

Concepções de cuidado emancipatório: *limites-possibilidades* para as práticas profissionais no contexto das políticas de saúde do Brasil

MARIA RAQUEL GOMES MAIA PIRES*

Resumo: As reflexões sobre cuidado emancipatório, quando incorporadas reconstrutivamente na prática dos profissionais de saúde, potencializam o reordenamento de poderes, saberes e desigualdades. Tal utopia traduz-se, sobretudo, na eterna possibilidade disruptiva presente no gesto de cuidar que se refaz na relativa autonomia do outro, já aí ambíguo e processual. A inserção do cuidado nas práticas e política de saúde do Brasil tem se caracterizado pela mecanização, fragmentação e tecnicismo hegemonicamente consolidados pela racionalidade moderna do modelo biomédico de atenção à saúde. O cuidado emancipatório dos profissionais, nos limites-possibilidades (unidade dialética) que os constróem, pode desencadear o empoderamento de sujeitos sociais e a progressiva conquista de políticas de saúde mais justas, eqüanimes e universais.

Palavras-chaves: cuidado, emancipação, políticas de saúde.

Introdução

Cuidar para que o outro seja capaz de dispensar progressivamente a tutela, sabendo-a relação de poder, re-elaborando e democratizando a ajuda na relativa e processual autonomia do outro, eis o tema que se pretende aprofundar neste artigo. O intento é refletir sobre as concepções emancipatórias do cuidado, à luz do referencial teórico

* Enfermeira, mestre e doutoranda em Política Social, Departamento de Serviço Social, UnB; assessora técnica do Ministério da Saúde

em Demo (2000) e dos questionamentos paradigmáticos em Bauman (2001), Capra (1982) e Boff (1999). A partir de tal constructo teórico, propõe-se alguns limites-possibilidades (unidade dialética) para as práticas dos profissionais de saúde no contexto das políticas de saúde do Brasil. O argumento central discute a idéia de que a concepção emancipatória do cuidado, se assumida, refletida, incorporada e (re)construída na prática dos profissionais de saúde, potencializa a redução das desigualdades sociais e o partilhamento de poderes.

Concepções emancipatórias de cuidado

O cuidado revela-se como princípio integrador, ambivalente e reconstrutivo das relações sociais e da natureza. Assume-se aqui uma visão holística, não sem o crivo da crítica e da dialética, enquanto paradigma integrador da existência no Planeta (Capra, 1982). Diz-se que há cuidado quando se pode identificar características de desvelo, preocupação, atenção, solicitude, desprendimento, envolvimento e comprometimento com aquilo (ou aquele) que é alvo do cuidado.

Seja qual for o significado do cuidado, ele pode ser entendido como relação e *modo de ser*. Cuidar é relação porque sempre envolve outrem. Seja na relação com o outro ou consigo mesmo, surge sempre uma nova possibilidade de estar no mundo, que se renova continuamente como processo inacabado. É também *modo-de-ser*, por inaugurar maneiras de existir pautadas na solidariedade e no compromisso com a preservação do todo.

Boff (1999) apresenta dois *modo-de-ser* no mundo: o trabalho e o cuidado. O *modo-de-ser* trabalho corporifica a dimensão do masculino, caracterizado pela compartimentalização da realidade para melhor conhecer, analisar, intervir, subjugar, dominar. Tal visão masculina da realidade tem ditado a maneira como homens e mulheres ocidentais têm habitado o mundo na modernidade. Já o *modo-de-ser* cuidado traduz a visão do feminino, significando relação de convivência, inter-relação, comunhão e interação. Boff acrescenta que essas duas visões de mundo não se opõem, mas se completam, limitam-se mutuamente, constituem a integralidade

da experiência humana na terra. O grande desafio que surge para o homem é *combinar trabalho com cuidado*.

Capra (1982) descreve a profunda crise que a sociedade moderna tem enfrentado devido, principalmente, aos dilemas e esgotamentos paradigmáticos atuais, incapazes de lidarem com os problemas sociais, políticos, econômicos, culturais e ecológicos. Para ele, os três últimos séculos têm sido conduzidos pelo paradigma *cartesiano-newtoniano*, tendo este influenciado as ciências, a cultura e a sociedade ocidental. O paradigma cartesiano-newtoniano diz respeito à influência do pensamento de René Descartes e Newton no mundo moderno. Caracteriza-se, principalmente, pela visão mecanicista do mundo enquanto máquina, pela separação da matéria e espírito e pela exacerbação da racionalidade científica como verdade absoluta.

Muitos autores – Santos (1996;1998), Arato, A. e Cohen (1994, Haguette (1990) – têm contribuído para acentuar a discussão acerca das visões de mundo ‘masculina’ e ‘feminina’ de que fala Boff, ou das abordagens “cartesianas” e “sistêmicas” elucidadas por Capra. Longe de assumir quaisquer dicotomias mais lineares, refira-se como relevante e consensual entre eles a necessidade de mudar a lógica com que o homem moderno tem estado no mundo. Fala-se, pois, de uma mudança de paradigma onde a solidariedade e a sustentabilidade da vida ganham destaques e amplitude fundamental, resignificando o gesto de cuidado na terra.

Conceber o cuidado como *relação e modo-de-ser* é visualizá-lo como atitude diante da vida. Cuidar é ter atitude de envolvimento e comprometimento com o outro, consigo mesmo, com a cultura, com o saber, com a natureza e com a própria vida. Neste sentido, cuidar é ter e ser uma atitude de vida. Ter atitude de vida é contemplar a diversidade, a solidariedade e a criatividade como qualidades em permanente construção. Ser atitude de vida é assumir-se enquanto permanente transformação, irradiando potencialidades nas relações sociais.

O cuidado como atitude de vida inspira os *novos paradigmas* de que falam Boff (1999) e Capra (1982), resgatando a idéia de prestar mais atenção nas sínteses, não esquecendo as análises que as compõem. A concepção sistêmica da vida defendida por Capra,

integradora do ser no todo dinâmico, em permanente construção e interação com o meio, coincide com a visão do cuidado enquanto ética do humano defendida por Boff. Em ambos, embora tenham inclinações funcionalistas, uma vertente: a lógica atual de existência humana está em colapso por ignorar o cuidado nas relações do homem no mundo.

A física quântica, transcendendo o pensamento cartesiano-newtoniano, propõe que a vida existe dentro de um certo padrão de probabilidades de conexões. Tais “conexões” não acontecem em espaços determinados ou fixamente estruturados, mas manifestam-se em um campo entre a potencialidade e a realidade da existência. Significa dizer que a única certeza que realmente conseguimos captar da vida é sua incerta probabilidade de existir. É a ciência moderna entrando em contato com suas impossibilidades, assumindo-as como desafio reconstrutivo.

O livro *O ponto de mutação* foi transformado em filme pelo irmão de Fritjov, Bent Capra, cineasta americano, em 1990.¹ No filme, a física, curiosamente interpretado por uma cientista mulher (Liv Ullmann), a política, representada por um candidato a presidente dos EUA, e as artes, um poeta, conversam sobre a crise pragmática atual à luz da física quântica. O desfecho do filme fica por conta de uma bela fala do escritor/poeta sobre a vida e sua singularidade expressa no sentir, por si só incapturável pela obtusa inteligência humana. A transcrição da fala do *poeta*, no citado filme, resume lucidamente a impossibilidade da ciência, da política e das artes frente à pretensão de decifrar o mistério da vida:

Os cientistas podem nos dizer quais as metáforas para a vida, sejam microchips ou relógios. Os políticos podem nos dizer de que forma devemos viver, *mas me sinto tão reduzido sendo chamado de sistema, quanto sendo chamado de relógio. A vida não é tão condensável assim. (...) A vida sente a si mesma. A vida é infinitamente mais que as suas ou minhas obtusas teorias a seu respeito. Sentir o universo é um trabalho interior.*

¹ O filme *Ponto de mutação*, do cineasta Bent Capra, tem roteiro de Floyd Byars e Fritjov Capra. Sua versão em vídeo saiu pela distribuidora Cannes Home Vídeo e pela Editora Três como parte integrante da revista *Meditação* nº 29.

É preciso cuidar da vida entendendo-a como processo, portanto em movimento, flutuante, reconstrutiva e destrutiva a um só tempo. A própria vida é passagem que precisa da morte para manter-se viva, mantendo com ela uma relação tipicamente dialética. Como bem diz Capra (1982, p. 276): “A morte, (...), não é o oposto da vida, mas um aspecto essencial dela”. Cuidar do planeta é cuidar de nós todos, entendendo que sempre seremos infinitamente menores que o mistério da vida.

Para cuidar da complexa *teia da vida* chamada Terra, é importante assumir uma postura dialética diante das transformações da natureza. Ser dialética, muito mais que tê-la como instrumento e, em sendo, transformar-se. Importante destacar que, assim como vida e morte se completam para manter a diversidade da existência, também as visões de mundo se totalizam, muito mais que se opõem. Precisamos de ambas para ter (e ser) atitude de vida com o planeta.

A visão tendenciosamente esotérica e teológica defendida por Capra (1982) e Boff (1999), apesar de grandes contribuições ao pensamento holístico essencial para os convívios na Terra, corre o risco de minimizar o caráter conflituoso e ambíguo da realidade. Se o mundo muda mais rápido do que as percepções das pessoas, e se somos todos parte de uma grande *teia de relações*, é importante entender que tais “conexões” de vida não existem sem conflito, caos e desestruturação. Nesse sentido, o cuidar, além de interativo, envolve ambivalências e relações de poderes tipicamente modernas (ou pós-modernas), no caminho proposto por Bauman (2001).

Quem cuida de alguém ou algo detém o poder sobre o gesto de cuidar, tanto quanto precisa de respostas positivas para a relação. O cuidado envolve poder tanto quanto envolve interação pró-ativa pelo outro. Neste sentido, pode significar tutela, quando mantém o outro objeto e dependente da relação de ajuda, como pode transcender tal dependência fomentando a autonomia de sujeitos. A tensão entre as vertentes castradoras e emancipatórias do cuidado são tênues e dialéticas, superáveis na totalidade. A relação de cuidado presente na assistência é bem discutida em Demo (2000), que reflete: “*Existiria incompatibilidade entre assistência e emancipação? De modo algum. Mas existe, isto sim, relação dialética tipicamente contrária*”

e complexa” (p. 25) . O autor defende a idéia de que “(...) ninguém se emancipa sem ajuda, mas emancipar-se é especificamente saber dispensar a ajuda”(p. 26).

A relação de ajuda ao outro dificilmente será altruísta ou incondicional, já que, como processo, requer reciprocidades reconstrutivas. Ajudar alguém é uma forma de “*poder elegante*”² que captura, provisória ou longamente, a autonomia das pessoas. Resgatar o princípio processual, integrador e reconstrutivo do cuidado, cientes dos poderes, ambigüidades e potencialidades presentes no gesto da ajuda significa buscar a autonomia de si e do outro através da vinculação que o ato de cuidar proporciona. Eis um bom desafio dialético para a possibilidade emancipatória do cuidado, se entendido em sentido ecológico e epistemológico.

O cuidado visto como atitude pró-ativa pelo outro, igualmente ambíguo e potencialmente transformador, fomenta alguns questionamentos pretensamente éticos: *Qual a importância do cuidado para a vida humana? Como inserir o cuidado nas relações do homem com a natureza, com o outro e consigo próprio?* Quaisquer que sejam as respostas (ou as novas perguntas), há de se vislumbrar o cuidado na perspectiva ecológica da sustentabilidade do planeta, fomentando a necessidade de conhecimento crítico inovador, utopicamente emancipador.

A abordagem *cartesiana* de enxergar o planeta, assim como a dimensão *masculina* de que fala Boff (1999), têm dominado a maioria das relações na Terra. Os desequilíbrios ecológicos ameaçam a vida no planeta e o próprio homem é uma espécie ameaçada de extinguir-se. A miséria, a fome, o abandono e as *pobrezas*³ (*tanto material quanto política*) que assolam a vida humana são fruto de um modelo de desenvolvimento que está em crise.

Inserir a ótica do cuidado como um gesto de vida nas relações (e inter-relações) da natureza pode ser o início de uma nova forma de habitar a terra. Também pode, dentro da relatividade própria dos

² Uma análise interessante sobre como, historicamente, a *ajuda ao desenvolvimento*, no capitalismo moderno, foi utilizada calculadamente para dominar e extorquir pode ser vista em Saches (2000).

³ Demo (1996) defende que não só a pobreza material deve ser combatida, igualmente a pobreza política gera e reproduz desigualdades sociais.

convívios sociais, libertar o homem das suas *pobrezas*, emancipando-nos, tornando mais humana e justa nossa história. Nesse sentido, cuidar do planeta é cuidar também do homem. É manter a diversidade humana, evitando a extinção.

A pretensa liberdade precisa ser entendida dentro da tensão dialética entre as liberdades subjetivas e objetivas e suas respectivas necessidades de libertação. Assim, manter-se livre é estado de espírito e condição objetiva de existência, ao mesmo tempo, em eterno conflito reconstrutivo dialético. O equilíbrio esperado entre o desejo de ser livre (liberdade subjetiva) e a capacidade de agir em prol de tal desejo (liberdade objetiva) existe de forma provisória e dinâmica onde, se atingido, a “libertação” deixa de existir enquanto força motriz da história (Bauman, 2001).

Os homens, presunçosamente livres e cuidadores, associam-se entre si, dentre outras coisas, através da cultura, precisando reeditá-la para viver em sociedade. É a partir de processos culturais que homens e mulheres dinamizam suas relações, criam vínculos, costumes, hábitos, subjetividades, normas, leis, tradições. É pela fala, pelo discurso, pelos símbolos e significados que a cultura se mantém nas relações sociais como componente de integração e socialização em contextos sócio-históricos.

Em sua análise, Thompson (1995) percorre as principais concepções de cultura, procurando obter uma compreensão mais profunda do termo e evitando reducionismos dos fenômenos culturais contemporâneos. Ele distingue duas concepções de cultura: *concepção descritiva*, ligada ao estudo e classificação das diferentes culturas pela antropologia, e *concepção simbólica*, voltada à interpretação dos símbolos e da ação simbólica presente nos fenômenos simbólicos. O autor analisa criticamente as duas concepções e formula o que ele chama “*concepção estrutural de cultura*”, cujas características essenciais são a *constituição significativa das formas simbólicas e sua contextualização social*.

A *concepção estrutural de cultura* de Thompson (1995) pretende dar ênfase tanto ao caráter simbólico dos fenômenos culturais, como ao fato de tais fenômenos estarem sempre inseridos em contextos sociais estruturados. O autor preocupa-se, principalmente, em evitar as abordagens estruturalistas de cultura e acrescenta :

O que define nossa cultura como “moderna” é o fato de que a produção e circulação das formas simbólicas se tornaram desde o fim do séc. XVI, cada vez mais e de uma forma irreversível, parte de um processo de mercantilização e transmissão que é, agora, de caráter global” (Thompson, p. 166-167).

Entender a forma como o homem está no mundo, principalmente através de “*formas simbólicas*” – visualizadas como amplo espectro de ações e falas, imagens e textos, que são produzidos por sujeitos e reconhecidos por eles e outros como constructos significativos (Thompson, 1995) – constitui elemento de pertença a determinado grupo, em contextos específicos. Deste modo, será considerado incluso aquele que entender e compartilhar das diversas formas como os sentidos e relações se manifestam em uma sociedade. A exclusão acontece, também, quando se desconhece ou não se compartilha com as tradições e com os pressupostos que estão imersos na cultura e na linguagem de determinado cotidiano histórico.

Cuidar do homem consiste, dentre outras coisas, em preservar a cultura. A cultura deve ser acolhida para que possa ser mantida a diversidade, a criatividade e as possibilidades de intervenções críticas. Cuidar da cultura é assumir as diversas manifestações do homem como dialéticas e ambivalente. Em um mundo global, permeado de relações complexas, o cuidado surge como uma possibilidade de existirmos juntos, apesar de inacabadamente ambíguos e plurais.

O cuidado como gesto solidário em prol do outro não contempla a incapacidade de sujeitos, tampouco de renunciar-se em favor de outrem, menos ainda usa o outro para “salvar-se” dos dilemas éticos, morais ou religiosos. Também não significa menosprezar as potencialidades e limites de cada um. Cuidar do outro é conviver junto, apesar e sobre as diferenças, passando da “tolerância à solidariedade” (Bauman, 2001). É ser solidário, sem tutela, porque a minha liberdade traduz-se na liberdade do outro e dela dependo. É facilitar um processo de busca partilhada. Cuidar do outro é interagir dialeticamente com as partes, na construção coletiva do todo. Cuidar da vida *do homem* é emancipá-lo do próprio cuidado.

Cuidado não significa benevolência, envolve trocas de significados objetivos e subjetivos de libertação. Quem cuida de

alguém também está sendo cuidado. O sentido de “cura” do cuidado acontece quando a relação estabelecida com o outro e consigo mesmo assume a dimensão holística e emancipatória. Cuidar é movimento de interação e conflito que envolve disposição para entender e interagir com o outro, potencializando a disposição de lutar pela causa alheia, apesar e sobre as diferenças

Assumir o cuidado como atitude pró-ativa pelo outro, ajudando-o provisoriamente na construção da autonomia, é visualizá-lo como uma utopia emancipatória. É utopia, porque possibilita a eterna conquista como processo inacabado. É emancipação porque rompe sistematicamente com relações de dominação excludentes, por meio da construção autônoma e coletiva de projetos próprios.

Emancipar pelo cuidado significa potencializar, através do vínculo solidário do gesto de ajuda, intervenções críticas e criativas em contextos sócio-históricos específicos, capazes de conquistar cenários próprios de cidadania construídos pelas pessoas cuidadas. A emancipação acontece quando se é capaz de trilhar o próprio caminho, individual e coletivamente. A emancipação pelo cuidado também acontece pelas vias do conhecimento. É mais fácil negar escolhas e oportunidades àqueles que não as reconhecem como tais (Demo, 2000). Conhecer é ser capaz de elaborar uma reflexão crítica acerca da realidade que se estuda, intervindo e modificando reconstrutivamente o contexto em foco.

A criatividade constitui-se em instrumento essencial ao conhecimento, já que viabiliza a eterna incompletude do saber. É a partir do conflito e tensão dialética *entre o que foi produzido e o que está por vir*, entre o irrealizado e o possível, entre o não-sentido e o sentido, entre o igual e o diferente, que a criatividade surge, como movimento de superação em prol da liberdade.⁴ Para acompanhar os avanços impostos por um mundo “global”, onde a informação e a tecnologia se renovam a cada segundo, exigindo um cidadão cada vez mais hábil em gerenciar informações, o conhecimento humano deve intervir e inovar continuamente, só que de maneira sustentável e inclusiva, ou seja, mais cuidadosa.

⁴ Vale aqui referenciar Orlandi (2001) em sua análise entre criatividade e produtividade na análise do discurso, onde a autora procura captar estruturas de linguagem “dizíveis” com maior frequência. Inspiramo-nos nas idéias da autora na elaboração da frase sobre criatividade.

No caminho emancipatório proposto por Demo (2000a), onde saber é sobretudo *intervir* criticamente, quem sabe pensar deve também saber cuidar, sendo ambos necessários um ao outro, tanto quanto ambíguos. Ou seja, reconhecer as relevâncias sociopolíticas de determinado cenário para poder agir de forma refletida, pelas vias da participação, envolve relação de zelo e negociação de interesses com as pessoas envolvidas no processo de mudança em curso, elaborando consensos possíveis e não menos contraditórios.

O conhecimento que prima excessivamente por seu lado formal, ignorando as facetas conflituosas envolvidas no uso que dele se faz, revela-se um bom instrumento de dominação excludente. Para gerar conhecimentos com qualidade formal e política, de forma sustentável e inclusiva, precisamos cuidar para que tal saber não se volte destrutivamente para o homem e para a natureza, pelas vias da participação e da cidadania. Assim, o cuidado como instrumento de emancipação é também propedêutica. Para *intervir* criticamente em contextos sócio-históricos específicos, através do conhecimento com qualidade formal e política, é fundamental que resgatemos as potencialidades reconstrutivas presentes no gesto de ajuda solidária, embora cientes de suas ambigüidades e limites.

A visão *epistemológica* do cuidado visualiza a eterna incompletude da vida, concebendo-a como processo. Saber cuidar é reconhecer-se como movimento ambíguo e processual em prol do outro, intervindo e se reconstruindo no cotidiano histórico. Cuidar, em sentido ecológico e epistemológico, é contribuir para o conhecimento crítico inovador capaz de alargar as oportunidades e escolhas cidadãs, integrando-as à sustentabilidade do planeta e às reduções das desigualdades sociais. As possibilidades emancipatórias do cuidado podem se traduzir em políticas sociais redistributivas e inclusivas se respaldadas pela cidadania crítica, organizada e participativa, alimentada pela qualidade política das intervenções em contextos específicos (Pires, 2001).

A inserção do cuidado nas práticas e na política de saúde do Brasil: *limites-possibilidades* emancipatórias

Na área da saúde, a visão cartesiana manifesta-se por meio do modelo biomédico. Tal paradigma de atenção à saúde, a exemplo

da visão newtoniana, separa a matéria do espírito. Para entender e assistir à doença, os pesquisadores tentam entender exclusivamente os mecanismos biológicos que levaram à enfermidade. Essa visão fragmentada da saúde reduz a doença a uma “falha” no mecanismo humano (corpo) que precisa ser consertada ou trocada. Visualiza-se o homem como “máquina” que precisa ser esmiuçada, detalhada, descrita em cada “parte”, sem muita relação com o todo.

Nesse contexto de cuidar e entender a saúde, as questões filosóficas e existenciais que envolvem a doença são evitadas. Na maioria das vezes, nem uma discussão mais aprofundada do que seja saúde e doença é inserida nas concepções de saúde. Igualmente ignorado é o sentido da morte para a vida. Geralmente a morte é entendida como fracasso, falência da máquina, como oposto da vida. A morte e o morrer, enquanto processo, são os contrários dialéticos da vida – tanto dependente da existência, quanto superável nas sínteses que a compõem.

O modelo biomédico de atenção tem conferido poder e *status* ao médico sobre o corpo e a doença. Assim, as *verdades médicas* assumem o caráter de *dogma* nas sociedades ocidentais a partir da industrialização. Tais ‘*dogmas*’, ditados sobretudo pela medicina, têm se incorporado hegemonicamente nas *formas simbólicas* transmitidas pela comunicação e mediadas pela cultura (Thompson, 1995), convivendo em uma correlação de forças com outros saberes e artes de cuidar.

Weber (1999), em sua obra *As artes de curar*, questiona a hegemonia médica na área da saúde através de um estudo historiográfico sobre a medicina, a religião, a magia e o positivismo na República Rio-Grandense, no início do século XX (1889-1928). Ela destaca que as relações entre as diversas artes de curar, no início do século, foram conflituosas e que a medicina era apenas mais um saber em saúde, dentre muitos outros, cuja hegemonia foi se consolidando através da industrialização da sociedade.⁵

Até a medicina alcançar essa imagem que tem hoje – uma ciência inquestionável e onipotente – diversas práticas de cura disputavam espaços. Essas disputas significavam embalos de concepções e

⁵ Demo (1996) defende que não só a pobreza material deve ser combatida, igualmente a pobreza política gera e reproduz desigualdades sociais.

atitudes, nas quais estavam em jogo alguns dos elementos centrais que definiriam a nova organização. (Weber, 1999, p. 25).

Embora a medicina tenha se consolidado hegemonicamente na sociedade moderna ocidental, cabe pontuar que cada ator envolvido no processo de produção social da saúde e doença é co-responsável pela realidade em foco. O cenário atual, enquanto contexto sócio-histórico específico, constitui-se em disputas de espaços e correlações de forças potencialmente capazes de mudanças.

O modelo biomédico de atenção à saúde, sozinho, é incapaz de desencadear a *cura*. Curar significa transcender a estreita concepção de saúde e doença dominante na visão cartesiana, entendendo-a como um processo mais amplo, integrado às diversas formas de vida na Terra. Neste sentido de cura, a tecnologia da ciência moderna é apenas um, dentre vários fatores, que podem desencadeá-la.

Muitas doenças da modernidade têm desafiado a medicina, deixando-a, muitas vezes, sem respostas ou impossibilitada de “curar” a pessoa enferma. Geralmente, as enfermidades que transcendem o entendimento do corpo como *máquina* tornam-se mais difíceis de serem abordadas pelas ciências médicas contemporâneas. Bons exemplos são o câncer e os distúrbios psíquicos.

Sendo o cuidado uma atitude presente em todas as pessoas, a qual se manifesta nas suas relações e interações plurais, muitas são as possibilidades capazes de desencadear processos de cura, desde que as interações estabelecidas sejam significativas, intensas e, principalmente, propositivas.

Quantas vezes, no hospital, a pessoa enferma interage com alguém que não é da equipe de saúde e aquela relação o fortalece e o renova? É muito comum, por exemplo, um auxiliar da limpeza ou uma copeira cuidar muito melhor, em termos humanísticos, do que toda a parafernália e equipamentos modernos da instituição hospitalar. No cuidado à saúde das pessoas, vários atores têm co-assumido a assistência à saúde dos enfermos de maneira mais holística e plural do que as profissões da área de saúde, com todo o avanço “científico” propiciado pela modernidade.

Com as devidas reverências aos avanços da ciência moderna, principalmente no que se refere a técnicas, saber acumulado,

tecnologias e procedimentos, o mesmo não pode ser dito em relação à qualidade do cuidado prestado à população. A exemplo do modelo biomédico, as práticas exercidas pelos profissionais de saúde padronizaram, fragmentaram e homogeneizaram sua maneira de cuidar, descuidando, ou mesmo pouco se apropriando, da visão ecológica e epistemológica deste cuidado. Vale destacar que as formas alternativas de cuidar, apesar de massacradas pelo pensamento cartesiano dominante, ainda permanecem vivas como importante elemento de cura.

Weber (1999), ao analisar a resistência da população do Rio Grande do Sul do início do século XX em aceitar as práticas da medicina, ditas “científicas”, descreve com bastante propriedade as relações conflituosas entre as diversas práticas em saúde. Nessa época, a medicina era considerada mais um saber, não o mais aceito ou o mais importante, para a cura. Em suas palavras:

Esse afastamento dos saberes dos médicos diplomados e das práticas populares é bastante discutido pela antropologia, demonstrando como as práticas dos curandeiros são mais próximas da visão de mundo de quem está sendo tratado, porque levam em conta a história pessoal de cada indivíduo, oferecem explicações reconhecíveis, dando-lhe um sentido, propondo uma lógica referente ao universo conhecido, mantendo o envolvimento da família, articulando e reforçando os valores culturais do grupo em que vivem. (Weber, 1999, p. 216).

A crise paradigmática atual desvela os desafios das doenças em tempos “pós-modernos”, os quais, por sua vez, têm ficado cada vez mais complexos, requerendo respostas mais elaboradas e reconstrutivas. Particularmente na área da saúde, a discussão inaugurada pela fenomenologia trouxe várias reformas na maneira de assistir a saúde da população.

Considere-se pertinentes as críticas feitas à fenomenologia, principalmente no que se refere ao desconhecimento dos fenômenos estruturais, à ausência de discussão sobre as questões do poder e a atomização da realidade como se cada grupo fosse um mundo social independente (Minayo, 1982). Apesar disso, os questionamentos deste enfoque na área da saúde podem ser recuperados dentro de uma visão dialética. Em termos de propostas para reformulação

da assistência à saúde, várias terapias alternativas ganharam espaços e muitos sistemas de saúde foram modificados, inclusive o do Brasil.

Na tentativa de articular a inserção do cuidado nas políticas oficiais de saúde, com destaque para as práticas dos profissionais, estrutura-se a seguir um esboço rápido sobre a história da evolução das políticas públicas de saúde no Brasil e sua relação com o cuidado. Um breve olhar sobre tal assunto, ratifica o aprisionamento das práticas de saúde mais integradoras e potencialmente disruptivas em atos mecanizados, institucionalizados e fragmentados, tipicamente *biomédicos*.

Na década de 20, o sanitarismo campanhista se constituiu na primeira política pública de saúde oficial brasileira, com interesses econômicos claramente definidos – saneamento dos portos brasileiros para a circulação de mercadorias e acumulação capital (Campos, 1989). De visão militarista e com forte centralização político-estrutural, tal linha de atuação sanitária objetivava o controle de doenças de massa (Mendes, 1993). É o início das grandes campanhas (contra varíola, febre amarela, malária, etc.), das coberturas vacinais e da vigilância epidemiológica.

Por essa época, o cuidado às pessoas começa a se enquadrar em normas e regras da política de saúde vigente, eminentemente pública e com fortes traços do *higienismo*,⁶ caracterizado pela tendência em associar “limpeza” à noção de saúde. Muitos autores apontam uma forte propensão do sanitarismo campanhista ao higienismo, comparando seu caráter impositivo a sistemas de governo autoritários ou despóticos. É época de intensos conflitos e correlação de forças entre o cuidar oficial do governo brasileiro (ciência como discurso ideológico) e diversos outros *extra-oficiais* existentes (representados pela rica manifestação do saber popular).

Nesse tempo, início do século XX e de grandes descobertas, a racionalidade da ciência moderna tenta dar uma direcionalidade única às formas de pensar, agir e sentir da sociedade, encontrando na política seu principal alçoz. O processo de cuidar da saúde

⁶ Sobre a história e evolução das políticas de saúde no Brasil ver, dentre outros, Teixeira (1989), Mendes (1993), e Campos (1992).

envolve diversas possibilidades, relações, práticas, crenças, mitos e atores próprios da expressão subjetiva e objetiva da humanidade. Tentar reduzi-la a tubos de ensaio, injeções, vacinas, programas governamentais de saúde pública, medicamentos e curativos é aprisionar o movimento dialético do cuidar enquanto gesto solidário, castrando-lhe sua integralidade e holismo.⁷

Com a crescente e desordenada urbanização do Brasil (década de quarenta em diante), a industrialização assume lugar de destaque na economia e o capitalismo tem enorme impulso, fazendo surgir as grandes cidades e, com elas, as conseqüências sociais exclusivas.⁸ O processo de industrialização brasileiro, marcadamente desorganizado e gerador de exclusões sociais, trouxe consigo o modelo médico-assistencial-privatista. A indústria farmacêutica moderniza-se, surgem os complexos hospitalares, as tecnologias de ponta, as especialidades. É a hegemonia médica consolidando-se nos ditames do capitalismo liberal.

Diante do cenário em que se deu o processo de urbanização, ditado pelo capitalismo industrial e suas leis, tornou-se preciso direcionar as políticas sociais brasileiras, de saúde inclusive, de modo que se mantivesse um excedente de mão-de-obra em padrões mínimos que não prejudicasse a *mais-valia*, o lucro e a acumulação pelo estado capitalista moderno. Era interessante manter a classe trabalhadora alienada do processo de cidadania, constituindo-se em massa de manobra fácil.

O enfoque da assistência, sob o prisma do poder⁹ disciplinar e normatizador do Estado, passou do plano coletivo ao individual, já que as circunstâncias econômicas assim exigiam. A concepção ampliada de Estado implica a noção de correlação de forças. Pensar o o Estado enquanto manifestação de poder político é conceber a sociedade civil como eterno movimento dialético em disputa por

⁷ Em 1904, no Rio de Janeiro, ocorreu a famosa “revolta da vacina”, protesto popular contra lei elaborada por Oswaldo Cruz que tornava compulsória a vacinação antivaríola na então capital federal. No saldo oficial do conflito, 23 mortos, dezenas de feridos e cerca de mil presos. São os saberes e práticas de cuidar se conflitando.

⁸ Para aprofundamento e análise social do processo de urbanização no Brasil, ver Gonh (1995) e Sader (1982).

⁹ Para Foucault (1979), a disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos.

espaços e posições. Também é entender que a disputa em questão é alimentada por diversos interesses que, se na época de Marx era polarizado em duas classes distintas, hoje se amplifica em redes plurais e “fluidas” de interesses.¹⁰

Nas décadas de 70 e 80, são gritantes as deficiências da política de saúde no país. A “*universalização excludente*” (Mendes, 1993) assume enormes proporções, sendo a grande maioria pobre a principal *desassistida* do sistema. Além do paradigma clínico privado, os convênios e planos de saúde – financiados em grande parte pelo dinheiro público através das concessões governamentais – marginalizam ainda mais a assistência à saúde, selecionando grupos de acordo com as condições socioeconômicas.

No seio das universidades, inspirados pelos movimentos estudantis, ecológicos, feministas e/ou de *contracultura* mundiais, originam-se os primeiros pensamentos de democratização da saúde que vão dar corpo ao chamado movimento de reforma sanitária. Os ideais deste movimento inauguram uma discussão ampla sobre a relação entre Estado e sociedade. Urge a necessidade de se redefinir os paradigmas norteadores das políticas públicas com a inserção da perspectiva cidadã na elaboração, consecução e fiscalização das mesmas.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, configura-se como um marco histórico fundamental de oficialização da proposta de reforma sanitária ensejada no bojo das discussões de setores organizados da sociedade civil sobre o assunto. No espaço jurídico-legal¹¹ é redefinido o projeto público de saúde com a criação do SUS – Sistema Único de Saúde – e seus princípios: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Nos discursos oficiais, temas como municipalização do planejamento, gerência e execução das políticas, tendo a distritalização como parâmetro de atuação, incorporam-se ao vocabulário dos poderes públicos.

¹⁰ As concepções de Estado, à luz das teorias marxistas, podem ser vistas em Coutinho (1987) e Gramsci (1979).

¹¹ A respeito da legislação do SUS ver lei 8080/90, NOB 01/93, NOB 01/96 e NOAS 01/02.

O modelo que se propõe com o SUS, como mudança paradigmática, é o enfoque da promoção da saúde,¹² sendo visto como resultado dinâmico de uma série de fatores sociais, econômicos e culturais que permeia o espaço da produção social da saúde. Ao invés do hospital, têm-se a comunidade, a abordagem coletiva e a participação social norteando as ações em saúde.¹³

Ao se observar o campo prático-operacional das conquistas do SUS, vê-se que, apesar dos avanços na democratização do sistema, na melhoria do acesso e em algumas experiências de excelência dentro do SUS, a atual política de saúde está longe de esboçar uma reestruturação significativa na atenção à saúde da população brasileira, capaz de verdadeiramente universalizar o acesso com equidade e efetiva participação social.

Uma rápida incursão nos relatórios e documentos de organismos internacionais (OPS, OMS) e nacionais (Ministério da Saúde) sobre os indicadores de saúde brasileiros demonstra que a saúde no Brasil acompanha as desigualdades e complexidades expressas pelos relatórios sobre desenvolvimento humano, baseados no IDH. O país convive, de um lado, com problemas de saúde típicos de países pobres, como tuberculose, dengue, cólera e malária, e, de outro, com tecnologias de ponta no setor saúde e tratamentos eficazes para epidemias como a AIDS.¹⁴ Ou seja, a hegemonia do modelo médico individual hospitalocêntrico e mercadológico continua imperando, agora maquiada com roupagens de saúde democratizada e sob o risco de se transformar em política social focalizada tipicamente neoliberal (Faleiros, 2000).

Apesar da crise contextual do SUS, ditada principalmente pela economia global, pela crise dos sistemas de proteção social nas sociedades capitalistas, pela redução dos Estados-Nações, além da urgente necessidade de reformulação na gestão pública

¹² O paradigma da promoção à saúde vem criando corpo legal principalmente a partir das conferências internacionais sobre promoção à saúde, marcadamente a primeira, em Ottawa, Canadá, 1986. Ver relatórios e decisões pactuadas mundialmente em Brasil, Brasília, (2001).

¹³ Ao invés do poder médico *inquestionável* sobre a doença ou sua cura, têm-se o enfoque da equipe de saúde articulando-se junto às pessoas na busca de melhores dias.

¹⁴ Para leitura de documentos e indicadores ver, por exemplo, *homepage* da OPS (www.paho.org/default_spa.htm) e Ministério da Saúde (www.saude.gov.br; www.datasus.gov.br).

brasileira, acredita-se nos elementos essenciais da reforma sanitária como utopia possível de se construir no cotidiano histórico. Segundo Teixeira (1989), tais referenciais compreendem a construção de um paradigma analítico da saúde coletiva a partir da determinação social do processo saúde-doença e da organização das práticas, da nova ética profissional, da luta política pelo direito à saúde, da gestão democrática e do controle social sobre o sistema de saúde.

O Estado ampliado de Gramsci originou a concepção de correlação de forças enquanto força motriz da sociedade e do Estado. A eterna disputa por espaços e posições coexistem, hoje, em outros espaços e tempos, nem sempre reais, mais igualmente processuais. O mundo da informação virtual e da pluralidade de atores tornou relativa a noção de espaço e de tempo e, com ela, a dimensão do Estado (Santos, 1997). Ou seja, o Estado ficou pequeno frente à volatilidade do capital financeiro e perdeu, de certa forma, sua centralidade para a reprodução do capital e na definição das políticas públicas.

Com a evolução das políticas de saúde no Brasil, o cuidado assume cada vez mais a posição de “objeto” de trabalho, já que as práticas dos profissionais formatam-se dentro dos paradigmas da racionalidade moderna. Sob o domínio da lógica biomédica de atenção, o cuidado é instituído em normas, técnicas, procedimentos e teorias. Acentua-se a divisão entre corpo-mente e o ato de cuidar torna-se repetitivo, burocratizado, mecanizado, desconectado de seu sentido reconstrutivo. O cuidado não pode ser objeto, já que é dinâmico e relacional. Seria o caso, então, de objetivar o cuidado assumindo-o como relação entre sujeito e objeto do cuidar, em determinado campo social. Neste sentido, cuidar do outro é também cuidar de si, já que não existe cuidado sem envolvimento.

A grande utopia a ser construída é o resgate do cuidado como potencialmente transformador de si e das relações pró-ativas pelo outro, apesar de sabê-las diferentes. A emancipação pelo cuidado pode ser possível se este for assumido como atitude em favor da vida, dentro de uma visão epistemológica e ecológica. Emancipar pelo cuidado, para os profissionais de saúde, significa repensar as práticas e as relações estabelecidas no ato de cuidar, transformando o ato em atitude, e a tarefa em processo interativo.

O *empowerment*, como empoderamento do sujeito, é uma estratégia importante para a emancipação. O fortalecimento do sujeito acontece à medida que ele se apropria de seu projeto de vida, traçando seus rumos individual e coletivamente. Neste sentido, emancipar é cuidar para que os sujeitos possam se fortalecer, através de projetos próprios de desenvolvimento. Faleiros acrescenta com propriedade ao que se vem discutindo:

O fortalecimento ou empowerment do sujeito deve ser contextualizado a partir das relações sociais mais gerais e complexas e não separado a partir das fragmentações, das vitimizações, pois, desta forma, corre-se o risco de se vitimizar os dominados, reduzindo sua cidadania e voltando-se atrás na própria modernidade, com a ruptura do contrato social de cidadanização. (Faleiros, 1999, p. 10).

Faleiros (1999) defende a idéia de *reinventar* o sujeito, descobrindo seu poder de reação e intervenção onde, ao mesmo tempo, reinventam-se a identidade e as relações. Reinventar o sujeito é assumir uma nova lógica de cuidar no mundo, onde a ética e o compromisso com a vida viabilizem a emancipação.

Para os profissionais de saúde, *empowerment* diz respeito também a reinventar sua prática social de cuidar, resgatando o potencial humano da crítica e a criatividade como vias de emancipação. Em termos estratégicos, significa, primeiro, cuidar do homem e do planeta como responsabilidade ética de todos nós; segundo, reorganizar suas intervenções em saúde pautadas no cuidado como gesto solidário que se refaz na construção da autonomia das pessoas, já então prática social emancipatória.

O processo de emancipação, dentro do relativismo e ambigüidade que o constrói, acontece como desconstrução progressiva do poder em contextos sócio-históricos específicos. Cuidar para que o outro seja cada vez mais capaz de partilhar poder, gestando projetos próprios de intervenção na realidade, eis a potencialidade autônoma que precisa ser construída na relação de ajuda em prol do outro, entendendo-a como gesto solidário ambíguo e contraditório.

No entendimento dialético de *limite-possibilidade*, onde ambos se superam na totalidade que compõem, vale aventurarmos algumas indicações historicamente possíveis para cuidarmos de forma mais

emancipatória. Assim, constituem estratégias emancipatórias de cuidar para as práticas de saúde dos profissionais:

- ◆ Valorizar, resgatar, conhecer, teorizar e reeditar as diversas culturas coexistentes (com suas tradições, linguagens e símbolos) como substratos da pluralidade e possibilidades do homem no *mundo*;
- ◆ Assumir o cuidado como atitude pró-ativa solidária em prol da autonomia do outro nos diversos *espaços-tempos* pós-modernos;
- ◆ Resgatar a visão epistemológica e ecológica do cuidado como elemento crítico e criativo no fomento ao desenvolvimento humano;
- ◆ Valorizar a criatividade como elemento do cuidar humano, principalmente em suas expressões artísticas e culturais;
- ◆ Investir na educação crítica e no conhecimento inovador pautados na lógica do *cuidar*;
- ◆ Tornar as pessoas autoras e co-autoras de suas vidas, em sentido individual e coletivo, assumindo a emancipação como processo eternamente incompleto, por se fazer.

As possibilidades são muitas e os limites também. Esta é apenas uma idéia, assumida como eternamente incompleta, para tornar mais cuidadosa nossa existência. Que seu componente inacabado seja continuamente aperfeiçoado nas discussões que, por ventura, surjam. A perspectiva que ora se traduz é a de sempre buscar profissionais de saúde comprometidos com a emancipação, fazendo e refazendo-se enquanto prática social.

Conclusão

O cuidado dos profissionais de saúde, potencialmente capaz de alargar oportunidades no cenário das políticas de saúde, traduz-se no gesto de ajuda em prol da autonomia do outro que se reelabora na relativa dispensa da tutela. Tal dimensão ecológica e epistemológica do cuidar, dita emancipatória por desconstruir progressivamente assimetrias de poder no contexto de ambigüidade

que o constrói, pode desencadear o empoderamento de sujeitos na construção coletiva de cidadanias. Em outras palavras, o cuidado emancipatório dos profissionais de saúde potencializa a construção de sujeitos sociais nos processos de saúde-doença em contextos sócio-históricos específicos.

Bibliografia

- ARATO, A.; COHEN, J. Sociedade Civil e Teoria Social. In: ARITZER, Leonardo (Coord.). *Sociedade civil e democratização*. Belo Horizonte: Del Rei 1994.
- BAUMAN, Z. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- _____. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- BOFF, L. *Saber cuidar: Ética do humano*. São Paulo: Vozes, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção de saúde*. Brasília, 2001.
- CAMPOS, G. S. W. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação*. 18. ed. São Paulo: Cultrix, 1982.
- COUTINHO, C. N. *Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político*. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- DEMO, Pedro. *Pobreza política*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- _____. *Combate à pobreza*. Campinas: Autores Associados, 1996.
- _____. *Educação pelo avesso: assistência como direito e como problema*. São Paulo: Cortez, 2000a.
- _____. *Saber pensar*. São Paulo: Cortez, Instituto Paulo Freire, 2000b. (Guia da escola cidadã nº 6).
- FALEIROS, V. P. Desafios do Serviço Social na Era da Globalização. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 61, p. 152-186, 1999.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 10.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GOHN, Maria da Glória M. *Movimentos sociais e educação*. São Paulo: Cortez, 1992.
- _____. *História dos movimentos e lutas sociais – a construção da cidadania dos brasileiros*. São Paulo: Loyola, 1995.
- GRAMSCI, Antônio. *Os intelectuais e a organização da Cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

- GRUPPI, Luciano. *Tudo começou com Maquiavel: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lenin e Gramsci*. 10. ed. [s.l.]: L&M, 1986.
- HAGUETE, M. T. F. *Dialética hoje*. Petrópolis (RJ): Vozes, 1990.
- LEBRUN, Gérard. *O que é poder?* São Paulo: Brasiliense, 1984. (Coleção Primeiros Passos).
- MARSHAL, T. H. Cidadania e classe social. In: MARSHAL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.
- NETO, L. *O poder e a peste: a vida de Rodolfo Teófilo*. Fortaleza: Edições Fundação Demócrito Rocha, 1999
- OFFE, C. Algumas contradições do Estado Social Moderno. In: OFFE, C. *Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1991.
- ORLANDI, E. P. *análise de discurso: princípios e procedimentos*. 3ª ed. Campinas, SP: Pontes, 2001.
- PIRES, Maria Raquel G. M. *Enfermeiro com qualidade formal e política: em busca de um novo perfil*. Brasília, 2001, Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Departamento de Serviço Social.
- SADER, Eder. *Quando os novos personagens entram em cena*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
- SACHES, W. *Dicionário do desenvolvimento: guia para o conhecimento como poder*. Petrópolis, Vozes, 2000.
- SANTOS, Boaventura de Souza. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.
- _____. *Reinventar a democracia*. Lisboa: Gravia, 1998.
- THOMPSON, J. B. *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis, Vozes, 1995.
- TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). *Reforma sanitária: em busca da de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989.
- WEBER, B. T. *As artes de cuidar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense, 1889-1928*. Santa Maria: Ed. UFSM, Bauru: EDUSC, 1999.
- VASQUEZ, S. A. *Filosofia da praxis*. Trad. de Luis Fernando Cardoso. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.