

A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle²¹³

Emerson Elias Merhy

A produção em ato do cuidado em saúde é um momento intensamente intercessor e um acontecimento cada vez mais comum. Um encontro tão familiar que todos, no seu senso, sabem do que se está falando e de um jeito ou outro sempre esperam dele a mesma coisa: que seja eficaz para resolver ou aplacar sofrimentos tidos como problemas de saúde. É um momento que tem em si certos mistérios, pela riqueza dos processos relacionais que contém, por ocorrer por razões muito diferenciadas e por não ser apreendido por nenhum saber exclusivo.

Que acontecimento é esse, que se abre de modo tão díspar, como oportunidade para processos de subjetivações dos mais variados tipos, num intenso agir micropolítico e pedagógico ímpar? Que pode ser construído em encontros muito diferentes e operados por cuidadores de muitas distintas formações e inserções, juntos ou não?

Aqui, nesse texto, estou dando partida desse lugar - a construção das práticas de saúde contemporâneas implicada com a produção de um cuidar de um outro, operada por distintas modalidades de saber e fazer – com a intenção de pontuar certas idéias e reflexões, que considero necessárias, no momento atual de conformação do campo da saúde, nas sociedades mais ocidentalizadas, dentro do “fenômeno da medicalização da vida em sociedade” e suas conseqüências.

Trago para a cena, como primeira aproximação, a noção que esses encontros são micropolíticos por estarem sempre abertos, nas suas alteridades intercessoras (Merhy, 1997), às distintas possibilidades subjetivantes, que podem caminhar de um processo biopolítico do desvio (Negri e Hardt, 2004), do singularizar no acontecimento, a biopolíticos clonificadores, serializantes (Guattari e Rolnik, 1986). Além disso, e ao mesmo tempo, são intensamente pedagógicos por operarem nessa micropolítica com uma forte prática social inculcadora entre

213 Esse texto é devedor de um anterior, que produzi, no final de 2007, para o 59º Encontro da Associação Brasileira de Enfermagem: “*Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões*”.

seus produtores, com trocas e domínios de saberes e fazeres, construindo um rico universo de processos educativos em ato, em um fluxo contínuo e intenso de subjetivações.

Não é estranho falarmos e identificarmos no cotidiano do mundo do trabalho em saúde as práticas de cuidado orientadas pela clínica do corpo de órgãos, e a maneira com que cada uma das profissões de saúde – algumas desenhadas já no século XIX nas sociedades ocidentais – as praticam. Mesmo que cada uma procure dar sua marca a esse campo de ações e, muitas vezes, procure discursivamente se opor aos outros, de tal maneira que sugere existir uma distinção radical entre elas, essa diferença efetivamente não se verifica.

Isso porque, seja na medicina, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, odontologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, e até na recente educação física, vemos que o modo como as diferentes profissões da saúde olham o campo do cuidado, onde atuam, é fundamentado pela compreensão de que a doença, enquanto processo instalado de maneira patológica no corpo biológico de órgãos, disfuncionalizando-o como normal, é uma das mais importantes causas do sofrimento individual ou coletivo.

Quando se fala do lugar da saúde pública, que procura compreender a instalação dos processos de adoecimento no plano das populações, para produzir intervenções no âmbito coletivo visando seu controle, vê-se que o pano de fundo que lhe serve de base é também essa compreensão do fenômeno saúde e doença como a instalação de patologias nos corpos biológicos, ainda que introduza novos elementos nesse olhar, como, por exemplo, a distribuição desigual do processo saúde e doença entre os vários grupos populacionais, demarcados socialmente.

A combinação de saberes como a clínica do corpo com órgãos e a epidemiologia deram, e dão, substância, como conhecimento-ferramenta tecnológica, para a conformação dos campos produtivos em todos esses lugares de construção dos processos de cuidado, inclusive de uma maneira nem sempre semelhante, por ser muito grande a variabilidade de composição dentro de cada saber e profissão, e mesmo dentro de cada campo de ação, como no caso da medicina e da saúde pública.

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994) permite-nos ver como dentro do mesmo campo profissional e de cuidado, o do médico e o da enfermagem, por exemplo, há diferenças gritantes na composição dos seus processos produtivos, a ponto de termos situações tão diferenciadas de práticas clínicas, por parte desses

profissionais, que até parece existir “medicinas” e “enfermagens” distintas nos seus fundamentos base. Mendes Gonçalves revela a existência tanto de práticas de médicos, nas quais a abordagem dos indivíduos é feita por uma ritualística técnica, que necessita de uma relação médico-paciente mais elaborada mediante um complexo jogo de falas e escutas; quanto de outras nas quais essa relação é reduzida a um processo comunicativo tipo queixa-conduta, onde a fala é mínima, servindo só como revelação oral de uma sintomatologia, que será alvo de uma intervenção via procedimentos curativos ou exploratórios imediatos.

Mas, com uma certa atenção do olhar vamos ver que na base de ambas as práticas está o mesmo foco: o corpo biológico que se patologiza, no plano individual e / ou coletivo. E, por dentro dos saberes que estão sendo operados como ferramentas nessas ações, lá está o olhar que torna visível o corpo de órgãos, animando a construção de certas formas do saber e do agir clínico.

Essa construção não é nem óbvia, nem imediata. Ela vai sendo processada durante séculos nas sociedades ocidentais, européias centralmente, e vai se desenhando como a maneira mais comum de se olhar para o adoecimento humano, como processo de patologização do corpo biológico, de maneira muito errática e sempre em um campo de disputa de saberes e fazeres. Dois pensadores, pelo menos, nos mostram isso de forma muito efetiva: Michel Foucault com seu texto “O Nascimento da clínica” (2004) e Madel T. Luz no seu material “Natural, racional e social” (2004).

Com esses autores, podemos ver como foi dura a disputa entre os diferentes “práticos” do cuidado no insidioso processo - dentro de organizações e estabelecimentos produzidos como lugares de ações de cuidado em saúde - até o momento da institucionalização de um certo modo de ver a vida e o mundo humano; que agora passa a nos ser revelado de uma maneira muito distinta e explícita em relação a outras formas. Foucault, ao tratar da medicina das espécies e a do corpo biológico, dá sentido a esse tipo de processo.

Roberto Machado (2006), que fala desse estudo de Foucault como uma arqueologia do olhar, procura revelar como esse processo se faz no momento histórico e social em que se instala, ali na cotidianidade do fazer, uma certa forma de “olhar o corpo adoecido” como lugar físico de existência de lesões orgânicas (corporais em qualquer nível, como por exemplo, nos órgãos e tecidos), que devem ser visualizadas para possibilitar um processo de compreensão dos processos de adoecimentos e, desse modo, alimentar novas representações.

No longo processo do século XVIII até o XIX, em vários lugares da Europa, cuidadores médicos, aos quais depois se agregam as enfermeiras, vão, com

suas práticas, instituindo e se institucionalizando dentro dessa lógica simbólica e imaginária. A lógica de que o processo saúde e doença é localizável no corpo de órgãos, expressando-se pela disfunção do mesmo, provocado pela “lesão” no nível mais basal da constituição desse mesmo corpo. E a clínica que aí se acopla é a que permite “ver” nos sinais e sintomas o acesso aos quadros lesivos patológicos, base dos adoecimentos e passíveis de certas intervenções terapêuticas, corretivas de uma normalidade perdida ou ameaçada.

Quando esse processo social, prático e discursivo, se institui de maneira hegemônica como modo de se fazer o cuidado em saúde e de compreender o processo saúde e doença, passa a produzir para si intensa subjetivação nos vários grupos sociais, além da formação de seus próprios soldados: os novos profissionais de saúde, em particular, médicos e enfermeiros. De modo imaginário e institucional, os vários grupos sociais vão se medicalizando, em um processo de mútua constituição entre as sociedades capitalistas européias e essa nova forma de se cuidar da saúde e da doença, como destaca Cecília F. Donnangelo (1976).

Essa autora nos mostra que esse processo de medicalização é fortemente normalizador (disciplinarizador) - dentro dos cânones dessa nova prática de saúde, por meio desse novo olhar e de suas práticas - dos fenômenos individuais e coletivos da vida em sociedade; além de fornecer novas significações para a existência de vários problemas sociais como a fome, a pobreza, entre outros. Ela ainda permite distinguir esse processo e o da medicamentação, que é o de agir de modo terapêutico na exclusividade do uso de medicamentos.

Foucault (2004) nos alerta em vários momentos, corroborado por outros como Roberto Machado (2006) e Madel Luz (2004), que esse processo de construção de um novo território de saber no campo da saúde, o do corpo biológico, não pode ser lido como um processo de ampliação do conhecimento racional e científico. Que isso não vem sendo um ganho de terreno dos homens sobre a natureza, mas que é, de fato, uma das muitas possibilidades imaginárias e simbólicas dos homens construir suas formas de representar aqueles fenômenos, significantes, que lhes fazem sentido e lhes interessam como campo de ação e intervenção, sob certas pretensões de verdades, e não outras.

Mesmo que esse processo seja construído de forma discursiva, na sua vertente hegemônica, como sendo a conquista da ciência dos homens, há que se olhar com certa perspicácia essa situação. Vê-se que dentro das mesmas bases fundantes pode-se ordenar modos profissionais distintos, maneiras de agir distintas, formas de tal maneira diferenciadas de compreender o mesmo campo, o do cuidado, que um aborda-o dentro de uma intencionalidade organicista e outro vitalista. Um, di-

zendo que a doença é em última instância revelada por uma lesão cada vez mais situada no micro do corpo, que vai sendo cada vez minorado (veja que agora já chegamos no genoma e nas moléculas) e, outro, que ela é o modo do doente adoecer, sendo constitutiva do viver e uma de suas formas de expressão, ou mesmo formas de expressar vitalidade do organismo no seu modo de andar a vida.

Com isso, é evidente a dificuldade de se estabelecer de quê ciência estamos falando e qual delas é mais científica. Mas, aqui, interessa o reconhecimento de que em todas essas variações a base do saber fundante não parece ser muito abalada, mesmo havendo essas amplas diferenciações; segue capaz de produzir implicações distintas para a conformação social do campo de práticas do cuidado em saúde. Madel revela isso de um modo bem curioso no texto já citado, ao mostrar que muitas das várias racionalidades que operam no cuidado podem estar assentadas nas mesmas lógicas de saber, sob o que estou denominando de corpo de órgãos.

E, de novo, chamo a atenção para aquilo que denominei um certo mistério do encontro produtor de cuidado, que sob lógicas idênticas pode gerar práticas bem distintas, como se o saber não fosse de fato o elemento determinante e sim componente operante dos processos de cuidar em ato, intercessores que a construção do cuidado exige. Tornando, de fato, essa situação produtiva mais exigente para um olhar que quer lhe dar visibilidade, do que só um revelar com que meios de produção “duros” e “estruturados” utiliza-se para o seu agir.

Isso deve criar em quem pensa a mudança das práticas de saúde e da desmedicalização social, no mínimo, certas delicadezas com os conceitos.

Apesar de verificarmos que a noção de corpo com órgãos é um dos lugares fundantes desses longos processos de que vimos falando, enquanto construção discursiva e de pretensão de verdades, nossas sociedades têm vivido e continuarão a viver intensos processos de disputa, da mesma natureza que estiveram presentes na instalação desse saber como hegemônico.

Olhando com finura podemos ver, “arqueologicamente”, que existem disputas de olhares inclusive para fora dessa mesma base fundante, ou até, que fazem linhas de fuga a partir dela mesma. É como se pudéssemos preparar o nosso olhar para ver não o dado, instituído, mas o instituinte (o dando). O que vai acontecendo, ali, insidiosamente nas práticas de cuidado, nas suas disputas, na cotidianidade, entre todos que dela participam e não só os profissionais de saúde, muito menos só no terreno dos serviços de saúde.

A grosso modo, podemos nos deparar com dois movimentos mais visíveis que nos interessam para a finalidade dessas reflexões.

O primeiro, marcado por um confronto explícito de campos de saberes, como o que nega a existência do corpo biológico como foi construído – imaginária e simbolicamente – ao afirmar que o corpo é subjetivação e não biológico, que ele é potencialidade e representação de modos de existências, que por diferentes modos serão qualificadas como normais ou não. Porém, no fundo, isso é sempre um impor de uns sobre outros, pois modos de existências tomados como anormais serão sempre produtos da construção de relações de poder, entre distintos poderosos, pois ninguém está em situação absoluta de impotência.

Nesse movimento a disputa é claramente definida por visões significantes bem distintas. Disputa-se não só o modo de se construir socialmente o que é um problema para a produção das práticas de saúde, mas como enfrentá-los, abrindo-se para um franco confronto sobre a que se refere esse campo de problematização e a quem interessa um ou outro olhar. Nele, explicita-se que há uma disputa pelo saber fazer e pelo fundamento da ciência que lhe dá substância. É uma luta no campo da política e do conhecimento.

Felix Guattari, no seu texto “As 3 ecologias” (2007), nos dá um forte exemplo disso, inclusive sob o formato de um manifesto político e social que conclama todos para uma luta dramática: pela produção da vida na diferença, em um campo de relações sociais e históricas, operando subjetivações anti-capitalísticas ali no território do desejo. Versus esse modo de subjetivação capitalístico que opera o viver de uns com a produção da morte dos (e nos) outros.

Ou seja, um forte manifesto contra os modos capitalísticos de se produzir as vidas nas sociedades contemporâneas, nas quais a produção do desejo opera na construção de relações sociais, ambientais e intersubjetivas predatórias. Relações essas marcadas nuclearmente por uma lógica de uso utilitarista do outro de modo extremo e absoluto, com conseqüências de tal ordem que implicam na destruição da possibilidade de qualquer forma de vida na Terra, como um todo, a longo prazo.

Com esse autor, procuro agregar, desde agora, um olhar sobre os movimentos de mudanças que usam de um “medidor” ético-político: o “componente anti-capitalístico” das práticas sociais dos vários coletivos sociais em ação, em qualquer campo social e não só no das políticas públicas e muito menos só na saúde.

Esse “componente anti-capitalístico” seria a possível identificação da existência de modos de agir e realizar as ações sociais que contemplam o disparo e o agenciamento de novas possibilidades subjetivas nos coletivos sociais,

implicados com os processos de produção da vida, sem restrições, nas suas singularidades existenciais como não ameaçadoras da possibilidade de outros modos de existências distintos dos seus. Seria, então, um possível indicador de um novo paradigma ético-estético para um devir das novas formas de vida, que implicariam não só no fim dos atos predatórios contras as formas atuais, mas como a construção de modos de vida pautados pelas relações solidárias e vivificantes dos modos de ser, nos quais as diferenças seriam expressões da vitalidade desejante e não ameaças. Nos quais a única ética seria agir na direção de favorecer a auto-poiese do viver solidário nas diferenças, individuais e coletivas. Na qual a minha liberdade é a sua liberdade na diferença.

O segundo movimento é aquele que se dispara de dentro do campo simbólico e imaginário do hegemônico e que vai se construindo nas suas fissuras, nos seus não fazeres, nos seus vazios, nos seus conflitos e contradições. Lugar esse também fortemente produtivo e que aparece de modo muito evidente em situações sociais e históricas nas quais os vários grupos sociais implicados com o mesmo campo de práticas emergem não só operando-o, mas disputando-o de diferentes lugares situacionais, atravessando-o por vários outros focos de interesses a ponto de miná-lo por dentro, na ação.

Vale registrar, já, que o primeiro movimento e esse segundo se desdobram um no outro, de modo muito evidente. Por isso, aqui não se dá um valor claro mais positivo a um desses processos, pois parece que ambos não pedem licença para ocorrer e muito menos não são dados a priori como mais efetivos ou anteriores um ao outro. Podem ocupar lugares diferenciados ou mesmo um emergir no outro. Por exemplo, no Brasil de hoje, esse segundo movimento é muito rico e presente na sociedade como um todo, na medida que a complexificação do campo de disputa social próprio da saúde vem permitindo a explícita luta de diferentes movimentos sociais e de suas distintas pautas para esse campo; abrindo-o para a aparição do primeiro movimento no seu interior.

A tentativa de ver essas questões em foco em situações concretas no momento atual da saúde na sociedade brasileira será, daqui para frente, o nosso interesse nesse material. Para isso, vou utilizar como analisadores, que permitem expor esses processos concretos, a gestão e a produção do cuidado, ali no seu fabricar cotidiano, e a clínica do corpo sem órgãos. Há o esforço de mostrar como eles nos colocam a todos, implicados com o campo da produção do cuidado, diante de uma agenda de luta sofisticada pelo fato de nela estar sendo operado, de modo não muito claro e explícito, o confronto entre os vários modos de subjetivações capitalísticos e os seus contrários, ali na cotidianidade do fabricar as práticas

cuidadoras, no plano individual e coletivo, em cada estabelecimento de saúde ou processos relacionais implicados com o cuidar do outro e de si.

Como artifício facilitador vamos nos debruçar sobre os processos de reforma no campo da produção do cuidado na sociedade americana e na brasileira, nas últimas décadas. Mas farei isso de um modo não exaustivo e muito incompleto, porém de uma forma a revelar o que vimos pautando até agora e suas sérias questões para os modelos de cuidado centrados na clínica do corpo de órgãos e seus soldados, as atuais profissões de saúde.

Os processos vividos por essas duas sociedades posicionam de modos bem distintos esses componentes que nos interessam destacar, aqui: a produção do cuidado e a clínica do corpo sem órgãos, para dimensionar certos processos disciplinadores e de controle, nesse momento da nossa vida societária, o que estamos disputando e como devemos navegar naqueles movimentos, que apontei logo atrás, para não cairmos em um intenso processo problematizador histórico e social e seguirmos produzindo o mesmo eixo capitalístico de existência, como fica tão bem revelado no texto “Cartografia Sentimental”, de Felix Guattari e Suelly Rolnik (2007).

Já nos anos 1990, percebemos que os processos de construção do cuidado em saúde vinha dando sinais de reestruturação produtiva de tipo diferente do que classicamente víamos. Para isso, de novo toco na produção de Ricardo Bruno (1994), de Denise Pires (1999) e de Iriart, Merhy e Waitzkin (1999), Merhy (2002) e Tulio Franco (2003).

Compreender o que significam as mudanças nas formas de se produzir em saúde passa também pelo próprio entendimento de quais são as ferramentas de produção do cuidado. Quem concebe essas ferramentas como “máquinas” – o que denomino como tecnologias duras – vê nas reestruturações produtivas os momentos em que certas máquinas substituem outras ou se agregam a outras na produção do cuidado, e aí olham para esse processo como o único lugar a dar conta de inovações nos processos produtivos, sem se dar conta de que o elemento mediador de qualquer ação tecnológica é o campo dos processos intercessores que os encontros cuidadores constituem, nos quais têm existência todos os tipos de tecnologias de cuidado, sejam elas materiais ou imateriais.

No caso dos que falam em incorporação tecnológica do ponto de vista das tecnologias duras, como as máquinas, fala-se que a incorporação tecnológica

na saúde é diferente de outros campos. Como, por exemplo, nos diagnósticos por imagem quando se diz da incorporação do tomógrafo onde antes tínhamos o raio-x, ou da ressonância magnética no lugar deste, e se aponta que eles não são substitutivos, mas agregativos (mesmo que se reconheça que essas introduções de novas máquinas trazem novos procedimentos e jogam com novos saberes). E como idéia básica coloca-se como uma regra para esse campo que ele apresenta sempre, no campo da produção do cuidado, custos crescentes. Esse tipo de elaboração e compreensão não tem uma visão mais alargada da própria noção do que são as tecnologias de cuidado, pois no campo da saúde os saberes tecnológicos são tão ou mais estruturantes do que as máquinas. Sem falar, como veremos adiante, nas tecnologias relacionais implicadas com a produção do cuidado, cujo lugar nesse processo produtivo poucos ainda compreendem direito.

Já para quem considera que as ferramentas vão muito além dessa tecnologia dura, como é o caso do saber tecnológico da clínica e da epidemiologia, tão bem revelado por Ricardo Bruno, o processo de reestruturação produtiva vai por caminhos mais sutis, também; pois mudanças nas formas de construir a clínica como forma de produzir o cuidado passam a gerar novos mecanismos produtivos do cuidado. E não basta olhar só, aqui e agora, a presença e introdução de novas máquinas e seus procedimentos coadjuvantes, mas também a ação efetiva dos saberes-ferramentas tecnológicas que estão ali no processo de construção do cuidado. Pode-se, então, falar em reestruturação produtiva quando a clínica do profissional de saúde adquire o formato de um processo queixa-conduta, por exemplo. É esse território tecnológico, dos saberes, que denomino como das tecnologias leve-duras.

Entretanto, quando consideramos que as ferramentas tecnológicas de fabricação do cuidado vão também para além dessas duas formas de tecnologias, reconhecemos também na construção dos processos relacionais intercessores, que acontecem no ato de produção do cuidado, um lugar do agir tecnológico em saúde. Desse modo, a lógica da reestruturação produtiva pode sair do que tecnicamente se vê como componente do ato produtivo de saúde em si e se abrir para as modificações no campo da gestão do processo de trabalho em saúde, por exemplo. O próprio mundo da construção da gestão do cuidado em saúde passa a ser visto sob esse ângulo e, então, um novo território de visibilidade aparece nesse campo de problematização: o das mudanças produtivas na construção do cuidado, como o que se configura no terreno da gestão do processo de trabalho produtor de cuidado em saúde. Do mesmo modo, a forma de construção dos processos relacionais em ato, entre trabalhador e usuário, é chave para a conformação desse território.

Sem querer ficar com nenhum desses lugares como sendo o mais correto ou científico deles, fico com todos; e ainda aponto, retomando, que desde os meados dos anos 1990 isso foi ficando cada vez mais evidente, como um processo que vinha ocorrendo nas redes de serviços de saúde e, tudo indicava, estava pautando as disputas do campo da saúde, desenhando os devires desse campo de prática social. E, à semelhança do que vimos falando sobre a construção da clínica do corpo de órgãos, agora tudo indicava que estávamos inseridos, também, em uma disputa de construção de novas lógicas de gestão do cuidado em saúde e do desenho de um novo campo para a clínica e, portanto, para a disputa da produção do cuidado: a do corpo sem órgãos.

Nos Estados Unidos - país onde, de modo evidente, a organização das práticas de saúde se dá sob o ordenamento do mercado em saúde, havendo como ângulos de interesses tanto o das profissões de saúde, com forte domínio dos médicos, que se posicionam como “comerciantes-produtores” do cuidado em saúde, quanto o das empresas de saúde e de medicamentos e equipamentos de saúde, que se vêem como qualquer campo de aplicação do capital industrial e financeiro - mostra-se melhor do que em qualquer outro país, que há a emergência de novas possibilidades no interior da própria organização capitalista de se produzir o cuidado. A aparição do “cuidado gerenciado” (managed care) e da construção do viver como risco de adoecer me parece que coloca tudo isso de um modo muito evidente.

Celia B. Iriart (2000, 2001), professora e pesquisadora da Universidade do Novo México (EUA), conduziu várias investigações sobre o processo do managed care, permitindo entendê-lo como um processo de entrada do capital financeiro no campo da produção da saúde, trazendo novos modos de visualizar os processos produtivos no campo de construção do cuidado, por dentro das práticas capitalistas. Assim, tomar os grupos na sua dinâmica de possível risco de adoecer e cuidar deles para que isso não ocorra, passa a orientar os focos de interesses desses novos atores sociais – representados pelos distintos grupos sociais implicados com a realização do capital financeiro instituído no interior das grandes corporações de gerenciamento dos seguros e planos de saúde americanos - como um dos disputadores de peso na construção do cuidado em saúde. Com o tempo, a indústria de medicamentos alia-se a esse olhar, não mais para visar o corpo doente a ser curado, mas agora visando o corpo saudável que deve ser tratado (preventivamente) para não adoecer, para não correr o risco de ter que consumir atos de

saúde custosos, conforme o interesse daquelas corporações, que ao contrário do modelo médico-hegemônico do corpo de órgãos, não ambiciona o uso intensivo de atos profissionais de saúde, em particular dos atos dos médicos especialistas de alto custo, consumidores intensos de equipamentos-máquinas na produção de procedimentos médicos.

Surgem maciçamente medicamentos para manter a normalidade do corpo biológico; o risco de adoecer passa a ser medicamentalizado. Surgem as preocupações de empresas de seguro e planos de saúde pela promoção e prevenção, pela produção de novos hábitos de vida que pudessem minorar os processos de adoecimento. A medicalização social fica intensamente mais sofisticada. Antes, a patologização de certos sofrimentos, sob a ótica do modelo médico-hegemônico da clínica do corpo com órgãos, com a finalidade de se tornarem objetos de cuidados individuais e coletivos, consumidores de inúmeros atos profissionais de saúde centrados em tecnologias duras, e que também se tornavam objetos de estratégias disciplinares das profissões clássicas da saúde e da saúde pública, em geral. Agora, sob a clínica do corpo sem órgãos, abrem-se para o olhar que patologiza os modos de viver a vida, individuais e coletivos, novos biopoderes dentro de uma nova biopolítica.

Nessas circunstâncias, sob o foco do próprio capital financeiro, as várias formas de gestão do cuidado que pode ser produzido pelos mecanismos centrados nas profissões e seus procedimentos disciplinares, bem como o objeto patológico que é tomado para si, passam a ser campos de interesse e de ação desse novo modo de operar a construção do mercado em saúde, tendo no managed care sua forma de expressão mais sofisticada.

No bojo desse processo, um universo novo de patologias vai sendo construído, não mais as do corpo de órgãos, que ainda persistem, mas agora sob um outro formato, o do corpo sem órgãos, que subsumi a outra, ou seja, incorpora-a submetendo-a. Por exemplo, há um processo de medicalização bem sofisticado: comer certos alimentos passa a ser visto como risco, andar ou não, também, brincar de um certo jeito ou outro, também, ser uma criança agitada é visto como hiperatividade, e por isso potencial situação patologizante. E assim vai.

Iriart (2006) já vem nos alertando sobre esses movimentos e sobre as novas estratégias produtivas de cuidado, inclusive com intensa medicamentalização, o que, a meu ver, já nos coloca diante não só da reestruturação produtiva, mas de uma forte transição tecnológica do campo da saúde (Merhy e Franco, 2006).

Para esses processos não é indiferente se o cuidado é produzido para curar uma doença ou para impedir o adoecimento, nem mesmo os caminhos pro-

.....

ditivos adotados pelos trabalhadores de saúde para isso acontecer, ainda mais quando o que regula esse processo, em termos de foco de interesse, é a produção do lucro de uma empresa capitalista no mercado de saúde, nos Estados Unidos.

O managed care, como uma forma específica de tomar a gestão do processo de produção do cuidado como seu objeto, operando uma reconstrução do lugar do saber do profissional e do exercício da sua autonomia decisória, sobre o agir tecnológico em saúde a ser produzido, passa a ser nuclear para essa transição tecnológica.

Encontra expressão na força econômica e social dos grupos implicados com o capital financeiro naquele país. Dominar no cotidiano do processo de trabalho em saúde o trabalho vivo em ato da equipe (Merhy, 2002), impondo modos de adoção dos saberes tecnológicos na direção do controle do normal, gerindo o risco de adoecer, implica na redefinição dos lugares das profissões da saúde.

É interessante observar que os médicos e os enfermeiros continuam a ser estratégicos e nucleares, como o eram nas modalidades centradas nas autonomias das profissões do modelo médico-hegemônico do corpo de órgãos; porém, agora, sob novo desenho que pretende regulá-los ali onde exerciam de modo fragmentado seus atos produtivos, colocando-os sob a mesma égide produtiva: a do cuidado gerido em rede sob a ótica dominante da clínica do corpo sem órgãos. Pois o que interessa agora é agir de modo integrado e protocolado em termos multi profissionais (vejam a importância do discurso da medicina de evidência nesse caso), sobre os processos desejantes vinculados à produção dos modos de existências, sob o tacão do olhar do risco de adoecer e morrer.

Ali, a aliança estreita entre fazer uma nova forma de gestão do cuidado para impedir a autonomia do exercício dos trabalhadores de saúde e a clínica sem órgãos, vem reposicionar e produzir de modo mais conservador as estratégias disciplinares dos momentos anteriores. Vem agora operar para além desse disciplinar. Vem atuar na produção do desejo ali onde se modulam formas de viver. Vem agregar estratégias de controle sobre os modos de cuidar de si.

Reconheço que tudo isso ocorre absorvendo, até certo ponto, o modo de agir do campo da clínica do corpo de órgãos, agora subsumida e não mais como território imperativo de ordenamento das práticas e das profissões de saúde. Estas vêm indicando sinais de transição, também, mesmo que os desenhos mais definitivos ainda não estejam claros.

Um dos grandes resultados desse processo todo é gerar modificações profundas no interior de uma sociedade capitalista dentro dos mesmos eixos capitalísticos, de maneira que o modo de viver de uns se dá sobre a produção da morte

dos outros, como já vimos. Isso é, em nome de uma subjetivação capitalística e não libertária, como posiciona Guattari no texto já citado. Em um modo de mudança efetiva, mas onde a diferença em si não é suportada, onde não se pode gerar qualquer modo de existência e, ainda mais viver nele, como o modo de ser individual e coletivo de certas existências humanas, há que se serializar existências. E nisso as estratégias da nova sociedade de controle são poderosas.

Os dois movimentos apontados como caminhos para as mudanças se do-
bram, mas de modo a conservar o eixo imaginário e simbólico de subjetivação dos indivíduos e os coletivos humanos, dentro de um projeto societário cujo dever pode ser, e segundo Guattari será, o fim da vida em toda sua amplitude, inclusive a nossa, sob a forma humana.

Mas será que esse processo vivido pela sociedade americana, associado aos projetos expansivos e colonizadores neoliberais, se serializa de maneira imperativa para o resto dos outros lugares fora de lá? Essa é uma boa questão a ser vista de um outro lugar, um outro ponto de vista que nos permita uma outra vista do ponto, como diz Frei Betto.

Em uma de suas leituras sobre a obra de Foucault, Deleuze (2005), tira proveito das ofertas que esse pensador faz sobre a construção de relações de poder nas sociedades contemporâneas, tomando-as enquanto operadoras microfísicas esquadrinháveis em suas lógicas estratégicas, o que permitiria esboçar tipos de diagramas de poder tais como: relações de poder do soberano, disciplinar e de controle. Aponta que para aquele autor poder não é algo que está dado fora em alguma estrutura, mas sempre como relações em ato, agindo entre. Portanto, sempre em processos de um no e com o outro, e vice-versa (volto a apontar como aqui fica bem claro que não há quem não tenha poder nesses processos microfísicos, pois todos somos e estamos incluídos, de modo constitutivo, em relações de poder. De um certo modo, todos somos poderosos e todos somos submetidos, sob o olhar do poder como relações).

Aquelas “tipologias” operatórias das relações de poder (soberano, disciplinar e de controle), em suas diferentes formas de ser, que não se excluem, convivem entre si nas sociedades atuais, mas isso não quer dizer que em certos momentos não haja relações mais centradas ou até exclusivas de uma dessas formas. Segundo Foucault, pode-se “ver” a passagem das relações do soberano para o disciplinar em um contexto biopolítico singular, o que tem existência quando se toma a gestão sobre os corpos, individuais e coletivos, como chave, em um

constante processo de ação vinculado à prática de vigiar e punir. Nessa situação, é vital a associação entre coerção e convencimento, é vital a construção de um maquinário social temporal, o estado, para agir; diferente do que era o momento do soberano, acima dos homens na sua sacralidade, que opera as relações de poder na legitimidade de dispor da vida e da morte dos súditos, por mecanismos de submissão e domínio.

Há uma distinção importante nessas biopolíticas, ou seja, nesse agir sobre os corpos e suas formas de existências. O soberano opera como divindade com direitos ilimitados sobre os súditos, o disciplinar opera por biopoderes, nos quais a emergência das práticas de saúde será um dos componentes fundamentais (mas não único: é só lembrar das escolas, das prisões, entre outras), sob o manto da saúde pública e da medicina. Na saúde, sob essas modalidades de exercícios do poder, os mecanismos centrais serão de construção de estratégias que visam agir sobre o mundo da construção do viver, do morrer e do desejar como seus lócus de intervenção.

De posse dessas idéias-conceito, ou imagem, pode-se perguntar: será que hoje, o que está em foco na saúde - como forma de dar substância aos seus mecanismos de biopoderes - não seria centralmente operar uma biopolítica, nas relações de poder da sociedade, sob o predomínio das estratégias de controle (subsumindo as disciplinares), onde esta vai atuar de maneira direta e frontal, isto é: nas formas de construção e produção do desejo, ultrapassando as ações de pura submissão, do vigiar e punir, ao intervir na construção dos modos de viver a partir dos corpos sem órgãos? Ou seja, enquanto pura virtualidade a se tornar território existencial e identitário.

Acho que olhar por aí permite trazer de volta a noção do “componente anti-capitalístico” das práticas de saúde e abrir esse olhar para procurar ver exatamente onde elas operam como estratégias de biopoderes, como e quais linhas de fuga interessam ser exploradas para se dar outros sentidos às práticas de saúde, individuais e coletivas. De que modo, no interior do agir soberano, disciplinar e do controle, nos seus imperativos de governar a vida, gerir a vida e produzir a vida, pode-se desenhar uma outra biopolítica que aponte para as suas desconstruções, possibilitando novas formas de construção de viveres coletivos, autopoieticos e solidários, dentro de um novo modo ético (da vida como eixo) e estético (democrático e do comum) que permita um devir totalmente distinto daquele para o qual o capitalístico está nos levando.

De que modo conviver com desenhos de profissões de saúde que foram forjadas como verdadeiros soldados, operadores e construtores, de biopolíticas

disciplinadoras, manejando biopoderes poderosos como a clínica do corpo com órgãos e as práticas da saúde pública, e ainda assim imaginar a construção dos novos exércitos de trabalhadores? Como esses, que estão no fio da navalha de um processo de controle sobre a produção da vida, podem operar no limite de uma subjetivação capitalística ou seu contrário?

Perguntas que podem ser muito interessantes, mas para as quais não temos respostas tão boas assim. Apesar de que, como nos mostrou Foucault, com sua prática militante, ali na vida real, nas instituições, essa batalha está em pé, sangrenta e operando incessantemente. Poder olhar para ela abrirá fissuras com certeza interessantes para se abrir linhas de fuga no campo da saúde com as próprias práticas de saúde, distanciando-se dos modos hegemônicos, capitalísticos, qual seja, a profunda medicalização da vida individual e coletiva, produzindo serialização subjetivante no modo de desejar e produzir a vida.

Pois agora o que se toma como foco é o modo de produzir a vida e a possibilidade de normalizá-la ali onde cada um pode gerar um cuidar de si, não para construir seu modo original de viver, mas para construir um jeito protocolar de viver: comendo alimentos remédios, fazendo exercícios saudáveis, relacionando-se calmamente e de modo sossegado, não perturbando o outro tomado como uma ilha em si mesmo, cujo território existencial deve ser visto como um isolamento liberal. Indivíduos ilhas como unidades de cidadania e não coletivos e indivíduos em relações intercessoras como formas de produzir a vida no plano individual e coletivo, na qual, afetar e ser afetado é entendido como modo de se produzir o viver que não se alimenta da morte do outro. Olhar para a tensão etnocêntrica dos territórios existenciais que vão se forjando como componente capitalístico das subjetivações.

Acho que vale a pena aceitar o convite deleuziano para se olhar para os lugares em que esses processos vão acontecendo, dando-lhes visibilidade, buscando apurar uma certa perspicácia para tirar proveito das infinitas disputas micropolíticas que estão agindo no mundo da produção social do desejo, nas quais ocupam lugares fundamentais as práticas de saúde. Vendo ali os furos nos muros, as fissuras, a dobra entre os dois movimentos de mudanças que já descrevemos anteriormente. Tirando proveito dessa perspicácia para se abrir para novas formas de se realizar a biopolítica no campo da produção do cuidado.

Não tenho dúvida de que aqui pelo Brasil esse processo é muito rico.

Vamos abrir nosso campo de visibilidade para o Brasil de hoje, nesses anos 2000, e olhar o campo de disputa nos territórios de produção do cuidado em saúde sob vários ângulos, mas em particular sob o da gestão do processo de produção do cuidado e das novas estratégias de ação que os trabalhadores de saúde vêm vivenciando e disputando, mesmo sem consciência nítida sobre isso.

Antes de mais nada, vamos reconhecer que aqui, neste país, atuam muito mais grupos de interesses com potências sociais e políticas para jogar no campo da saúde, de modo diversificado, do que em alguns outros lugares como, por exemplo, os Estados Unidos. É como se disséssemos, parodiando uma certa teoria política: a nossa sociedade civil singular do campo da saúde é muito mais complexa do que a americana. O que nos remete a ver o alargamento de disputas e práticas de institucionalização de modos de produzir o cuidado, que se apresenta de maneira bem mais múltipla e diversificada.

Para nos ajudar, vamos olhar situações vivenciadas ali no cotidiano onde operam os processos de ação das estratégias de controle, o que pode aguçar nossa perspicácia para abrir novas visibilidades sobre o mundo do trabalho em saúde, em alguns lugares da rede de cuidado que nos colocam diante de alguns dos analísadores já mencionados, tais como: a clínica do corpo de órgãos, a do corpo sem órgãos, a gestão do cuidado, a medicalização da sociedade de controle, as profissões de saúde interrogadas pela transição tecnológica de produção do cuidado.

Escolho como primeira situação algo que não está necessariamente inscrito no interior de uma rede de serviços de saúde, mas que vai permitir mostrar o que chamo de ‘desenvolver uma certa perspicácia’ para olhar a tensão sobre os processos de subjetivação que a medicalização do corpo sem órgãos vem propiciando. Abrindo o diálogo problematizador, que acho fundamental, ali no cotidiano do mundo do trabalho em saúde no ato de cada um dos trabalhadores desse mundo e nas suas redes de conexões com os outros trabalhos e com os que os consomem.

Olhemos para esse relato: José Castello, em um ensaio sobre João Cabral de Melo Neto, na Revista Bravo de setembro de 2007, disse que no final da vida esse poeta encontrava-se muito triste. Relata que os médicos diziam para ele que isso era depressão e ele contestava: era melancolia, completando que não haveria remédio capaz de lhe resolver essa situação. Pois não era algo que se cura, era algo que se tem. Curioso, não?! Talvez até a partir dela sentia certas inspirações poéticas.

Nisso, um olhar poeta pode ser radicalmente desconstrutor. Revelar um plano de disputa intersticial nesse campo que estamos olhando: aquela que se tra-

va micropoliticamente, de modo molecular, no campo da subjetividade, na qual novos sentidos e significados podem e devem ser dados para tudo isso.

Essas situações que podem ocorrer em qualquer lugar - em um serviço de saúde de pronto-atendimento, em uma equipe de saúde da família, em um ambulatório, entre professores de uma escola qualquer, e assim por diante - não são tão excepcionais assim, elas estão aí habitando o cotidiano dos nossos mundos de modo bem efetivo.

De fato, esse modo de olhar certas situações e de denominá-las buscando dar-lhes um certo significado e não outro, de entender que ser gordo é ser doente, pelo risco de ser; ou que ser “velho” é ser doente, pelo risco de ser, ou... ou... ou, como é o caso de termos um olhar armado para ver doença diante de algumas “coisas”, não é um fenômeno casual e nem individual. É uma construção ampla de processos de subjetivação do próprio modo de olhar de cada um, de todos ou, pelo menos, de muitos. São agenciamentos produzidos de maneira implicada por certos atores / sujeitos sociais que dominam recursos de manejo comunicativo e de poder, tais como os setores empresariais, ou certos grupos sociais como os profissionais de saúde. Mas podem ser também agenciamentos mais ocasionais, capilares, como no caso de explorarmos o poeta que temos em nós, mais do que o usuário de saúde que temos em nós, trabalhadores do cuidado em saúde, e disputarmos outros sentidos para tudo isso.

Nesse lugar estaremos disputando aquilo que apontamos ao falarmos do “componente anti-capitalístico”, que não é ser simplesmente anti-capitalista, em termos de destruir a lógica econômica do capital em uma sociedade de mercado, mas muito mais que isso: é operar ali na micropolítica de produção do desejo, construindo outras possibilidades para olhar e produzir os modos de viver, individuais e coletivos. Assumindo para si e com os outros essa responsabilidade “protagônica”. O que implica operar também em auto-análise, colocando-se em cheque, descobrindo a nossa maneira capitalística de ser: o de tornar o outro nosso objeto, nosso recurso, sempre mirando-o como um estrangeiro a nos ameaçar e que só nos faz sentido para satisfazer nossos objetivos auto-centrados. Negando a nossa própria construção sempre com o outro, de modo bem comum e em comunidade, de modo democrático e em processos relacionais, onde nos afetamos o tempo todo e nessa afecção nos produzimos como vida (Suely Rolnik, 2007).

Nessa linha estou atrás de poder pensar de uma maneira mais próxima, então, de Felix Guattari, que trouxe a possibilidade de apostarmos em uma construção social mais ampla, vendo a vida como um fenômeno diverso e muito para além dos humanos, tocando de modo profundo uma unicidade vivente, entre nós,

terra e os outros. Sua oferta para pensarmos sobre o significado na nossa prática do componente anti-capitalístico permite que possamos compreender melhor essas biopolíticas que operamos aí no cotidiano do nosso agir como trabalhadores de saúde, como já vimos. Perguntando a todo momento: quê vida temos em nós e quê vidas agenciamos. Para onde apontamos no mundo do nosso trabalho em saúde com as nossa formas de agir através do nosso trabalho vivo em ato, em sua micropolítica.

Ainda na linha de colocar em foco a construção de uma perspicácia para olhar a cotidianidade do mundo do trabalho em saúde, vou me valer de relatos que se agregam nessa direção em que caminhei. Um que vou denominar: o nu em Barcelona e a nossa convivência com o nu nas nossas redes; o outro, que denomino de dançar para fugir da normalização do modo de existência na “velhice”; e um outro, que revela a tensão da desconstrução do cuidado centrado no profissional, vivida nas redes substitutivas de desospitalização do cuidado, em algumas de nossas redes.

O relato do nu em Barcelona é parte de uma vivência pessoal, que muito me instigou, em 2007. Chamava-me a atenção, no contato que tive com os profissionais das redes de saúde, o fato de que a maior parte desses trabalhadores, em sua maioria, médicos e enfermeiros, tinha uma certa atração pela construção de uma prática alternativa ao modelo de saúde centrado na atenção hospitalar ou mesmo em trabalhos isolados em seus consultórios, como diziam. Diziam encontrar na atenção primária à saúde e na medicina comunitária respostas para construir outras formas de compreender os problemas de saúde e de atuar sobre eles. A comunidade era vista como o novo lugar e o novo sujeito desse processo alternativo.

Como disse, eu ficava curioso com isso, pois a análise mais crítica do que tudo isso significava não era componente das suas reflexões. Não conheciam outras experiências teóricas mais amplas, como as produzidas pela Medicina Social Latino Americana ou a Saúde Coletiva brasileira, que já vinha desenvolvendo uma compreensão crítica bem mais sofisticada sobre essas questões, inclusive sobre os limites da atenção primária e da medicina comunitária. Além disso, aqueles trabalhadores, quando lhes era dada a possibilidade de construir novos modos de atuar diante dos problemas de saúde que consideravam relevantes, sempre construíam alternativas de cuidado muito marcadas pelos modelos mais tradicionais,

fortemente orientados aos atos de saúde profissionais centrados e com grande conteúdo disciplinarizador.

Viam os modos de viver dos imigrantes - em geral, norte-africanos que foram morar na Catalunha - , por exemplo, e seus hábitos alimentares, seus modos de viver no dia a dia nos bairros, suas formas de estabelecer suas relações de gêneros, e aí por diante, sempre sob o olhar de um diagnóstico de patologização das relações de vida. E para enfrentar essas situações de adoecimentos, como chamavam, propunham ideários medicalizantes baseados tanto na clínica do corpo de órgãos, quanto na do sem órgãos.

Um dia, porém, andando com eles por uma grande praça na cidade, em momento de intenso movimento, cruzamos com um homem que vestia uma bota, um chapéu, uma mochila e estava nu. Ele caminhava tranqüilo, olhava as vitrines e não mexia com ninguém e ninguém mexia com ele. Rapidamente me perguntei o que iria acontecer, se seria preso ou enviado para um serviço de saúde, ou algo assim. E eles me disseram que se ninguém se sentisse incomodado não aconteceria nada. Ele simplesmente iria embora. Mas se alguém se sentisse molestado, chamaria um policial que conversaria com ele e lhe pediria para ir andar em outro lugar, pois, a princípio, esse acontecimento não seria visto como uma questão da saúde.

A princípio, não entendi nada. Como uma sociedade habitada por profissionais de saúde, os mais envolvidos com idéias de mudanças, aliás, portadores de um olhar conservador e intensamente medicalizante, não internaria um homem desses; como não psiquiatrizá-lo ou saúde-mentalizá-lo. Imaginei que aqui no Brasil isso teria grande chance de acontecer. Mesmo sendo um lugar onde há uma quantidade significativa de trabalhadores mais implicados com mudanças e com arsenais mais amplos que a atenção primária e a medicina comunitária catalã.

Sobrou-me a possibilidade de imaginar que há no campo das práticas sociais linhas de fuga que vão bem além do território da própria clínica, seja ela qual for, ou seja, a construção de relações sociais que possibilita a construção de convivência cidadã com a diferença coloca a construção do cuidado muito além do próprio campo tecnológico mais comprometido onde ele opera no campo da saúde, como que vazando esse platô de ação para outros campos das práticas sociais, como a política por exemplo. Pois, afinal, há toda uma transversalidade da política no cuidado.

E, com isso, uma perspicácia atravessa o nosso olhar: os lugares intercessores que há entre os vários platôs de práticas sociais que uma sociedade comporta. E quanto mais singularizada no domínio de um deles sobre os outros, mais

será possível que o fenômeno da medicalização de qualquer tipo tenha grandes possibilidades de ocupar um grande lugar no interior das várias lógicas de ações sociais. Não que não haja estratégias disciplinadoras e de controle em outros platôs também, mas eles adquirem outros formatos e não exclusivamente o da medicalização generalizada.

Talvez isso nos remeta a tentar ver esses ‘entre’ das várias lógicas que operam nos campos de práticas e talvez vejamos por aí fissuras importantes para des-territorializar os modos hegemônicos de se construir certos modos de agir em saúde no plano das práticas individuais e coletivas.

Outros relatos podem enriquecer essas perspicácias.

Não é estranho a ninguém que em muitos serviços de saúde o chamado grupo da terceira idade vem ocupando lugar cada vez mais importante. Nem é estranho que essa “situação de velhice”, como é significada por muitos, seja alvo de intensa medicamentação, a partir da qual os membros desse grupo são entupidos com remédios e mais remédios para tudo que é “doença”. A patologização da terceira idade é um fenômeno galopante, inclusive como um das grandes causas de asilamento, chegando em muitos casos a deslocar os loucos desse lugar.

Usar ansiolítico para “aplar” os sintomas de velhinhas queixosas (da vida como um todo, não é!!!) é uma prática tão universal que ocorre em qualquer lugar em que as mesmas consigam acesso a alguém que tenha autoridade e legalidade para proceder a essa medicamentação. Forma mais torpe de medicalizar a vida de alguém. Ouvir o que essas mulheres têm a dizer, procurar problematizar com elas, de modo individual e coletivo, nem pensar! Seria perda de tempo, pois talvez as pessoas nessa fase da vida não mereçam ser olhadas como alguém que possa compensar o gasto de tempo social útil para produzir novos modos de viver. Já estão condenadas mesmo, é só esperar a morte, que está de espreita.

O que sobra para elas, então? Elas mesmas e muitas outras coisas para além desse platô de fabricação do cuidado como prática disciplinar ou de controle inconseqüente. Elas podem re-inventar a si mesmas e até a significação coletiva sobre a velhice. Como entendo que ocorreu na experiência construída por um grupo de mulheres que recusaram a manutenção do uso do ansiolítico como sua chance de manter alguma convivência com a “dor de estar vivendo a vida que têm”.

Tomei contato pela primeira vez com essa experiência quando vi um grupo de senhoras invadir um espaço de trabalho em um serviço de saúde, cantando e dançando, convidando senhoras iguais a elas a se juntarem para fazerem parte daquela atividade e vivência que estavam tendo. Na letra de suas músicas era possível identificar a denúncia do pouco caso que o olhar pobre – medicalizante e

medicamentalizante – provocava nelas e como essas práticas prejudicavam suas vidas. Como o controle praticado implicava em produção de morte na vida (aqui nos vemos diante do componente anti-capitalístico de uma maneira bem clara).

Não só denunciavam, com suas músicas, mas também mostravam como estavam mais donas de si e felizes com o que estavam fazendo e como o mundo novo a ser revelado e vivido era amplíssimo e uma excelente aventura a ser vivida. Estavam muito alegres e brincalhonas naquele espaço que invadiram, deixando certos profissionais constrangidos e outros tão alegres quanto elas.

A perspicácia que esse relato pede não precisa nem ser descrita, não é?! Parece, pois, que re-significar e criar novos sentidos para as possibilidades de construir formas novas de viver a vida, em si, é autopoietico e anti-capitalístico. Quanta fissura ali no cotidiano está pedindo passagem e agenciamento de modo semelhante. E o que será que os soldados dos processos tecnológicos de cuidar tem a ver e a dizer sobre isso?

O terceiro relato vem de uma experiência que vivenciamos em uma pesquisa que fizemos, na linha de pesquisa Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde, sobre as várias modalidades de cuidado domiciliar praticadas nas redes públicas, no Brasil. Tivemos uma vivência que nos colocou diante de um tipo de disputa de que sabíamos da existência, ali no cotidiano do cuidado, mas que não tínhamos tido a oportunidade tão clara de nos vermos diante dela de forma tão explícita, como nessa pesquisa. É a disputa que é travada entre os trabalhadores de saúde e os cuidadores não profissionais, ou mais amplamente, é a disputa entre quem cuida e quem é cuidado.

Um olhar um pouco perspicaz já revela que nós mesmos, trabalhadores de saúde, quando estamos em situação não de cuidadores mas de ser cuidados – enquanto usuários – somos bons lutadores sobre o rumo que o cuidado deve tomar. Aliás, qual de nós não disputa o cuidado nessa situação? Não conheço ninguém que não o faça. Entretanto, o relato que trago é a partir da experiência que tivemos com uma mãe que cuidava de seu filho em uma situação de internação domiciliar e que a equipe de saúde procurava não reconhecer como uma boa cuidadora. Ela disputava o cuidado de modo permanente e constante com a equipe, inclusive ao des-territorializar o seu filho do olhar de ser um doente, e acrescia ao seu modo de ser que era muito mais que isso: era uma criança e era seu filho antes de ser a doença que a equipe insistia em utilizar como o marcador principal, e muitas vezes, até, único.

Na pesquisa, apontamos como parte da análise desse caso: o trabalho em saúde é produzido por meio do encontro (individual ou coletivo) entre trabalhado-

res e usuários, que envolve sempre um certo grau de disputa de planos de cuidado. Essa disputa se explicita mais ou menos na dependência das possibilidades de exercício de autonomia do usuário (ou do cuidador no caso da atenção domiciliar). Além disso, dependendo da combinação de tecnologias de cuidado (duras, leve-duras e leves) e da disposição de reconhecimento mútuo dos agentes, pode-se produzir conflito ou construção compartilhada do plano de cuidado.

Para haver sempre uma produção intercessora é fundamental que o/os trabalhador/es reconheçam como legítima a formulação de um plano de cuidado por parte do usuário ou do cuidador e que as tecnologias que favoreçam a comunicação e a construção de vínculos ou de encontros orientem o trabalho em saúde, na possibilidade de trazer para uma conversação essa disputa, não como confronto, mas como possibilidade de mútua composição. Saber operar nessa micropolítica é chave para construir essas relações.

Na atenção domiciliar existe uma explicitação da existência da disputa de planos de cuidado, já que um de seus pressupostos é que o cuidador assuma parte dos cuidados que em outro cenário de trabalho seria ofertada pelas equipes de saúde. A figura do cuidador traz algumas tensões e paradoxos para o campo da saúde que necessitam ser mais bem compreendidos, tanto na cadeia produtiva do cuidado, como nos efeitos que assumir ser cuidador produz sobre sua própria saúde e qualidade de vida.

Mas o paradoxo que mais me interessa neste material, neste momento, por meio de uma certa perspicácia no olhar sobre a micropolítica que apontamos, é o que tensiona a produção centrada e descentrada no ato do trabalhador de saúde, individual e como equipe, que o coloca em uma encruzilhada que pode ser tratada de muitas maneiras: ou com confrontos e exercícios de relações de poder do tipo do soberano, ou do disciplinar; também pode abrir, porém, um processo micropolítico no qual os encontros das vidas que aí disparam pautam os processos produtivos centrados nas relações intercessoras e autopoéticas.

Agenciar novas subjetivações no caminho anti-capitalístico está em foco de modo bruto aí, pedindo para ser processado coletivamente, dentro de uma noção intencional e não ocasional dos atos de saúde.

Com essas perspicácias, não pretendi apontar receitas, mas a noção de uma visibilidade efetiva para as muitas possibilidades que vão ocorrendo ali no cotidiano do processo de trabalho em saúde, que como regra deixamos escapar ou

não vemos; e deixamos de agir nos paradoxos que o campo de disputa do mundo do trabalho em saúde nos apresenta, entre laços.

Tomar um olhar sobre o componente ético-político e anti-capitalístico das ações mudancistas sobre os vários movimentos deve contribuir para darmos conta desses modos todos que vêm operando os processos de transição tecnológica no campo da saúde, abrindo-nos a possibilidade de optar de modo claro sobre onde queremos e vamos, enquanto atores / sujeitos sociais éticos-políticos definidos e não ocultos.

Fechando o texto gostaria de tocar em mais um ponto: o do exercício profissional, ali no cotidiano do mundo do trabalho em saúde, como uma reserva de relações de poder que permite ações intensamente privatizantes, que são do interesse exclusivo de quem está executando as ações de cuidado, que não têm nada a ver com a construção de um cuidado intercessor; e que, ao mesmo tempo, se vê protegido pelo fato desse interesse privado ficar muito oculto sob o manto de um agir legitimado corporativamente e por um discurso científico desse agir como forma de sua legitimação.

Óbvio que aqui não falo do privado na ótica do econômico e nem do estatuto jurídico da propriedade de um bem material específico, mas falo desse privado na sutileza que as ações de cada um traz ao conter lógicas de interesses que só a alguns interessam, mesmo que em prejuízo dos outros.

Vejo que o agir profissional é muito atravessado por essas questões e se isso não vier para o foco de tudo que já escrevemos até agora, não agregaremos um elemento chave na re-invenção do modo de se produzir as ações de saúde, neste momento em que me parecem necessárias novas possibilidades de desenhos para as profissões de saúde, se o que se pretende é caminhar numa transição tecnológica favorável à construção de componentes anti-capitalísticos das práticas no campo da saúde.

Nessa direção, o privado e o público não são analiticamente olhados apenas sob seu “componente não mercado”, mas também pelo favorecimento ou interdição da produção conjunta de vidas. Pois mesmo uma prática de saúde com forte “componente não mercado”, como várias ações de saúde no campo da vigilância à saúde ou similares, que não são instrumentalizadas de modo imediato pela lógica do lucro e do comércio, podem estar interditando formas de se construir “linhas de vida inovadoras e não previsíveis” por meio da forte presença de uma prática operada no território de um saber medicalizante.

Um olhar desse tipo traz, em lugar de ações “não mercado”, uma forte marca privatizante no sentido capitalístico, além de agenciar subjetivamente nessa direção a todos que estão nelas envolvidos - trabalhadores de saúde, usuários dos serviços e programas de saúde e gestores, entre outros -, construindo uma maneira de olhar a vida a partir da ótica da polaridade saúde e doença e não das muitas estéticas da vida.

Essa medicalização da vida e da sociedade é intensamente capitalística, pois o ‘outro’ é mero “objeto” da minha prática, passível de manipulação de fora para dentro, ao ponto de passar a desejar dentro de si, o que eu de fora quero que deseje. O que vou realizando com ele, ali no cotidiano do mundo do trabalho, de modo oculto e privado. Por isso problematizo esse lugar, pois aqui a possibilidade de pensar uma outra biopolítica – que não a do controle e do vigiar e punir os corpos individuais e coletivos – é chave para desprivatizarmos o conjunto das nossas práticas e seus enunciados, não só em termos de mercado, mas também o nosso agir ético-político marcado por um forte componente capitalístico que não se abre aos vários processos de produção da vida em sociedade, mas só a algumas.

Referências

- DELEUZE, Gilles. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 2005.
- _____. *Conversações (1972-1990)*. São Paulo: Ed. 34, 1992. p. 219-226
- DONNÂNGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- _____. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- GUATTARI, Félix. *As três ecologias*. 18 ed. Campinas: Papyrus, 2007.
- HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. *Multidão*. Rio de Janeiro: Record, 2005.
- IRIART, Célia B. Atenção Gerenciada: instituinte da reforma neoliberal. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.
- _____. Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciência & saúde coletiva* (Rio de Janeiro), v. 13, n. 5, 2008, p. 1619-1626.

IRIART, Célia; WAITZKIN, Howard. How the United States exports managed care to third-world countries. *Monthly Review* (New York), v. 52, n. 1, 2000, p.21-35.

IRIART, Celia; WAITZKIN, Howard; MERHY, Emerson Elias. “Atenção gerenciada: da microdecisão corporativa à microdecisão administrativa, um caminho igualmente privatizante?” In: BURMESTER, Haino (Ed.). *Managed care: alternativas de gestão em saúde*. São Paulo: Proahsa/FGV, 1998. p. 85-115.

_____. “HMO’s abroad: managed care in Latin America”. In: FORT, Meredith; MERCER, Mary Anne; GISH, Oscar (Eds.). *Sickness and wealth*. Boston: South End Press, 2004, p. 69-78.

LUZ, Madel Therezinha. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MACHADO, Roberto. *Foucault, a ciência e o saber*. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Katia. *Danção da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. “Reestruturação produtiva em saúde”. In: BRASIL PEREIRA, Isabel; FRANÇA LIMA, Julio César (Coords.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2006, p. 225-230.

MERHY, Emerson Elias et al. “Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde”. In: MERHY, Emerson Elias; ONOKO, Rosana. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 113-150.

MERHY, Emerson Elias. “A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência”. In: CAMPOS, Cezar Rodrigues; MALTA, Deborah Carvalho; REIS, Afonso Teixeira dos; SANTOS, Alaneir de Fátma dos; MERHY, Emerson Elias (Orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998, p. 103-120.

_____. O SUS e seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sônia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-142

