é novamente louvada. O quê renasce? Uma visão sobre o humano influenciada por leituras sobre o mundo grego-romano clássico.

Moderna: o homem moderno aposta na força do pensamento humano. Esclarecimento: não é em vão que a metáfora preferida é visual: a razão jorra luz. O mundo será compreendido em seu funcionamento. O corpo entendido como uma máquina. O progresso e o desenvolvimento decorrerão dessa idéia. O auge do *Cogito*: penso e logo existo. A razão madura, saindo de sua meninice, diria Kant, convida e promete tirar o homem da repetição, da fragilidade e da condição de indefeso.

Contudo, nos primórdios do século XX Freud dirá que o ser humano não age somente consciente, porém também movido pelo seu desejo e por motivações que permanecem inconscientes para ele. O ser humano objeto de suas próprias pulsões, já não mais senhor de si mesmo. Assim, desde o seu advento, a psicanálise convocará ao homem a empreender um caminho que partindo da dependência e da alienação o leve à autonomia e à responsabilização. Essa associação entre autonomia e responsabilização é de fundamental importância para a psicanálise e deve ser destacada: só posso ser autônomo na medida em que me responsabilizo pelos rumos e pelos atos a que meu desejo tem me levado. Pensamos que isso tem conseqüências políticas, não sendo – meramente - uma questão interna, intrapsíquica.

Inúmeros filósofos e cientistas políticos enfatizaram a maneira como a ideologia, os valores e mesmo interesses particulares também influenciam na vida social e política das sociedades (ADORNO, 1997; CASTORIADIS, 1987). A série de guerras e de genocídios, ocorridos ao longo do século XX, desmoralizou a idéia de que a cultura e a educação, por si só, assegurariam o governo racional e justo dos povos. A construção de autonomia – capacidade de reflexão e de ação crítica – passou a ser considerada um ingrediente importante para colocar limites à utilização perversa e destrutiva do poder por classes e grupos dominantes.

Contemporâneo: poderíamos nos interrogar sobre o nosso atual tempo, o contemporâneo (será que de fato há algo “pós” - moderno nele?). Mais do que autonomia, fragmentação. Isolamento. Vertigem. Parece já não haver mais tempo para a reflexão e para escolhas: longe estamos do herói helênico! No tempo acelerado pós-moderno vivemos como se tudo já estivesse decidido (por quem haveria sido)? E brincamos de encenar uma história pela

qual supostamente não pagaremos nenhuma conseqüência (pela qual, portanto, não nos responsabilizamos); carentes de heróis e de demiurgos fomos transformados em vulgares atores figurantes. Se tudo já foi escrito e inventado, só nos restaria repetir o modelo social dominante, nossas velhas práticas, até o fastio.

Se esse individualismo e essa fragmentação são a marca de nossa época parece-nos importante fazermos uma ressalva em relação ao conceito de autonomia. Se entendermos o homem autônomo, com Castoriadis (Op. Cit.), como o homem crítico, reflexivo, democrático, deveríamos, então, diferenciá-lo desse pseudo-individualismo. A condição da crítica e da reflexão democrática é a do reconhecimento de pertença a certa sociedade. É a ancoragem simbólica a um “nós” fortemente investido, no qual certo resgate de alguma tradição se faça possível. A sociedade poderia, assim, ser vista não somente como fonte de constrangimento (aquela na qual a lei aparece como dada e somos condenados a aceitá-la), nem somente como instrumento para a satisfação imediata (uma espécie de mãe monstruosa à qual se endereçam pedidos ininterruptos de assistência), mas como o lugar do reconhecimento de uma pertença ao social histórico. Reconhecer nossa mortalidade, mas fazendo emergir outra maneira de ver o mundo e nossas obrigações com as gerações futuras como uma contrapartida com nossa dívida com as gerações passadas, “*visto que cada um de nós só é o que é em função desses milhares de anos de trabalho e esforço humanos*” (CASTORIADIS, Op. Cit.: 160).

Essa seria a emergência de condições para a realização do projeto da autonomia e da humanização. Um caminho de responsabilização.

A tradição da saúde pública e da medicina: *Objetivação de pacientes e comunidades. A incorporação da categoria sujeito acarreta conseqüências: valores, crenças, interesse, desejo, etc.*

Nesse percurso todo, será importante refletirmos sobre como o conceito de sujeito tem permeado nossas práticas em saúde. Pensarmos o homem somente como portador do cogito, por exemplo, fará que todas nossas práticas educativas, clínicas e preventivas se dirijam à razão e visem alcançar a racionalidade para modificar condutas, etilos de vida, etc.

Já quando entendermos o ser humano também como sujeito do inconsciente, ser com desejo, sujeito barrado já que fragmentado entre o desejo, o princípio de realidade e os valores introjetados, fará que possamos compreender melhor o processo saúde/doença/intervenção. Porque nem sempre fazemos escolhas racionais, nem nossos pacientes, nem nós mesmos. Por que alguém continua fumando? Ou bebendo? Ou sustentando qualquer prática não saudável apesar de “saber” (quer dizer: estar muitas vezes racionalmente informado) que isso lhe fará mal? Estas concepções sobre a co-constituição dos sujeitos e da própria vida social, nos obriga a pensar um pouco sobre como temos organizado nossas práticas.

Seria importante refletir de maneira crítica sobre os eixos da autonomia abordados até agora (constituição do sujeito; constituição da política e do social) em relação a três tipos de práticas que muito nos interessam na saúde, a saber:

- A clínica
- As práticas em saúde coletiva
- A gestão

A clínica:

A tradição da medicina estrutura-se desde a idade moderna como herdeira do iluminismo. Há uma busca intensa pela racionalidade e pela cientificidade das afirmações. A objetivação dos pacientes (transformados assim em objetos da intervenção), e a metáfora do corpo como máquina que poderia ser concertada (LUZ, 1988). O paciente é assim *passivo*. É essa a clínica que, segundo Foucault, se estrutura como certo olhar, ancorada na anatomia patológica, e que teria tido origem no século XIX.

Mas, como lembramos, Freud, no início do século XX, propôs uma clínica baseada já não mais somente no olhar, porém na escuta. Ele propôs a criação de um outro “*setting*” que - não casualmente - coloca no centro da relação clínica a escuta e a fala do usuário e não a visão objetiva do profissional (ONOCKO CAMPOS, 2001). Na maioria das práticas em saúde, lamentavelmente, continuamos a cindir essas duas dimensões e criamos até “*settings*” distintos para operar com elas: consultas médicas (puro olhar, pura externalidade) versus consultas psicológicas (pura escuta). É evidente que isso não é sempre adequado para nossos pacientes.

A ampliação da clínica (CAMPOS, 2003) depende de recolocarmos essas duas dimensões em contato. Com o intuito de ampliar a eficácia (potência de produzir saúde) do próprio sistema de saúde.

O sistema de saúde brasileiro ampliou nos últimos anos dramaticamente a cobertura, o acesso. Mas devemos interrogar-nos: o acesso a quê? A práticas do tipo queixa-conduta que pouco interferem no prognóstico de vida ou na qualidade de vida das pessoas? De que serve a qualquer ser humano saber que é hipertenso se não vai ter acesso a cuidados baseados no vínculo, na construção de um projeto terapêutico individual, para ele próprio co-participar da construção de novos estilos de vidas para si? O Ministério da Saúde, em anos recentes, difundiu a modalidade de campanhas de detecção de riscos ou de doenças, sem nenhum compromisso com a produção de saúde, estratégia que em outro trabalho denominamos de “marketing sanitário” (ONOCKO CAMPOS, 2003b). Os problemas éticos decorrentes dessa postura são óbvios.

É preciso reconhecer que a clínica tradicional - tal como desenvolvida pela medicina a partir do século XIX - não tem contribuído na ampliação do grau de autonomia de pacientes e da população em geral. Amiúde, o paciente é concebido como alguém que não sabe e que deve obedecer às prescrições, as quais por sua vez não são negociadas com o sujeito em questão.

Contudo, sabemos que é necessário reconstruir uma clínica que, sem culpabilizar à vítima, não tire os sujeitos da trilha da responsabilização pelas conseqüências de suas próprias escolhas. Parece óbvio, mas devemos destacar, então, que isso pressupõe que os usuários “farão” escolhas. E os trabalhadores de saúde idem. Ao final caberia a pergunta: nos co-responsabilizamos em relação a o quê? Até onde levaremos nosso furor “*curandis*” ou nosso trabalhar desimplicado com os resultados?

A clínica, aquela prática mais próxima da arte que da técnica, poderia muito bem nos ajudar – nós, pobres humanos – a lidar com as dimensões subjetivas e sociais, componentes inevitáveis de nossas vidas. Uma clínica que resgatasse a possibilidade de se pensar em cada caso (no caso-a-caso) sem descaso com o coletivo. Ou seja, uma clínica que trabalhasse o caso-a-caso juntando os casos. Dez diarreias em um refeitório escolar são dez casos, mas também é um caso para a saúde coletiva, para a vigilância sanitária, etc. A melhor vigilância, que atacasse as causas e evitasse a reiteração do surto diarreico, não seria

efetiva se os dez casos morrerem. Precisamos de clínica e de vigilância. Prevenção e tratamento. As taxas de mortalidade por AVC são maiores no Brasil do que nos países desenvolvidos. Logo, é premente melhorarmos o tratamento desses casos na nossa rede pública. Evitar essas mortes, trabalhar por isso é fundamental para garantir o direito a uma atenção à saúde integral. Todo isso junto a uma assistência que melhore a qualidade da atenção a fatores de risco, como a hipertensão, para sermos também eficazes na prevenção.

As práticas em saúde coletiva:

Sob o olhar da medicina preventiva as comunidades têm sido tratadas majoritariamente com uma abordagem restrita ao olhar: pouco muda o funcionamento em muito assemelhado ao do paradigma positivista da medicina, altera-se simplesmente a escala. Criaram-se também “*settings*” para a escuta: conselhos, conferências, porém dissociados da prática e das intervenções cotidianas. Sendo um pouco irônicos diríamos: escutam-se os cidadãos, porém não necessariamente os grupos de risco ou comunidades da área de abrangência. Em relação a esses vulneráveis, nós os sanitaristas supostamente saberíamos do que eles precisam e o que eles têm a fazer. Essa forma de operar constitui uma falsa polaridade entre individual e coletivo, e entre ações clínicas e preventivas. Polaridade na qual haveria um pólo clínico e individual ao qual corresponderia, em oposição, um pólo coletivo-preventivo. Essa dissociação despotencializa nossas práticas, tirando-lhes a eficácia.

A promoção à saúde tem receitado mudanças no “estilo de vida” e feito análises de risco com a mesma arrogância que antigamente a clínica se adjudicava para influenciar a vida dos pacientes. Realizam-se intervenções ditas “educativas”, ou preventivas, ou até chamadas de promoção à saúde que operam como se houvesse somente saberes técnicos e objetivos em jogo, cujo sucesso dependesse de uma simples “aplicação”. Temos visto intervenções ortopédicas em comunidades. Novos valores e estilos de vida são tratados, nesses casos, como algo a ser enxertado na população. Tanto a clínica quanto as ações de saúde coletiva predominantes são ainda restritas. Ou se mantêm arrogantes, fazendo prescrições não negociadas com os usuários e comunidades, ou ficaram degradadas em procedimentos queixa-conduta ou surto-intervenção.

Poucos agravos respondem a essa modalidade de abordagem. O quadro epidemiológico brasileiro mostra uma prevalência crescente de distúrbios crônicos, difíceis

de serem enfrentados sem reconhecer a autonomia e sem visar a co-produção de autonomia de pacientes e comunidades. Como lidar com essas dimensões todas sem entender que há sempre um outro (sujeito, grupo, comunidade) aí e que a autonomia é ao mesmo tempo um *alvo almejado* e um *meio* para nossas intervenções?

Vivemos, no Brasil, numa sociedade muito desigual. Temos tido dificuldades em nos aproximar das estratégias de sobrevivência de algumas comunidades. O contexto das periferias das grandes cidades é marcado por violência, exclusão, pobreza. Cada vez custamos mais trabalhar para desenvolver uma sensação de pertença “social”, um pacto sobre um conjunto de valores, um “nós” libidinal e fortemente investido, como aquele a que fazia referência Castoriadis, que nos permitisse sentir que somos parte da mesma sociedade e não de (ilusórias) tribos diferentes.

Castoriadis (1986) lembra-nos de que para isso acontecer deveríamos ser capazes de transformarmos nossas ações em práxis, objeto de elucidação.

“Chamamos de práxis este fazer no qual o outro ou os outros são visados como seres autônomos (...) Existe na práxis um por fazer, mas esse por fazer é específico: é precisamente o desenvolvimento da autonomia (...) a práxis é por certo, uma atividade consciente, só podendo existir na lucidez; mas ela é diferente da aplicação de um saber preliminar (não podendo justificar-se pela invocação de um tal saber – o que não significa que ela não possa justificar-se)” (CASTORIADIS, 1986: 94- 95).

O reconhecimento da categoria sujeito, a não dissociação de ações coletivas e individuais, a compreensão de que nossas práticas não operam apenas na dimensão da técnica senão somente a partir dela, mas que precisam de outras variáveis para permitir tanto o reconhecimento quanto o desenvolvimento da autonomia, são fatores importantes para ganharmos em eficácia das nossas intervenções.

Todavia, faz-se necessário interrogarmo-nos sobre como, com quais dispositivos e arranjos organizacionais poderíamos explorar essa possibilidade de fazer práxis na própria prática. E isso nos leva a dimensão da gestão em saúde.

A gestão:

Do ponto de vista da conformação e regulamentação do SUS pouco tem se avançado em relação à discussão da eficácia das práticas assistenciais. Se tivéssemos processos de avaliação sistemáticos, estudos de custo-benefício, etc., poderíamos contar com espaços institucionais onde haveria reflexão crítica tanto sobre a clínica quanto sobre as práticas coletivas.

Nos mais de 5000 municípios que há no país, apesar de termos certas regras gerais para regular o SUS, há uma autonomia quase absoluta para cada secretário municipal decidir em função de quais princípios ou lógica organizará o sistema local.

Essa autonomia é perversa e tem crescido ao amparo de certo discurso “SUSista” da descentralização (CAMPOS, 2006). Não é assim na maioria dos sistemas de saúde do mundo. Nenhum sistema de saúde sério se “reforma” a cada quatro anos. Não há como sustentar um sistema de saúde que tenha legitimidade junto à população e eficácia em termos de produção de saúde (evitar agravos, mortes, danos) se não houver uma séria tomada de decisão, uma consistente elaboração de um projeto, baseado em critérios técnicos e em um amplo debate na sociedade, sobre o SUS que queremos. Estaríamos de fato construindo um “sistema” baseado na Atenção Básica à Saúde como porta de entrada? Diretrizes como integralidade e hierarquização são para valer? Então não deveria ser possível as jogadas de marketing político de alguns candidatos a prefeito que prometem pronto atendimento para todos... Então um projeto consistente de regionalização precisaria ser rapidamente articulado.

A autonomia da gestão local não deveria pressupor o direito de cada nova gestão municipal mexer com a organização dos serviços de saúde por inteiro. Desejamos ressaltar que a questão da eficácia das práticas assistenciais não pode ser negligenciada, e que a duração e direção dos planos de saúde, por exemplo, não deveriam ser tão soltos e/ou abertos.

Outrossim, devemos destacar que as relações de gestão muitas vezes também escamoteiam a produção de autonomia e escondem certo autoritarismo heteronímico. Decisões políticas e técnicas são dadas como verdades, e impostas, abaixadas, sobre equipes e gestores de serviço como se fossem regras divinas e não resoluções de certa administração. Os espaços para a tomada coletiva de decisões continuam a ser escassos e

pouco investidos. Há pouca explicitação ou contratação sobre o que caberia decidir a cada nível hierárquico da administração, e isso gera não poucos atritos, equívocos e brigas.

Essas tendências dificultam a construção de autonomia dos agentes trabalhadores e usuários. Ainda existem, e têm grande capacidade de reprodução por facilitar a utilização partidária ou corporativa do sistema, modalidades de gestão com pouco controle social e qualificação técnica. Por que motivos esta modalidade de gestão se sustenta historicamente? Ganho secundário para os donos do poder? Quando as autoridades responsáveis pela gestão irão se deparar com a necessária responsabilização?

Esta debilidade do sistema de co-gestão e de avaliação da eficácia do sistema gera outro tipo de problema, ao se centrar toda a “culpa” (responsabilidade pelo mau funcionamento) sobre a competência ou incompetência do novo administrador, há sempre certo “ganho” simbólico para os trabalhadores, os coordenadores de Unidades e até para os próprios usuários. Dentro da concepção de “co-produção dos sujeitos e organizações” não seria legítimo sistematicamente poupar estes segmentos de análises de implicação (vale dizer de analisarem sua própria responsabilidade sobre a situação). Os trabalhadores e usuários sempre conservam algum poder de intervenção, ainda que estejam, em geral, condenados a “engolir” mudanças e diretrizes formuladas ao compasso da economia de recursos e impostos pela política econômica sem nenhum fundamento técnico.

Com isto, desejamos chamar a atenção para o processo de substituição do debate técnico-teórico por uma briga de opiniões (em tese todas de igual valor) que tem se constituído em uma das grandes armadilhas em numerosos municípios brasileiros. Denunciamos esse movimento como um dos principais efeitos de captura, no contemporâneo, da fragmentação individualista a que nos referíamos no começo deste texto.

Muitas pessoas bem-intencionadas caem nessa armadilha, às vezes em nome da politicamente correta participação, debate, discussão. Entendemos que uma briga de “opinólogos” não caracteriza de maneira alguma o pólo da democracia - participação característica das sociedades autônomas a que se referia Castoriadis. Pelo contrário, poder discutir em prol da autonomia seria fazer práxis na própria prática, assim seria sempre necessário deliberar, elucidar quais estão sendo os efeitos de nossas práticas de saúde, em

termos de produção de saúde (redução de mortes, de sofrimento, índices de cura, de complicações, etc.).

Vejamos...

Os profissionais de saúde: sujeitos que trabalham com, para e sobre outros sujeitos.

Como lidar com isso nos serviços de saúde: co-gestão da clínica (paciente/profissional), da saúde coletiva (equipes/ comunidades) e da própria organização do serviço (equipe/ gerencia).

Se há uma dimensão produtora de autonomia para a clínica, é aquela em que – por meio do vínculo – pode-se desenhar um campo de propostas terapêuticas que recolorem o sujeito no trilho da responsabilização pela própria vida. Como diria o Cangilhem (1982): pelas suas maneiras de conduzir a vida, pelas suas formas de produzir novas normatividades (não normalidades). Evidentemente, tal clínica não se articula somente em base a conhecimentos técnicos bio-médicos, porém, assenta-se muito mais em aspectos relacionais da intervenção profissionais-trabalhadores/ usuários. Aspectos esses que também pressupõem o domínio de certas técnicas, porém já não somente de ordem bio-médica.

Essa nova clínica, estimuladora da autonomia, que Campos (2003) chamou de ampliada e sugeriu que fosse feita de maneira compartilhada, seria aquela que trabalhasse com avaliação de riscos em varias dimensões, uma clínica preocupada com a complexidade do caso a caso e a complexidade das intervenções nos coletivos contemporâneos.

Explicando: não mais nos serve pensarmos em fatores de risco isolados. É premente enfrentarmos as dimensões biológicas, sociais e subjetivas tanto nos casos individuais como nas intervenções nas comunidades. “Não existe essa coisa chamada fator de risco”; poderíamos dizer parodiando Winnicott - psicanalista e pediatra; lembrando que ele fez essa provocação para mostrar a importância de se trabalhar sempre com a dupla mãe-bebê. Estamos tentando uma provocação análoga: não há fatores de risco perambulando por aí. Há pessoas, sujeitos concretos, organizados em comunidades mais ou menos articuladas do ponto de vista simbólico e material que podem ter escolhido estratégias de vida que os expõem a maiores ou menores riscos de uma ou outra enfermidade. Eles não podem virar nossos “objetos” sob pena de sermos, todos, objetos amanhã.

Talvez a categoria vulnerabilidade seja um pouco mais interessante para explorar essas questões da eficácia e da autonomia de nossas práticas. (AYRES, 2003)

As práticas de saúde – clínicas, preventivas, de promoção - podem ser desenvolvidas *sobre* pessoas e comunidades ou *junto* a pessoas e comunidades (CAMPOS, 2003). E ali nos interpela um imperativo ético. Ali somos obrigados a nos interrogar sobre os usos que fazemos até os dias de hoje de nosso poder de saber.

Trabalhar em prol da produção da saúde, demanda-nos uma outra atitude como cidadãos, como professores, como membros de equipes de saúde. Nossa função é colocar-nos a serviço da defesa da vida, como agentes que se deixam tocar, sujeitos que também sofrem interferência da vida que pulsa. Colocar nossa dimensão técnica do trabalho a serviço das estratégias de vida dos próprios usuários, e ainda, importante, seria o resgate da dimensão da autonomia. Tanto do seu reconhecimento (ela existe, nem que seja em potencial, sempre há a possibilidade de autonomia em usuários, trabalhadores, comunidades), quanto de sua co-produção (nossas práticas estão aumentando o coeficiente de autonomia desses usuários e comunidades? Ou, pelo contrário, produzindo um exército de seres pedintes e tutelados que em nada se responsabilizam pela própria vida, nem pela produção de condições de vida mais saudáveis na sua própria comunidade?).

É às categorias dos processos de subjetivação, e da conformação de sujeitos que desejamos voltar agora.

As formas pelas quais as pessoas se relacionam com outros e com o contexto, os valores nos quais acreditam, o que é aceito ou tolerado por um dado sujeito, em uma dada comunidade, são fundamentais para pensarmos esse nosso papel de agenciadores e de potencializadores de processos de mudança, de novas leituras sobre si mesmos e sobre o mundo nas comunidades.

Em inúmeros relatos de casos, temos tido a oportunidade de refletir sobre como certa fixação nos significantes “pobres”, “coitados”, “carentes” opera uma desvitalização das intervenções clínicas, da clínica ampliada, tal como viemos discutindo. É como se uma representação congelada a respeito de quem são esses outros aos quais assistimos não nos deixasse jamais ver a quantidade de força vital que portam e da qual sua própria sobrevivência em condições tão adversas é a prova mais cabal. Assim, quando enxergados e (não)-escutados apenas como pobres-carentes-que-nada-possuem, transformam-se, por

obra e graça de nossas percepções cristalizadas, em objetos de intervenção. Ou serão até chamados de sujeitos, porém serão sujeitos passivos que devem mudar em função de parâmetros estranhos, que têm que incorporar novos estilos de vida, mais civilizados e mais de acordo com o cientificamente correto. Mas quais estilos de vida? Os nossos? Se tivessem feito isso, já teriam sido exterminados.

A saúde coletiva não pode procurar sua potência longe da clínica, ou em estratégias neocolonizadoras. Cremos que também não a achará se desistir de produzir mudanças. O que tentamos problematizar é uma compreensão da produção de saúde que, compromissada com a defesa da vida, se disponha a interferir e ser – por sua vez - interferida. Pensando assim, talvez, possamos escapar das receitas prontas, possamos interromper essa visão estereotipada de nós e dos outros (os pobres, os coitados, os que não sabem), na qual sempre são outros os que TÊM QUE mudar, apreender, incorporar; e possamos, enfim, continuar a ser agentes de saúde funcionando como ‘mudantólogos’ mutantes, estimulando o exercício de graus maiores de autonomia (em nós e nos outros).

Isso nunca acontecerá se ficarmos fechados em nossos próprios valores, em postura defensiva, e com “*modus operandis*” já estabelecido. Isso nos coloca no trilho de nossa própria mudança como sanitaristas e trabalhadores da saúde.

Não vamos abordar isso agora, mas há também farta literatura sobre como os processos de mudança são capturados por aquilo que já está instituído e é hegemônico (LOURAU, 1995; KÄES, 1991). Para nos sustentarmos nessa atitude de verdadeiros agenciadores, de co-produtores de saúde dos sujeitos e das comunidades, deveríamos construir espaços nos quais problematizar nossa própria vida como trabalhadores. Por isso, viemos trabalhando nos últimos anos numa linha que chamamos de gestão-subjetividade.

Entendendo a gestão como um modo de operar no cotidiano para gerar mudanças nos processos de subjetivação (ONOCKO CAMPOS, 2003 c). Segundo nossa visão, a instituição de espaços para análise e reflexão sobre o cotidiano, nos quais as equipes possam processar demandas e discutir as ofertas que farão à comunidade, é de vital importância (CAMPOS, 2000; ONOCKO CAMPOS 2003 c). Pois o trabalho de defender a vida em algumas regiões é duro, doído, sofrido. O desgaste do trabalhador de saúde é grande, ainda que seja diferente do desgaste de outras profissões. O contato permanente com a dor, o risco e o sofrimento ativam nossas próprias pulsões vitais. Como descobriu Freud: pulsão

de vida e pulsão de morte, entendendo a pulsão de morte como aquela tendência ao inerte, e não como uma vontade ativa de morrer (DOLTO, 2001). Essa tendência ao inerte é o que desvitaliza nossas instituições e serviços, o que cristaliza nossos saberes: a quietude dos cemitérios.

Um dos recalques preferidos dos seres humanos é o da morte. Gostamos de viver o tempo todo a ignorá-la. Passamos a vida a fazer de conta que ela não existe, nem nos pegará um dia. Para afugentá-la escrevemos artigos, temos alunos, criamos filhos. Isso é humano, profundamente humano. Os trabalhadores da saúde não têm essa chance. Vendem um pedaço de suas vidas todo dia em troca de salário, para travar batalhas contra a parca, portanto, têm menores possibilidades para esquecê-la. Geralmente, as defesas que aí se organizam tomam a forma da alienação ao trabalho. Os trabalhadores de saúde não conseguem mais perceber que gastam sua vida na defesa da vida dos outros. Eles não se perguntam mais para quê trabalham. Por lidar com isso, defendemos a criação de espaços onde essas questões permaneçam vivas, podendo ser analisadas, e não recalcadas e não se transformem em atuações perversas ou burocráticas quando da relação entre profissionais, usuários e comunidades.

Há de se estar muito vivo e em contato com aquilo que – no outro – nos desestabiliza e interroga. Há de se manter aberto a todas as perguntas. Há que se interrogar a clínica e a saúde coletiva em geral e a que fazemos; há de se poder sonhar com algum amanhã, às oito horas da manhã do dia seguinte faremos diferente, um a possibilidade, uma aposta em aberto.

Temos de religar a saúde coletiva e a clínica, temos de interrogar os graus de produção de saúde e de autonomia que são efetivamente impulsionados pelas nossas práticas. Temos de sair da dicotomia clínica-saúde coletiva, e colocar-nos no intermediário, no entre, que é aquela posição que nos estimula a estar em contato. Temos de nos adentrar na lógica do paradoxo. Se o dilema pede-nos uma afirmação (pela escolha: “*to be or not to be*”), o paradoxo convoca-nos a uma junção (“*to be and not to be*”) e a uma interrogação sobre os modos de funcionamento nessa junção.

Referência bibliográfica:

- ADORNO, Theodor W. e HORKHEIMER, Max, 1997. *Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos*. Tradução de Guido Antonio de Almeida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora. 254 p.
- AYRES, R., 2003. *Epidemiologia, promoção à saúde e o paradoxo do risco*. Revista Brasileira de Epidemiologia 5(1): 28-42; 2003.
- BALINT, M., 1984. *O médico, seu paciente e a doença*. Tradução de Roberto Musachio. Rio de Janeiro - São Paulo: Livraria Atheneu. 231 p.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, 1994. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO (org.) - *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec. pp. 29-88.
- _____, 2000. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec. 236 p.
- _____, 2003. Por uma clínica do Sujeito. In: *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec. Pp. 51-82.
- _____, 2006. *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil & Espanha*; org: Fleury, Sônia. Rio de Janeiro, editora FGV; pp:417-442.
- CANGUILHEM, G, 1982. *O normal e o patológico*. 2ª Edição, tradução de Ma Thereza Reidig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense-Universitária editora, 270p.
- CASTORIADIS, Cornelius, 1986. *A instituição imaginária da sociedade*. Tradução de Guy Reynaud. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 418 p.
- _____, 1987. *As encruzilhadas do labirinto/1*. Tradução de Carmen Guedes e Rosa Boaventura. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 335 p.
- _____, 2002. *As encruzilhadas do labirinto/4*. Tradução de Regina Vasconcellos. São Paulo: Editora Paz e Terra. 279 p.
- DOLTO, F., 2001. *A imagem inconsciente do corpo*. Tradução de Noemi M. Kon e Marise Levy, São Paulo: Editora Perspectiva. 316p.

- FERREIRA, A. B. H., 1997. *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. CD-ROM. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- FREUD, Sigmund, 1997. O mal-estar na civilização- 1931. In: *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- _____, 1969. *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise – 1933*. In: Edição *Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XXII. Rio de Janeiro, Editora Imago; 1969.
-
- KAËS, René, 1991. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS, R.; BLEGER, J.; ENRIQUEZ, E.; FORNARI, F.; FUSTIER, P.; ROUSSILLON, R. & VIDAL, J.P. (orgs.) - *A instituição e as instituições*. Tradução de Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp. 1-39.
- KRISTEVA J. , 2002. *O Gênio Feminino: a vida, a loucura, as palavras*. Hanna Arednt, Tomo I. Tradução de Eduardo Francisco Alves. Rio de Janeiro: Rocco Editora; 2002.
- LOUREAU, René, 1995. *A análise institucional*. Tradução de Mariano Ferreira. Petrópolis: Editora Vozes, 294p.
- LUZ, Madel T. *Natural, racional e social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro, Editora Campus 1988.
- ONOCKO CAMPOS, R., 2001. CLÍNICA: a palavra negada, sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. In: *Saúde em debate, Rio de Janeiro, V. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001*.
- _____, 2003a. *O Planejamento no Labirinto: Uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Editora Hucitec. 166p.

- _____, 2003b: Planejamento em Saúde: A armadilha da Dicotomia Publico-Privado – *RAP - Revista de Administração Pública*, São Paulo, V. 37, n. 2, p. 189-200, março/abril, 2003.
- _____, 2003c. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. pp 122- 149. In: *Saúde Paidéia*, Campos, Gastão. São Paulo: Editora Hucitec.
- WINNICOTT, D. W., 1999. *Realidad y Juego*. Tradução de Floreal Maziá. Barcelona: Gedisa. 199 p.