



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PEDRO RENAN SANTOS DE OLIVEIRA

**RACIONALIDADES, TERRITORIALIDADES E INTERSUBJETIVIDADES:
PARALAXE PARA UMA CRÍTICA ÀS PRÁTICAS DE LINGUAGEM NO CUIDADO
EM SAÚDE**

FORTALEZA

2018

PEDRO RENAN SANTOS DE OLIVEIRA

RACIONALIDADES, TERRITORIALIDADES E INTERSUBJETIVIDADES: PARALAXE
PARA UMA CRÍTICA ÀS PRÁTICAS DE LINGUAGEM NO CUIDADO EM SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima.

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- O49r Oliveira, Pedro Renan Santos de.
Racionalidades, territorialidades e intersubjetividades : paralaxe para uma crítica às práticas de linguagem no cuidado em saúde / Pedro Renan Santos de Oliveira. – 2018.
422 f. : il. color.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2018.
Orientação: Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima.
1. Práticas de Saúde. 2. Cuidado. 3. Saúde Mental. 4. Atenção Primária. 5. Psicologia Social. I. Título.
CDD 150
-

PEDRO RENAN SANTOS DE OLIVEIRA

RACIONALIDADES, TERRITORIALIDADES E INTERSUBJETIVIDADES: PARALAXE
PARA UMA CRÍTICA ÀS PRÁTICAS DE LINGUAGEM NO CUIDADO EM SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em: ____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alúcio Ferreira de Lima (Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. João Paulo Pereira Barros
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr.^a Maria de Fátima Vasconcelos da Costa
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. José Borzacchiello da Silva
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Juracy Armando Mariano de Almeida
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP

Àqueles que insistem em ter vozes ainda que silenciadas. Àqueles que parecem estar no ponto cego entre a história dos que perdem e a geografia dos invisíveis.

AGRADECIMENTOS

À minha família, no meio de tantas distâncias, sempre presente nos pensamentos, afetos e apoio. Especialmente, à minha mãe, D. Luiza, que desde cedo me ensinou que só a luta transforma a vida, e ao meu irmão Arthur, que me ensina tanto sobre a força de viver que talvez nem ele mesmo saiba.

Ao meu orientador, prof. Aluísio Lima. Crítica e diálogo não foram transmitidos em suas aulas ou condução de estudos e pesquisas, mas pelas posturas diárias. O caminho da escrita pode ser solitário, mas a elaboração, desenvolvimento de ideias e construções durante o percurso são conjuntas, feitas a muitas mãos e vozes. Obrigado pela orientação e apoio irrestrito.

Aos professores José Borzacchiello da Silva, Antônio da Costa Ciampa e Juracy Almeida que em campos tão distintos do conhecimento puderam contribuir de modo tão efetivo e enriquecedor com as elaborações da tese. Professores, a carreira de vocês me inspira. Aos professores João Paulo Barros e Fátima Vasconcelos, que não só me auxiliaram nos marcos dialógicos da pesquisa, mas os efetivaram com suas aberturas ao encontro de nossas vozes. A palavra diálogo não poderia ser melhor aplicada do que nas contribuições dos senhores. Ao professor Rafael Gonzalez Fernandez pela recepção, acolhida e afetividade em cada gesto na estadia na Espanha. Sua força de vida me impressiona tanto quanto suas tantas histórias. Ao professor Cássio Brás de Aquino pela recepção calorosa do meu projeto, desde a disciplina de Métodos, no doutorado. À professora Vlândia Jucá, que vem contribuindo com meu caminho desde o mestrado. Ao professor Paulo Quinderé, que além de receber tão bem as ideias e fazer delas pontes de diálogos, me dá o prazer de relação tão amistosa. O agradecimento não é gentileza, mas expressão da gratidão e admiração pelo exercício da atividade que tem sido campo de tantas batalhas e que tenho também como horizonte meu: o educar.

À minha companheira de vida, Jéssica, girassol que colore e aponta luzes, por ser inspiração diária para um mundo melhor não só “lá fora”, mas para o “nós” que cresce em cada um todos os dias.

Aos “irmãos adotados”, a “família do Nata”, um agradecimento especial a vocês, Renata Holanda, Ingrid Sampaio, Bia Sernache, André Bessa, Vini Furlan, e todos mais. Sem dúvida o que vivemos nesses últimos anos constrói uma vida. A poesia que um outro baixinho (não é, irmãos d’alma, Caio Monteiro e Emanuel Messias?), esse carioca e embaixador, escreveu, em palavras mais belas, o que eu não conseguiria dizer-lhes sobre o que é o amigo: um ser que a vida não explica/ Que só se vai ao ver outro nascer/ E o espelho de minha alma multiplica.

Aos amigos! Se nesse 10^o ano de estadia e vida aqui em Fortaleza eu posso dizer que “conquistei” algo, foram as suas amizades. Que bons afetos me tomam ao falar de vocês aqui nessas linhas. Em uma outra oportunidade já disse e aqui repito: se aqui escolhi viver e fazer raízes, ainda que amanhã tome outros voos, vocês estão nas poesias das asas que voam por meio das palavras. Aos tão primordiais para minha chegada e estadia aqui: Jon Anderson e Lorena Brito. Aos que também adotaram esta terra e hoje constroem o meu cotidiano: os mineiros Marco Túlio Mourão, Tatiana Fiúza, Dudu Mourão, Fred Esteche. Aos amigos que foram tão importantes em etapas da minha vida aqui no Ceará: Camila Ferreira, Gilmário Rebouças, Lidiany Tributino, Mayrá Lobato, Patrícia Esteche, Fernanda Reis, Cadu Amaral, Aninha Freire, Pablo Araújo, Emílio Rosseti, Luana Girão, Saulo Luz, Ju Diógenes, Jú Eller, Dani Queiroz, Nara Goes, Vanessa Calixto, Rutinha Freitas, Emanuel Meireles, Léo Nepomuceno, Cezar Wagner, Rosane Alencar. Aos meus companheiros de luta nas militâncias da vida: Alana Braga, Carlos Josué, Vanessa Saraiva, Duane Brasil, Raquel Dias, George Bezerra, Claudio Nascimento. Às amigas de docência Alessandra Xavier, Delane Pitombeira, Eliane Barroso. Aos amigos “hispano-brasileiros”: Ana Paula Loch, Paula Medeiros, Claudia Bortoloto, Beatriz Jucá, Maryella Sobrinho, Raquel Ferreira, Iara Marimbondo. Aos amigos da terra natal, minha querida Recife. Da maior menor cidade do mundo, o afeto dos bairristas mais carinhosos da América Latina. Em nome do Vasco Gomes, Clebes Ramos, Renato Burgos, Suzana Libardi, Valeria Salsa, Luisa Sobreira, Andrea Aragão, agradeço a honra de terem a paciência de mantermos nossa amizade, mesmo com tantas distâncias. Continuamos um mosaico de possibilidades. A tantos mais amigos que injustamente não os cito aqui, digo-lhes parafraseando Manoel de Barros: meu afeto, assim como meu quintal, é maior que o mundo.

À primeira turma de doutorandos em Psicologia da Universidade Federal do Ceará. Uma honra dividir esse mesmo desafio juntos. Não há dúvida que a vivência respeitosa e carinhosa entre nós deixou os desafios inerentes de ser uma primeira turma tão mais fraternos e solidários.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, em nome do Helder Hamilton e dos professores do colegiado, pela condução e viabilização do programa que é marco da psicologia cearense.

À *Universidad Complutense de Madrid* (UCM), especialmente aos professores do Departamento de Psicologia Social da *Facultad de Ciencias Políticas y Sociología*, que tão bem me acolheram e desenvolveram interlocuções tão frutíferas. Na Espanha, também agradeço aos profissionais de saúde que tão bem me receberam para apresentação da política de saúde.

À Secretaria de Saúde de Fortaleza, por ter autorizado a realização do estudo. Especialmente a UAPS Lineu Jucá e CAPS Alto da Coruja; sem a solidariedade e presteza de seus profissionais e usuários, nada teria sido possível.

À CAPES, pelo apoio financeiro com a bolsa do Programa de Doutorado Sanduíche (PDSE), por ocasião da estância doutoral “sanduíche” na UCM-Espanha.

Meus sinceros agradecimentos.

*“A maior riqueza
do homem
é sua incompletude.
Nesse ponto
sou abastado.
Palavras que me aceitam
como sou
– eu não aceito.
Não aguento ser apenas
um sujeito que abre
portas, que puxa
válvulas, que olha o
relógio, que compra pão
às 6 da tarde, que vai
lá fora, que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.
Perdoai. Mas eu
preciso ser Outros.
Eu penso
renovar o homem
usando borboletas.”*

“Retrato do artista quando coisa”, Manoel de Barros (2013).

RESUMO

Para melhor delineamento do objeto de estudo, diante das problemáticas contemporâneas em que se situa o campo de pesquisa, o recorte presente neste trabalho diz respeito às formas de linguagem que organizam o cuidado no que denomino Atenção à Saúde baseada no Território, presentes nas atuais políticas públicas de saúde. Absorvi para o desenvolvimento desta tese as discussões sobre os processos de racionalização e das patologias da racionalidade moderna de Habermas, assim como sua virada linguística. Além disso, estabeleci diálogo com as acepções da linguagem absorvidas em Bakhtin e a virada espacial trazida através de Lefebvre, com apontamentos presentes em Milton Santos. Assim, o paradigma crítico foi expresso de modo multiteórico a partir da interface com diversas áreas do saber, como Psicologia, Sociologia, Filosofia e Geografia. Diante da amplitude temática, propus como objetivo geral entender como as formas de organização da linguagem instrumentalizam as práticas de cuidado em saúde na assistência de base territorial. Optei pela metodologia específica denominada práxica-reconstrutiva. Ao filiar-me às pesquisas qualitativas, busquei a reconstrução crítica compreensiva por meio dos processos de entendimento, que se produzem por meio da linguagem, e, ao mesmo tempo, de implicação do pesquisador com o campo comprometido com a mudança da realidade. O processo de construção das informações empíricas/matérias de campo se deu por triangulação vetorial metodológica, em que constaram: Vetor Narrativo (com entrevistas de narrativas de cuidado), Vetor Interacional (com círculos narrativos), Vetor Contextual (com as observações sistemáticas), Vetor Implicativo (com a oficina de território e saúde). O campo investigativo foi a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo o município de Fortaleza como local da pesquisa e uma equipe multiprofissional de cada um desses serviços e a comunidade assistida como os participantes do estudo. As discussões foram divididas em dois eixos que sistematizaram as quatro grandes categorias analíticas do material qualitativo construído: “Racionalidade Sistêmica (Biomédica) e Racionalidade Mundana (Cuidadora)”, “Linguagem e Signos do Cuidado”, “Produção de Territorialidades” e “Paralaxe em Saúde”. Dos conteúdos discutidos a partir do material empírico na última parte da tese (Territórios Reconstrutivos), que articulavam os elementos teóricos de pano de fundo apontados nos quatro capítulos das duas primeiras partes da tese (Territórios Teóricos e Territórios Paraláticos), tomaram relevo o debate sobre as metáforas da cobertura e carência que permeiam as cenas diálogos no cuidado em saúde na APS e RAPS, respectivamente; também foram relevantes os debates sobre a distância entre as

ações em saúde e as necessidades sociais que geram demandas aos serviços e profissionais de saúde e têm por efeito determinada organização do trabalho e efetivação de técnicas de cuidado; por fim, a paralaxe zizekiana auxiliou a compreender o intrincado mecanismo de significação dos corpos anátomo-fisiológicos como corpos sociais, expurgando determinadas dimensões e concepções do “político” da ação em saúde. Os conceitos propostos de “gênero do cuidado” e “esfera *glocal* da saúde”, respondentes à absorção da dimensão intersubjetiva e espaço-temporal, compõem um modelo de reconstrução do cuidado em direção à *poiesis* estética-política-dialógica da vida.

Palavras-chave: Práticas de Saúde. Cuidado. Saúde Mental. Atenção Primária. Psicologia Social.

ABSTRACT

Based on the contemporary problems in which this research is located, the research refers to the forms of language that organize care in what I call “Health Care based on the Territory”, present in the current public health policies. For the development of this thesis, I discussed the processes of rationalization and the pathologies of Habermas's modern rationality, as well as his linguistic turn. In addition, I established a dialogue with the meanings of language from Bakhtin and the space shift brought through Lefebvre, with notes present in Milton Santos. Thus, the critical paradigm was expressed in a multi-theoretical way from the interface with several areas of knowledge, such as Psychology, Sociology, Philosophy and Geography. Facing the thematic amplitude, I proposed as a general objective to understand how the forms of language organization instrumentalize health care practices in territorial based assistance. I opted for the specific methodology called “praxis-reconstructive”. By using qualitative research, I sought a comprehensive critical reconstruction through the processes of understanding that are produced through language and, at the same time, the implication of the researcher with the field committed to the change of reality. The process of constructing the empirical information/field material was done through a methodological vector triangulation, which included: Narrative Vector (with narrative interviews about care), Interactive Vector (with narrative circles), Contextual Vector (with systematic observations), and Implicative Vector (with the Territory and Health Workshop). The research area was Primary Health Care (in Portuguese, “Atenção Primária à Saude – APS”) and the Psychosocial Care Network (in Portuguese, “Rede de Atenção Psicossocial – RAPS”); Fortaleza city was the empirical field where the research took place, and a multi-professional team and the community assisted by each of these services were taken as participants of the empirical research. The discussions were divided into two axes that systematized the four major analytical categories of the qualitative material constructed: “Systemic (Biomedical) Rationality and Mundane Rationality (Caregiver)”, “Language and Signs of Care”, “Territorial Production” and “Parallax in Health”. From the contents discussed in the last part of the thesis (Reconstructive Territories), the debates about the metaphors of coverage and need that permeate the dialog scene in health care in APS and RAPS took place, respectively; the debates about the distance between health actions and the social needs that generate demands on health services and professionals were also relevant, and they have as an effect a certain way of organizing the work and carrying out care techniques; finally, Žižekian (Slavoj Žižek) parallax helped to understand the intricate meaning mechanism of anatomic-

physiological bodies as social bodies, expurgating certain dimensions and conceptions of the “political” action in health. The proposed concepts of “care genre” and “*glocal* health sphere”, responding to the absorption of the intersubjective and spatio-temporal dimensions, constitute a model of the reconstruction of care towards the aesthetic-political-dialogic *poiesis* of life.

Keywords: Health Practices. Care. Mental health. Primary attention. Social Psychology.

RESUMEN

A partir de las problemáticas contemporáneas en que se sitúa el campo de investigación, el recorte presente en este trabajo se refiere a las formas de lenguaje que organizan el cuidado en lo que denomino Atención a la Salud basada en el Territorio, presentes en las actuales políticas públicas de salud. Para el desarrollo de esta tesis, traigo las discusiones sobre los procesos de racionalización y de las patologías de la racionalidad moderna de Habermas, así como su vuelta lingüística. Además, he establecido diálogo con las acepciones del lenguaje desde Bakhtin y el giro espacial traído a través de Lefebvre, con apuntes presentes en Milton Santos. Así, el paradigma crítico fue expresado de modo multiteórico a partir de la interfaz con diversas áreas del saber, como Psicología, Sociología, Filosofía y Geografía. Ante la amplitud temática, he propuesto como objetivo general de la investigación entender cómo las formas de organización del lenguaje instrumentalizan las prácticas de cuidado en salud en la asistencia de base territorial. He elegido por metodología específica llamada praxica-reconstructiva. A afiliarme a las investigaciones cualitativas, busqué la reconstrucción crítica comprensiva por medio de los procesos de entendimiento que se producen por medio del lenguaje, y al mismo tiempo de implicación del investigador con el campo comprometido con el cambio de la realidad. El proceso de construcción de las informaciones empíricas / materias de campo se ha dado por triangulación vectorial metodológica, en la que constaron: Vector Narrativo (con entrevistas de narrativas de cuidado), Vector Interaccional (con círculos narrativos), Vector Contextual (con las observaciones sistemáticas), Vector de la implicación (con el taller de territorio y salud). El campo investigativo fue la Atención Primaria a la Salud (APS) y la Red de Atención Psicosocial (RAPS), teniendo el municipio de Fortaleza como local de la investigación, y un equipo multiprofesional y la comunidad asistida de cada uno de estos servicios como los participantes del estudio. Las discusiones se dividieron en dos ejes que sistematizaron las cuatro grandes categorías analíticas del material cualitativo construido: "Racionalidad Sistémica (Biomédica) y Racionalidad Mundana (Cuidadora)", "Lenguaje y Signos del Cuidado", "Producción de Territorialidades" y "Paralaxe en la salud". De los contenidos discutidos a partir del material empírico en la última parte de la tesis (Territorios Reconstructivos), que articulaban los elementos teóricos de tela de fondo apuntados en los cuatro capítulos de las dos primeras partes de la tesis (Territorios Teóricos y Territorios Paraláticos), han tomado relieve el debate sobre las metáforas de la cobertura y carencia que permean las escenas de diálogos en el cuidado en salud en la APS y RAPS, respectivamente; también han sido relevantes los debates sobre la distancia entre las acciones en salud y las

necesidades sociales que generan demandas a los servicios y profesionales de salud y tienen por efecto determinada organización del trabajo y efectivización de técnicas de cuidado; por fin, la paralaje zizekiana ha ayudado a comprender el enmarañado mecanismo de significación de los cuerpos anátomo-fisiológicos como cuerpos sociales, expurgando determinadas dimensiones y concepciones del "político" de la acción en salud. Los conceptos propuestos de "género del cuidado" y "esfera *glocal* de la salud", respondientes a la absorción de la dimensión intersubjetiva y espacio-temporal, componen un modelo de reconstrucción del cuidado hacia la *poesis* estética-política-dialógica de la vida.

Palabras clave: Prácticas de Salud. Cuidado. Salud mental. Atención Primaria. Psicología Social.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas e assistenciais das SER I e IV na SM e APS de Fortaleza – 2013, com atualizações de 2016	64
Tabela 2 – Distribuição quantitativa das equipes de saúde da família, por Secretaria Executiva Regional, antes e depois da convocação dos concursados em 2006...268	
Tabela 3 – Número de profissionais de acordo com as convocações por categoria profissional.....268	
Tabela 4 – Distribuição do número de equipes da ESF e EACS por Secretaria Executiva Regional em dezembro de 2010	269
Tabela 5 – Distribuição do número de equipes nas estratégias de organização da APS, segundo as regionais, no município de Fortaleza, 2016	271

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa de Fortaleza com distribuição de bairros por Secretarias Executivas	61
Figura 2 – Circuitos Narrativos de Cuidado	69
Figura 3 – Crítica ao Realismo Empírico de Bhaskar	206
Figura 4 – Crítica ao Domínio da Doença de Bhaskar	206
Figura 5 – Adaptação do modelo de Crítica ao Realismo e modelo dos Domínios da Doença de Bhaskar	208
Figura 6 – Modelo Dahlgren e Whitehead de Determinação Social de Saúde	213
Figura 7 – Modelo de Diderichsen e Hallqvist.....	214
Figura 8 – Modelo Etnoepidemiológico sobre DSS (Teoria de Modo de Vida e Saúde)	227
Figura 9 – Esquema gráfico dos vetores metodológicos	257
Figura 10 – Fluxograma com descrição das categorias teóricas, analíticas e empíricas, segundo a divisão dos capítulos da tese.....	261
Figura 11 – Mapa do território do CAPS AD e suas relações de potência e fragilidade segundo os profissionais do serviço.....	357
Figura 12 – Compreensão crítica-reconstrutiva do cuidado de base territorial/atenção psicossocial.....	375

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ABT	Atenção de Base Territorial
ACE	Agentes Comunitários de Endemias
ACS	Agente comunitário de Saúde
AM	Apoio Matricial
AP	Atenção Psicossocial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIRD	Centro Integrado de Referência Sobre Drogas
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNC	Circuito Narrativo de Cuidado
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CSF	Centros de Saúde da Família
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ECV	Estética da Criação Verbal
EqACS	Equipes dos Agentes Comunitários de Saúde
ERSF	Equipes da Estratégia de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GF	Grupo Focal
HSMM	Hospital de Saúde Mental de Messejana
MFL	Marxismo e Filosofia da Linguagem
MS	Ministério da Saúde
NAC	Núcleo de Atendimento ao Cliente
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
NC	Narrativas de Cuidado
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
OS	Observação Sistemática

OT	Oficina de Território e Saúde
PES	Planejamentos Estratégicos Situacionais
PFA	Para uma Filosofia do Ato
PNH	Política Nacional de Humanização
PPD	Problemas da Poética de Dostoievski
PPGP-UFC	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará
PRMSFC	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SCNES	Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
SER	Secretaria Executiva Regional
SERCEFOPR	Secretaria Executiva Regional do Centro de Fortaleza
SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa
SM	Saúde Mental
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
SMSE	Sistema Municipal de Saúde Escola
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Teoria da Ação Comunicativa
TC	Terapia Comunitária
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDR	Territorialização, desterritorialização e reterritorialização
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TO	Terapeuta Ocupacional
UAPS	Unidade de Atenção Primária
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

PRIMEIRAS PALAVRAS: PRÓLOGO E CONSTRUÇÃO DE UM OBJETO	22
EXERCÍCIO RECONSTRUTIVO	39
PARTE I – TERRITÓRIOS TEÓRICOS.....	79
1 UMA CRÍTICA À (OU DA) RAZÃO COMUNICATIVA? DA TEORIA CRÍTICA DA SOCIEDADE À COMPREENSÃO DO MUNDO DA VIDA COMO POSSIBILIDADE DE RESISTIR AOS SISTEMAS E CONSTRUIR PRÁTICAS DE SAÚDE.....	82
1.1 Do projeto de Frankfurt, dos marxistas ocidentais, à construção de diversas frentes teóricas críticas preocupadas com a emancipação no contemporâneo.....	82
1.2 Da crítica das racionalidades a uma teoria da ação pela linguagem: a inserção da categoria intersubjetividade na teoria de orientação crítica habermasiana.....	87
1.3 A TAC como arcabouço teórico para compreensão dos processos de colonização do Mundo da Vida.....	94
1.4 O olhar à saúde em uma perspectiva habermasiana.....	103
1.5 Possibilidades e limites da teoria habermasiana para análise das práticas de cuidado em saúde.....	111
2 INTERSUBJETIVIDADE E DIALOGISMO PARA UMA CRÍTICA AOS SIGNOS IDEOLÓGICOS DO CUIDADO? POLIFONIA E MONOLOGIA NA COMPREENSÃO DOS SISTEMAS COMO LINGUAGEM.....	115
2.1 Bakhtin e o Círculo ou o Círculo e Bakhtin – do marxismo oriental soviético às contribuições para uma teoria da linguagem advinda da crítica literária.....	116
2.2 A construção de uma filosofia do ato responsável como fundamento para uma teoria dialógica da linguagem.....	120
2.3 Da filosofia marxista da linguagem ao papel da função ideológica dos signos	130
2.4 Entre linguagens monológicas e dialógicas: polifonia, homofonia e uma possível interface com uma Teoria Social Crítica.....	138
2.5 Signos ideológicos da saúde no Mundo da Vida e as práticas de cuidado: uma aposta na dialética dos jogos de linguagem para análise do cuidado em saúde	149
PARTE II – TERRITÓRIOS PARALÁCTICOS	161
3 TERRITÓRIO E SAÚDE: RELAÇÕES DE CUIDADO EM ÓTICA TERRITORIAL.....	163

3.1 Uma “virada espacial” nas ciências sociais e humanas? Do espaço como natureza do homem abstrato ao homem produtor, produto e meio do espaço (i)material	164
3.2 Da “Natureza do Espaço” à compreensão do território como “meio-técnico” para o entendimento do lugar como categoria central: Milton Santos e as contribuições de uma Teoria Social para a ciência do Espaço.....	175
3.3 Sintagmas espaciais: territórios, territorialidade e (re-des)territorializações como categorias para compreensão do lugar/local.....	184
3.4 O uso das categorias espaciais na análise crítica das ações em saúde: por territórios alternativos às razões atemporais sistêmicas?.....	189
4 DA SAÚDE COMO OBJETO/CONCEITO/CAMPO EM SUAS DETERMINAÇÕES A UMA CRÍTICA EM PARALAXE AO CUIDADO.....	198
4.1 Da saúde como objeto/conceito/campo em disputa às Determinações Sociais em Saúde.....	199
4.2 Conceitualizações em Determinações aos Determinantes Sociais em Saúde (DSS): traços históricos e políticos, concepções de equidade-justiça e sentidos e significados nos DSS.....	209
4.3 Modos de Vida, Modos de Vida em Saúde e a Determinação Social em Saúde Mental.....	224
4.4 Cuidado: encontro, sentido, trabalho e crítica.....	235
4.5 Algumas palavras sobre a perspectiva crítica da visão em paralaxe na saúde.....	245
PARTE III – TERRITÓRIOS RECONSTRUTIVOS	255
5 RACIONALIDADES E INTERSUBJETIVIDADES: RACIONALIDADES BIOMÉDICA E MUNDANA E OS SIGNOS DO CUIDADO EM CIRCUITOS LINGÜÍSTICOS-DIALÓGICOS (CENAS DE DIÁLOGOS)	265
5.1 Algumas percepções contextuais sobre o campo da atenção primária e saúde mental em Fortaleza: políticas de cuidado em disputa	266
5.2 Elementos interacionais dos sujeitos participantes da pesquisa: os cenários dos CAPS e UAPS estudados.....	277
5.3 Racionalidade sistêmica biomédica e racionalidade mundana cuidadora: construção dos processos de trabalho e organização das demandas e serviços de saúde	286
5.4 Linguagens, símbolos e signos operados nas distintas racionalidades em disputa na saúde	300

5.5	Signos do cuidado: casos, descasos, símbolos e cenas de diálogo	307
5.6	Metáforas e as possíveis reconstruções do cuidado	319
6	ESPAÇOS E DETERMINAÇÕES SOCIAIS EM SAÚDE: PRODUÇÃO DE TERRITORIALIDADES E A PARALAXE EM SAÚDE.....	327
6.1	Territórios e territorialidades no campo da APS e SM	327
6.2	Horizontalidades e verticalidades nas condições de produção das práticas, ações e técnicas de cuidado na saúde	333
6.3	Críticas e concepções em práticas de saúde na APS e SM.....	341
6.4	Necessidades em saúde e determinações sociais entre convergências e divergências.....	346
6.5	A Oficina de Território e Saúde (OT) e as concepções, vivências e ações em saúde sob a lógica territorial	354
6.6	Paralaxe em saúde e determinações em saúde nos espaços sociais construídos	361
7	“POSLÚDIO ANALÍTICO” OU “PÓS-ANÁLISE” – RECONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM DIREÇÃO À <i>POIESIS</i> ESTÉTICO-POLÍTICA-DIALÓGICA DA VIDA	365
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS: OU ÚLTIMAS PALAVRAS E NOVAS POSSIBILIDADES	379
	REFERÊNCIAS	385
	APÊNDICES	403
	APÊNDICE A – TCLE DESTINADO AOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	404
	APÊNDICE B – TCLE DESTINADO AOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	406
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CONSTRUÇÃO DAS NARRATIVAS DE CUIDADO.....	408
	APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA CONSTRUÇÃO DAS NARRATIVAS DE CUIDADO.....	410
	APÊNDICE E – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA ADVINDA DO ETIQUETAMENTO DO MATERIAL NARRATIVO	412
	ANEXOS	413

ANEXO A – FOTOGRAFIA DOS CARTAZES DO GRUPO 1 DA SEGUNDA ETAPA DA OFICINA TERRITÓRIO E SAÚDE	414
ANEXO B – FOTOGRAFIA DOS CARTAZES DO GRUPO 2 DA SEGUNDA ETAPA DA OFICINA TERRITÓRIO E SAÚDE	416
ANEXO C – FOTOGRAFIA DOS CARTAZES DA TERCEIRA ETAPA (GRUPOS 1 E 2) DA OFICINA TERRITÓRIO E SAÚDE.....	418
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	419

PRIMEIRAS PALAVRAS: PRÓLOGO E CONSTRUÇÃO DE UM OBJETO

“Vemos nosso desejo de nos livrar da doença como um desejo de viver.

Mas, em vez disso, muitas vezes, é justamente o oposto: é uma tentativa de evitar a vida”

“A Cura e a Realidade da Morte”, de Chögyam Trungpa Rinpoche.

“uma vida é curta

para mais de um sonho”

“Quarenta cliques em Curitiba”, de Paulo Leminski (2013).

Homens e mulheres são os principais construtores da cultura por meio de suas atividades de mediação com o mundo, sejam elas atividades materiais, como o trabalho (CANIATO; NASCIMENTO, 2010), sejam atividades imateriais, como os signos e a linguagem (BAKHTIN, 2014). Essas atividades (i)materiais se constituem como sustentáculos subjetivos e objetivos, inseparavelmente imbricados, da realidade na qual homens e mulheres estão inseridos e a constroem. Cada forma de organização social, além de determinar ou influenciar o modelo de subjetividade ou de construção do sujeito, também dele necessita para, dialeticamente, sustentar-se.

Dessa forma, ao optar por realizar um estudo que adentre na perspectiva da compreensão do sujeito e da cultura na contemporaneidade, um dos caminhos possíveis é compreender os modos pelos quais homens e mulheres contemporâneos estabelecem relações com os elementos sociais e culturais mediados por práticas sociais, como nas relações de consumo (BAUDRILLARD, 1981), ou mesmo por práticas de relações mediadas pela linguagem (WITTGENSTEIN, 2014). Elementos, inclusive não materiais, como a própria saúde humana – campo de interface em que se situa esse estudo – podem dar pistas dos processos psicossociais ou sociopsíquicos¹ envolvidos na produção dos sujeitos contemporâneos.

Algumas análises históricas do desenvolvimento do capitalismo ou mesmo alguns conceitos psicossociais advindos de diversas correntes teóricas, como o marxismo, a

¹ Inversão que julgo necessária para criar tensão na ordem dos fatores que consideramos subjetivos: quase sempre analisados de “dentro para fora” (chamado comumente de psicossocial) e menos analisado como categoria de análise que, apesar de perceber gêneses distintas – entre o psíquico e o social –, admite que a condição de aparição do psicológico é a relação social. Dessa maneira, inverter o termo para “sociopsíquico” é efeito para além da retórica. É perspectiva de psiquismo.

psicanálise ou mesmo os autores filiados à filosofia da diferença, podem auxiliar oferecendo ferramentas de análise dos fenômenos que marcam os sujeitos na produção da subjetividade no contemporâneo – tema, inclusive, com um importante grau de pertinência a uma das linhas de pesquisas na Pós-Graduação à qual me vinculo: “Sujeito e Cultura na Sociedade Contemporânea”, do curso de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (PPGP – UFC).

O campo com que a pesquisa se propõe a fazer interface diz respeito à relação de homens e mulheres com a saúde. A premissa deste estudo é que a relação que os sujeitos têm feito com a produção de sua própria saúde tem correlação com a construção das racionalidades contemporâneas (marcadamente instrumentais) e os modos de exercícios cotidianos da linguagem². Assim, minha proposição é de que a saúde é 1) (re)produzida por meio de práticas cotidianas de linguagem, através das diversas vozes sociais (BAKHTIN, 2011) que habitam as narrativas³ cotidianas; e 2) fundamentada em um conjunto de racionalidades sistematicamente reduzidas à forma-mercadoria (HABERMAS, 2012b) não só pelos conglomerados do grande capital (como a indústria farmacêutica e dos planos de saúde) – que estabelecem uma relação comercial com as ações e os serviços de saúde –, mas também pela transformação sociopsíquica da saúde em um produto também permeado de valor de troca, subjetivamente passível à identificação pelas marcas e reduzida cotidianamente à sua capacidade de uma produção (intersubjetiva) de cuidado⁴.

² A linguagem será melhor tratada, enquanto expressão da intersubjetividade, ao longo dos dois capítulos da Parte I desta tese, e melhor aprofundada na discussão tal qual a encontro em Bakhtin (2010; 2011; 2014) no capítulo segundo. Para entendimento introdutório do que chamo de linguagem já recorro a interpretação que Carlos Alberto Faraco (2009) sobre a teoria bakhtiniana: linguagem não é um estudo das categorias gramaticais abstratas, mas uma compreensão dos modos de valoração do mundo (axiologia) que são mediados pelas formas de linguagem. A linguagem mais enquanto processos de enunciação e produção de experiência de sociabilidade do que como o estudo da sua estrutura formal. Campo teórico da linguagem entendido, portanto, como o estudo do conjunto indefinido das vozes sociais.

³ A concepção de narrativa é melhor explicitada no capítulo seguinte, na seção em que se fala do "vetor narrativo" nesta pesquisa. Adianto, introdutoriamente, que a narrativa é aqui compreendida como um conjunto discursivo (discurso, portanto seria categoria mais ampla) em que se entende a fala e conjunto de enunciados do sujeito como localizados em sua própria produção de sentidos como histórico, social e pessoal. A narrativa instrumentaliza-se como testemunha da produção das práticas sociais cotidianas e da elaboração do sentido sobre as mesmas, adequando-se sincronicamente aos conteúdos emergentes dos discursos (Lima, 2010, 2014).

⁴ Cuidado aqui neste trabalho será tratado como um dos conceitos-chave, entretanto sua conceitualização é tema específico de debate (crítico e propositivo) no Capítulo 4, que compõe a segunda parte da tese, e, antes disso, será compreendido como um signo ideológico e melhor debatido enquanto tal no Capítulo 2. É preciso dizer também que nestas “Primeiras Palavras” estará associado a práticas e políticas de saúde. Para fins introdutórios, para que não quede antecipada a teorização, tomamos o cuidado conforme definido por Pinheiro e Mattos (2004) como relação, especialmente, entre usuários e profissionais de saúde que inclui a escuta (associada ou não a dimensão subjetiva) aliada ao atendimento das necessidades amplas de tecnologia. Com esse conceito

Chamo a atenção, especialmente, nesta pesquisa, para o campo das políticas públicas de saúde que se colocam no espaço de interseção entre a esfera privada – assumidamente mercadológica na sua relação com os serviços de saúde – e os ideais sociais marcantes no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda mais naquelas políticas específicas de atenção à saúde que se denominam ligadas aos paradigmas territoriais e da cidadania em sua produção de cuidado à população assistida.

Minha inserção no campo das práticas assistenciais de saúde pública enquanto psicólogo e também na docência universitária com ênfase no ensino desse campo – Psicologia em interface com saúde – tem marcado a minha trajetória profissional e acadêmica. Surgiu daí, então, a necessidade de estudo de ordem implicativa e crítica ao modelo social marcado profundamente por minhas inquietações a respeito do modo como os profissionais dos serviços e comunidades têm lidado com o fenômeno do cuidado à saúde nas realidades locais em que as políticas assistenciais têm se inserido.

Ao assumir a premissa de que as práticas de cuidado têm se incorporado às relações cotidianas de racionalizações e de mediação de linguagens na sociedade contemporânea, questiono quais elementos constituem a construção de práticas de saúde conectadas à lógica territorial, próximas ao “Mundo da Vida” (*Lebenswelt*), aos contextos locais, histórico-culturais e que auxiliam a produção de novos sujeitos. A questão de partida que motivou este estudo é compreender quais os elementos que constituem as práticas de saúde dos profissionais e dos viventes de dados locais da cidade na perspectiva da Atenção Baseada no Território⁵.

No entanto, antes de seguir as discussões decorrentes da pergunta de partida acima descrita, procuro, nas próximas linhas, deixar claro o que considero problemático às voltas do objeto de estudo, a fim de construir compreensão do lugar de partida nesta pesquisa.

Têm sido denunciadas “crises” no campo da saúde. De um lado, movimentos sociais denunciam os problemas centrais na saúde (assistência pública, mais notadamente) como carência em financiamento, desigualdade em acesso (SCHEFFER, 2015; CAMPOS *et al.*, 2016), flexibilização quanto às relações trabalhistas e privatista quanto aos modos de

provisório, temos elementos críticos introdutórios suficientes, já que cuidado, em outras palavras, trata de relação entre sujeitos e inclui em suas ações alguma escuta ao sujeito, acolhimento de demandas e visão de necessidades.

⁵ Termo melhor explicitado e conceitualizado ainda neste capítulo introdutório.

gestão (ANTUNES, 2001). Por outro lado, um conjunto de críticos científicos aponta o alto grau de tecnificação e instrumentalização do cuidado (MERHY, 1998), desumanização da assistência (AYRES, 2004b) e modelo de atenção distante das necessidades em saúde (BREILH, 2006). Todos esses elementos, indissociavelmente, produzem essa chamada “crise da saúde”. Mas há uma dimensão que parece transversal e, ao mesmo tempo, nem sempre evidenciada, diz respeito justamente aos processos de significação dessas tais crises; posso chamá-la de “dimensão linguagem”. Nem tudo é linguagem, é sabido, mas a linguagem perpassa tudo que diz respeito à produção humana.

Reescrevendo de outra maneira, é possível dizer que não há “uma” ou “a” crise da saúde. Existem “crises” (no plural) no “objeto/campo/conceito saúde” em diversos níveis e entrelaçamentos. Todas elas têm atravessamentos macro, micro e mesopolítico no cotidiano das organizações do cuidado. Se as racionalidades produzem universalizações de determinados interesses e têm na ciência um dos seus meios de propagação (HABERMAS, 2014a, 2014b), a vida cotidiana é permeada de dinâmicas locais situadas em tempo e espaços conjunturais que alertam a completa (e, por vezes, paradoxal) diferença dos contextos da vida, a despeito de modelos tal ou qual, considerados “dominantes”, “hegemônicos” etc. Quero dizer que as formas de sociabilidade (modelo hegemônico de sociedade, racionalidade técnico-científica) e a vida cotidiana (ou “mundo da vida”, como é mais a frente abordado) – relações históricas e geograficamente localizadas – produzem as práticas de cuidado à saúde que acontecem (por meios “instrumentais” ou “informais”) e têm, em seu bojo, aparições por meio de relações de linguagem.

A crítica fundamental da pesquisa está direcionada à hegemonia de certo modo de fazer e pensar as práticas em saúde. A essa hegemonia chamamos de “paradigma biomédico”, que tem por horizonte normativo a prática curativista e no modelo técnico-centrado a instrumentalização do fazer desse paradigma. Apontamos que a hegemonia biomédica das práticas de saúde desenvolveu a redução da compreensão sobre o fenômeno da saúde/doença, ou do processo saúde/doença/cuidado, a partir de uma concepção unicausal (geralmente, biológica, de natureza anátomo-fisiopatológica), omitindo processos de singularização e subjetivação, ou mesmo, como aponta Ayres (1994), redução dos processos de construção social da saúde.

O paradigma biomédico produziu ao menos dois modelos assistenciais no Brasil: o modelo “médico assistencial privatista” e o “sanitarista” (PAIM, 2003). De um lado, o modelo assistencial privatista, ou o denominado “médico-hegemônico”, teve a sua ascensão

na década de 1970, sobretudo com as condições dadas pelo governo civil-militar brasileiro. Esse modelo pode ser definido, do ponto de vista da organização prática dos fazeres profissionais, como “procedimento-centrado” já que a assistência à saúde se confunde com a produção de consultas e exames, associados à crescente medicalização da sociedade (SOUZA, 2013). Outra característica importante é a alta especialização dos profissionais e dos serviços disponíveis – o que provoca um alto gasto e consumo com medicamentos e equipamentos – além da privatização da oferta da assistência à saúde (CAMPOS, 1994).

Por outro lado, o modelo assistencial sanitário, que surge em meio à crise do modelo acima citado, utiliza campanhas e programas especiais como estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde-doença (SOUZA, 2013). Já esse modelo pode ser definido, do ponto de vista da organização de um sistema de saúde, a partir do enfoque da atenção em determinados grupos que estariam sob risco de morbidade ou mortalidade; assim, não produz um olhar a uma situação epidemiológica e social mais geral sobre a população e acaba também se focando nos grupos específicos (PAIM, 2003). No Brasil, esse modelo foi marcante na construção de um olhar/organização centrado nos serviços de saúde (em detrimento das propostas que se centrariam na ação nos condicionantes sociais da saúde – como saneamento, transporte, moradia etc.) e estabeleceu custos demasiados nas ações de campanhas e focais em determinados grupos “adoecidos” da população, de forma vertical e desintegrada (PAIM, 2003).

Todavia, embora inovações políticas e organizacionais tenham desenvolvido a expansão de conceitos, como de integralidade e de equidade (PAIM; SILVA, 2010), por exemplo, quando consideram que os serviços e as ações devem ser implementados a partir do contexto social, dos indicadores de qualidade de vida ou de vulnerabilidades sociais, a eficácia dessas políticas pode trazer contradições, diante do impasse de se compreender as realidades locais, como os contextos de grandes desigualdades sociais. Além disso, historicamente, é fundamental pontuar, as políticas sociais são marcadas pelo autoritarismo, pelo clientelismo e pela fragmentação institucional, configurando-se de forma paradoxal sobre o cenário brasileiro, na medida em que tem favorecido uma baixa capacidade de alcançar maiores transformações sociais (MAGALHÃES; BURLANDY; SENNA, 2007).

Dessa forma, a dimensão contextual, ou as realidades loco-territoriais, perde em sentido quando prevalece:

Um esvaziamento da dimensão da política a favor da dimensão técnica na formulação e implementação dessas mesmas políticas e programas, privilegiando-se a dimensão da gerência em detrimento da dimensão da gestão, a dimensão da

relação custo/efetividade em detrimento da dimensão da eficácia social, e das metas de cobertura em detrimento da dimensão do acesso e da acessibilidade aos serviços e produtos de saúde (COHN, 2009, p. 1617).

Quero destacar que, em decorrência dos modelos explicativos e assistenciais em saúde expostos brevemente acima, contemporaneamente, nas ações e práticas nas políticas públicas de saúde, tem sido prevalente a tecnificação do cuidado. A tecnificação, entre tantas formas de definição⁶, neste trabalho é entendida como imposição de modelos explicativos racionalizantes sobre a vida, em todas as suas formas de expressividade, transformando-a (a própria vida) meramente em instrumentalidade. Por isso, diante do objeto desta pesquisa, evidencia-se como problemática entrelaçada e que devo tomar aqui como pano de fundo para este estudo.

Em outras palavras, o que me interessa em uma postura crítica à Razão e aos processos de racionalidade contemporânea, engajado em uma concepção emancipadora de produção da ciência, é, com base no pensamento de Habermas e Stein:

[...] uma profunda rejeição da tecnocracia, da redução instrumental da racionalidade contemporânea, opondo a natureza integradora do sentido ético e político do conhecimento ao caráter fragmentário e auto-regulado a ele impresso pelo tecnicismo (AYRES, 1994, p. 316).

Com essas pontuações acima, retorno à pergunta de partida (as “práticas de base territorial”), já que ao mesmo tempo em que delineei sobre qual modelo hegemônico em saúde teci iniciais críticas, também coloco em relevo quais os efeitos que me são caros em termos de construção da prática no campo da saúde.

A aposta que realizo neste estudo, e que já apresento neste texto introdutório, é que a atenção/assistência em saúde que toma por elemento-chave do cuidado o “território” tem outro modo (não tradicional – ou não biomédico) de organizar a prática cotidiana dos serviços e ações de saúde. Como analisar essa questão e como propor um modelo teórico-metodológico, concomitantemente, é o desafio que será perene ao longo da pesquisa. Para compreender, então, o objeto de estudo – relações de cuidado à saúde mediadas pela linguagem e estabelecidas em realidades locais-territoriais – faço uma breve apresentação de pontos conceituais do que denomino de Atenção à Saúde Baseada no Território e alguns apontamentos sobre o conceito de “Território” em Milton Santos (em sua *Geografia Crítica*) –

⁶ Alguns dos trabalhos mais atuais na área são os desenvolvidos por Jurema Barros Dantas, professora de Psicologia na Universidade Federal do Ceará. Entre os trabalhos (DANTAS, 2009, 2015) destaco para maior aprofundamento do tema o livro *Tecnificação da vida: uma discussão sobre o fenômeno da medicalização na sociedade contemporânea* (2014).

e seu derivado, territorialidade (SAQUET, 2015) – e uma ainda introdutória articulação crítica com o conceito de “Mundo da Vida”, baseado em Habermas (2012a , 2012b), como categoria de análise para compreensão do objeto de estudo.

No campo da assistência à saúde mental, a estratégia de cuidado que tematiza o cuidado territorializado é a denominada Atenção Psicossocial (AP). Alguns autores brasileiros têm traduzido a expressão AP em nível conceitual (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, AMARANTE; 2007, YASUI; COSTA-ROSA, 2008), situando-a a partir de sua vinculação com críticas mais radicais à Psiquiatria advindas da Antipsiquiatria, na Inglaterra, e da Psiquiatria Democrática, na Itália. Costa-Rosa e colaboradores (2003) indicam que a Atenção Psicossocial configura-se como um campo capaz de congregar e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando, ao mesmo tempo, a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. Portanto, fala-se de um processo de transição paradigmática ao modelo tradicional curativista (técnico-centrado) em saúde mental.

A prática assistencial da Atenção Psicossocial (AP) é garantida por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de uma rede de equipamentos comunitários e serviços de saúde – denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – que visam ao atendimento numa perspectiva psicossocial que procura acolher a demanda de cuidados psíquicos de forma que o usuário permaneça em seu meio social e em sua rede comunitária, e que ele construa sua autonomia e possa exigir e reivindicar direitos (VIEIRA FILHO, 1998). Em termos práticos, nos CAPS são oferecidos: acolhimento e tratamento às pessoas em intenso sofrimento psíquico (ou em crise – em decorrência do sofrimento psicológico); atividades terapêuticas (individual e grupal); visitas domiciliares; ações junto às famílias dos pacientes; oficinas de reabilitação; entre outros serviços, de modo que os usuários dos serviços e políticas públicas de saúde continuem inseridos no seu contexto familiar, social e cultural.

Pode-se dizer que se a Reforma da Assistência em Saúde Mental diz respeito a transformações éticas, políticas, sociais e culturais no lidar com a loucura e introduziu a estratégia da desinstitucionalização no âmbito das Políticas Públicas na Saúde Mental (BEAKLINI, 2001), ela (a reforma) se confunde, em suas propostas práticas, com a Atenção Psicossocial que se reivindica de base territorial na organização do cuidado. É territorial, e não asilar, porque a terapêutica não se concentrará numa instituição total, como caracteriza Goffman (1974) – essa instituição retiraria do sujeito a sua identidade, restringiria seu espaço

sociocultural e o removeria do seu meio social, negando direitos e oprimindo desejos. Em contrapartida, na AP, em suas ofertas terapêuticas, todas as ações devem focar no desenvolvimento da inserção comunitária (do usuário do serviço substitutivo), da desospitalização, da desinstitucionalização e das atividades terapêuticas multiprofissionais com ênfase na reabilitação psicossocial do sujeito, com vistas à permanência dos sujeitos em sofrimento psíquico em seus territórios.

Em um outro ponto de organização da assistência à saúde pública, encontra-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma proposta de reorientação do modelo assistencial brasileiro. Constitui-se então como um modelo específico de Atenção Primária à Saúde (APS), que tem por objetivo imprimir uma nova dinâmica de estruturação do Sistema de Saúde, de suas relações com os outros níveis assistenciais (inclusive com a Saúde Mental) e com a comunidade. Define-se como o contato preferencial da população com os serviços de saúde. Sua operacionalização, segundo Andrade, Barreto e Fonseca (2006), dá-se mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência, focadas na unidade familiar e consistentes com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido o usuário do serviço.

A ESF se estrutura a partir das necessidades locais, planejadas e ordenadas com a participação da comunidade e direcionada para ações de promoção da saúde. Dessa forma, para compreender o processo de produção da saúde, concatenado com os determinantes sociais e com ênfase na unidade familiar e comunitária, é necessário conhecer o lugar onde os serviços e ações serão implementados. Daí o conceito de território toma lugar estratégico (assim como na Saúde Mental, através da AP) na operacionalização dessa política assistencial de nível primário.

No cotidiano dos serviços de saúde, o território é o substrato onde se realizam as ações básicas do trabalho da ESF e é onde se organizam alguns dos princípios que balizam o Sistema Único de Saúde – SUS (SANTOS; RIGOTTO, 2011). É com base na dinâmica da realidade do território que as ações de saúde devem ser planejadas, executadas e avaliadas, devendo ainda buscar constantemente adequar-se às novas demandas impostas pelas mudanças e necessidades socioepidemiológicas do mesmo.

Tanto a Saúde Mental, por meio da AP, como a Atenção Primária, por meio da ESF, tem apresentado novas modalidades de cuidado do processo de produção de saúde-adoecimento, construindo tecnologias diversas que visam, teoricamente, a uma melhor

qualidade de vida. Essas modalidades de cuidado têm produzido, a partir de autores relevantes nessas áreas (VIEIRA FILHO, 1998; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; AMARANTE, 2007; YASUI; COSTA-ROSA, 2008), teorizações e práticas em que algumas categorias conceituais surgem e propõem mudanças do eixo gravitacional das práticas em saúde, a saber: da centralidade da doença para a afirmação da saúde, da atenção focada no indivíduo para o olhar às coletividades, da construção de ações essencialmente centradas nos serviços para uma estratégia de cuidado baseada no território. Este último, o território, tem sido debatido pela ESF e AP como um suposto indutor de mudanças no modo de garantir assistência.

A categoria “território”, em suas características multifacetadas e de polissemia conceitual, pode ser reduzida às áreas de abrangência de uma determinada equipe de trabalho ou serviço ou mesmo ao espaço em que habita dadas populações, como criticam Santos e Rigotto (2011). Já enquanto conceito complexo e desvendado por Milton Santos (2004), o território propõe uma virada paradigmática no entendimento do cotidiano da vida dos sujeitos (homens e mulheres viventes em dado espaço e tempo) imersos em relações econômicas e políticas com os lugares significativos produzidos em um dado contexto histórico e cultural.

Essa dinâmica viva do território (SANTOS, 2004) deve-se ao fato de que ele não se configura apenas como espaço ou paisagem, mas como materialização da história, das relações econômicas, dos processos de trabalho e das diversidades da organização socioeconômica das sociedades (OHARA; SAITO, 2008). Também fazem parte das características de cada território as marcas culturais imprimidas pela população ao longo do tempo e as crenças e hábitos que dão identidade ao povo que constrói, cria e recria cada espaço de vida das comunidades.

Recorro ao próprio Milton Santos (2003) para esclarecer ainda mais o lugar do território na política de saúde. Afirma o autor que, ao entender o espaço no contexto do desenvolvimento técnico-científico-informacional, o setor saúde passa a entender a doença não apenas como o resultado da presença de vírus e bactérias (análise unicausal), mas como resultado de uma dinâmica social complexa. Assim, entendido como uma categoria de análise social (não só geográfica), o território se apresenta como o recorte ou fração do espaço qualificado por seu sujeito. Em síntese, para ele, enquanto potente categoria analítica, o território (SANTOS, 2003, 2004), ou territorialidade (SAQUET, 2015), é aquele usado (nomeado, significado) pelos sujeitos tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelo humano.

Assim, os modelos em Saúde Coletiva, tanto na AP quanto na ESF, ao beberem das teorizações sobre as territorialidades – incorporando as dimensões materiais e imateriais,

constitutivas e constituintes, delas – podem indicar como Atenção de Base Territorial (ABT) aquela que propõe relações de cuidado estabelecidas em fronteiras distintas do modelo biomédico hegemônico. São eles os critérios: não se concentrar em uma só instituição (no caso da saúde, o serviço assistencial não é o centro do fazer); ter a organização comunitária local como meio de articulação das práticas; conceber o espaço como vivo e socialmente construído; dialogar com a determinação social como esfera de domínio dos processos constitutivos e constituintes em saúde⁷.

Em Habermas (2012a, 2012b), encontro um dos conceitos que será não só um guia analítico, mas operador de proposições a serem feitas ao longo dos capítulos seguintes, em diálogo com a categoria Território presente nas políticas públicas: trata-se do conceito de Mundo da Vida. Para Lima (2012), essa categoria permite a defesa da tese de que a problemática da modernidade não seria propriamente a racionalidade em si, mas sim um tipo de racionalidade, a instrumental/sistêmica. Esta impediria as possibilidades de entendimento e inviabilizaria as relações estabelecidas no Mundo da Vida, que por sua vez se tornariam relações de forma meramente mercadológica. Para Habermas (2012a, 2012b), é preciso avançar compreensão ao Mundo da Vida, portanto – onde a vida ocorre em um momento pré-conceitual, como horizonte de sentidos no cotidiano dos sujeitos – para compreender e realizar a crítica do contemporâneo, ou, para alguns autores (AYRES, 1994; MINAYO, 2010), realizar uma compreensão engajada de crítica.

Diante da amplitude temática e do desafio do objeto de estudo, proponho como objetivo geral da pesquisa que deu direção a esta tese: **entender como as formas de organização da linguagem instrumentalizam as práticas de cuidado em saúde na assistência de base territorial.**

Os seguintes objetivos específicos auxiliaram no alcance desse objetivo principal: identificar os processos de construção de linguagem no ato de cuidado entre os profissionais na AP e ESF e os usuários⁸ dos serviços; descrever os elementos que constituem as

⁷ Como já apontado em nota anterior, o tema do cuidado será melhor discutido na segunda parte da tese. Quanto ao tema do território, a definição acima é dada como provisória para melhor ser debatida e apresentada também na Parte II desta tese, especificamente no Capítulo 3 deste texto.

⁸ A expressão para denominar os sujeitos que são beneficiários ou o foco das ações de saúde nos serviços e políticas públicas de saúde aqui escolhido é usuário, como se vê acima e ao longo de todo texto desta tese. Há alguma tradição no campo das Psis (psicologia, psicanálise e psiquiátrica) na utilização do vocativo “paciente” para esse mesmo público. Entretanto nossa crítica a perspectiva de passividade e de enquadramento biomédico do sujeito me faz não aderir ao conceito. Já para o francês Henri Lefebvre, autor melhor trabalhado no capítulo 3, como remete a discussão realizada pelos tradutores de um dos trabalhos desse autor para o português

territorialidades nos profissionais e usuários dos serviços da AP e ESF, no cotidiano das práticas de saúde; e compreender as racionalidades envolvidas no cuidado em saúde nas relações de territorialidade.

Se acabo de dizer que a pesquisa buscou entender como as formas de organização da linguagem instrumentalizam as práticas de cuidado em saúde de base territorial, de algum modo, em outras palavras, busquei também compreender como os diversos modos de vida são produzidos e se são consoantes e/ou divergentes às racionalidades sistêmicas. Isso permite discutir e, em alguma medida, apontar como crítica como as racionalidades técnicas e instrumentais (sistêmicas), aplicadas às práticas de cuidado em saúde, por meio da linguagem (re)produzida cotidianamente, proporcionam e condicionam modos de vida e modos de cuidado que atendam aos interesses dessas racionalidades, de forma a guiar tanto as práticas dos profissionais de saúde quanto as próprias práticas de saúde dos usuários dos serviços de saúde em seus territórios de vida, em uma dada realidade local.

A justificativa para uma pesquisa dessa natureza está, acredito, na possibilidade que esta apresenta para pensar a importância estratégica de tematizar a saúde e os processos de racionalidades e linguagens exatamente na direção em que as políticas públicas parecem se desenvolver: nas bases loco-territoriais, ou, como afirma Canevacci (2004), em um cenário em que cada vez mais se desenvolvem culturas “glocais”. O trabalho em saúde, se levado a uma aprofundada análise sobre as relações da prática com o território, pode produzir, reproduzir e recriar-se em uma nova teia de ações e necessidades de intervenções em saúde

(LEFEBVRE, 2017) – Cláudio Smalley Soares Pereira, e revisado por Maria Encarnação Beltrão Sposito e Eliseu Savério Sposito – o termo que seria mais adequado, em perspectiva crítica, seria o de “usador”. Isso porque na concepção advinda do “usuário” estariam implícitas os modos de consumo, com no caso em que se forjaria a identidade do “consumidor”, enquanto para o “usador” estariam as relações de qualidade que implicariam fluxos de sentidos ligados à realização de energias vitais (seja o espaço do corpo, alimento, sono e outros). Dizendo de outro modo, as concepções de usuário e usadores evidenciariam as tensões entre uso e troca, apropriação e valorização. Apesar de absorver essas tensões referidas as concepções às voltas do usuário propostas por Lefebvre, ao longo do texto optei justamente por essa expressão (usuário) por entender que a função “recebedora” de ações e menos capaz de trocas e com claro domínio de seu papel historicamente constituem o imaginário a respeito do usuário nos serviços e políticas de saúde. Efetivamente as políticas de inclusão cidadã parecem romper com o paciente tutelado e construir o horizonte do usuário portador de direitos, mas ainda não percebo a presença do usador tensionador das relações de troca.

Maior desenvolvimento do conceito de usador, em português está presente em: LEFEBVRE, Henri. Espaço e Política. Belo Horizonte: EDUFMG, 2008. Nas versões francesas, segundo comentários dos tradutores acima referidos, estão em: LEFEBVRE, Henri. De l'État: le mode de production étatique. Paris: Union Générale d'Éditions, 1977; e LEFEBVRE, Henri. De l'État : les contradictions de l'Etat moderne. Paris: Union Générale d'Éditions, 1978.

elevada em complexidade em relação à tradicional prática em saúde (técnico-centrada e curativista). As propostas de Atenção Baseada no Território parecem emergir como possibilidades de composição de novos mosaicos complexos de práticas de cuidado (e como essas práticas pensam, usam, atualizam-se, reconstróem-se e operam em territórios), que tomo como objeto de análise desta pesquisa.

No que se refere ao marco teórico da investigação, pode-se dizer que ela está alinhada às proposições desenvolvidas pelos autores da denominada Teoria Crítica, sobretudo os desdobramentos desenvolvidos por Jürgen Habermas (2012a, 2012b) à teoria inicialmente desenvolvida por Adorno e Horkheimer (1985) – principalmente a crítica aos processos de racionalização da sociedade – acerca das teorizações sobre o contemporâneo e as preocupações com os sujeitos e subjetividades. Essa preocupação demonstra que o esforço de construção teórica aqui realizado não me permitiu uma condução “monoteórica” do tema. Ao contrário, os conceitos e categorias de análise foram dispostos de modo que, guardada a preocupação com o rigor epistemológico, dialogassem em níveis de análise que auxiliaram a compreensão dos fenômenos estudados.

Nesse sentido, estiveram em diálogo formulações como aquelas desenvolvidas por Bakhtin (2010; 2011; 2014), no campo da Filosofia da Linguagem (ou translínguística, como afirma Faraco, 2009), e mesmo alguma interlocução – ainda que mais operacional, ao longo dos escritos a seguir – com Wittgenstein (2014). Foram também convocados para o diálogo teórico os autores que tematizam o campo de estudo escolhido – a saúde e especialmente a atenção primária e saúde mental – de modo crítico, como percebemos na epidemiologia crítica de Breilh (2006) ou na hermenêutica crítica da saúde desenvolvida por Ayres (1994, 2005). Assim como estiveram presentes incursões no campo da denominada “virada espacial” das Ciências Humanas (Claude Raffestin – no prefácio de Saquet, 2015), a partir da discussão da categoria “territorialidades” (e alguns outros conceitos que gravitam ao seu entorno), com autores críticos da geografia como Santos (2002, 2003, 2013, 2014a, 2014b, 2015), Saquet (2015) e Lefebvre (2013). Finalmente, também foi imprescindível um diálogo crítico à ciência que foi lugar de partida desse estudo – a Psicologia – com pensamentos e tradições como os presentes na Psicologia Social de Lane (1989), Spink (2010) e Dimenstein (2012), na Psicologia Comunitária de Góis (2008) e, ainda mais marcadamente, na Psicologia Social Crítica de Lima (2010).

Para tal empreitada, esta tese está disposta em três partes, incluídos dois capítulos na primeira parte, mais dois capítulos na segunda parte e dois na derradeira parte do trabalho.

Além desses capítulos constitutivos das partes, adiciono um capítulo metodológico – que denomino de “Exercício Reconstutivo” – que abrirá esta tese, logo em seguida (ou o capítulo “zero”), além de um “poslúdio” ou “pós-análise” depois dos dois capítulos de discussão da terceira parte. Como o conceito de Território atravessará esses escritos, como já anunciado, por analogia a essa categoria os temas de cada uma das partes do trabalho (Partes I, II e III) fazem analogia ao exercício das possibilidades das “Territorialidades”. Assim, são as partes denominadas, respectivamente, de “Territórios Teóricos” (Parte I), “Territórios Paraláticos” (Parte II) e “Territórios Reconstutivos” (Parte III).

O capítulo “zero”, vindouro, que abre a tese e antecede a primeira parte, descreve não só a metodologia utilizada no estudo, mas dispõe de um dimensionamento dessa pesquisa frente ao método reconstutivo, inspirada na teoria habermasiana, embora com diferenças importantes destacadas ao longo do escrito. O método, como poderá ser observado, não foi concebido apenas como um “arsenal de instrumentos” para a produção da pesquisa que origina esta tese, mas um modo, inseparável da teoria, de construir diálogos entre os conhecimentos e resgatar a crítica que supere o pessimismo filosófico marcante em algumas escolas do pensamento e que aponte caminhos para compreensão crítica do mundo.

A parte I, “Territórios Teóricos”, refere-se ao diálogo com as escolas do pensamento com que teço arranjos conceituais e um panorama, formando um quadro teórico, que pode ajudar o leitor a compreender o que considero como elementos fundamentais, ainda que provisórios – e apenas um entre vários arranjos possíveis –, para a construção de uma psicologia social de orientação crítica que tematiza o campo da saúde, que dialoga com as psicologias já existentes. O que fundamentalmente fiz foi: ao escolher uma teoria social que servisse à Psicologia Social, tematizei a categoria “Racionalidade” e construí uma ponte com uma teoria do signo ideológico para extrair a outra categoria marcante na primeira parte da tese, a “Intersubjetividade” – situando-a na teorização sobre linguagem.

Para isso, dividi a discussão em dois capítulos interdependentes. No primeiro, fiz uma revisão interessada e direcionada sobre a teoria crítica da sociedade estabelecida pela tradição de pensamento conduzida pela Escola de Frankfurt, com ênfase na teoria habermasiana da Ação Comunicativa. Dialoguei, entre outros, com os conceitos de Mundo da Vida e Sistema e apontei como os diagnósticos das patologias sociais habermasianas, ainda que com limites teóricos, auxiliam na compreensão dos processos de colonização do Mundo da Vida no campo das políticas em saúde e dos processos de administração social, por meio das imposições sistêmicas.

No segundo capítulo me debrucei sobre a temática da linguagem e, nesse momento, inseri as discussões propostas por Bakhtin sobre as produções sógnicas e ideológicas da linguagem e fiz uma (segunda) ponte (, agora) com o conceito de jogos de linguagem desenvolvido por Wittgenstein (2014). O objetivo das conexões teóricas de correntes diferentes do pensamento respondeu a uma tentativa de superação do negligenciamento teórico da característica das contradições dos atos de fala (falas que não buscam apenas tentativas de validades ou que têm por horizonte social o consenso), como também de arranjos de poder que expressam os processos de linguagem, ponderando a proposta de fala livre de coerção expressa na ética discursiva habermasiana. Com isso, introduzi as categorias monologismo, polifonia e outras, como expressão das relações sociais de poder expressas por meio da linguagem.

A parte II do trabalho disse respeito à construção dos primeiros deslocamentos paralácticos que proponho na tese. Também com importante presença de certo grau de teorização, os dois capítulos que seguiram nessa parte tiveram objetivos distintos, mas complementares: caminharam na direção da compreensão da produção social do espaço, com suas categorias de poder e ação (os territórios) e, em seguida, na aposta da visão em paralaxe para a crítica dos processos de linguagem no cuidado em saúde. Dividiram-se os capítulos como explico a seguir: o capítulo terceiro estabeleceu uma fundamentação sobre a espaço-temporalidade, sobretudo em diálogo com os apontamentos desenvolvidos pela Teoria da Produção Social do Espaço em Henri Lefebvre, além das apropriações críticas da Teoria Social do Lugar (ou da ontologia do espaço) em Milton Santos. O tema das territorialidades, ancorado principalmente nos autores da geografia, Marcus Saquet, Rogério Haesbaert e Eliseu Sposito, e mesmo David Harvey, abriu oportunidade para conceitos derivados aparecerem na discussão, como as categorias lugar, território, multiterritorialidade e territorialização. Mas foi a territorialidade a categoria estratégica escolhida ao final do capítulo para compreensão e crítica das políticas de saúde que se reivindicam de base territorial. A essa altura, diante das discussões acumuladas na Parte I da tese, consegui articular as discussões críticas da racionalidade e das linguagens para apontar o papel das espaço-temporalidades na produção das territorialidades e na compreensão dos modos de cuidado em saúde. Aqui preparei o “meio de campo” para o modo como finalizo esse capítulo: esboçando análise de re-des-territorializações nos processos de saúde de modo que se reivindique as categorias espaciais como necessárias nas análises que partem da Psicologia Social em relação ao cuidado.

No quarto capítulo esbocei a rearticulação de uma epistemologia crítica em saúde, sobretudo em diálogo (e inspiração) com o equatoriano Jaime Breilh e o brasileiro Naomar de Almeida Filho, como possibilidade de entendimento da saúde enquanto objeto/conceito/campo em disputa teórica, ética e política. Nesse capítulo se fortaleceram, enfim, as discussões das Determinações Sociais em Saúde e Modo de Vida (que já terá aparecido provisoriamente no Capítulo 2) aos modelos explicativos críticos dos processos de saúde-doença-cuidado. Ao final desse capítulo, lancei mão da problematização da categoria “Cuidado” e, enfim, expus a perspectiva da “visão em paralaxe” (em releitura do filósofo esloveno Slavoj Žižek) como possível reconstrutora do poder da análise dialética em processos críticos entre o cuidar e o cuidado, no campo da psicologia e saúde – como no objeto desta pesquisa, nos processos de linguagem que permeiam as relações de cuidado. Com tal empreitada desenvolvida nessas elucubrações teóricas, não reinventei uma teoria crítica para a saúde, mas dispus de arranjo conceitual para compreender as produções de cuidado em dadas territorialidades permeadas de racionalidades instrumentais que organizam o fazer e enlaçadas de processos sógnicos de linguagem que mediam as relações intersubjetivas entre profissionais e usuários dos serviços.

A parte III do trabalho expressou a minha imersão nos territórios das práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais e usuários dos serviços de saúde, a partir da análise do material construído empiricamente. Os “Territórios Reconstitutivos” são, então, análises dos materiais qualitativos construídos na pesquisa de campo que dão “localização” ao trabalho em saúde (na Estratégia de Saúde da Família e na Rede de Atenção Psicossocial). Para isso, construí dois capítulos que representam, respectivamente, as duas grandes duplas de categorias teóricas que vieram sendo construídas ao longo da escrita das duas partes anteriores da tese, as “Racionalidades” e “Intersubjetividades” e os “Espaços” e “Determinações Sociais em Saúde”. No Capítulo 5 discuto a contextualização das práticas na APS e RAPS, bem como a descrição do estado atual das políticas e serviços em que se situam os profissionais, apresento em mais detalhes os sujeitos e aí, então, resgato o conteúdo sobre as organizações do cuidado no cotidiano. Foram resgatados os conteúdos narrativos dos profissionais e usuários e, ao final, é exposto um panorama das tensões entre as racionalidades sistêmicas biomédicas em saúde e relações do cuidado desenvolvido no cotidiano mundo da vida. Como forma de compreender as articulações intersubjetivas que compõem os processos de linguagem na ABT, descrevi as metáforas e “jogos (ou circuitos) de linguagem”, além de seus

efeitos, que pude encontrar na relação entre os sujeitos diante dos contextos de cuidado nas Unidades de APS e CAPS pesquisados.

No capítulo 6 sistematizo os modos como têm sido construídas as territorialidades nas estratégias assistenciais da APS e do RAPS, na especificidade de Fortaleza, e como se constroem as técnicas de cuidado que expressam essas territorialidades ao mesmo tempo que as reconstroem. O debate resgatou a dimensão da paralaxe em saúde a partir das exposições sobre as tensões que habitam as narrativas dos profissionais e mesmo dos usuários dos serviços sobre o próprio cuidar cotidiano no que diz respeito ao que chamei de “hiato entre as necessidades em saúde e as determinações sociais da saúde”. Debate empiricamente a coluna paraláctica entre a anatomia fisiológica e a topografia tomada uma pela outra na produção dos territórios de cuidado em saúde, apresentada teoricamente no Capítulo 4.

Ao longo dos capítulos 5 e 6 acabo por produzir, diante do material empírico, a necessidade de dois conceitos (que representam duas unidades de análise) para futuros estudos a respeito da reconstrução do cuidado. “Gênero do cuidado” e a “esfera *glocal* da saúde” representam os primeiros apontamentos sobre uma possível *poiesis* crítico-política-dialógica da vida. Assim, por não ser exatamente um debate decorrente do material empírico, mas uma proposição teórica, foi destacado um poslúdio – ou capítulo de pós-análise – para melhor situar as incipientes propostas. Longe de propor saídas simples ou instrumentais, portanto, problematizei a postura *práxica* e inseri a categoria “poética” (a *poiesis*) como possibilidade de produção e sustentação dos “novos”, diante da hegemônica tecnificação das produções e relações do cuidado.

A proposta de uma “Paralaxe na Saúde” foi apontada como a possibilidade de deslocamento, necessário em uma paralaxe, para o resgate do conteúdo político, excluído – ou sobreposto por uma dada concepção hegemônica de políticas de cuidados – das relações intersubjetivas no fazer em saúde. Longe de reiterar as políticas de cuidado que produzem políticas de identidade perversas, pensa-se na tese em um cuidado político como ferramenta de superação dos cinismos das práticas de saúde como imposições de formas de vida.

A expectativa deste trabalho foi de apresentar não só uma crítica às práticas de cuidado em saúde nos territórios das políticas assistenciais, mas desenvolver uma poesia que, como em Manoel de Barros, faz as palavras “*coisarem*” dentro de nós e ampliarem os horizontes das infinitas possibilidades de narrar sobre aquilo que nos move. Se o poeta nos diz:

[...] há na cabeça dos poetas um parafuso
a menos
Sendo que o mais justo seria o de ter um parafuso
trocado do que a menos.
A troca de parafusos provoca nos poetas uma certa
disfunção lírica (BARROS, 2013).

Que este texto possa provocar no leitor, como em mim provocou, uma “troca de parafusos”. Que algumas “disfunções”, como é nomeado esse poema do poeta mato-grossense, possam habitar a leitura deste trabalho com uma certa capacidade lírica de dar movimento às palavras, e nas palavras nos encontrarmos nos desencontros.

Afinal, disse o poema de Leminski (2013), que citei ao iniciar este prólogo, “uma vida é curta para mais de um sonho”. Sendo assim, que o texto ganhe vidas (no plural) para que mais sonhos nos habitem e diálogos se abram a partir do que aqui apresento, mas que não se conclui por inteiro. Como há de ser a inacabada e inacabável poesia científica.

EXERCÍCIO RECONSTRUTIVO

*As coisas que não existem
São mais bonitas.*

Felisdônio. In: *O Livro das Ignorâncias*, de Manoel de Barros, 2013.

Entendo que a ciência não é só meio de “acessar” a realidade, como se a ciência estivesse ela mesma fora da realidade, mas também um produto e produtor das relações humanas. Isso quer dizer que me ancoro numa concepção de que a própria ciência é uma produção social (VÁZQUEZ, 2011), portanto marcada pelos interesses do pesquisador e da sociedade (HABERMAS, 2014a). Entender o método como um caminho do conhecimento (MINAYO; DESLANDES, 2008) é um desafio constante no fazer pesquisa e, neste trabalho, a expressão é um percurso que se faz com escolhas e posicionamentos. Método, como afirmam Lakatos e Marconi (2010), diz respeito a forma, modo e instrumentos às voltas do ato de “conhecer”.

O meu caminho da pesquisa passou por uma formação, antes de tudo, pelos denominados paradigmas qualitativos em pesquisa em saúde (BOSI; MERCADO, 2006). Mesmo como um psicólogo atuante na área da saúde, a “iniciação” científica que o mestrado acadêmico na área de saúde me conferiu apontou as possibilidades de perceber a interface entre a Psicologia e a Saúde Coletiva no que diz respeito à preocupação com a produção de sentidos e significados (MINAYO, 2010; TURATO, 2003; FLICK, 2009). Entretanto, o aprofundamento nos campos epistemológicos, tão caros à produção acadêmica do conhecimento, e as esferas das tradições dos pensamentos filosóficos presentes na Psicologia e suas possíveis construções de pesquisas que, para a própria Psicologia, reivindicassem a interdisciplinaridade do conhecimento foi-me algo mais argiloso. Ora, no campo da Saúde Coletiva, a natureza interdisciplinar da pesquisa qualitativa já parecia ser algo dado (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Ao contrário do que imaginava inicialmente, partir da Psicologia Social para, em uma interface com outros campos, levando em conta a implicação de um objeto caro a tantos campos do conhecimento (com contribuições da Saúde, Geografia, Sociologia e mesmo da Filosofia da Linguagem), fez-me ver que a interdisciplinaridade da produção do conhecimento é mister em qualquer campo da formação de pesquisadores. Na verdade, é horizonte ético-político das Ciências que se pretendem produtoras de um conhecimento para uma vida decente, como afirma Boaventura de Souza Santos (2003).

Além disso, preciso deixar claro que a pesquisa passou por (de)formações em relação a seu projeto inicial, o que é até louvável (ou, pelo menos, de se esperar) em um caminho que se pretende cumprir em quatro anos. De uma concepção de triangulação metodológica – entendida por Minayo (2010) como o ato de combinar e cruzar múltiplos pontos de vista, técnicas de coletas de dados na pesquisa –, parto para uma pesquisa reconstrutiva de inspiração crítica com proposições de articulações com o campo da *sociopráxis*. É sobre essa “escolha”, na verdade, sobre essa implicação teórico-metodológica que sigo abaixo alguns apontamentos.

A pesquisa de inspiração crítica, diferente das desenvolvidas pelo positivismo e pelo interpretativismo, é um processo de investigação no qual se questionam valores e pressupostos correntes e desafia as estruturas sociais convencionais, além disso, almeja desenvolver novas formas de entender, as quais sirvam de guia para a ação efetiva (GRAY, 2012). Mais que descrever o mundo, a pesquisa de inspiração crítica busca transformar o próprio mundo que é colocado em interrogação.

Devo lembrar que existe um número incontável de correntes teóricas que se denominam críticas. Entretanto, neste trabalho, aqueles apontamentos desenvolvidos pelo Instituto de Pesquisa Social, posteriormente denominado de Escola de Frankfurt (FREITAG, 2015), que inaugura uma escola de pensamento de orientação crítica a partir de releituras do materialismo histórico-dialético, é um dos principais pontos de interlocução. Ponto de partida, mas não ponto de chegada.

Nesta pesquisa absorvo um primeiro desafio de construir um capítulo metodológico que é inseparavelmente um delineamento teórico (MINAYO, 2005), já que não acredito que seja possível compreender o método de uma pesquisa apenas como um conjunto de técnicas para acessar os fenômenos da realidade (TURATO, 2003). Tanto porque parto do princípio de uma inseparabilidade entre sujeito e objeto quanto porque nos posicionamos de modo implicado (não neutro) à pesquisa e ao mundo que vejo como em transformação. Desde Silvia Lane (1989) ou Cezar Góis (1984), na Psicologia Social brasileira, ou mesmo em Martin-Baró (2009), na Psicologia Latino-Americana, a fundamentação em compromisso com a mudança da realidade é flagrante no posicionamento ético dos estudos.

Advindo de uma preocupação de natureza qualitativa aos fenômenos estudados – considerada aquela pesquisa que se preocupa com a compreensão dos homens e mulheres em relação aos fenômenos neles apreendidos (TURATO, 2005) – um segundo desafio foi: conciliar uma pesquisa que possa partir da Psicologia Social e compreender um objeto que

tem interfaces interdisciplinares. Dessa forma, a busca é por uma construção, talvez, não inédita no que diz respeito a uma “invenção” de um método (o que fugiria do escopo da tese), mas singular no sentido das interlocuções produzidas para a especificidade desta pesquisa.

Nas páginas seguintes desenvolvo alguns pontos da construção de um “método reconstrutivo”, dialogando principalmente com o trabalho de Raquel Francisco (2006) e a crítica metodológica à teoria crítica desenvolvida por Olivier Voirol (2012), articulando assim conceitos advindos da inspiração habermasiana. Logo em seguida, faço interface com a pesquisa em *sociopraxis* que se pretende interventiva, estabelecendo uma ponte para superação aos problemas da normatividade habermasiana, mas também estabelecendo críticas ao seu teor idealista e consciencialista. No debate com a reconstrução, categorias como Mundo da Vida e Intersubjetividade aparecem provisoriamente (melhor trabalhados ao longo da Parte I da tese); por sua vez, o debate com a *sociopraxis* e a categoria práxis e trabalho (em sua interface com a saúde) estão já neste capítulo provisoriamente comentados.

Assim, articulo o pano de fundo teórico-metodológico para a pesquisa que se operacionaliza em vetores (mais à frente apresentados, neste capítulo) em direção à compreensão ao objeto estudado, a partir do que escolho como componente da análise do cuidado ele mesmo como um trabalho em saúde. Nessa perspectiva, aglutino as possibilidades analíticas que tem cada uma das tradições do pensamento: a intersubjetividade e a racionalidade social, no reconstrutivismo, e a implicação e práxis, na *sociopraxis*. Também neste capítulo, ao final, descrevo os instrumentos utilizados para a pesquisa, assim como demais elementos que constituíram o campo de inserção e intervenção.

Do Paradigma Reconstrutivo Racional à Pesquisa de Inspiração Reconstrutiva

As investigações de Habermas abarcam desde o campo da Filosofia da Linguagem até a Sociologia, Teoria Política, Direito e comunicação humana. Pode-se dizer, como afirmam os comentadores e críticos de Habermas no Brasil (FREITAG, 1989; MOREIRA, 2004), que suas principais ideias dizem respeito à reconstrução racional, de pragmática universal e de competência comunicativa, e, por efeito, a proposta de um pensamento pós-metafísico. Os elementos em jogo em sua construção teórica, segundo Hilário (2014) são: um diagnóstico da modernidade, a crítica da razão e a necessidade de outro modelo de racionalidade.

Pode-se ainda dizer que é na investigação acerca das possibilidades de construção da comunicação humana – com seu ápice de proposição teórica em Teoria do Agir Comunicativo I e II (HABERMAS, 2012a; 2012b) – que o autor orienta todo o programa de pesquisa metodológica traçado por Habermas (LIMA, 2010). Segundo Raquel Francisco (2006):

Habermas vai buscar no âmbito da filosofia da linguagem as contribuições para uma teoria sobre o entendimento das significações de expressões linguísticas localizadas em universos discursivos contextualizados. Assim é que, quando as teorias políticas e sociais contemporâneas tratam do tema metodológico acerca do ato de entender o sentido [*sinnverstehen*] de um termo, devem enfatizar a centralidade da linguagem na produção do discurso (FRANCISCO, 2006, p. 56).

Assim, o que se entende na passagem acima é que com a virada linguística com que Habermas incrementou sua teoria crítica, a sua filosofia da linguagem permite rejeitar proposições teóricas calcadas no solipsismo de uma metodologia especulativa ou metafísica que produz arbitrariedades e dogmatismos teóricos.

Uma das tarefas que Habermas se propõe a fazer nos interessa, em partes, nesse capítulo do trabalho: a reconstrução racional. Para compreender essa tarefa, esclarecemos que Habermas, sobretudo em Conhecimento e Interesse (HABERMAS, 2014a), estabelece uma distinção entre ciências e seus interesses: um interesse (na ciência) empírico-analítico no controle potencial, um interesse (na ciência) hermenêutico-histórico na compreensão e um interesse (na ciência) crítico-emancipatório na liberdade e autonomia. Como alerta Voirol (2014), Habermas insistiu nos interesses emancipatórios específicos das ciências críticas, cujos objetivos são produzir uma autorreflexão racional dos sujeitos sociais, graças a um tipo de abertura que foi tornada possível por meio de métodos científicos baseados na superação de obstáculos para uma “verdadeira” comunicação – aquela baseada no entendimento mútuo.

Raquel Francisco (2006), em um longo trecho – que peço licença ao leitor para trazê-lo – resume de maneira didática a construção do conceito de “entendimento” para as supracitadas diferentes escolas científicas, a fim de fazer claro a fundamentação desse conceito em Habermas e suas repercussões para método reconstutivo:

Tal distinção [sobre o entendimento] tem como base a identificação da experiência sensória, calcada na observação do indivíduo, como algo que é diferente da experiência comunicativa, o entendimento [*verstehen*]. No primeiro caso, a relação com a realidade observada ocorre sem qualquer forma de mediação. Em contrapartida, no segundo caso, a ação do indivíduo que busca o entendimento sobre uma coisa no mundo é necessariamente mediada pela linguagem. A primeira realidade é perceptível e, nessa medida, demanda uma experiência sensória; a segunda é simbolicamente pré-estruturada e, noutra medida, demanda uma experiência que é fundamentalmente comunicativa. Se, no primeiro caso, o indivíduo tem acesso direto mediante a observação; no segundo, este acesso é

comunicativamente mediado através do entendimento de expressões [*utterance*] (FRANCISCO, 2006, p. 56-57).

E continua:

Procedimentos reconstrutivos não são característicos de ciências que desenvolvem hipóteses nomológicas sobre domínios de objetos e eventos observáveis; na verdade, esses procedimentos são característicos daquelas ciências que sistematicamente reconstróem o conhecimento intuitivo de sujeitos competentes (FRANCISCO, 2006, p. 56-57).

O que Habermas propõe é que a tarefa de reconstruir racionalmente conceitos, teorias ou hipóteses inicia-se com uma espécie de conhecimento pré-teórico e intuitivo presente no horizonte de inteligibilidade, que ele denomina de Mundo da Vida. Diferentemente da introdução deste trabalho, em que reduzimos esse conceito ao pano de fundo de todos os viventes onde a vida ocorre em um momento pré-conceitual, ou seja, no cotidiano dos sujeitos, aqui podemos ampliá-lo para melhor delineamento da tarefa reconstrutiva da racionalidade em Habermas.

Para Habermas (2001), o conceito de Mundo da Vida se refere a lugar transcendental dos sujeitos, no qual eles estão inseridos, em relação ao qual é impossível manter distância – permeado inseparavelmente, portanto. No que diz respeito às relações comunicativas, às mediações de linguagem, o Mundo da Vida tanto forma o horizonte como o pano de fundo para a comunicação cotidiana.

Habermas aponta mais que, em suas palavras, o Mundo da Vida expressa as tensões de produções do entendimento:

O ‘Mundo da Vida’, enquanto pano de fundo e contexto pouco temático e levado por acréscimo, forma o polo oposto para um saber tematizado, que é presenciado, dentro do seu horizonte, e exposto, sempre de novo, ao risco de dissensão, do poder-dizer-não. Já na comunicação cotidiana combinamos as nossas enunciações com as exigências de validade, possíveis de criticar, que transcendem todos os padrões provinciais enquanto meras exigências. Com isto, as tensões sentidas entre as contingentes limitações e as idealizadoras pressuposições da práxis do entendimento mútuo invadem o ‘mundo da vida’ propriamente dito – idealizações, essas, que na realidade se põem em evidência, com totais e antes de mais, nas formas comunicativas das argumentações (HABERMAS, 2001, p. 41).

O que deixo em evidência nas definições e citações acima é que a ciência reconstrutiva é especialmente preocupada com o Mundo da Vida. Dito de outra forma, agora aplicado à concepção de Mundo da Vida – como pano de fundo para a construção das possibilidades de entendimento – no contexto da pesquisa científica, o conhecimento intuitivo (advindo das tradições e do cotidiano comunicativo), levantado ou problematizado pelo pesquisador, representa uma pretensão de validade universal, como proposições corretamente

formuladas em termos gramaticais, teorias bem-corroboradas na história das ideias, resoluções de conflitos conforme a equidade, entre outros. Para Francisco (2006), quando os cientistas intérpretes – como denomina Habermas os pesquisadores sociais (HABERMAS, 2012a, 2012b) – recorrem ao método da reconstrução racional, de caráter reconstutivo, em busca do “entendimento” de uma teoria que intuitivamente (por meio do Mundo da Vida) se colocou, desempenham uma Ação Comunicativa de Reconstrução para trás das normas que desde então determinaram o sentido da teoria investigada (FRANCISCO, 2006).

Em síntese, a reconstrução racional acontece em um movimento ao passado de sentidos de uma dada comunidade de falantes, adicionando as fundamentações (que também são intuições) teóricas, que o pesquisador social se dispõe a fazer. “Realiza-se uma reconstrução racional do sistema de normas que determinaram intuitivamente o entendimento do elemento. De intuitivo, o conhecimento passa a ser racional e, nessa medida, objetivo” (FRANCISCO, 2006, p. 57). O pesquisador social, então, diante das etapas descritas, pode dar explicação de sentido na acepção de reconstrução racional de estruturas gerativas que sublinham a produção de formações simbólicas.

Não só às expressões e efetividades simbólicas pode o pesquisador exercitar a reconstrução racional. Cabe ao pesquisador explicitar as condições de possibilidade da construção das formas simbólicas em análise. Para compreensão dessa outra dimensão reconstrutiva, faço uso de uma última citação literal do trabalho de síntese de Raquel Francisco:

O fato é que a reconstrução do conhecimento com o objetivo de explicar e entender uma determinada expressão implica adotar uma postura metodológica que busca reconhecer as regras de acordo com as quais a formação simbólica da expressão ocorreu. O objeto do entendimento do pesquisador, nesses casos, não representa mais o conteúdo da expressão simbólica, como o termo ‘competência’, mas a consciência normativa e lingüística que o autor da fala concretamente tem. Nesse ponto, Habermas afirma a diferença entre *know-how* e *know-why*: isto é, entre, de um lado, a habilidade do sujeito que entende como se produz ou como se alcança o sentido de alguma coisa e, de outro, o conhecimento do sujeito competente relativo a como é que ele próprio [o sujeito competente] é capaz de produzir ou alcançar o sentido de alguma coisa no mundo. O saber é o mesmo, mas, no segundo caso, torna-se explícito. Esse é o conhecimento acerca do sistema de regras que permite aos potenciais falantes adquirirem a competência para produzir sentenças gramaticais (FRANCISCO, 2006, p. 59).

Assim, a reconstrução habermasiana diz respeito, especialmente, à compreensão das produções dos entendimentos por meio das condições de fala, porém com uma preocupação não só com o expressivo, mas com as condições para se produzir as sentenças carregadas de sentido, imersas no Mundo da Vida.

Entretanto, o uso da Reconstrução Racional para Habermas tem uma função: a construção de uma pragmática universal das condições de fala. Isso é, o imperativo ético da pragmática universal é a criação de um programa (teórico e prático) que busca reconstruir a universalidade das condições gerais da comunicação humana. A fundamentação maior dessa pragmática se dá no conceito de fala livre de coerção: pressuposto de que os homens e mulheres, quando se propõem a entender mutuamente quaisquer temas, assumem condições necessárias e inevitáveis para se alcançar o consenso⁹. Trata-se, em síntese, de uma tarefa (científica e política) de identificar e reconstruir as condições de possibilidade do entendimento entre indivíduos que agem de forma comunicativa – daí a sua substituição de uma dada Razão para o binômio “Razão Comunicativa”.

Olivier Voirol (2012), também pesquisador do Instituto de Pesquisa Social de Frankfurt e em plena atividade intelectual, em ponderação aos desdobramentos da Teoria Crítica no campo social, aponta de modo categórico:

Os desenvolvimentos teóricos recentes da Teoria Crítica têm passado ao largo da preocupação com a pesquisa social – seja pela pouca importância dada ao ‘teste’ empírico das ideias teóricas, seja pela ausência de estímulo a novos projetos de pesquisa empírica no campo da Teoria Crítica (VOIROL, 2012, p. 81).

Voirol aponta a expressão “virada reconstrutiva”, introduzida por Habermas no início da década de 1970, como notadamente influente no desenvolvimento da Teoria do Instituto. A exemplo disso, vê-se a teoria (pós-habermasiana) do reconhecimento de Honneth, que oferece atualização ao programa da Teoria Crítica. Voirol também aponta:

O conjunto do empreendimento de Honneth é baseado na metodologia da reconstrução, ainda que dê forte ênfase a motivos hegelianos – comparado com Habermas, cujo ‘interlocutor filosófico’ sempre foi Kant. Seja na forma de uma ‘reconstrução normativa’ (Honneth), seja na de uma ‘reconstrução racional’ (Habermas), a reconstrução se tornou o método da Teoria Crítica desde a ‘virada reconstrutiva’ (VOIROL, 2014, p. 95).

Apesar de a proposta da Reconstrução Racional habermasiana aparentemente ser um campo promissor, Olivier Voirol (2014) é categórico ao afirmar:

Habermas não foi verdadeiramente bem-sucedido na formulação de um conjunto de hipóteses teóricas que orientassem um programa sistêmico de investigações empíricas – o posfácio de Teoria da ação comunicativa é uma exceção, embora nunca tenha resultado num plano investigativo eficaz (VOIROL, 2014, p. 96).

⁹ Esse tema será melhor discutido no Capítulo 1, da Parte I da tese, em que o conceito de fala livre de coerção e as concepções às voltas das pretensões de validade serão melhor discutidas.

O que Voirol aponta é que há um déficit crucial de pesquisas empíricas na teoria habermasiana, diferentemente da primeira geração da escola frankfurtiana, embora esse autor também critique o caráter demasiadamente normativo dos apontamentos sobre a práxis emancipatória produtiva no modelo dialético de Horkheimer (centrada fundamentalmente nas relações com as forças produtivas).

Além disso, se a linguagem em Habermas parece ser meio da produção e reprodução do Mundo da Vida, neste capítulo exponho a provisória crítica (especialmente no Capítulo 1, da Parte I, onde é mais discutida) de que nessa orientação pragmática a linguagem é o fim da Teoria Social Crítica. Além de ser o terreno intersubjetivo de construção da realidade, é ela mesma uma reorganização mais democrática e livre que pode resolver questões caras à humanidade. Sobre essa crítica, Voirol segue contundentemente:

Se a ideia de patologias sociais do período tivesse sido formulada na forma de uma hipótese, visando assim orientar as investigações sociais empíricas, as ciências sociais teriam conseguido outro lugar na sua construção teórica, no sentido de um estudo sistemático das possibilidades sociais eficazes de práticas comunicativas. O que foi de algum modo negligenciado pelo método de reconstrução é a ideia de investigar sistematicamente as condições sociais de realização dessas práticas emancipatórias, incluindo o estudo de vários de seus obstáculos (sociais, econômicos, institucionais, etc.). O uso das ciências reconstitutivas para a fundação normativa da crítica, mais do que o estudo sistemático de vários obstáculos e dificuldades sociais que impedem as práticas emancipatórias, tende a privilegiar uma perspectiva 'otimista'. Nesse sentido, o potencial de realização efetiva dessas práticas é idealizado; e as tendências empíricas negativas que as impedem são neutralizadas. As críticas bem conhecidas e recorrentes ao 'otimismo' geral da filosofia moral de Habermas, idealizando o alcance do entendimento mútuo em verdadeiras comunicações linguísticas, podem ser entendidas à luz desse privilégio metodológico (VOIROL, 2014, p. 96-97).

Nessa direção, adotar a orientação reconstitutiva em pesquisa diz respeito à necessidade de compreender as questões às voltas do universo de sentido que edificam o Mundo da Vida e, além disso, é tomar a intersubjetividade como campo de desenvolvimento das pesquisas sociais. A orientação reconstitutiva me é útil nesta pesquisa devido à sua capacidade de imersão em contextos locais e pela sua preocupação com o universo de sentidos, caros à Psicologia. E mais, absorvo as orientações dadas por Voirol (2014) para qualificação da reconstrução:

[...] as ciências empíricas e a pesquisa social não deveriam servir apenas como base para a fundação normativa da Teoria Crítica [...] Um dos objetivos da pesquisa social deveria ser investigar mais sistematicamente o modo como as deformações dessas práticas estão emergindo, aumentando e se reproduzindo, e quais as configurações institucionais específicas que as reforçam. Para evitar o problema discutido anteriormente sobre a 'idealização' da reconstrução, essa perspectiva deveria evitar o 'exagero moral' que tende a negligenciar aquilo que 'resiste' ou 'impede' a realização ou o desenvolvimento dessas práticas (VOIROL, 2014, p. 98).

Em outras palavras, no lugar das condições da produção idealizada de certa pragmática do discurso, tenho como meta o estudo das condições que se apresentam como problemáticas no campo psicossociológico das práticas em linguagens na Saúde.

Como segunda orientação, Voirol (2014) indica que se consiga reunir, numa íntima relação, o método reconstrutivo e o diagnóstico do presente. Em suas palavras:

Desenvolver tal diagnóstico significa investigar as tendências atuais nos termos da possível realização de potenciais emancipatórios baseados em práticas eficazes. Os arranjos sociais, econômicos e políticos devem ser considerados pela pesquisa social sob a perspectiva de suas possibilidades para incentivar ou prejudicar tais práticas emancipatórias. Significa, portanto, fazer uma ‘cartografia’ política, social e econômica do presente e das diferentes ‘forças’ sociais permitindo – ou não – tais potenciais emancipatórios (VOIROL, 2014, p. 98).

Conclui apontando, então, uma possível reconciliação com a dialética no método reconstrutivo: “Se o método de reconstrução estivesse mais envolvido com esses diagnósticos históricos e políticos, ele seria capaz de resgatar alguns elementos importantes do modelo dialético” (VOIROL, 2014, p. 98).

Ao admitir que é possível, então, diálogos teóricos para composição de uma teoria (metodológica) que supere a dicotomia entre uma teoria normativa e uma fundamentação empírica, elejo a categoria *sociopráxis* como uma tradição de pesquisa no campo social que se apresenta à disposição da redução dessa dicotomia. Assim sendo, e diante das potências e limitações aqui apontadas pela reconstrução, além da necessidade de abarcar a dimensão “local” ou territorial ao estudo desenvolvido por esta tese, minha proposta (fundamentada em Voirol) é de inserção da dialética como orientadora do método reconstrutivo; a seguir, adiciono criticamente a posição *sociopráxis*.

A *sociopráxis* e a pesquisa reconstrutiva: fazer e se implicar na pesquisa psicossociológica

“O marxismo é, acima de tudo, uma filosofia da práxis e não uma nova práxis da filosofia” (VAZQUEZ, 2011)

A pesquisa denominada *sociopráxis*, principalmente cunhada por Tomas Villasante (2006), nasce de uma tradição do pensamento ligada à Filosofia da Práxis – como sistematizada por Adolfo Sánchez Vázquez (2011), mas não só por ele, como se pode ver em Gramsci e outros marxistas ocidentais (VILLASANTE, 2006). Por isso, situar o campo metodológico sociopráxico se faz necessário para entender suas repercussões em termos de

propostas na pesquisa no campo psicossocial, mas também para estabelecer os limites desse diálogo no escopo desta tese, em seu desenho teórico-metodológico.

Práxis é um conceito polissêmico e, nas tradições do pensamento ocidental, pôde ser aprendido em diversas expressões conforme os seus pensadores, como em Hegel, Feuerbach, Marx, Lenin e outros (VÁZQUEZ, 2011). Mais que isso, a práxis revista enquanto estatuto filosófico em Vázquez é uma tentativa, como bem descreve Francisco Martínez, de um marxismo que não é “uma mera teoria nem tão menos uma cosmovisão, mas, sim, uma prática transformadora da realidade guiada por valores que servem como crítica a ela” (MARTÍNEZ, 2011, p. 29).

Sem precisar recorrer ao artifício de “resenhar” o livro seminal *Filosofia da Práxis*, de Vázquez, posso pontuar sinteticamente que, na primeira parte marcada pela demarcação histórica do aparecimento da práxis nos pensadores acima descritos, é na sua releitura do jovem Marx – denominado de Marx filósofo e antropólogo, diferente do maduro Marx economicista – que encontra maior substrato da fundamentação da práxis que aparece em vertente antropológica, como constituinte essencial humana enquanto mediação com o próprio humano enquanto espécie e a natureza como corpo inorgânico desses sujeitos; gnosiológica enquanto critério de verdade (está na práxis a possibilidade de produção de sínteses, ainda que provisória, pontuando um movimento dialético), e revolucionária enquanto meio de transformações das circunstâncias (da transformação do próprio agir humano). Ou seja, é possível já perceber aqui o resgate da categoria práxis para um direcionamento do entendimento sobre ela: práxis como atividade material dos homens e mulheres que transformam o mundo natural e social para fazer dele um mundo humano.

Na segunda parte do livro, o autor se debruça nas noções de práxis. A práxis, então, aponta o autor, não é a transformação objetiva, separada da subjetividade, nem da atividade subjetiva, separada da objetividade, e sim a unidade de ambos os momentos. Ou seja, uma atividade que supõe certa relação mútua em virtude da qual a práxis funda, nutre e impulsiona a teoria, com consciência e autocrítica (VÁZQUEZ, 2011).

Essa ênfase na atividade praxica faz com que Vázquez afirme que a atividade teórica nem sempre pode ser considerada como práxis, pois ainda que esta transforme as percepções, representações ou conceitos e crie o tipo peculiar de produtos (no fazer acadêmico, expressos na atividade intelectual) porque são hipóteses, teorias, leis etc., em nenhum desses casos, é categórico o autor, transforma-se a realidade.

Por outro lado, o autor destaca que a prática, por si só, não é diretamente teórica, mas se revela a partir da reflexão e compreensão da mesma. Esse movimento é que permite a compreensão da sua racionalidade, pois esta é oculta e só transparece para quem tem olhos para ela. Afirma, então, que a prática tradicional científica (experimental ou teórica) acaba por ter função “reveladora” só para aqueles que entendem a própria linguagem conceitual correspondente.

Concomitantemente aos desdobramentos das acepções da práxis, o autor propõe classificação das expressões das práxis pelas suas formas – produtiva, artística, experimental ou política (ou seja, as variações da “matéria-prima” da práxis segundo as esferas sociais em que está expressa a atividade humana) – ou pelos seus níveis (grau de penetração da consciência do sujeito ativo no processo prático) – reiterativos e criadores. Sobre essa última classificação, destaco interesse, sobretudo por trazer debate sintetizado por Lima, Ciampa e Almeida (2009) sobre a capacidade repetidora ou inovadora da práxis.

A primeira [reiterativa ou repetidora] seria aquela que segue alinhada as leis traçadas a priori e cujos produtos seguem em conformidade com o desenvolvimento social; a segunda [a criadora ou inovadora], por sua vez, questiona as leis previamente determinadas e resulta em um produto novo e único. Vasquez acredita que do ponto de vista da *práxis* humana, esse é o ponto-chave que se traduz na produção ou autocriação do próprio homem (LIMA; CIAMPA; ALMEIDA, 2009, p. 231, grifo do autor).

Destaca-se que é a práxis criativa que ocupa papel estratégico, já que é exatamente ela que permite enfrentar novas necessidades, novas situações (VÁZQUEZ, 2011).

Lima, Almeida e Ciampa (2009, p. 232), continuam:

A segunda, a *práxis* reiterativa (ou imitativa), segue segundo Vazquez num nível inferior em relação a práxis criadora. Basicamente, nesse tipo de práxis o subjetivo se dá como uma espécie de modelo ideal, uma espécie de cópia ou duplicação (grifo do autor).

Nesse sentido, aparece como uma racionalidade de tipo idealizada, que se camufla de imutável e, por já se saber por antecipação, antes do acontecer, o que irá se apresentar no campo das dinâmicas sociais, já se sabe o que fazer e como fazer (LIMA; CIAMPA; ALMEIDA, 2009).

Villasante (2006), preocupado em transformar os apontamentos de Vázquez em constructo metodológico, reafirma e alerta que o movimento da práxis não se encerra no teórico, ou num ato diagnóstico filosófico, mas o retorno ao prático. Ou seja, se a práxis se faz em atividade, e tem sido privilegiada no campo político, na academia – no espaço da

produção do conhecimento – a práxis constantemente tem de ser resgatada para a ação nas condições de vida:

Pero la *praxis* no acaba en un diagnóstico sino en propuestas para la acción y en la acción misma y en las constantes reformulaciones que exige. Las cosas y la ideas cambian cuando se cambian las condiciones de vida (VILLASANTE, 2006, p. 4).

Em outras palavras:

A *práxis* do homem não é atividade prática contraposta à teoria; é determinação da existência humana como elaboração da realidade [...] na obra e na criação humana – como em um processo ontocriativo – é que se manifesta a realidade e, de certo modo, se realiza o acesso à realidade (KOSIK, 1976, p. 202).

Temos, assim, um arsenal que conduz a ciência à ação histórica, não mais distante da realidade, neutra ou objetivada.

A proposta de pesquisa em *sociopráxis*, segundo os autores do campo (VILLASANTE, 2006; ALBERICH, 2007; AGUILAR, 2012), diferentemente de outras pesquisas de orientação marxista, entendem a implicação com o campo e a intervenção na própria esfera da pesquisa como crucial para o desenvolvimento da participação como categoria fundamental para a pesquisa social. Villasante (2006, p. 6), dimensiona a implicação do pesquisador na pesquisa social:

La posición socio-praxica usa las otras tecnologías pero no desde las metodologías y epistemes con las que suelen ser usadas, sino desde las posiciones implicativas y participativas que en este escrito pretendemos distinguir. En realidad la sociopraxis podría estar entre la posición estructural o cualitativa (J. Ibañez pretendía avanzar desde ahí), y las posiciones dialécticas o militantes de las que se reclaman algunos movimientos radicales.

Assim, a pesquisa que reivindica *sociopráxis* utiliza como base teórica e base empírica as experiências acumuladas por outros atores (como os movimentos sociais, inclusive) que coadunam com a perspectiva ontológica, política, social e histórica da práxis como ação mediadora, participativa e transformadora da realidade objetiva e subjetiva. Nesse sentido, segundo Barbosa (2010, p. 17):

Essa concepção de '*práxis*' implica, epistemologicamente, que observador e observado, sujeito e objeto de conhecimento, encontram-se em relação, em processo de mútua determinação. Portanto, a realidade é apreendida apenas por um sujeito ativo no processo de conhecer, tanto objetiva quanto subjetivamente, através de envolvimento, conceituação e (inter)ação; a verdade, portanto, não é comprovada como abstração, mas através da interação sensível – através de 'relação' – com o próprio fenômeno. Essa postura filosófica, epistemológica e política implica que o conhecedor compreenda sua própria natureza e suas circunstâncias históricas específicas: ele, assim, se objetiva no processo de conhecer.

No plano prático da pesquisa *socioprática*, Villasante propõe que a busca por uma criatividade social (em superação à concepção de solidariedade individual) pode recheiar a pesquisa de um imperativo ético, como diz, em suas palavras:

Por esto nosotros aportamos los “estilos de creatividad social”, es decir, combinar la ética con la metodología. Hacer de tal forma que se abran nuevas posibilidades de actuación para los sujetos en presencia, no tanto mostrar una identidad o un camino que han de seguir, sino construir con ellos las diversas estrategias que podrían adoptar en cada caso. La metodología incorpora así un principio de ética abierta y dialógica, que limita prejuicios en los diversos sujetos implicados, al tiempo que respeta sus puntos de partida. Pero, por el tipo de dispositivo practicado, trata de que cada cual tenga muy en cuenta las aportaciones de los otros implicados, para hacer más creativo el proceso y aprender todos de las dinámicas puestas en marcha. Creatividad social significa de esta manera que ha sido creada colectivamente, y con objetivos para el cambio más allá del propio sujeto o grupo que se esta moviendo (VILLASANTE, 2006, p. 14).

Diante dos elementos apontados nesse enlace conceitual em que se estabelece a fundamentação da práxis, a perspectiva metodológica da *sociopraxis* é baseada em um posicionamento crítico e dialético, mas também implicativo e participativo, voltada, portanto, para uma prática da pesquisa orientada para a transformação social (ou a análise das possibilidades de transformação) em que se envolvam o pesquisador e os sujeitos pesquisados (VILLASANTE, 2006).

No sentido técnico em pesquisa, pode ser realizada por meio da investigação-ação-participante¹⁰, das assembleias, de grupos, bem como outras estratégias operativas e metodológicas (VILLASANTE, 2006). Ainda podemos entender as estratégias grupais (como no Grupo Focal ou o próprio Grupo Operativo de Pichon Riviere) ou estratégias interventivas como oficinas e *workshops* em que pesquisador e pesquisados estejam atuantes em projetos comuns e implicados com processos de mudanças coletivas.

¹⁰ Apesar de não ser o foco desse capítulo, vale a pena citar que outros campos de pesquisa implicativas têm funções correlatas à *sociopraxis* no que diz respeito a “ação” ou “participante” no campo. Entretanto, destaco que a *sociopraxis* não se confunde com a pesquisa-ação (ENGEL, 2000) – como uma concepção de pesquisa que, desde o início, define-se por incorporar a ação como sua dimensão constitutiva (DE MIRANDA; RESENDA, 2006) – ou com as pesquisas participantes (SZYMANSKI; CURY, 2004) – que seria aquela preocupada com o papel do investigador na situação investigada e, em algumas das pesquisas, transformando as técnicas de pesquisa a uma só forma etnometodológica de estar com os fenômenos pesquisados, a saber, a observação participante (idem). Essas tradições de pesquisa se situam numa dada *episteme* de pesquisas qualitativas em psicologia (REY, 2000) ou em outras disciplinas científicas. Mesmo admitindo as interfaces, destaco apenas que a tradição *socioprática* se desdobra da pesquisa de orientação crítica e de pano de fundo prático, em que admite a implicação do pesquisador, tão importante às pesquisas participantes, e também se preocupa com a possibilidade de construção de ação (não como o ponto de partida, mas como interlocutor do fazer a pesquisa), como na pesquisa-ação.

Outros autores (ALBERICH, 2007; AGUILAR, 2012) citam também, no que diz respeito a outras metodologias participativas, estratégias em níveis organizacionais ou comunitários como possíveis interlocutores metodológicos da pesquisa implicada *socioprática*. São exemplos os Planejamentos Estratégicos Situacionais (PES) e Planejamentos Participativos Comunitários (AGUILAR, 2012) ou mesmo estratégias desenvolvidas por autores brasileiros, como o Mapeamento Psicossocial Participativo ou as estratégias de Imersão Comunitária e Mobilização Social (GÓIS, 2008).

Segundo Cordeiro, Villasante e Araujo Júnior (2010), a *sociopraxis*, como metodologia implicativa, pode auxiliar na análise crítica das políticas sociais. É justamente nessa direção, percebida em dois aspectos, que situamos a interface entre o nosso estudo e a pesquisa *socioprática*: por um lado, admite a implicação do pesquisador como sujeito participante do mundo em que as problemáticas se forjam; por outro, compreende que o campo das políticas públicas – como as assistenciais em saúde que focam o território – são permeadas de tensionamentos e conteúdos ideológicos em que o estudo da “Atividade¹¹” humana parece ser melhor captado por metodologias que a tenham como objeto. No caso desta pesquisa, o estudo sobre as práticas de cuidado da categoria Práxis e o Método *Socioprático* podem auxiliar nessa direção.

É preciso pensar também que essa pesquisa surge interessada num diálogo das pesquisas sociais com a Psicologia. O conceito de práxis, como horizonte ético-político, importante situar, é também caro à Psicologia Social brasileira, desde as vertentes do Sudeste brasileiro, como na paulista Silvia Lane (1989), até as do Nordeste, como na produção cearense de Góis (2010) e outros atores. Nas palavras de interlocutores da obra de Lane, como em Lima, Ciampa e Almeida (2009), sobre o estudo da práxis na Psicologia, também se remete a uma postura implicada com a pesquisa, com o fazer, com a realidade:

[...] nossa proposta será de fazer provocações e reflexões acerca da nossa postura em Psicologia Social, considerando *a priori* que o fazer científico sem uma reflexão tende a cair em uma prática que será denominada no nível individual de

¹¹ No processo de realização de uma atividade, emergem o que Leontiev denomina de “forças dinâmicas” (intermotivacionais) e aponta que mesmo quando os “motivos” da atividade não são reconhecidos, eles encontram seu reflexo no psiquismo – a que o autor chama de aspectos emocionais da ação. Não pretendemos desenvolver a discussão sobre Atividade Humana com o mesmo escopo que a fundamentação da práxis, mas a indicação de Leontiev diz respeito ao que compreendemos por esse conceito. Mais em: LEONTIEV, Alexei N. *Actividade Consciência e Personalidade*. 1978. Disponível em: <http://www.marxists.org/portugues/leontiev/1978/activ_person/index.htm>.

racionalização e no nível da ação coletiva, ideologia (LIMA; CIAMPA; ALMEIDA, 2009, p. 227).

E sintetizam: “a questão da práxis em Psicologia Social tem uma íntima relação com a transformação das condições sociais e individuais” (LIMA; CIAMPA; ALMEIDA, p. 232).

Mas, assim como foram apontadas limitações do alcance metodológico da reconstrução racional na teoria habermasiana, faz-se necessário apontar algumas limitações percebíveis ao alcance da pesquisa psicossociológica ou sociopsíquica segundo o objeto que aqui me interessa. Isso não quer dizer que postulo um limite epistemológico – já que não vejo alcance filosófico para tal empreitada neste trabalho –, mas uma análise teórica a partir do nível analítico de que se serve a pesquisa.

Primeiro de tudo, é preciso destacar o risco a uma certa propensão idealista que a concepção da práxis em Vázquez pode transparecer. O efeito disso é direto à proposta *socioprática*, pois pode induzir aquele que se filia a essa linha metodológica implicativa a crer que no campo da própria *sociopraxis* se alcança tudo (em termos metodológicos) e se pode transformar problemas de pesquisa em resoluções sociais. O próprio Vázquez alerta que a práxis por si não é sinônimo de criação do novo, pelo contrário, pode ser repetidora, imitativa, burocratizada (VÁZQUEZ, 2011). Essa ponderação auxilia o método *socioprático* a se perceber como não absoluto.

A postura prática pode estar conectada com um horizonte de preocupação com as condições de emergências das transformações, e não só com a “aplicação” para a busca de um “modelo-ideal-de-fazer”. O entendimento instrumental do método pode ser, como dizem os teóricos críticos de Frankfurt, colonizador (numa importação do conceito habermasiano das patologias sociais) do Mundo da Vida. Ou seja, pode ser meio de imposição de uma dada racionalidade instrumental (que se camufla de práxis produtiva ou experimental) sistêmica no ato de intervir em coletivos sociais ou na vida cotidiana das pessoas.

Mesmo considerando os desdobramentos distintos dos pensamentos dos autores a seguir comentados, o uso da dialética proposto por Adorno (2009) e Marcuse (2015) pode criar uma atenção crítica ao horizonte *socioprático* de pesquisa implicada, chamando atenção para os processos sociais de produção de resistências, e não só a ação voluntarista que um pesquisador ingênuo pode incorrer. Nas palavras de Hilário (2014), uma importante síntese:

De modo adorniano, se a filosofia se mantém viva porque perdeu o instante de sua realização, cabe manter a tensão dialética. É preciso sublinhar que as formas de resistência não são atributos de um sujeito pré-dado, dedutível de sua posição no processo de produção, por exemplo. A história não cessa de produzir momentos de

resistência nos quais se forjam sujeitos que empreendem ações contestatórias, como bem apontou Marcuse ao longo de todo seu percurso intelectual (HILÁRIO, 2014, p. 326-327).

Reitero que a inserção dessa concepção metodológica acoplada à postura reconstrutiva se dá pelo entendimento de que a compreensão da ação em saúde (o cuidado, nesse caso) – entendida como atividade social humana e objeto central de nossa pesquisa – é dada mediada por contextos coletivos e, portanto, em um horizonte permeado de um Mundo da Vida que, ao sofrer tensionamentos das forças racionais sistêmicas, ou razão instrumental¹², pode ser entendida pelas práticas comunicativas, em um lado. Por outro, a ação em saúde parece ter, na aposta práxica, os mediadores do trabalho permeados de dimensões históricas, materializações e subjetividades expressas pelas relações sógnicas, seja a própria cultura, sejam os instrumentos¹³ das atividades¹⁴.

Mas é perfeitamente dedutível pensar que o trabalho em saúde e, por consequência, a análise práxica do cuidado em saúde têm variações importantes daquela compreensão que a categoria Trabalho tem numa dada concepção “obreirista” (em que o trabalho fabril é o centro da análise marxista). Nesse campo, revisitando autores do materialismo histórico-dialético na área da saúde, Souza (2013) faz importante “tradução” para o que importa nesse texto: o fazer em saúde e sua análise práxica.

Diferentemente do que acontece na fábrica, numa linha de produção, o trabalho em saúde não se realiza sobre coisas, sobre objetos. Ao contrário, dá-se num sobre-e-com as pessoas, com base numa inter-relação em que o usuário de um serviço e a ação de saúde contribuem no processo de trabalho, são parte deste e são ainda o objeto da própria intervenção. O usuário fornece “valores de uso” necessários ao processo de trabalho (informações acerca da sua história e aplicação das normas e prescrições sugeridas) em um

¹² Tema melhor explorado no Capítulo 1 da Parte I deste trabalho.

¹³ Sobre as relações entre atividade e signo e também a relação entre linguagem e signo trataremos no Capítulo 2 da Parte I deste trabalho.

¹⁴ Sobre a concepção expressa em Marx (1996), em *O Capital*, sobre o Trabalho Humano, o autor centra força na análise do trabalho sobre o binômio “Processo de Trabalho”, apontando que a atividade humana opera uma transformação no objeto sobre o qual atua, por meio de instrumentos de trabalho, para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Portanto, os elementos mais elementares do processo de trabalho são: a atividade orientada a um fim, isto é, o próprio trabalho; o objeto de trabalho, ou seja, o objeto a que se aplica o trabalho; e os instrumentos ou meios do trabalho. Descrever a categoria Trabalho em Marx e na sua extensa obra extrapola o objetivo deste trabalho, de modo que a categoria Práxis foi utilizada estrategicamente para a interface com o nosso objeto de pesquisa. Para mais leituras sobre o Trabalho em Marx: MARX, K. *O capital: Crítica da economia política*. Livro primeiro. Tomo 1. São Paulo: Nova Cultural, 1996. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_fontes/acer_marx/ocapital-1.pdf>.

processo de completa inter-relação entre quem usa (portanto, a quem se destina) o serviço e quem o presta (produtor ou criador da atividade) (SOUZA, 2013).

Em síntese, o objeto de trabalho em saúde é histórico e socialmente construído ao longo do tempo. Nas palavras de Souza, o objeto de trabalho nesse campo:

[...] também é determinado pela perspectiva teórica e ideológica do trabalhador que produz a atenção à saúde. Assim, ao longo da história, o corpo humano já foi objeto de trabalho em saúde, operado pela ótica positivista de normalidade (ainda hegemônica), bem como atualmente, onde as necessidades humanas de saúde são consideradas objeto de atenção (concepção contra hegemônica) (SOUZA, 2013, p. 98).

Quero dizer e me apropriar neste trabalho da ideia materialista e histórica, nesse sentido aqui impresso, de que:

[...] as necessidades humanas de saúde estão relacionadas aos determinantes do processo saúde e doença e expressam cultura, valores e desejos de sujeitos individuais e coletivos que consomem os serviços (SOUZA, 2013, p. 99).

Mas, repito, à guisa de conclusão desses apontamentos provisórios¹⁵, que sob risco, como na práxis, de um ativismo reiterativo na pesquisa, o entendimento do trabalho (nesta pesquisa, o cuidado em saúde) como objeto de estudo sem as mediações intersubjetivas já apontadas pelas tradições críticas (como visto em Habermas, 1983) pode incorrer numa limitação analítica.

Em outras palavras, uma teoria da atividade demasiadamente consciencialista (em que a linguagem é mero instrumento), sem a admissão da linguagem como enlace de sociabilidade, pode trazer déficits no acompanhamento dos movimentos dos significados das relações ali produzidas. Um desenho teórico-metodológico que admite linguagem e atividade como não competitivas pode incorrer em insuficiência compreensiva ou crítica teoricamente.

(Uma tentativa de diálogo para construção de) Proposta vetorial metodológica para a operacionalização da orientação reconstrutivista e prática

A reconstrução com orientação dialética pode admitir o conteúdo *praxiológico* e implicativo em pé de igualdade ao Comunicacional e Interativo. A aposta é que pode admitir, por um lado, os contextos sociais (institucionais, por exemplo) das produções da esfera

¹⁵ Apontamentos que são melhor trabalhados na Parte I – capítulos 1 a 3 – desta pesquisa.

comunicativa – e não só individuais, num sujeito capaz de cognoscibilidade universal –; por outro, pode admitir também a dimensão ideológica na orientação dos processos de construção do cuidado (já que o trabalho em saúde, assim como em sua esfera instrumental, tem uma dimensão interativa interpessoal mediada por signos produzidos também ao interesse do sistema capitalista).

O que visio teórico-metodologicamente em uma pesquisa que parte da Psicologia Social que se pretende Crítica, em interface com a saúde, é criar retaguarda que auxilie na compreensão do objeto de estudo que, com as linhas apresentadas acima, está expresso numa trama emaranhada dos seguintes **componentes**: a) **sujeitos**: usuários dos serviços e trabalhadores da saúde (ou mesmo os novos e tão citados nas atuais pesquisas, os gestores); b) **interações**: processos comunicativos entre os usuários, entre os profissionais, entre profissionais e usuários; c) **contexto**: momento histórico local, configurações tecnológicas (e de acesso às tecnologias), correlação de forças no que diz respeito à distribuição do capital entre os bens e serviços de saúde, relação entre instrumentos de trabalho e objeto de trabalho etc.; e d) **o próprio pesquisador**: em sua dimensão implicada, sujeito-ator do mundo, é participante dessa trama e tem interesses – aspirações, sejam científicas, políticas, ideológicas etc.

Para esse intento, diante do objeto que passa por um processo de ampliação nesse tipo de análise, proponho, diante das inspirações supracitadas (não sem ponderações e limitações intrínsecas a cada uma delas), uma **organização vetorial metodológica** para operacionalizar o estudo. O conceito que insiro é denominado de “Vetor”, o qual compreendo (em uma importação livre da disciplina Física) como aquilo que dá sentido, força e direção.

A analogia diz respeito a uma capacidade de entender os processos de cuidado em saúde multidimensionalmente, dada a presença dos componentes já descritos (sujeitos, interações, contexto e o próprio pesquisador). Assim, utilizo o que chamo de “análise vetorial” desses componentes por algumas dimensões, quais sejam:

Vetor Narrativo: nesse vetor, proponho a preocupação com os sujeitos (usuários ou profissionais). Essa preocupação, numa pesquisa de natureza qualitativa, pode ser expressa com um vetor (força, sentido e direção) que a ferramenta da construção das Narrativas – de História de Vida, como em Lima (2010) e Lima e Lara Jr. (2014), ou em outras vertentes – possibilita a expressão dos sujeitos participantes da pesquisa em sua dimensão histórica, pessoal e social, o que é adequado ao contexto das práticas de saúde (objeto de pesquisa), já que são permeadas por aquelas questões.

As narrativas estabelecem o compromisso ético do pesquisador com os sujeitos (profissionais e usuários), em que aquele se torna mais que um espectador da história narrada e ocupa um lugar de “testemunha” dos possíveis itinerários de sofrimento, da mortificação ou das possibilidades de subversão e emancipação dos indivíduos (LIMA, 2010, 2014). Para esta pesquisa, que se interessa pelo cuidado em saúde tanto realizado pelos profissionais quanto construído pelos usuários, a narrativa instrumentaliza-se como testemunha da produção dessas práticas e da elaboração do sentido sobre as mesmas, adequando-se sincronicamente aos conteúdos emergentes dos discursos e, por isso, constitui-se como um vetor que qualifica a chegada ao componente (dos descritos acima) sujeito.

Vetor Interacional: nesse vetor, proponho a preocupação com as interações, ou seja, com os processos comunicativos (dialógicos¹⁶ ou não, livres de coerção ou não) dos usuários uns com os outros, dos profissionais uns com os outros e também desses sujeitos entre seus pares, ou o que podemos chamar de comunidades (de profissionais e usuários).

Inspiro-me, para alcançar a dimensão interativa, no que Marli Oliveira (2001, 2012) denominou de Metodologias Interativas. Proponho que esse vetor dê sentido e direção às técnicas de construção de material qualitativo, apoiando-se no próprio conteúdo narrado (no vetor narrativo), a uma interação entre essas narrativas. Essa interação (metodológica, e que aqui denomino de vetorial) pode ser definida como:

[...] processo de construção e reconstrução da realidade por meio de um vai-e-vem constante (dialética) entre as interpretações e re-interpretações sucessivas dos indivíduos (dialogicidade e complexidade) para estudar e analisar em sua totalidade um determinado fato, objeto e ou fenômeno da realidade (visão sistêmica) (OLIVEIRA, 2012, p. 15).

Se as técnicas narrativas servem ao primeiro vetor, ao segundo pode ser útil a produção de circulação das falas, a partir da pesquisa, numa inspiração nos Círculos Hermenêuticos Dialéticos (OLIVEIRA, 2001, 2012), em que as narrativas dos profissionais e usuários possam ser obtidas circularmente, a partir dos cuidados em saúde que esses sujeitos julgam desenvolver, conectando outros sujeitos a esse cuidado. A essa rede que os sujeitos produzem no seu fazer (enquanto usuários ou profissionais) vou denominar de Circuito Narrativo de Cuidado (CNC).

¹⁶ Conceito que será abordado no Capítulo 2 da Parte I.

No próximo tópico, ainda neste capítulo, explico a proposta prática do desenvolvimento desses CNC. Por ora, entretanto, afirmo que é central compreender que o objeto dos CNC extrapola o conteúdo em si das narrativas (e os sentidos atribuídos a elas) e vão em direção à compreensão das interações e possibilidades comunicativas entre os sujeitos a respeito da produção (das condições de possibilidades) do cuidado em saúde. Esse vetor, portanto, propõe-se a qualificar o componente interacional do cuidado e admite a categoria intersubjetividade como ubíqua nessa dimensão.

Vetor Contextual: nesse vetor, proponho a preocupação com o momento histórico local, sobretudo a partir da análise das territorialidades¹⁷. Estará expresso aquilo que a literatura que inspirou esta pesquisa, no campo da *sociopráxis*, aponta como constitutivo do trabalho em saúde – o próprio fazer e seus sentidos; as necessidades em saúde; instrumentos materiais e imateriais de trabalho, conforme descreveu Souza (2013), supracitada – e expressos nas realidades locais – serviços de saúde e comunidades.

Se a dimensão contextual do nosso objeto não é permeada apenas de atividades, caras à práxis, mas também de processos ideológicos e signos culturais locais, aqui esse vetor busca também captar tudo aquilo que expressa dinâmicas locais. Se nos dois primeiros vetores (narrativo e interacional), as produções de conteúdos narrativos são centrais, na contextual (e também na implicativa) o pesquisador vira, ele mesmo, um instrumento de pesquisa, como nas tradições das pesquisas qualitativas em saúde (LÉVY, 2001; TURATO, 2003).

A ferramenta das Observações Sistemáticas (OS), como afirma Minayo (2010), é considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, ao passo que alguns autores a tornaram método em si mesmo – o que não satisfaz as análises vetoriais aqui propostas. Apesar de não aprofundarmos tal questão neste projeto por fugir do nosso objetivo, consideraremos as OS como um modo de construir estrategicamente os materiais qualitativos da pesquisa, já que se pode prever sem grande esforço que algumas explicitações da dimensão contextual estarão fora do conteúdo narrativo (vetores anteriores). Sobre esse aspecto, VÍCTORA (2000) aponta que a observação explora elementos que não podem ou não conseguem ser apreendidos por meio da fala ou da escrita.

¹⁷ Categoria discutida no Capítulo 3 da Parte II desta tese.

Para Triviños (2006), inclusive, saliento, as aproximações iniciais com o objeto, entendidas como “contemplação viva” do fenômeno, são partes constituintes da pesquisa dialética, uma vez que ajudam a identificar diferenças, contrastes e rupturas de sentido.

As questões a serem observadas, em termos práticos, para a operacionalização desse vetor contextual, dizem respeito à organização dos serviços de saúde e ao cotidiano dos profissionais (práticas desenvolvidas, fluxo dos serviços, modo como os usuários utilizam os serviços), além do próprio realizar das entrevistas e da produção dos CNC (como profissionais e usuários reagiram ao narrar histórias; afetos perceptíveis; como se estabeleceram as condições das entrevistas). Além disso, quanto aos usuários dos serviços, serão importantes observações sobre as dinâmicas comunitárias e a realidade contextual (de moradia, ambiental, social).

Vetor Implicativo: nesse vetor, proponho a preocupação com aquilo que é apontado como o diferencial do método *socioprático*: a implicação com o campo, engajamento com os processos estudados e construção de possibilidades interventivas participativas. Aqui nomeio o vetor como implicativo, embora pudesse chamá-lo de interventivo, para evitar confusão com as já consolidadas pesquisas-ação.

Entendo aqui a implicação sugerida na *sociopraxis* não só como um modo autorreflexivo e crítico sobre o fazer a pesquisa, mas sobre o engajamento (inclusive afetivo) com o próprio objeto de estudo, podendo ou não culminar em uma ação interventiva concreta. Em sua dimensão implicada, o pesquisador, sujeito-ator do mundo, é participante dessa trama na qual a pesquisa pretende se imergir.

Com a perspectiva *socioprática* da implicação, não é o projeto de intervenção que insere o pesquisador no campo, e o conhecimento, por consequência, vem do próprio agir. Aqui se trata de construir a ação baseada numa concepção de práxis; a atividade interventiva, de cunho participante, vem a partir do que se evidencia como possível ação transformadora de dada realidade. É ao participar da realidade local, em dado cenário cultural, no caso dessa pesquisa, no serviço de saúde ou comunidade, que se pode produzir ações.

Para Villasante, o resgate da implicação é possibilidade de saída da dicotomia entre o demasiadamente teórico e o praticismo. É preciso uma mediação entre o local e o geral (ou mundial, em suas palavras); é preciso estar atento à percepção do que é potencial, e não apenas à capacidade de realizar diagnósticos sociais (ou psicossociais). Nas palavras do autor:

Ni lo local ni lo mundial van a cambiar por una simple disputa de ideas, por buenas que éstas sean. Es necesaria la implicación a las redes que ya están en marcha, que ya se están moviendo, o que pueden moverse, por su potencialidad para transformar

y mejorar nuestras calidades de vida. Para esto no hace falta ser un teórico de los movimientos sociales, sino alguien que se siente implicado en sus procesos concretos (VILLASANTE, 2006, p. 2).

Assim, esses dois últimos vetores (contextual e implicativo) se propõem a qualificar o componente *socioprático* da pesquisa, admitindo o próprio agir (em saúde) e suas diversas dimensões do trabalho como formadores de um complexo cenário que compõe as relações de trabalho materiais, propriamente ditas, e laços imateriais (súgnicos, ideológicos) da constituição do cuidado em saúde.

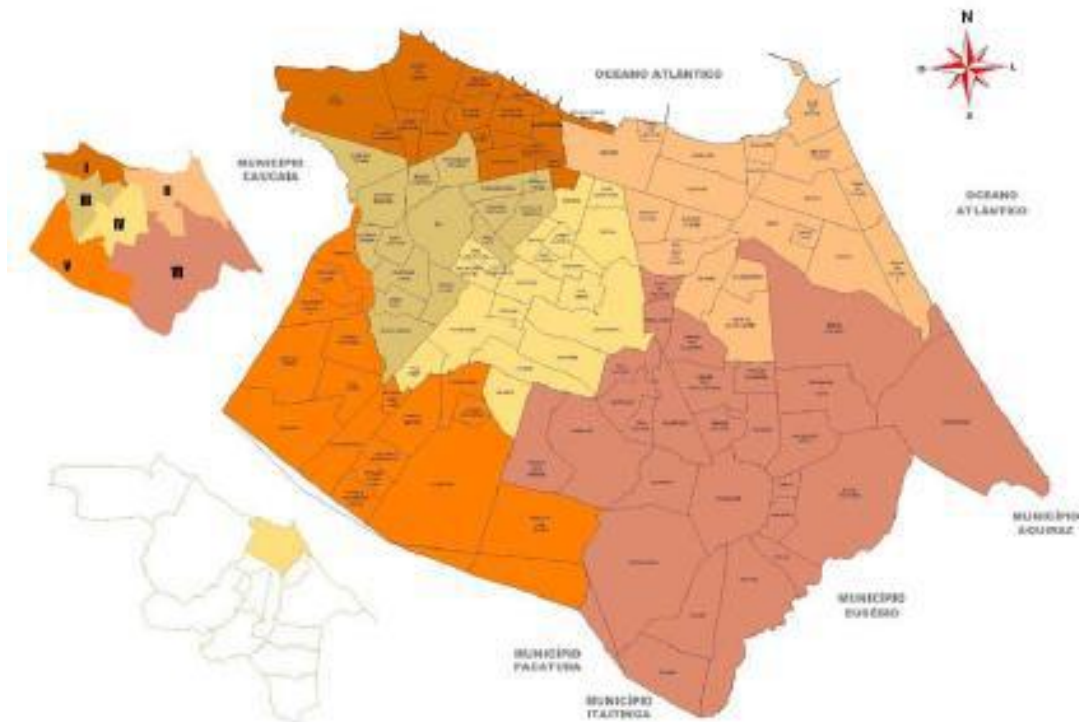
Tem-se, portanto, dois vetores que se desdobram em **conteúdos narrativos** e dois vetores que se compõem em **dimensões sociopráticas**. As dimensões vetoriais buscam, de um lado, os processos de linguagem a partir da compreensão das organizações de sentido que são reiteradas pelos súgnicos locais e, de outro, as territorialidades compreendem os contextos como uma produção social e cultural, que sofre mediações históricas expressas nos modos de fazer e ser em determinado local.

Antes de seguir ao modo de operacionalização propriamente dito da pesquisa que realizei, a partir da análise vetorial proposta, descrevo a seguir dois tópicos em que marco mais detalhadamente quais os campos que constituíram a referida pesquisa e quais sujeitos participaram dessa construção qualitativa metodológica – embora mais caracterizações estejam melhor descritas na Parte III da tese, aqui é necessário que o leitor compreenda o método em sua “aplicabilidade”. Logo em seguida, apresento a operacionalização da pesquisa (diante dos sujeitos e campos escolhidos) e sua “triangulação metodológica”.

Campo investigativo e cenário de estudo

O campo investigativo foi a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pertencente à Atenção Primária à Saúde (APS), de um lado, e, de outro, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo o município de Fortaleza como o local da pesquisa. A capital cearense localiza-se no litoral norte do estado, com área territorial de 313,8 km², limitando-se ao norte com o Oceano Atlântico, ao leste com o município de Aquiraz, ao sul com o município de Pacatuba e a oeste, com os municípios de Caucaia e Maracanaú. O município está dividido em 119 bairros distribuídos nas 06 (seis) regiões administrativas denominadas de Secretarias Regionais / Secretarias Executivas Regionais (SER), conforme o mapa a seguir:

Figura 1 – Mapa de Fortaleza com distribuição de bairros por Secretarias Executivas



Fonte: Plano Municipal de Saúde - Fortaleza (2016).

Segundo o IBGE, no Censo realizado em 2010, Fortaleza possuía um contingente populacional de 2.452.185 habitantes e uma densidade populacional 7.830 habitantes por Km². A estimativa populacional feita para o ano de 2013 teve um aumento de 4% da população em relação ao ano de 2010, o que fez da cidade a quinta maior em contingente populacional no Brasil, com 2.551.805 habitantes, além da maior densidade populacional com 8.131,9 habitantes por Km². Ademais disso, a cidade, além dos inerentes valores econômicos e políticas de uma capital, representa uma forte concentração de população diante do estado, representando 30% da população do Ceará (8.778.576 habitantes) (FORTALEZA, 2016).

A complexidade é uma das características do modo de configurar-se do ponto de vista urbano, já que Fortaleza vem apresentando nas últimas décadas uma mudança no que diz respeito ao seu desenvolvimento e ocupação. Prova disso é o que relata o Relatório Municipal de Saúde (FORTALEZA, 2016) quando aponta que historicamente à oeste, a cidade é ocupada predominantemente por bairros com população de baixa renda e ao leste por bairros de maior concentração de renda e indicadores sociais e econômicos. No entanto, cada bairro (ou regional) não constitui uma área homogênea, Pelo contrário: as regionais e bairros assemelham-se a um mosaico de contrastes urbanos e desigualdades sociais, concentrando nos

bairros da zona leste uma maior e melhor quantidade de serviços e infraestrutura urbana (FORTALEZA, 2016).

Assim, o cenário da pesquisa incluiu uma Unidade de Atenção Primária (UAPS – tal qual se denominam as unidades de saúde no município de Fortaleza) e um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – (vinculado à RAPS), de duas distintas regiões de saúde (das seis existentes na cidade), sendo que as equipes multiprofissionais e as comunidades assistidas por esses serviços foram os sujeitos do estudo.

No que diz respeito à RAPS, foi escolhida a equipe pertencente ao CAPS da SER IV (Secretaria Executiva Regional IV, ou apenas conhecida como Regional IV), cuja composição técnica conta com profissionais de nível superior e médio e presta serviços à população da sua área de abrangência – o bairro da Serrinha e adjacências. No que diz respeito à APS, foi escolhida uma UAPS, esta na Regional (SER) I, que conta com equipe multiprofissional para prestar serviço à comunidade e que tem área de abrangência definida como preconiza a ESF (BRASIL, 2011).

A escolha das regionais referidas se deu intencionalmente, em obediência a alguns critérios. O primeiro de todos, a conveniência, que se deu por duas justificativas: ambas as regionais escolhidas tinham fácil acesso, haja vista a inserção como orientador de estágios do curso de Psicologia na UECE (Universidade Estadual do Ceará), instituição a que sou vinculado como professor; também me inseri como ex-coordenador da Residência Multiprofissional em Área da Saúde ofertada ao município, por meio da Escola de Saúde Pública, através da qual pude estabelecer, ao longo dos últimos anos, parceria com a Secretaria de Saúde de Fortaleza para implementação da Residência mencionada, o que me deu trânsito nas unidades de saúde para acompanhamento dos residentes justamente nessas duas Regionais (I e IV). Especialmente, devido ao meu vínculo construído ao longo do tempo de estadia nesses serviços enquanto “educador no campo da saúde”, afetivamente estive implicado aos serviços mencionados – o que é coerente com a postura *socioprática* já exposta.

Para além dos expostos anteriormente, outros critérios também foram importantes para o delineamento da pesquisa. As regionais escolhidas apresentam características importantes em sua RAPS e APS, o que as torna serviços conectados a uma rede complexa que era importante também para compreensão do objeto estudado. Quanto à RAPS (rede em saúde mental, portanto), destaca-se: há presença de serviço de Residências Terapêuticas na SER I, além de CAPS das modalidades AD e Geral e, ainda, a presença de Ocas Comunitárias

(serviços alternativos de cuidado com terapias integrativas e complementares, inseridos em um dos bairros dessa regional – Colônia). Na Regional IV, também há serviços de Ocas, como a presente na UECE, denominados “Espaço Ekobé”, e a presença dos mesmos CAPS (Geral e AD).

Quanto à Rede de APS, entre essas regionais escolhidas na pesquisa, está a menos populosa (SER I) e a mais densa demograficamente (SER IV). Nelas também existem as Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ERSF) e as Equipes dos Agentes Comunitários de Saúde (EqACS). Entretanto, não há tantas diferenças entre os critérios de redes locais, haja vista que as regionais têm redes mais ou menos uniformes, de modo que outros critérios não constituíram a escolha, como as apresentadas na RAPS. Por fim, outra característica importante foi a presença de estudantes e residentes nessas unidades em especial, por serem elas escolhidas pela prefeitura municipal para a recepção de estudantes e residentes em processo formativo – que denota, efetivamente, na postura da gestão da saúde, a importância dessas unidades escolhidas.

Em síntese, portanto, os critérios de escolha apontam: conveniência (devido ao meu vínculo de professor com parcerias nas duas regionais e serviços apontados); proximidade da universidade (meu local de trabalho) de uma das unidades, o CAPS da SER IV; minha implicação com essas unidades (onde há anos me envolvo com os processos formativos); e a diversidade de configuração assistencial em saúde, por pertencerem a regiões distintas da cidade para privilegiar territórios com complexidades diferentes. Sobre esses territórios distintos e suas características, explico dados abaixo.

As características demográficas das regionais selecionadas e sua referente aparelhagem de serviços que compõe a Rede de Assistência à Saúde Mental/ Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de base comunitária, e da APS, unidades de saúde e equipes que as compõem, são expostas no quadro a seguir, com base nas informações obtidas no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (relatório mais atual à época da entrada no campo, disponibilizado pela prefeitura no que diz respeito aos dados da saúde municipal) e o de 2014-2017 (atualizado após a entrada no campo) (FORTALEZA, 2012; 2016):

Tabela 1 – Características demográficas e assistenciais das SER I e IV na SM e APS de Fortaleza – 2013, com atualizações de 2016

SER	População	Serviços de Saúde Mental				Atenção Primária à Saúde			
		CAPS II	CAPS ad	CAPS 24h	SRT	Oca Comun.	CSF	ERSF	ACS
I	397.998	1	-	1 (AD)	1	1	11	31	340
IV	304.028	1	1	-	-	1	12	33	144
Total	702.026	2	1	1	1	1	23	64	484

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 1 demonstra, então, que as duas regionais apresentam características importantes (variedade de equipamentos) quanto à configuração de uma rede de serviços de base territorial e pode ser instrumento potente para os fins da pesquisa.

Para maior delineamento do cenário da pesquisa, nas regionais I e IV, acima justificadas as escolhas, foram priorizados os territórios e serviços de saúde que compõem a RAPS (um CAPS existente na regional IV) e APS (em especial a Unidade de Atenção Primária – UAPS – da Regional I), todas as unidades abaixo descritas, por haver práticas de integração entre os serviços de saúde mental e APS notadamente sabidas, o que foi, enfim, critério mais importante entre todos os descritos até aqui.

Quadro 1 – Unidades de Saúde da RAPS (CAPS) e APS (UAPS) escolhidas para pesquisa

Serviço de Saúde / SER (regional)	CAPS AD	Unidade de Atenção Primária
I	--	UAPS Lineu Jucá
IV	CAPS AD Alto da Coruja	--

Fonte: Elaboração própria.

Participantes da pesquisa

A aproximação com o campo empírico foi o facilitador da elaboração do convite de participação da pesquisa para os profissionais e do reconhecimento dos usuários dos serviços, membros das comunidades assistidas.

Foram 25 os participantes da pesquisa, entre os quais estiveram em número de 15 os participantes nas entrevistas (9 profissionais e 6 usuários) para construção das Narrativas de Cuidado e dos Círculos de Narrativas de Cuidado, explicitado no tópico a seguir, e em

número de 12 os participantes na oficina de território (12 profissionais, dos quais 2 foram também participantes das entrevistas e por isso não se somam à duplicação desses em especial – sem participação de usuários) também detalhado em termos metodológicos mais à frente. Dos usuários entrevistados 2 (um de cada sexo) eram vinculados à APS e 4, à RAPS (1 mulher e 3 homens). Entre os profissionais, especialmente os que foram entrevistados, 5 eram profissionais da UAPS (1 gestor médico, 1 ACS, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 dentista), e 4 eram profissionais do CAPS (1 gestor assistente social, 1 redutor de danos, 1 psicólogo, 1 pedagogo). A oficina foi realizada exclusivamente no CAPS e entre os profissionais, 1 homem e 11 mulheres (sendo 1 psicólogo e 1 psicóloga, 2 terapeutas ocupacionais, 3 assistentes sociais, 2 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem, 1 pedagoga).

Para a composição dos profissionais, foram escolhidos aqueles pertencentes às equipes multiprofissionais de nível superior (graduados) e técnico (no caso dos ACS ou técnicos de enfermagem) dos serviços tanto das UAPS quanto dos CAPS, segundo interesse na pesquisa. Puderam compor, portanto, como sujeitos participantes profissionais de saúde presentes nas unidades, contanto que estivessem vinculados na unidade de modo que assistissem aquela comunidade (serviço de saúde) ao menos 3 turnos por semana, com vínculo formal com a instituição, seja a UAPS ou CAPS, e estivessem há pelo menos 6 meses no serviço, já que é fundamental o vínculo com o território assistido para os fins dessa pesquisa.

Para a composição dos usuários dos serviços, foram escolhidos aqueles que tivessem cadastro formal com a unidade de saúde (pertencentes oficialmente ao escopo daquela unidade, seja UAPS ou CAPS), que morassem no território de abrangência do serviço há mais de um ano (em relação à época de campo da pesquisa), que reconhecessem o serviço de saúde (seja UAPS ou CAPS) como um serviço que lhes oferece ações de saúde, e que fossem maiores de 18 anos.

A operacionalização de uma pesquisa que se propõe realizar análise vetorial a partir da Psicologia Social Crítica orientada pelo método prático-reconstrutivo

O processo de construção do material qualitativo que compôs a análise vetorial se deu por meio da “triangulação metodológica” (MERCADO-MARTINEZ; BOSI, 2004). Essa proposta tem por objetivo combinar as técnicas de construção dos materiais (sejam aquelas obtidas pelas narrativas ou as implicativas, já descritas) em torno do objeto de pesquisa, já que

forneceu a possibilidade de realizar a investigação explorando diferentes visões e procedimentos, proporcionando mais estabilidade e rigor na aproximação com o objeto.

Foram utilizadas três técnicas para a construção do material qualitativo na triangulação metodológica: **A) Construção de Narrativas de Cuidado (NC)** – inspiradas na consolidada técnica da Narrativa de História de Vida (LIMA, 2010, 2014) com os sujeitos da pesquisa. Aqui se pretendeu construir a análise do “vetor sujeito”. As NC foram obtidas concretamente a partir das entrevistas, expressas nas 15 já descritas acima; na mesma direção, complementar à primeira técnica, foram organizadas as narrativas em forma de **B) Circuitos Narrativos de Cuidado (CNC)**, inspirados nos Círculos Hermenêuticos-Dialéticos, como uma possibilidade de captar as narrativas em suas interações (OLIVEIRA, 2001). Aqui o vetor analisado dizia respeito ao vetor interativo. Essas entrevistas citadas, portanto, formaram 2 Circuitos Narrativos de Cuidado: 1 na APS, com os 5 profissionais e 2 usuários da APS, formando um circuito narrativo com 7 membros. O segundo CNC foi composto com os 8 participantes da SM, os 4 profissionais e 4 usuários do CAPS.

No que diz respeito ao vetor contextual, absorvemos a técnica de **C) Observações Sistemáticas (OS)**, por meio de inserção no campo (MINAYO, 2010; VÍCTORA, 2000; TRIVIÑOS, 2006) com olhar sobre a organização dos serviços de saúde e organização comunitária dos territórios, palcos da atenção dos serviços de saúde. Ao total, foram escritas 33 páginas do diário de notas implicativas.

Por fim, tivemos a **D) Oficina de Território e Saúde (OT)** como ferramenta interventiva no campo pesquisado, em decorrência do que aqui se nomeou “implicação com o campo”. Tratou-se de uma oficina com os profissionais do serviço de Saúde Mental, em que se construiu um mapeamento psicossocial da área do CAPS, decidiram-se estratégias contínuas de territorialização e elegeram-se prioridades para a qualificação da Atenção de Base Territorial. Oficina essa que, como já citado, contou com 12 participantes, com 2 horas e 8 minutos (128 minutos) e produção de dois “mini-planos de ação territorial em saúde” feitos em papel madeira, devidamente fotografados, com autorização dos profissionais.

Teve-se, portanto, na descrição acima, as dimensões Narrativas (através das NC), Interativas (por meio dos CNC), Contextuais (através da OS) e Implicativas (com a realização da OT) compondo as análises vetoriais para compreender criticamente o cuidado em saúde nos territórios, desenvolvidas pelos profissionais e usuários dos serviços.

A seguir descrevo detalhes procedimentais (do “como foi feito”) em cada uma das técnicas usadas, acima apresentadas.

Narrativas de Cuidado para construção de sentido sobre práticas de cuidado em saúde

Essa ferramenta foi central no método aqui desenvolvido. Tivemos como inspiração, para produzir as Narrativas de Cuidado, as Narrativas de História de Vida (LIMA, 2010, 2014) enquanto principal ferramenta que nos dará condições de construirmos o material discursivo dos profissionais e usuários envolvidos.

As Narrativas de História de Vida dos indivíduos foram tomadas como centro do material qualitativo empírico, situadas em seu contexto. Tivemos como tarefa a compreensão dos fenômenos das práticas de saúde experienciados ou realizados pelos participantes da pesquisa, a partir das suas determinações e transformações dadas e suas interações. As práticas de saúde foram perguntadas, pedidas para serem narradas livremente, e posteriormente compreendidas, portanto, a partir de um conjunto de determinações e contingências sociais da vida.

Desse modo, as perguntas (com modelo de roteiro nos Apêndices C e D) não eram diretivas, revelando apenas o interesse do pesquisador sobre a vida dos participantes, mas abertas, de modo que o centro das narrativas fossem as histórias contadas sobre suas vidas e como os percursos de cuidado e/ou sofrimento foram sendo produzidos. Para os profissionais de saúde, as perguntas requereram um entendimento também do contexto das práticas de saúde e dos sentidos elaborados por eles. Aos usuários, as perguntas elaboradas e narrativas solicitadas requereram um entendimento sobre o contexto de vida e acesso a serviços e práticas diversas de cuidado em saúde.

Com as NC, ao mesmo tempo em que visamos à compreensão do conteúdo, desvelando seus elementos históricos pelos próprios sujeitos pesquisados, também estabelecemos a possibilidade de o pesquisador se implicar criticamente com as histórias que foram produzidas a partir do entendimento das questões sociocomunitárias e contextuais dos sujeitos.

A seguir, exponho como entrevistas de construção das NC foram dialogadas com o *corpus* do material qualitativo construído e sob qual ordem e parâmetros foram escolhidos os entrevistados. Assim, apresentaremos os Circuitos Narrativos de Cuidado (CNC) como instrumento de construção compreensiva e interativa das NC (OLIVEIRA, 2010).

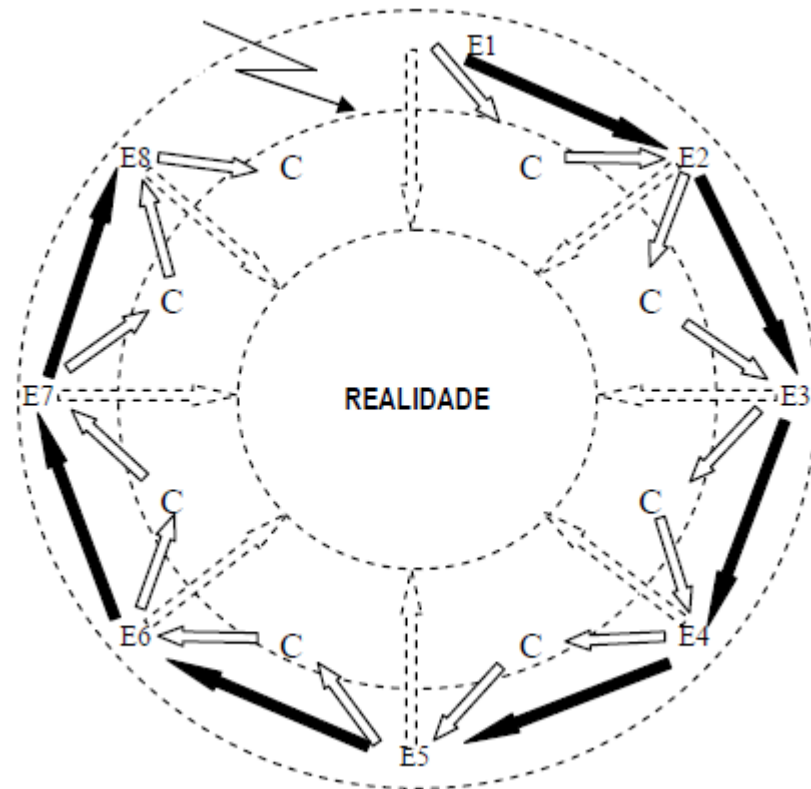
Circuitos Narrativos de Cuidado (CNC) como ferramenta interativa para construção das NC sobre práticas de cuidado em saúde

A aplicação dos CNC, inspirados nos Círculos Herméticos Dialéticos presentes em outras pesquisas (OLIVEIRA, 2001, 2012), é recomendável para ser trabalhada com um *corpus* definido entre quatro e oito pessoas. Pode servir para aplicação de questionários para outro grupo pesquisado em paralelo ou com entrevistas individuais, ou mesmo grupais (OLIVEIRA, 2001), por fornecer informações que facilitam o processo de análise do material qualitativo. Isso porque, na prática, os CNC desenvolvidos, como também ocorre nos Círculos Hermenêuticos Dialéticos, demandam cruzamento de informações, tal como nas entrevistas de obtenção das Narrativas de Cuidado à luz dos fundamentos e marcos teóricos do pesquisador. Esclareço que, no caso desta pesquisa, não houve momento grupal e nem “questionários” de grupo: apenas as entrevistas foram os guias da produção dos CNC.

Outra questão importante no CNC diz respeito a levar em consideração a subjetividade do pesquisador (sempre pontuada nesse método), ao mesmo tempo em que prioriza, sobremaneira, a voz e o sentido do sujeito pesquisado, de modo que faça livremente sua interpretação da realidade em seu movimento histórico-social. Nesse sentido, principalmente na organização desta pesquisa, foram os Circuitos Narrativos de Cuidado que formataram o processo das entrevistas e que articularam os itinerários interpretativos a partir das entrevistas que construíram as NC. Ou seja, foi a partir de cada uma das entrevistas e diante do perfil de possíveis entrevistados (descritos anteriormente) que pude articular o entrevistado seguinte (seja usuário ou profissional). Desse modo, diferentemente das entrevistas “tradicionais”, um conteúdo se conectava com o outro, eles não eram isolados em si. Dito de outra maneira, o conteúdo que emergia em cada entrevista me fazia ter mais necessidades ou não de um ou outro profissional (diante, sempre, do perfil traçado para as entrevistas) no decorrer do processo.

Para entender a organização dos Circuitos Narrativos de Cuidado, que foram construídos pelas Narrativas de Cuidado (NC) dos entrevistados, usamos o exemplo da construção dos Círculos Hermenêuticos Dialógicos para a ilustração de como foram realizadas as entrevistas para a montagem de tal Circuito Narrativo de Cuidado. Explicamos, a seguir, o passo a passo da técnica baseado na figura que ilustra um roteiro de um círculo hermenêutico com 8 entrevistas. Veja a seguir:

Figura 2 – Circuitos Narrativos de Cuidado



Fonte: Adaptado de Guba e Lincoln (1989) e Oliveira (2012).

Na Figura 1, o círculo pontilhado mais externo representa o grupo de entrevistados; o segundo círculo, o mais interno, simboliza a dinâmica do vai e vem das construções e reconstruções da realidade pesquisada (síntese de cada entrevista). Cada entrevistado é representado pela letra E (entrevistado) e a síntese das entrevistas, por C (construção da realidade).

Assim procedendo, temos na figura citada: o resultado (síntese) da primeira entrevista (E1) que é dialogado (exposto em uma síntese oral) com a segunda pessoa após ter conversado sobre as perguntas do roteiro de entrevista (Apêndices C e D) respondido pelo entrevistado na entrevista anterior. Depois da discussão da síntese 1 pelo entrevistado 2, é realizada a entrevista seguinte e, após realizar sua narrativa, discute-se a síntese das entrevistas anteriores, e o entrevistado faz seus comentários, juntando novos elementos.

Nesse exemplo, é representado por C1, C2 e assim sucessivamente até o último entrevistado. O círculo mais interno, em que aparece a palavra REALIDADE, representa o resultado do encontro final com todas as pessoas entrevistadas e/ou a síntese geral das entrevistas realizadas. Nesse momento final (último entrevistado) deve ser discutido o

resultado global das entrevistas realizadas, para comentários e novos aportes, dando-se aí o fechamento da pré-análise dos dados da realidade estudada em seu movimento e fechando-se o círculo de entrevistas.

Desenvolvimento dos CNC para construção das Narrativas: construção do material empírico narrativo

Nessa pesquisa, foram realizados dois (2) CNC com os entrevistados, 1 em cada serviço de saúde pesquisado, como já explicitado e aqui mais detalhado: um CNC com os usuários e profissionais da UAPS da SER I e outro com profissionais e usuários do CAPS da SER IV. Como citado no tópico anterior, as entrevistas para obtenção das Narrativas de Cuidado (NC) foram em um total de 15; dessas, 2 usuários da UAPS, 5 profissionais da UAPS, 4 usuários do CAPS e 4 profissionais desse mesmo CAPS.

Todos os cuidados éticos (abaixo explicitados) foram obedecidos em cada uma das etapas da construção do material qualitativo de modo que agora dou mais detalhes: no CNC com os profissionais e usuários (que aconteceram em independência um do outro – o usuário não sabia qual profissional eu já havia entrevistado e nem o profissional sabia qual usuário havia participado da pesquisa), seguindo a descrição supracitada, ilustrada na Figura 1, na primeira entrevista de obtenção das NC que envolveram as práticas de saúde, o pesquisador fez síntese e discutiu com o próprio entrevistado se ele concordava com aquele relato sistematizado.

A partir do segundo entrevistado, após toda entrevista para obtenção da NC foi discutida a síntese do primeiro entrevistado – no máximo, explicitando que aquela síntese era feita por usuários e/ou profissionais, sem jamais revelar identidade. Assim ocorreu em sequência, em dias distintos, com os demais entrevistados. Nenhum conteúdo da vida dos participantes foi debatido por outro pesquisado, mas apenas a discussão sobre as compreensões em síntese sobre as práticas de saúde por eles refletidas. Além disso, para garantir o resguardo ético, a síntese sempre foi compartilhada com o próprio entrevistado ao final de cada entrevista.

Ao atingir as 6 entrevistas em cada um dos círculos, número que previamente acertara com o orientador ser suficiente para pesquisa, em consonância com a literatura, avaliava se continuaria ou não as entrevistas de NC. Na APS, como se vê, fechou-se em 7 (uma a mais

que o previsto) e na SM, com 8, duas a mais, devido à avaliação de necessidade de mais conteúdo.

Observações Sistemáticas (OS) como instrumento de observação implicada para análise contextual

Em definição, a “observação” quer dizer um processo pelo qual se mantém a presença do pesquisador numa situação social, com finalidade de realizar uma investigação científica. Nas palavras de Minayo (2010), o observador está em relação de face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no cenário cultural, no caso desta pesquisa, no serviço de saúde ou comunidade, constrói o material qualitativo. Assim, o observador é parte do contexto de observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por esse contexto.

Nos termos de alguns autores da pesquisa em saúde, realizei uma “observação controlada e sistemática” (LAKATOS; MARCONI, 2010). Essa é a observação que se inicia desde o primeiro momento de inserção no campo até o fim da pesquisa. Nesse sentido, é justamente a aproximação que permitiu conhecer em profundidade o contexto dos sujeitos pesquisados. Entretanto, salientamos que nesta pesquisa, apesar da semelhança operacional com o que aponta Lakatos e Marconi (2010), expressamos essa observação como sistemática, apenas, haja vista a não tentativa de controle do observado – pelo contrário, como já apontei em seções anteriores, esta pesquisa se alinha àquelas que se dizem implicadas.

As questões observadas disseram respeito à organização dos serviços de saúde e ao cotidiano dos profissionais (práticas desenvolvidas, fluxo dos serviços, modo de os usuários utilizarem os serviços), além do próprio realizar das entrevistas e produção dos CHD (como profissionais e usuários reagiram ao narrarem histórias; afetos perceptíveis; como se estabeleceram as condições das entrevistas; como foi produzida a síntese). Além disso, quanto aos usuários dos serviços, foram importantes as observações sobre as dinâmicas comunitárias e a realidade contextual (de moradia, ambiental, social).

Quanto ao registro das experiências e observações decorrentes da imersão no campo, foi realizado o diário de campo com o auxílio de instrumento fundamental para análise crítica implicativa do pesquisador (LÉVY, 2001; MINAYO, 2010). O diário de campo referiu-se a um instrumento de anotações sobre a pesquisa em duas ordens: a notas

implicativas, na qual foram narrados os fatos encontrados naquele cotidiano observados do ponto de vista afetivo, já que o autor fez parte do campo de pesquisa; por outro lado, foi realizada a anotação dos conteúdos observados, que trata de uma tentativa de construção teórica a partir das falas, ao que se produziu o exercício de reflexão teórico-prática sobre o conteúdo visto em campo. A implicação do pesquisador no campo foi entendida opção epistemológica, política e praxica na minha inserção no campo, comprometido com a atenção voltada aos sujeitos, e perpassa as anotações do diário de observações. Diante dessa tal implicação, surgiu a demanda interventiva, e narro abaixo os procedimentos.

Oficina de Território e Saúde (OT) como instrumento *socioprático* de intervenção participante

O método implicativo assume a própria ação do pesquisador como constituinte da produção da pesquisa, como foi visto acima. Nesta pesquisa, desde os momentos iniciais de articulação do campo até o contato com os profissionais e o vínculo construído, era ofertada a possibilidade de a pesquisa deixar algum “produto” ao serviço e seus atores (profissionais e usuários). O produto da pesquisa foi uma oficina como meio de, ao mesmo tempo em que se articulavam reflexões e engajamento dos profissionais sobre determinado tema (pertinente e respondente ao objeto da pesquisa), aumentar o escopo analítico dos materiais qualitativos construídos.

Desse modo, tanto na APS quando na SM, a possibilidade de produzir oficina com caráter propositivo estava posta, mas, devido à maior viabilidade no CAPS que na APS, naquele serviço ela foi concretizada. Quando indico que foi melhor viabilizada, isso diz respeito à mais efetiva articulação entre os próprios profissionais e coordenação do serviço e disponibilização de agenda (entre as datas de reuniões de equipe) para execução da mesma.

A oficina não estava “pronta” metodologicamente antes do campo. Ela surge, sim, após a imersão no campo, é preciso registrar. Previamente, além da disponibilidade de ofertá-la e conduzi-la em consonância como método implicativo, apenas as diretrizes mais gerais estavam formuladas no início da pesquisa, quais sejam: discutir e/ou viabilizar práticas que articulassem ações no território levando em conta a necessidade de cuidado e a relação com os determinantes em saúde. No que diz respeito à realidade específica do CAPS AD, ao falar de determinações sociais, também se englobariam os condicionantes do uso abusivo de

substâncias (e as respectivas relações sociais) e a perspectiva da Redução de Danos¹⁸ – modelo de cuidado citado pelos profissionais como guia do serviço.

Após, então, a inserção no serviço, pactuação com profissionais e fundidos os horizontes dos temas que interessavam à pesquisa, a oficina foi denominada como “Oficina de Território e Saúde” (OT). Todos os profissionais do serviço foram convidados a participar e previamente a data estava disponível para a adesão dos profissionais. A operacionalização, em julho de 2017, foi em um dia em que acontece a reunião de equipe, de modo a facilitar a maior participação dos profissionais. Assim, dos 16 profissionais que estavam presentes na unidade, no tal turno (dia com maior quantitativo de profissionais), 12 participaram (1 psicólogo e 1 psicóloga, 2 terapeutas ocupacionais, 3 assistentes sociais, 2 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem e 1 pedagoga, como já descrito na seção “participantes da pesquisa”). Registro que os demais eram um segurança, uma auxiliar de serviços gerais, um profissional da farmácia e um técnico que não foram por impossibilidade de ir, já que em momentos de reunião, uma parte da equipe fica de retaguarda para atender às intercorrências do serviço e dispensar medicações.

A Oficina foi programada para 120 minutos e durou 128 minutos. A estratégia operacional/metodológica de grupo contou com 4 etapas, como descritas a seguir.

- 1) No primeiro momento, foi realizada, aos moldes de um círculo de cultura inspirado nos métodos participativos de Paulo Freire (MONTEIRO, 2010), uma investigação do universo vocabular sobre os conceitos-chave “espaço-lugar-território” para que os participantes pudessem compor, construir e reconstruir sentidos sobre essas ideias-conceitos. O que se queria ao final era a criação de um espaço dialógico e reflexivo sobre os territórios às voltas daquela política e serviço de saúde, equipe e comunidade do entorno. De característica mais verbal, essa etapa foi feita em círculo e durou aproximadamente 20 minutos. Saliento também que a etapa “0” (ou prévia) era a apresentação do grupo e apresentação, por minha parte, do método e objetivo da pesquisa que se filiava à oficina.

¹⁸ Apresentado em mais detalhes no Capítulo 4 deste material, enquanto princípio teórico, e melhor debatidos os seus efeitos na organização do serviço estudado quando apresentada a discussão dos materiais qualitativos no Capítulo 5, em especial.

- 2) No momento seguinte, em 4 trios, os profissionais se dividiram aleatoriamente e tinham por meta descrever as “necessidades em saúde” que eram demandadas no serviço (advindas dos usuários, dos coletivos que influenciavam o serviço e da comunidade do entorno e abrangência do CAPS). Apresentado o conceito de necessidade (a partir da diferença da antinomia com o conceito de diagnóstico – portanto ligado às relações sócio-sanitárias que tinham efeito na qualidade de vida da população), os profissionais, em papel A4 (algumas folhas com canetas), traçavam o perfil de público que era alvo da atenção daqueles profissionais que formavam o trio e então relatavam as necessidades em saúde. Essa etapa durou aproximadamente 30 minutos e contou com mais 10 minutos de partilha entre trios.
- 3) Nessa etapa, a orientação era “mapear” o território em suas forças e fragilidades (em seus pontos de vulnerabilizações e potência) no sentido de articular as necessidades descritas na etapa anterior com aquilo que se apresentava no “mapa” representado pela ilustração criada pelos participantes. Aqui, o grande grupo (de 12 membros) já era 2 subgrupos (com 6 membros cada) que tinham à disposição, cada um, um par de papel-madeira para desenhar esse “território de abrangência” do CAPS com as insígnias dadas como as descrevi anteriormente. O produto, então, era um mapa, com alguma semelhança com os mapas-afetivos¹⁹ (AUGUSTO; FEITOSA; BOMFIM, 2016; FURLANI; BOMFIM, 2010), com descrição das “impressões” dos profissionais sobre a comunidade, mas com foco na relação

¹⁹ Mapa afetivo trata-se de uma metodologia em Psicologia Social Comunitária desenvolvida, no Brasil, pela pesquisadora Zulmira Bomfim, professora na Universidade Federal do Ceará. Os mapas afetivos, na perspectiva da autora, nascem como meio de operacionalizar empiricamente, em uma perspectiva relacional sujeito-ambiente, a estima de lugar. Esse conceito, por sua vez, é definido como: “uma forma específica de conhecimento, relativa ao aspecto de significado ambiental na dimensão de emoções e sentimentos sobre o ambiente construído. Como categoria social, a estima pode ser compreendida como uma forma de pensamento social que caminha em paralelo a outros de simbolismo do espaço, derivado da categoria de identidade social urbana ou de uma afetividade do lugar” (BOMFIM, 2010, p. 218). A categoria central, portanto, é a afetividade e o conseqüente sentimento de pertença ao local. Entretanto, para o modo como operacionalizamos o método da pesquisa essa categoria, apesar de importante e levada a cabo a partir da perspectiva da implicação, não é central. Para a centralidade dessa categoria, precisaríamos levar em conta todo o referencial desenvolvido pela autora a respeito das relações de afetividade e construção do urbano, o que foge do escopo da pesquisa. Para melhor compreender os mapas afetivos e a categoria Estima de Lugar na Psicologia Ambiental desenvolvida por Bomfim, sugiro o livro fruto da tese da pesquisadora, *Cidade e Afetividade: Estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e de São Paulo* (BOMFIM, 2010).

da dinâmica entre “vida e morte” e as necessidades em saúde. Aqui a reflexão crítica criada era se as ações em saúde ofertadas pelo serviço caminhavam na direção das necessidades descritas na etapa anterior. A duração foi de 40 minutos.

- 4) A última etapa, com duração prevista de 20 minutos (e estendeu-se 8 minutos a mais do previsto, com intensa participação dos profissionais), tinha por foco a construção de estratégias de ação nos territórios para construção de práticas de saúde que influenciassem os determinantes sociais em saúde. Nessa etapa o grupo já estava todo junto – não mais dividido em subgrupos – e pensou em ações que fossem factíveis e de responsabilidade daquele grupo, além de estipular tempo (curto, médio ou longo prazo) e os parceiros necessários para a efetivação das atividades. Funcionou essa etapa, portanto, como um pequeno planejamento estratégico situacional aos moldes dos modelos participativos comunitários de planejamento em saúde (PARENTE, 2011).

O material produzido pela OT consistiu em 2 miniplanos de ação territorial que ficaram para a própria instituição, a pedido dos profissionais, devidamente fotografados (com autorização dos participantes) para fins da pesquisa (disponíveis nos Anexos da tese).

Quanto às discussões do processo de facilitação, assim como dos produtos da oficina, e, especialmente, de todas as entrevistas que geraram as NC e CNC e das observações com as respectivas anotações em diário, serão aprofundadas na Parte III desta tese. Para a finalização deste capítulo que desenhou o método condutor de toda a pesquisa (já que a própria teorização, repito, foi modificada pela inserção no campo) e apresentou a perspectiva epistemológica às voltas de teoria e método imbricados, cabem apenas algumas palavras sobre o modo como foram entendidas a condução da análise e as questões éticas da pesquisa nos dois curtos tópicos abaixo.

Análise do Material Qualitativo

Em abordagem qualitativa, compreendem-se diferentes métodos de análise, como a análise das narrativas e a análise implicativa (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2012). Na análise das narrativas, seguimos a proposta apresentada por Ciampa (1987) e Lima (2010), que têm mostrado como os materiais narrativos têm sido uma forma apropriada para o tipo de construção teórico-metodológica necessária para a compreensão de como ocorrem as

construções identitárias dos sujeitos participantes e como eles auxiliam a compreender as dimensões históricas e contextuais do fenômeno estudado. Além disso, compreende-se que a técnica de análise do material empírico não é separada da abordagem teórico-metodológica, nem da filiação à postura crítica-*socioprática* presente desde as primeiras linhas até o fazer e analisar da pesquisa.

De acordo com o referencial de análise aqui adotado, e já desenvolvido por mim na pesquisa de mestrado (OLIVEIRA, 2013), existem dois níveis de análise, os quais são: 1) Determinações fundamentais: contexto sócio-histórico dos grupos em questão (usuários e profissionais). Nesse primeiro momento, são elaboradas as Categorias Analíticas, a partir de relações abstratas e mediadoras para a parte contextual. Será, nessa perspectiva analítica adotada, considerado o referencial teórico utilizado. 2) Encontro com os fatos empíricos: encontrar nos relatos dos pesquisados o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações, sobretudo na construção dos CNC, mas também nas demais dimensões captadas pela triangulação metodológica. Esse nível terá as etapas: i) Ordenação dos dados; e ii) Classificação de dados. Nesse momento, foram elaboradas as Categorias Empíricas e as Categorias Analíticas a partir do material de campo, contendo e expressando relações e representações típicas.

O primeiro processo, o de Categorização Analítica, visou à superação de um dos obstáculos em pesquisa qualitativa, que é a “ilusão da transparência” (MINAYO, 2010), em que ocorre uma tentativa de interpretação espontânea e literal dos dados como se o real se mostrasse nitidamente ao observador. Nesses casos, a familiaridade com o campo de estudo pode ser perigosa e, como se trata de pesquisa em cujo campo o pesquisador está inserido, é fundamental esse processo.

O segundo processo, Categorização Empírica, propôs-se a evitar que o pesquisador vislumbre uma ideia de captação (ou fotografia) da “verdade” por meio dos métodos e das técnicas, esquecendo-se do mais importante, que é a fidedignidade à compreensão (ou sentido) do material e a referência às relações sociais dinâmicas e vivas. Assim, a observação do que emerge do material coletado, fragmento da realidade, será fundamental para a imbricação do processo de teorização com a realidade.

As categorias empíricas surgiram, primeiro, a partir do processo de leitura flutuante dos dados, em que se ressaltavam os principais aspectos e pontos discutidos nos grupos; em seguida, pelo processo de impregnação da leitura, finalizado com a ordenação dos

dados segundo temas e, posteriormente, de classificação que respeitava os processos e dinâmicas que envolviam as categorias analíticas.

Esteve também presente, devido à forte presença de teorização ao longo da pesquisa, a Categorização Teórica. Ela consistiu em relacionar as Categorias Empíricas e Analíticas dos materiais qualitativos construídos aos eixos teóricos que constituíram as partes desta tese. Assim, a confrontação das categorias se dividiu após análise empírica nos eixos Racionalidade/Linguagem e Espaço/Determinação Social, que constituem a base teórica da tese.

Conforme aludimos em outros momentos, as Observações Sistemáticas (OS) também foram submetidas à análise na pesquisa, de modo que compreensões dos significados, explícitos e implícitos, nos registros das ações observadas durante as visitas pudessem ser analisadas em conjunto com as narrativas de cuidado (NC) contidas na elaboração dos CNC.

Ética em Pesquisa

A presente pesquisa foi norteada pelas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, previstas na Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde e atualizada pela Resolução N° 466/2012. Além disso, seguiu a Resolução N° 16/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos, atendendo aos quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Busquei contemplar a autonomia por meio do esclarecimento da voluntariedade da pesquisa, da possibilidade de desistência a qualquer momento e de abster-se de responder quando assim lhe convier. Utilizei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nos Apêndices A e B, autorizando a participação voluntária na pesquisa, após explicação precisa em linguagem acessível sobre os objetivos da pesquisa. Quanto ao princípio da não maleficência, assegurei aos participantes que não sofreriam nenhum prejuízo, resguardando o anonimato dos participantes.

Quanto ao princípio de beneficência, foram fomentados o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como aos hábitos e costumes dos sujeitos, assegurando-os a confidencialidade e a privacidade. E justiça (e equidade), pois o estudo teve como objetivo contribuir para a melhoria das práticas de saúde para com os sujeitos atendidos em serviços de saúde, visando promover a melhoria das práticas ofertadas pelos profissionais

e serviços e melhor compreensão dos sentidos das práticas de saúde realizadas pelos próprios beneficiários dos serviços de saúde.

Finalmente, somente iniciei as atividades assinaladas quando obtive o parecer positivo do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), concretizado no Parecer Consubstanciado 1.456.297/2016, no Anexo D.

Propus, com tudo o que foi descrito ao longo deste capítulo e do anterior em forma de prólogo, então, a produção de uma tese que desenvolvesse um modelo teórico-metodológico que relacionasse práticas de saúde de base territorial com prática de superação do modelo biomédico individualista e mercantilista, a partir do arsenal crítico e com as incursões e diversos autores que ajudaram na construção de um mosaico (não mono)teórico. Só assim, em meu modo de entender, poderia versar sobre objeto tão complexo e sutil (como são as formas de linguagem que orientam o cuidado) sem reduzir a pesquisa às tão tradicionais posturas de distanciamento entre campo-pesquisador-prática-teoria ou às clássicas formas de fazer-se método, como na “entrevista-interpretação”. O objeto escolhido para esta tese, ao levar em consideração a dimensão sociopsíquica como guia para a Psicologia Social a que me filio, precisava de alguma “costura” singular e engenhosa. Assim, tentei expô-lo ao leitor. Afinal, como iniciei esse capítulo com a poesia de Manoel de Barros (2013), aprendemos que “as coisas que não existem são mais bonitas”.

PARTE I – TERRITÓRIOS TEÓRICOS

“Curso básico de injustiça

A publicidade manda consumir e a economia proíbe. As ordens de consumo, obrigatórias para todos, mas impossíveis para maioria, são convites ao delito. Sobre as contradições de nosso tempo, as páginas policiais dos jornais ensinam mais que as páginas de informação política e econômica.

Este mundo, que oferece o banquete a todos e fecha a porta no nariz de tantos, é ao mesmo tempo igualador e desigual: igualador nas ideias e nos costumes que impõe e desigual nas oportunidades que proporciona.”
Eduardo Galeano em “A escola do mundo ao avesso”.

Esta primeira parte da tese, que chamo de “Territórios Teóricos”, por se tratar das principais articulações teóricas que compõem o pano de fundo da escrita, diz respeito, como já apontado, ao diálogo com as escolas do pensamento a que me filio teoricamente e a partir das quais teço arranjos conceituais e, ao mesmo tempo, a um panorama que poderá ajudar a compreender o que considero como elementos fundamentais – e apenas um entre vários arranjos possíveis – para a construção de uma Psicologia Social de orientação crítica que tematiza e se implica com a transformação do campo da saúde.

A divisão desta parte, aqui explico em maior detalhe, é realizada em três capítulos interdependentes. No primeiro, faço uma revisão interessada e direcionada sobre a teoria crítica da sociedade estabelecida pela tradição de pensamento conduzida pela Escola de Frankfurt, com ênfase na Teoria da Ação Comunicativa, presente em Habermas (2012a, 2012b). As categorias de análise que escolho para me debruçar, entre as diversas presentes na obra habermasiana, são: Mundo da Vida e Sistema. Tematizo também, inevitavelmente, a concepção de atividade comunicativa, além das suas propostas de participação política, e discuto os processos de burocratização do mundo social.

Quero, com isso, pontuar como os diagnósticos das patologias sociais desenvolvidos pelo teórico crítico, ainda que nesse texto estejam evidenciadas ponderações, auxiliam na compreensão dos processos de colonização do Mundo da Vida, especialmente no campo das políticas em saúde e dos processos de administração social, por meio das imposições sistêmicas. Mais que isso, quero deixar claro o modo como as discussões propostas se desdobram nas análises dos processos de racionalidade e de mediação linguística e estabelecem o horizonte intersubjetivo reconstrutivo das críticas às práticas de saúde.

No segundo capítulo me debruço sobre a temática da linguagem e, diante dos apontamentos críticos feitos à tese habermasiana sobre sua razão comunicativa, contextualizo

as discussões propostas por Bakhtin sobre as produções sógnicas e ideológicas da linguagem. Apesar de não ser o autor-chave nesse capítulo, realizo também tentativa de ponte com o conceito de jogos de linguagem desenvolvido por Wittgenstein para que os conceitos de Forma de Vida e Modos de Vida sejam agregados à discussão.

O capítulo último desta parte contará, então, com os conceitos de dialogismo, polifonia, monofonia, entre outros. Eles servirão para inserir categorias praxiológicas à discussão proposta na tese, ao passo que ajudarão na retomada do conteúdo analisado em momentos posteriores. Aponta-se, sobretudo, o conteúdo das contradições cotidianas das linguagens em seus usos. Não interessa outra forma de compreensão da linguagem senão pelo seu uso e pelas configurações sociopsicológicas que contingenciam esse uso.

Epistemologicamente, ousou tecer conexões teóricas entre a filosofia da linguagem bakhtiniana e a teoria social comunicativa habermasiana. São evidenciados os limites, já que percebo que a negligência ao fato empírico de que os atos de fala cotidianamente reproduzidos com formas de coerção (e não nos satisfazemos com a premissa do ideal “livre de coerções”) precisam, para qualificação do uso prático da teoria, ser ajustados também teoricamente com conceitos que expressam as contradições do uso da língua no Mundo da Vida. A opção feita foi recorrer ao materialismo histórico, e não ao aprofundamento da pós-metafísica. É justamente nesse segundo capítulo que proponho alguns conceitos de minha autoria para compreender os fenômenos de linguagem às voltas das relações cotidianas de cuidado: metonímia do sujeito, a zeugma do sofrimento e a produção anafórica da saúde.

Como disse nas primeiras palavras do trabalho, com tais escolhas reconstrutivas teóricas, não reinvento uma teoria social para a Psicologia Social (disciplina de partida desta tese), mas disponho de arranjo conceitual e um **quadro teórico**²⁰ para compreender as produções de cuidado permeadas de racionalidades instrumentais, em uma dimensão sociológica, e que organizam o fazer e enlaçam-se nos processos sógnicos de linguagem, em uma dimensão intersubjetiva, entre profissionais e usuários dos serviços.

Em *A escola do mundo ao avesso*, Galeano mostra com sua prosa poética os grandes processos de contradição entre a publicidade e economia: uma igualdade que só

²⁰ Como já foi explicado nas “Primeiras Palavras”, este texto não utiliza uma postura monotéorica, em que apenas um referencial é utilizado para “explicar” os fenômenos estudados. Aqui a concepção de quadro teórico me ajuda a montar um conjunto multidisciplinar de referências teóricas que, ainda que com limites epistemológicos, é usado para a compreensão dos diversos níveis de análise do objeto estudado e materiais empíricos construídos. O quadro teórico, portanto, apresenta multireferências, com tentativa de rigor conceitual e evidenciação dos limites e possibilidades dos usos conceituais das diferentes teorias.

produz desigualdade. Nessa Parte I do trabalho, o intento é mostrar o pano de fundo da linguagem como a seara intersubjetiva de reprodução dos processos de contradição do cotidiano. Como contraditório, em constantes disputas.

1 UMA CRÍTICA À (OU DA) RAZÃO COMUNICATIVA? DA TEORIA CRÍTICA DA SOCIEDADE À COMPREENSÃO DO MUNDO DA VIDA COMO POSSIBILIDADE DE RESISTIR AOS SISTEMAS E CONSTRUIR PRÁTICAS DE SAÚDE

*“Não me peçam razões, que não as tenho,
Ou darei quantas queiram: bem sabemos
Que razões são palavras, todas nascem
Da mansa hipocrisia que aprendemos.”*

“Os Poemas Possíveis”, de José Saramago (1997).

Para dar conta do que o título anuncia como objetivo deste capítulo, divido-o em 5 seções de modo que paulatinamente introduzo, primeiro, o projeto teórico incutido na denominada Escola de Frankfurt, para em seguida situar o autor mais importante deste capítulo, Jürgen Habermas. Os tópicos seguintes apresentam o aprofundamento teórico esboçado por sua teoria social e, por fim, estabeleço os primeiros aportes críticos das práticas de cuidado em saúde, assim como aponto limites desse primeiro conjunto conceitual desenhado, pertencente ao quadro teórico desta tese.

1.1 Do projeto de Frankfurt, dos marxistas ocidentais, à construção de diversas frentes teóricas críticas preocupadas com a emancipação no contemporâneo

Apesar de não ser o foco deste capítulo a reconstrução histórica da denominada Teoria Crítica, entendo que situar um quadro teórico não diz respeito apenas a escolher descontextualizadamente conceitos ou blocos teóricos, mas situar em tempo e espaço a produção de tradições de escolas de pensamentos. A seguir descrevo elementos que pontuam a construção da Teoria Crítica, na Europa, e depois pontuo a produção dos efeitos desse pensamento em outros campos, como na Psicologia Social no Brasil. Com isso, julgo estarem dadas as condições para compreender que categorias conceituais e prisma epistemológico (especialmente a crítica à razão e a orientação emancipatória) interessam a essa escola do pensamento ocidental e já posso, com isso, iniciar a delimitação daquelas categorias que são importantes para o quadro teórico desta pesquisa.

Ao que chamamos de Escola de Frankfurt podemos associar um movimento filosófico e sociológico que tem em 1923 um marco importante: a fundação do Instituto de Investigação Social da Universidade de Frankfurt (LIMA, 2008, p. 58). Para a criação desse Instituto, no entanto, situa-se a Semana Marxista de Trabalho, um ano antes da fundação do

instituto, um importante evento em que se reuniram intelectuais importantes no campo do Marxismo e da Filosofia, cujos participantes tinham nomes como Lukács, Wittfogel, Pollock, Horkheimer, Massing, além de Karl Korsh (associado tradicionalmente a Antonio Gramsci e a Georg Luckács – considerados como os precursores do marxismo ocidental) e Felix Weil, idealizadores e organizadores da tal semana (LIMA, 2011). A esses dois últimos, associados a Max Horkheimer, atribui-se a origem do Instituto de Pesquisas Sociais na Alemanha.

Nas mãos de Horkheimer, inicialmente, contando com a contribuição de Theodor Adorno, Herbert Marcuse, Walter Benjamin, Eric Fromm e outros, o Instituto ganha contornos acadêmicos e dimensão notória entre os intelectuais da época (FREITAG, 2015). E tinha como inspiração teórica o marxismo, mas não só. Como relata Lima, desenvolviam:

[...] um referencial teórico-metodológico pautado na concepção marxista de sociedade, admitindo contribuições de outras teorias libertárias (como a psicanálise). [E] Sustentavam que o marxismo, como qualquer outra teoria, deveria ser submetido à crítica, sendo que a sociedade moderna estaria sofrendo de enfermidades que só poderiam ser ‘curadas’ com uma transformação radical da teoria e da prática e que a própria tecnologia constitui uma dessas enfermidades e não uma solução, como havia suposto Marx (LIMA, 2008, p. 58).

Isso quer dizer que o que posteriormente ficou conhecido como Teoria Crítica (e associado à Escola de Frankfurt²¹), mais que um nome dado para o conjunto de intelectuais que trabalharam em uma instituição de pesquisa, referiu-se a um campo teórico-epistemológico muito mais amplo, mais especificamente a um campo teórico que mantém uma forte relação com o marxismo, especialmente no sentido expresso na seminal obra *Teoria Tradicional e Teoria Crítica*, publicada originalmente em 1937, por Horkheimer (1980).

²¹ O termo já tradicional na literatura científica que cunha de Escola de Frankfurt o movimento e conjunto de autores citados acima é contestado por alguns autores, especialmente como vemos em Terra e Repa (2005). Criticam que a denominação Escola de Frankfurt produziu efeitos de suposta doutrinação, quando, na verdade, havia interdisciplinaridade na produção teórica dos autores ligados ao Instituto de Pesquisas Sociais da Universidade de Frankfurt – e posteriormente, inclusive, desvinculados dessa instituição. Nas palavras dos autores: “Tal termo, cuja origem tardia e utilização político-acadêmica foram analisadas por uma série de investigações históricas desde os meados dos anos setenta, acabou se tornando um obstáculo para a compreensão da complexidade e da fecundidade da Teoria Crítica. De maneira indevida, ela conferia uma homogeneidade doutrinária (a ideia de ‘escola’) a autores tão distintos, ao mesmo tempo em que restringia seu alcance a uns poucos pensadores, fazendo perder de vista tanto o ambiente interdisciplinar diversificado como a continuidade dessa tradição nos tempos atuais”. E continuam: “Perdia-se de vista igualmente o que sustentava a verdadeira unidade dessa tradição no interior de sua evidente multiplicidade teórica e disciplinar: a constante busca de atualizar o diagnóstico de época segundo as exigências de apreender os potenciais emancipatórios inscritos na realidade das sociedades capitalistas contemporâneas e, simultaneamente, identificar os obstáculos ao desenvolvimento desses potenciais. Essas exigências foram postas por Horkheimer, em seu texto ‘Teoria Tradicional e Teoria Crítica’, como os dois princípios que as distinguem” (TERRA; REPA, 2005, p. 245).

De acordo com Horkheimer, a Teoria Crítica deve ser pensada como uma produção de conhecimento que não apenas descreve a sociedade, mas que pretende compreendê-la à luz de uma emancipação ao mesmo tempo possível e bloqueada pelos mecanismos de dominação presente (LIMA, 2011, p. 184).

Estão dadas as condições da criação de uma Teoria Crítica, portanto, apenas quando os componentes centrais do marxismo ortodoxo pareciam estar invalidados (TERRA; REPA, 2011).

Diversas foram as obras marcantes do que se denominou de primeira geração da Teoria Crítica (FREITAG, 2015) – como na parceria de Adorno e Horkheimer em *Dialética do Esclarecimento* (1985), ou *O Homem Unidimensional* com Marcuse (2015), quando este autor já se encontrava migrado para os Estados Unidos – mas em *Teoria Tradicional e Teoria Crítica*, obra já citada de Horkheimer (1980), encontram-se apontamentos importantes sobre o que seria o papel histórico e político da Teoria Crítica. Para ele, a Teoria Crítica denuncia o caráter puramente descritivo da realidade, pois ao entender que o potencial de libertação ou emancipação humana está presente exclusivamente nas representações próprias de uma classe (ainda que essa classe seja o proletariado), a Teoria Tradicional não mostra a distinção estrutural em relação à ciência especializada. Assim, ela apenas descreve “os conteúdos psíquicos” de uma determinada sociedade (HORKHEIMER, 1980).

Só se trata de Teoria Crítica, no sentido de Horkheimer (1980), portanto, se tiver como pressuposto o comportamento crítico, como se vê em suas próprias palavras:

Para os sujeitos do comportamento crítico, o caráter discrepante cindido do todo social, em sua figura atual, passa a ser contradição consciente. Ao reconhecer o modo de economia vigente e o todo cultural nele baseado como produto do trabalho humano, e como a organização de que a humanidade impôs a si na mesma época atual, aqueles sujeitos que se identificam, eles mesmos, com esse todo e o compreendem como vontade e razão: ele é o seu próprio mundo (HORKHEIMER, 1980, p. 130).

Nessa direção, o comportamento crítico não se resigna com a cisão social característica da Teoria Tradicional – que faz com que a sociedade seja vista apenas como grupo de indivíduos isolados. Na Teoria Tradicional, dizendo de outro modo, os grupos humanos não são compreensíveis em sua totalidade, pois se manifestam de maneira mecânica, inclusive quando manifestações sociais são ditas conscientes. Isso quer dizer que a própria consciência humana está sob a tutela do processo de racionalização mecânica, e é isso que o pensamento crítico denuncia quando reconhece as categorias dominantes do processo social (HORKHEIMER, 1980).

Assim, o processo de construção da Teoria Crítica inclui, ao mesmo tempo, o reconhecimento da realidade por ela analisada e a sua condenação. É nisso que se torna

possível uma crítica da razão: a Teoria Crítica pode compreender o modelo racional estático que naturaliza um processo social decadente como uma forma apática do ser (social), da qual tem que se emancipar (HORKHEIMER, 1980). Portanto, a medida da produção da Teoria Crítica é a sua orientação para a emancipação humana em termos de processos da racionalidade construída sobre a realidade.

Para a Teoria Crítica proposta por Horkheimer, diferentemente da Teoria Tradicional, não se deveria limitar a descrever a realidade como algo exterior ao observador e ter por efeito a separação entre o “saber” e o “agir” – em uma distância que encara a realidade como estática e natural. A Crítica deve, então, reconhecer a natureza distinta entre “saber” e “agir”, mas postula que devem ser pensados juntos, dado que a realidade social é produto da ação dos seres humanos (CARNAÚBA, 2014).

Nessa direção, Horkheimer (1980) aponta que a atividade cognitiva que guia o conhecimento pode seguir uma lógica completamente diferente do seu objeto de estudo; não se questiona o significado da teoria, mas o uso de uma teoria desenvolvida de cima para baixo, elaborada sem o contato direto com os problemas de uma ciência empírica particular, ou seja, a produção teórica transforma-se em produto. Diante desse diagnóstico que Lima (2011) comenta, a defesa de Horkheimer é da seguinte tese: a onipotência da esfera capitalista estaria transformando todas as relações sociais e individuais em um fim em si mesmas e a missão da Teoria Crítica seria superar essa relação para uma concepção que elimine a parcialidade que resulta necessariamente do fato de retirar os processos parciais da totalidade da práxis social (LIMA, 2011, p. 185).

Lima (2011) também relembra que Adorno elabora discussões sobre a orientação crítica da teoria e o papel do pesquisador preocupado com os processos de emancipação:

O teórico, por sua vez, deve estar atento ao fato de que sua função não é o de prestador de serviço da realidade administrada, mas sim, um dos responsáveis por sua transformação. Sua orientação ética deve comprometer-se com a liberdade humana e com as lutas políticas das classes oprimidas. E essa orientação para a emancipação, como explicita Theodor Adorno (1959/2006, p. 169), deve ser caracterizada por uma postura crítica frente ao conhecimento produzido e à própria realidade social que esse conhecimento pretende apreender. Caso contrário, estaríamos aplicando a palavra emancipação num sentido meramente retórico, tal como ocorre com outras palavras que são utilizadas cotidianamente por serem politicamente corretas (LIMA, 2011, p. 186).

Por não ser o objetivo aqui descrever todos os desdobramentos teóricos apontados pelos diversos autores acima citados pertencentes às primeiras décadas de elaboração da Teoria Crítica, contento-me em dizer que esses autores produziram uma guinada epistemológica aos estudos sociológicos: apontaram rachaduras importantes na construção da

racionalidade moderna, denunciando os ideais do Iluminismo e reivindicando que o papel da Filosofia e Teoria Social deveria ser a emancipação humana. Posso resumir também, de modo sintético, apesar da infidelidade aos diversos desdobramentos dos distintos autores, que – para os Teóricos Críticos da primeira geração – se a ciência estava envolvida numa fusão com a técnica e produzia assim o seu mais irracional horizonte, estava na crítica ao projeto da modernidade, especialmente na crítica à razão, a possibilidade de saída social. A razão²², ao mesmo tempo categoria de análise central para compreender o contemporâneo, estava em cheque para esses teóricos.

Apesar de certo pessimismo contido nas formulações dos teóricos críticos (FREITAG, 2015), há atualidade na orientação crítica da pesquisa psicossocial, não só pelas reformulações que a Teoria Crítica sofreu ao longo dos estudiosos sucessores (como em Habermas – autor melhor trabalhado nas próximas seções deste capítulo – ou mesmo Honneth, Fraser e outros), mas pela sua capacidade de ainda produzir análise de um projeto de modernidade que dá pistas de que não se completou e, aliado a isso, orienta-se pela emancipação humana. Nessa direção, Lima produz importante apontamento sobre a atualidade da orientação crítica na pesquisa, e, apesar de longo o trecho, peço licença para aqui subscrever:

Os limites da reflexão crítica, tanto ao produzir como ao afirmar os conteúdos de futuro, cooperam na idealização de uma teoria que, precisamente por conta da ausência de formulações conclusivas, ampliam as possibilidades de análise da modernidade para além do contexto de seu nascimento. A atitude crítica resiste a aceitar como superados os ideais modernos e questiona em que medida a determinação dos objetivos da tradição têm se revelado como vazios de conteúdo. O fracasso dos desejos modernos, materializados na instrumentalização das relações, não corresponderia ao fracasso de seu projeto porque, como tal, continua inspirado no inconformismo com as situações do presente que nem cumprem nem inspiram a cumprir a emancipação humana. A clareza de que quando se antecipa o futuro não

²² Importante destacar que, para melhor compreensão da teoria crítica, é cabível destacar a diferença entre dois conceitos relacionados à razão que são passíveis de serem confundidos e cuja diferença aqui destaco: refiro-me aos conceitos de racionalismo e racionalidade. Em trecho elucidativo de Lima (2011) em diálogo com a obra de Jessé Souza (1997), há a descrição dessa diferença: “De acordo com Herbert Marcuse, o processo de racionalização descrito por Weber não teria implantado a racionalidade propriamente dita, mas sim, ‘uma forma determinada de dominação política oculta’”. Como explica Jessé Souza (1997), em Weber existe uma diferença entre racionalismo e racionalidade: 1) racionalidade refere-se ao imperativo de qualquer existência humana de “tornar-se uma personalidade na medida em que a corrente de decisões última que dá, em última instância, o sentido da individualidade de uma vida, passa a ser conscientemente executada e mantida” (SOUZA, 1997, p. 69); 2) racionalismo, por sua vez, “significa a forma, culturalmente singular, como uma civilização específica, e por extensão também os indivíduos que constituem sua maneira de pensar e agir a partir desses modelos culturais, interpretam o mundo” (SOUZA, 2006, p. 8). Em outras palavras, a “ação racional referente a fins” derivada desse tipo de racionalidade “racionalista” nada mais é do que “exercício de controle” (LIMA, 2011, p. 187).

estamos tratando com algo material (expressado historicamente como progresso técnico) permite à Teoria Crítica defender-se da acusação de que sua confiança na emancipação poderia coincidir com a entrega acrítica frente as dificuldades do pensar para além da sociedade atual, que foi identificada como ‘racionalidade formal’ da cientificidade por Max Weber (LIMA, 2011, p. 187).

Outra questão introdutória importante diz respeito à penetração da Teoria Crítica em outros lugares do mundo, para além da Alemanha, como em outros campos de pesquisa. A própria “diáspora”, efeito do exílio que o nazismo impôs aos pesquisadores do Instituto de Pesquisa Social, colaborou para a disseminação das análises dos autores frankfurtianos (FREITAG, 2015). É possível perceber seus efeitos nos Estados Unidos (sobretudo nas obras de Marcuse) e mesmo em outros pontos da Europa. Além disso, as demais “gerações” da Teoria Crítica produziram desdobramentos importantes (como explicito especialmente em Habermas na próxima seção) e as interlocuções foram diversas, no campo do Pragmatismo, Filosofia da Linguagem, Sociologia, Filosofia Política etc. Desse modo, diálogos em diversos locais do mundo foram marcas indeléveis do pensamento crítico.

E não só no campo da Filosofia e Pesquisa Social, mas também na Psicologia é possível perceber os efeitos dos estudos dessa tradição do pensamento científico ocidental. Lima indica que na Psicologia Social de B. D. Parrigin, em Leningrado – extinta União Soviética, na década de 1960 do século passado – já se assinalava como “os estudos realizados pelos representantes frankfurtianos foram decisivos para desenvolver as bases da Psicologia Social de orientação materialista-dialética” (LIMA, 2011, p. 182). No Brasil também se expressou principalmente pela absorção da teoria (em sua primeira geração) na Psicologia Social desenvolvida em São Paulo por autores como Antonio Ciampa (1987), mas notadamente na proposta de uma Psicologia Social Crítica desenvolvida em Silva Lane (1989).

Se a primeira geração influencia a Psicologia Social no Brasil, Habermas, por exemplo, está presente em diversos campos de estudo, sobretudo aqueles pertencentes às ciências humanas e sociais, como também por estudiosos da Teoria Política (em Jessé Souza), Semiótica e Comunicação (como em José Aidar Prado), estudos sobre Teoria da Identidade (como os já citados Antonio Ciampa e Aluísio Lima), Teoria do Direito (como se vê em Manfredo Oliveira), entre outros.

1.2 Da crítica das racionalidades a uma teoria da ação pela linguagem: a inserção da categoria intersubjetividade na teoria de orientação crítica habermasiana

Se a Teoria Crítica, como foi acima exposto, não é uma “Escola” homogênea e tampouco de história linear, muitas são as derivações de seu pensamento. Nesta seção apresento o papel de Jürgen Habermas na teorização de orientação crítica e situo a virada linguística e seus consequentes desdobramentos teóricos na produção dos diagnósticos sociais da modernidade. Para isso apresento, enfim, as primeiras conceituações às voltas das categorias Mundo da Vida e Sistema, presentes nesse autor, e assim exponho as condições para o uso da Teoria Crítica em uma pesquisa situada na Psicologia Social e os referentes limites e possibilidades para o aprofundamento posterior na seguinte seção. Enquanto na próxima seção discuto a formulação da Teoria da Ação Comunicativa, nesta seção contextualizo o problema da linguagem como caro à Sociologia habermasiana e a esta pesquisa.

Habermas é considerado representante da segunda geração da Teoria Crítica e, apesar do uso de categorias teóricas distintas dos autores iniciais da Escola de Frankfurt (como os conceitos de “democracia participativa”, “política deliberativa”, “esfera pública” e, um conceito que especialmente me interessa, “agir comunicativo”), é possível perceber raízes em sua teoria social atreladas ao pensamento originário do Instituto de Pesquisas Sociais, como a crítica aos processos de racionalidade e o interesse na emancipação humana. Para Lima (2008, p. 58), “Habermas segue afirmando que Teoria Crítica, como uma teoria crítica das ideologias, entende que as ciências não estão livres de interesses e são associadas à ideia de domínio da natureza mediante a tecnologia, portanto devem ser ‘desmascaradas’ e expostas à crítica”, o que de algum modo coaduna com os escritos de Marcuse (2015) ou mesmo na teorização de Adorno (1985) e Horkheimer (1980).

Entretanto, é sempre importante situar que a filiação teórica de Habermas ao Instituto de Pesquisa Social data-se até os anos 1940, de modo que a partir daí percebe-se distanciamento (como nas categorias teóricas escolhidas, supracitadas) e desfiliação das relações sociais com o Instituto, sobretudo na alta produção do autor a partir dessa época, tendo seu auge nas teorizações sistematizadas na Teoria da Ação Comunicativa (TAC) (HABERMAS, 2012a, 2012b). Como importante revisora, e uma das primeiras interlocutoras, da obra de Habermas no Brasil, Bárbara Freitag (1989, 2005, 2015) aponta o projeto de construção da Razão Comunicativa como combatente da criticada Razão Instrumental, de modo que a autora julga que Habermas não mais seguia a filosofia da consciência subjetiva, filiação epistemológica da primeira geração frankfurtiana, por perceber como um beco sem saída as análises da razão e da racionalidade moderna.

O próprio Habermas (2012a) aponta a reconstrução do processo de racionalização social, haja vista sua crítica ao moderno, como exercício não de desprezo da razão, mas imperativo de produção de nova racionalização para os processos sociais. Em suas palavras, a missão teórica a que se propõe é: “pretendemos retomar de maneira adequada a problemática da racionalização social, praticamente proscribida da discussão sociológica especializada desde Weber, precisamos de uma teoria do agir comunicativo” (HABERMAS, 2012a, p. 30).

Para entender Habermas em profundidade precisaríamos revisitar Kant, já que este é seu principal interlocutor filosófico (diferentemente da primeira geração, que tinha Hegel como filósofo de base). Foge ao nosso escopo tal empreitada filosófica; entretanto, para compreensão epistemológica e mesmo para melhor criticar uma apropriação habermasiana nesse trabalho, é preciso usar de uma análise já elaborada por Bárbara Freitag (1989) em trabalho crucial que dialoga as bases do pensamento habermasiano com alguns conceitos e apontamentos kantianos.

Habermas, em sua Teoria da Ação Comunicativa (TAC), diz Freitag, faz o esforço de pensar, em uma totalidade, os três mundos – dos objetos, das normas e das vivências subjetivas, definidos mais a frente – desmembrados pelas críticas da razão pura de Kant. A autora continua:

Se aos três mundos correspondiam formas diferentes de ação (instrumental, normativa, reflexiva), uma nova visão teórica que integrasse os três mundos numa totalidade pressuporia uma forma de ação que não apresentasse as limitações de nenhuma das outras três. Somente a ação comunicativa é capaz de abarcar os três mundos anteriormente isolados em esferas de ação estanques (FREITAG, 1989, p. 35).

Há em Habermas, como já se percebe nessa importante citação, um primeiro ponto reconstrutivo de sua teoria social: uma nova totalidade à Filosofia kantiana. A proposta epistemológica contida em Habermas assume, segundo a própria Freitag, o caráter de uma teoria cognitiva da ação, integradora (dos mundos) e dialógica (já que não é monológica no que diz respeito à compreensão da Razão expressa em Kant).

O centro epistemológico da formulação habermasiana deixa de ser o sujeito epistêmico e passa a ser o grupo numa situação dialógica ideal. A verdade não está formulada *a priori*, mas em um processo e necessariamente subordinada aos membros, em condições de fala, que integram um dado grupo. Isso faz com que a linguagem seja elemento constitutivo, e não só “mediador” das relações humanas (FREITAG, 1989). Pode-se dizer que, em outras palavras, no giro epistemológico produzido em sua Teoria Crítica, é trazida para dentro de suas categorias de análise a “virada linguística” pela qual passa a Filosofia no século XX.

Sobre essa “virada linguística” em Habermas, fazem-se necessários mais esclarecimentos e compreensão dos efeitos em sua teoria. Está sobretudo nos seus dois tomos da TAC (HABERMAS, 2012a, 2012b), mas também em outras obras (HABERMAS, 2013, 2014b), a expressão de seu entendimento sobre a linguagem nos processos de construção social da realidade. É atribuída a essa inserção da linguagem na sua teoria social a concepção de “teoria comunicacional da sociedade” já em 1968, no lançamento de seu livro *Conhecimento e interesse*, em que estabelece interlocução com K. O. Apel (HABERMAS, 2014a). A perspectiva linguística habermasiana parte de uma concepção pragmática de que a linguagem é o pano de fundo de todo o processo interativo humano que abarca as práticas comunicativas nos três mundos (objetivo, normativo e subjetivo).

Mas o que seriam, então, esses três mundos didaticamente divididos e sociologicamente apreendidos por Habermas? Seguem definições abaixo (HABERMAS, 2012a, p. 193):

- a) Mundo objetivo: conjunto de todas as entidades, instituições e organismos da sociedade e objetos da cultura. Sobre esse mundo objetivo é possível haver enunciados verdadeiros;
- b) Mundo Social: conjunto de todas as relações interpessoais, formais ou não e que compõem a vida cotidiana das pessoas em sociedade. Sobre esse mundo, espera-se que as relações sejam legitimamente reguladas;
- c) Mundo subjetivo: conjunto das vivências do sujeito (falante e capaz de agir). Espera-se, nesse mundo, que esses conteúdos sejam acessíveis e partilháveis.

São esses três mundos, em fusão, que no cotidiano expressam conceito fundamental na teoria habermasiana: o Mundo da Vida (*Lebenswelt*). O Mundo da Vida é o espaço de produção de sentido, transmissão da cultura e enlace das regras sociais vigentes. E a concepção de Mundo da Vida em Habermas está imbricada às relações de linguagem produzidas intersubjetivamente.

Isso já fica claro desde o início de sua proposição sobre a TAC, quando Habermas (2012a, p. 40) afirma que o mundo só se torna válido “enquanto mundo único para uma comunidade de sujeitos capazes de agir e utilizar a linguagem”, e continua:

[...] o conceito abstrato de mundo é condição necessária para que sujeitos que agem comunicativamente possam chegar a um entendimento mútuo sobre o que acontece no mundo ou sobre o que deve fazer nele. Com essa prática comunicativa, eles ao mesmo tempo se asseguram do contexto vital que têm em comum, isto é, de seu mundo da vida intersubjetivamente partilhado (HABERMAS, 2012a, p. 40).

Habermas é ainda mais claro no entrelace entre linguagem (intersubjetividade) e Mundo da Vida em outra passagem, quando estabelece a categoria “entendimento” como fundamental para as operações sociológicas:

[...] posso introduzir o conceito de mundo da vida, inicialmente, como correlato dos processos de entendimento. Sujeitos que agem comunicativamente buscam sempre o entendimento no horizonte de um mundo da vida. O mundo da vida deles constitui-se de convicções subjacentes mais ou menos difusas e sempre isentas de problemas. Esse pano de fundo ligado ao mundo da vida serve como fonte de definições situacionais que podem ser pressupostas pelos partícipes como se fossem isentas de problemas (HABERMAS, 2012a, p. 138).

Pressupostas pelos partícipes da comunicação “como se fossem sem problemas” não quer dizer que efetivamente o sejam. Em outra passagem, esclarece: “O mundo da vida acumula o trabalho interpretativo prestado pelas gerações precedentes; ele é o contrapeso conservador que se opõe ao risco de dissenso, que surge com todo processo atual de entendimento”. E depois complementa:

Daí caracterizar-se primeiramente a racionalização do mundo da vida em uma dimensão de ‘concordância normativamente prescrita’ *versus* ‘entendimento comunicativamente alcançado’. Quanto mais as tradições culturais tomarem uma decisão prévia sobre quais as pretensões de validade devem ser aceitas – e quando, onde, com que fim, por quem e diante quem –, tanto menos os participantes terão a possibilidade de explicitar e testar as potenciais razões sobre as quais apoiam seus posicionamentos positivos ou negativos (HABERMAS, 2012a, p. 139).

É justamente a linguagem que pode questionar, por via do que ele denomina de argumentação discursiva, as pretensões de validade nela subentendida. Ou seja, pressupõe-se em Habermas que no exercício e uso cotidiano da linguagem se possa questionar a verdade dos fatos (mundo objetivo), a correção ou justeza das normas (mundo social) e a veracidade do interlocutor (mundo subjetivo) (FREITAG, 1989, p. 30). Assim, no questionamento às aspirações se pode reconstruir a capacidade dos interlocutores de produzirem efetiva comunicação.

Para essa condição argumentativa, é preciso supor locutores com capacidade de atos de fala²³ e verazes quanto ao horizonte ético. A essa condição argumentativa – ideal,

²³ A Teoria dos Atos de Fala não pertence a Habermas, mas é de grande relevância para a fundamentação de sua teoria comunicativa. É atribuída inicialmente ao inglês John Langshaw Austin (1911-1960) e posteriormente desenvolvida por John Searle e outros, portanto pertencente ao campo da Filosofia da Linguagem e originária nos filósofos da denominada Escola Analítica de Oxford. Em síntese, essa teoria postula que a linguagem é, seja em sua *performance* ou sua faceta constatativa, uma forma de ação (“todo dizer é um fazer”), como afirma síntese dessa teoria produzida pelo brasileiro Gustavo Silva (2005). Ao concluir que todos os enunciados são performativos (já que toda anúncio produz algum tipo de ação), Austin identifica três atos simultâneos de fala, caros à teoria habermasiana, que se realizam em cada enunciado: o locucionário, o ilocucionário e o perlocucionário. Isso quer dizer que: quando se enuncia uma frase (por exemplo: “Eu juro que escreverei esse texto hoje à noite”), o ato de enunciar cada elemento linguístico é denominado “ato locucionário”. Quando se enuncia a frase e nela está contida uma promessa, esse conteúdo indexado se chama “ato ilocucionário” (dizendo de outro modo, o ato que se realiza na linguagem). Por último, a frase contém ou

dialogável e racional – Habermas denomina de “fala livre de coação”. Essa pressuposição e preocupação com a viabilidade da produção das condições de possibilidades para efetivação das falas livres, ou discurso prático, será de ética do discurso²⁴. Isso quer dizer, em termos práticos, que só podem se tornar normas aquelas que são validadas (com consentimento e aceitação) por todos os integrantes do discurso prático (FREITAG, 1985).

Aqui o que interessa deixar claro é o ponto de diferenciação da perspectiva kantiana: ao invés de defender um sujeito moral (kantiano) – que define monologicamente o que pode ser considerado princípio generalizável –, o foco passa a ser os grupos comunicantes, coletividades em condições (competências) de fala, que podem argumentativamente conseguir atingir justiça, correção e racionalidade, para sustentar os princípios universalizáveis (FREITAG, 1989). A ética do discurso está sustentada, então, em três aspectos: na competência comunicativa dos sujeitos participantes, situação dialógica ideal de fala e um sistema linguístico.

As críticas a diversas dessas consequências no campo ético e político da produção dos discursos estarão contidas no capítulo seguinte deste trabalho, mas para agora é importante destacar o deslocamento de um sujeito monológico e dotado de razão para uma comunidade dialógica dotada de capacidade de negociação argumentativa. A virada, fruto da incorporação da linguagem à teoria social, produz um foco intersubjetivo à teoria crítica habermasiana, diferente da primeira geração frankfurtiana.

produz também um resultado, que pode ser de ameaça, agrado ou desagrado ao interlocutor. Trata-se, assim, do ato “perlocucionário” – ou seja, aquele ato que não se realiza na linguagem, mas pela linguagem. Para maior aprofundamento do tema em Habermas, sugiro a primeira parte do Tomo I da TC (HABERMAS, 2012a); para aprofundamento a partir de debatedor do tema em língua portuguesa, sugiro Silva (2005); e para maior aprofundamento na própria fonte teórica, sugiro Austin e Searle em distintas obras: AUSTIN, John L. *How to do Things with words*. New York: Oxford University Press, 1965. SEARLE, John R. *Expression and meaning*. Cambridge: Cambridge University Press, 1979.

²⁴ Freitag (1989, p. 36) comenta que na essência, a “ética discursiva” habermasiana é um substituto filosófico do imperativo categórico de Kant – entendida como um princípio moral segundo o qual são justas apenas as ações cujas máximas podem se transformar em lei universal. Na ética discursiva habermasiana, o “imperativo categórico” é transformado em um princípio universalizável, na situação dialógica ideal, perdendo sua autoridade como critério moral absoluto “puro”. Para melhor diálogo sobre as interfaces do pensamento kantiano em Habermas, ver obra citada (FREITAG, Barbara. A questão da moralidade: da razão prática de Kant à ética discursiva de Habermas. *Tempo social*, v. 1, n. 2, p. 7-44, 1989) e denso trabalho realizado na coletânea por Luiz Moreira, Manfredo Oliveira e Karl-Otto Apel, especialmente capítulos I e II, de autoria do próprio Apel. (MOREIRA, Luiz [Org.]. *Com Habermas, contra Habermas: direito, discurso e democracia*. São Paulo: Landy, 2004).

Enquanto no próximo tópico trato de aprofundar os aspectos que demarcam e colaboram para a construção de sua Teoria da Ação Comunicativa (TAC), neste o destaque foi para a compreensão de Habermas como um autor preocupado com o projeto de emancipação humana, em que a crítica à racionalidade²⁵, típica da primeira geração do Instituto de Pesquisas Sociais, converteu-se em uma proposta de uma nova racionalidade, a comunicativa. Em vez da centralidade nas categorias “alienação” e “fetichização”, ou seus desdobramentos (indústria cultural, sociedade administrada etc.), a centralidade nos processos de linguagem.

Uma das sínteses, que aqui considero relevante, feita em Lima (2008, p. 59) sobre as tarefas (encadeadas entre si) que o pensamento habermasiano se propõe a fazer está expressa abaixo em literalidade:

1) evitar a redução de toda a racionalidade ao tipo instrumental, que é própria de um conhecimento científico e de uma técnica que se desenvolveram e operam à margem e, em algumas ocasiões, contra o interesse emancipatório. 2) solucionar a questão da ordem social mediante um conhecimento alternativo, mas não excludente, ao da ciência e técnica. A combinação das duas tarefas impõe à construção do conhecimento limites e exigências que passam pelo domínio da *práxis* transformadora/emancipatória e podem ser apontadas como variações da teoria crítica clássica.

Enfim, aponta-se que, na mesma medida em que se apresentam as questões que revelam a sua preocupação com a emancipação humana – por exemplo, com sua ética discursiva a criação das condições de falas ligadas a um projeto societal de radicalização da democracia, meio por excelência da criação e sustentação de uma sociedade em que as falas estejam livres de coerção –, o caráter pragmático-formal de sua teoria pode afetar a sua capacidade crítica, justo pelo seu alto grau de idealização sobre as condições para efetivação das competências comunicativas generalizáveis.

²⁵ Apesar de não ser o objetivo principal do capítulo, saliento que Habermas não compreende a Razão hegemônica apenas em uma direção – a instrumental –, mas oferece, nesse sentido, a Razão Comunicativa como saída. É preciso salientar que tanto no primeiro e terceiro capítulo da I parte do Tomo I quanto no primeiro capítulo da II parte do mesmo tomo são apresentados ao menos 4 tipos de racionalidades ainda presentes no contemporâneo: racionalidade crítica e reflexiva, epistêmica, teleológica e, por fim, a comunicativa (HABERMAS, 2012a). Destaco, especialmente, que a racionalidade teleológica tem sido habitada notadamente pela ação estratégica, o que a leva às consequências instrumentais já apontadas por outros autores da 1ª geração da Teoria Crítica citados. Ou seja, a racionalidade teleológica percebe como produto da intenção de levar a cabo uma atividade com meios escolhidos e aplicados, que guiam à ação para o êxito. Demanda informação, processamento inteligente, construção de modelos, atividades estruturadas sob a forma de enunciados intencionais (ARAÚJO, 2010).

1.3 A TAC como arcabouço teórico para compreensão dos processos de colonização do Mundo da Vida

Se foi discutido até aqui sobre a inserção do campo intersubjetivo como mérito da teoria sociológica habermasiana à Teoria Crítica, nesse momento faz-se necessário trazer mais alguns elementos daquela que é considerada a sua principal obra: a Teoria do Agir Comunicativo (TAC), uma espécie de reunião dos principais apontamentos do próprio autor sobre Racionalidade, Agir Social e Linguagem. Nas próximas linhas, então, apesar de iniciar com sumário da obra, trago o seu panorama²⁶ para que logo em seguida consiga aprofundar as discussões que são caras a este capítulo: as patologias sociais decorrentes da relação dos sujeitos viventes do mundo diante da imposição das forças sistêmicas em uma colonização do Mundo da Vida.

A TAC é escrita em dois tomos que expressam apanhados e críticas sobre a Racionalidade da Ação e Racionalidade Social (HABERMAS, 2012a) e sobre a Crítica da Razão Funcionalista (HABERMAS, 2012b). Se Habermas, como filósofo social, não produziu um sistema filosófico próprio, construiu um importante arcabouço sociológico que, ainda que criticado, é de importante lastro com contribuições ao Direito, à Comunicação, à Semiótica, à Psicologia e, claro, à Sociologia e Filosofia (como já dito acima).

Habermas foca, em sua TAC, tanto a problemática da Racionalidade da Ação de sujeitos singulares como a Racionalização da sociedade em geral, e o faz tanto de um modo pós-metafísico²⁷ (em suas categorias filosóficas pragmático-formais) quanto de um modo sociológico (preocupado com a construção de uma teoria social) que não se limita à descrição do empírico. A questão que se coloca desde o início é que os processos de modernização da sociedade podem e devem ser vistos a partir de uma racionalização que supere a instrumental (revisitada por ele desde Weber), mas sob um ângulo crítico em que se observem as patologizações do mundo da vida devido a imposições (colonizações) operadas pelos sistemas (políticos e econômicos).

²⁶ Tento fazer o panorama de modo não exaustivo nesta seção. Mesmo retomando o conceito de Mundo da Vida e suas reverberações, aqui o objetivo será de discutir menos a eticidade da proposta discursiva habermasiana, como na seção anterior, mas uma dada sociologia decorrente de suas concepções.

²⁷ Filiação epistemológica cunhada pelo próprio Habermas a sua filosofia. Para melhor compreensão desse campo epistêmico em Habermas, sugere-se: ARAÚJO, Inês Lacerda. *A teoria da ação comunicativa de J. Habermas*. Mallorca-ES: Ediciones de la Fundación Càtedra Iberoamericana, 2010. Ou o próprio Habermas em: HABERMAS, Jürgen. *Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos*. São Paulo: Tempo Brasileiro, 2004.

Para essa empreitada, Habermas, ao longo da obra, fundamenta o conceito de Racionalidade Comunicativa, definindo as diferenças entre Razão, Racionalidade e Racionalidade Instrumental. Em outro momento na própria obra, fundamenta uma teoria da atividade humana se valendo da dicotomização do “agir estratégico” em relação ao “agir comunicativo” e, assim, propõe a afirmação da possibilidade de uma teoria social (e de um modelo societário) fundamentada na dialogia, numa ética discursiva. Assim, os conceitos mais presentes e trabalhados gradativamente são os de Mundo da Vida (apresentado na seção anterior) e Sistemas (esfera regida por mecanismos diretores autorregulados, como o mercado e o poder administrativo), em que Habermas conseguirá produzir o diagnóstico da modernidade (mercado e mundo político dominando o mundo da vida) e propor saídas (mundo da vida habitado não pelos imperativos sistêmicos, mas pela razão comunicativa). De posse desse sumário de conceitos, aprofundo as discussões a seguir.

Para definir a racionalidade comunicativa, Habermas faz uso de discussão que separa a cognição instrumental daquela que produz racionalidade a partir das pretensões de validade. Se esta última tem a ver com a eficiência da ação e em seguida o uso estratégico do agir e falar, a primeira nasce já do próprio ato argumentativo. Nas palavras de Habermas, a redefinição da racionalidade²⁸ em sua tese passa pela seguinte expressão:

Entendemos racionalidade como uma disposição de sujeitos capazes de falar e agir. Ela se exterioriza nos modos de comportamento para os quais, a cada caso, substituem boas razões. Isso significa que as exteriorizações racionais são acessíveis a um julgamento objetivo – o que vale para todas as exteriorizações simbólicas que estejam ligadas ao menos implicitamente a pretensões de validade (ou a pretensões que mantenham uma relação interna com uma pretensão de validade passível de crítica). Toda checagem explícita de pretensões de validade controversas demanda uma forma ambiciosa e precisa de comunicação que cumpra os pressupostos de argumentação (HABERMAS, 2012a, p. 56).

A argumentação, portanto, para Habermas, é fundamental para a construção de uma esfera comunicativa, radicalizando assim a produção das normatividades para as relações sociais e para os acordos mediados pela linguagem. Por outro lado, para Habermas (2012a) – é fundamental o realce –, em um processo de comunicação²⁹, existem três critérios de alcance

²⁸ A versão aqui citada do próprio Habermas não leva em consideração o acúmulo expresso em outras obras, como *Conhecimento e Interesse* (HABERMAS, 2014a) ou *Técnica e Ciência como “Ideologia”* (HABERMAS, 2014b), em que aprofunda a discussão crítica sobre Razão Instrumental e o caminho pessimista que levou à primeira geração da Escola de Frankfurt. Para aprofundamento das diferenças sobre a crítica à Racionalidade presentes nas distintas gerações da Teoria Crítica, sugiro Freitag (2015) e Lima (2011).

²⁹ Processo de comunicação tem por base os Atos de Fala; estes são citados e definidos na seção anterior, neste capítulo.

universal pelos quais as pretensões de validade podem ser confrontadas. Esse modelo teórico em que se ancoram as pretensões de validade é consonante à sua divisão do mundo em três esferas já apresentadas: subjetiva, social (normativa) e objetiva. São elas, as pretensões, conforme Habermas (2012a):

- 1) Veracidade da afirmação: que diz respeito à veracidade argumentativa para com o mundo objetivo (mundo das instituições e dos fatos sociais), entendido como a totalidade dos fatos cuja existência pode ser verificada. Quer-se aqui que o teor preposicional seja realmente cumprido.
- 2) Correção normativa: que diz respeito à possibilidade de produção de correções argumentativas nas normas em vigência no mundo social (mundo normativo das regras, o mundo da soma das relações sociais) dos atores, entendido como a totalidade das relações interpessoais que são legitimamente reguladas. Quer-se que o contexto normativo seja legítimo.
- 3) Autenticidade e sinceridade (verdade): que diz respeito à pretensão de validade do mundo subjetivo (mundo das experiências do falante), em que a prática argumentativa anuncia e age em coerência com o estado subjetivo do locutor para com seus interlocutores. Quer-se que aquilo que o falante expressa “corresponda ao que ele pensa” (HABERMAS, 2012a, p. 192).

Com a apropriação da racionalidade comunicativa, a teoria da argumentação e seus diálogos com K. O. Apel, Habermas também consegue ler o fenômeno de desencantamento das imagens de mundo (a partir de releitura de Max Weber) como uma grande mudança sociológica da fundamentação do mundo, sobretudo da função das tradições, do feudal para o moderno (HABERMAS, 2012a). O que Habermas aponta é que, com a superação da visão mítica com seu caráter unificador – além do abandono da relação do sujeito solitário dominante e consciente frente a um objeto dominado e cognoscível –, surge a necessidade dos atores (competentes) em comunicação chegarem ao entendimento quanto a pretensões de validade criticáveis (PINTO, 1995), portanto, sem as relações com as figuras de autoridade (ou religiosas, como no passado).

O pano de fundo das produções de validades discursivas se assenta, então, numa esfera intersubjetiva mediada pela linguagem, e a linguagem, por sua vez, está contingente a uma produção histórica e simbólica que são expressões do Mundo da Vida. Assim, o Mundo da Vida toma caráter central como produtor das condições de possibilidades do agir comunicativo.

Em Habermas, quero dizer mais claramente, há uma dependência das possibilidades de entendimento mútuo ao universo acumulado de conhecimento, daquele grupo social de falantes, que compõe o arsenal compreensivo. Ou, dizendo de outra forma: aquilo que o falante quer dizer com seu pronunciamento depende do conhecimento acumulado e realiza-se sob o pano de fundo de um consenso cultural anterior, e aí está o Mundo da Vida. O *Lebenswelt* é entendido como o contexto não problematizável que propicia os processos de se alcançar o entendimento (PINTO, 1995).

No próprio texto que desenvolve a TAC, Habermas define:

[...] a tradição cultural partilhada por uma comunidade é constitutiva do mundo da vida que o partícipe individual encontra, já interpretado em seu conteúdo. Esse mundo da vida intersubjetivamente partilhado conforma o pano de fundo do agir comunicativo. Por isso fenomenólogos como A. Schutz referem-se ao mundo da vida como horizonte dado atematicamente, no interior do qual os participantes da comunicação se movem em comum, quando se referem tematicamente a algo no mundo (HABERMAS, 2012a, p. 159).

Nesse sentido, o mundo da vida é constituído por um saber implícito sobre o qual nós, normalmente, nada sabemos porque ele é simplesmente não problemático, não atinge o limiar dos pronunciamentos comunicativos que podem ser válidos ou não.

Por outro lado, Habermas adverte que em algumas situações:

[...] os próprios componentes individuais da tradição cultural passam a ser o tema. E nesse caso os envolvidos veem-se diante da necessidade de se posicionar reflexivamente diante de modelos interpretativos culturais que normalmente tornam possíveis suas realizações interpretativas (HABERMAS, 2012a, p. 160).

Desse modo, é apontado que o mundo da vida também está suscetível à crítica, embora seja, na maioria das vezes, absorvido sem esse exercício.

Seguindo, se por um lado Habermas constrói o conceito de três mundos (social, objetivo e subjetivo) que ajudam a compreender o mundo cotidiano (da vida) como pano de fundo partilhável, ele também o dimensiona em três componentes estruturais (decorrentes dos mundos anteriormente explicitados): Cultura, Sociedade e Pessoa. Baseado em síntese feita por Pinto (1995), descrevemos abaixo:

- Componente cultural: pode ser entendido como o estoque de conhecimento com o qual os atores (sujeitos capazes de agir e falar) subsidiam suas interpretações quando buscam a compreensão sobre algo no mundo;
- Componente social: pode ser entendido como as ordens legítimas (normatizadas) por meio das quais os participantes regulam suas relações no(s) grupo(s) social(is);

- Componente Pessoa: pode ser entendido como as competências que tornam um sujeito capaz de falar e agir, ou seja, de compor sua própria personalidade.

Para Habermas, existe uma correlação direta entre Ação Comunicativa e Mundo da Vida, já que cabe à Ação Comunicativa a reprodução das estruturas simbólicas que constituem os componentes do Mundo da Vida acima descritos. Assim, sob o aspecto do entendimento mútuo, a Ação Comunicativa refere-se à:

[...] interação de pelo menos dois sujeitos capazes de falar e agir que estabelecem uma relação interpessoal (seja com meios verbais ou extraverbais). Os atores buscam um entendimento sobre a situação da ação para, de maneira concordante, coordenar seus planos de ação e, com isso, suas ações (HABERMAS, 2012a, p. 166).

Em outro modo de resumir, dialogando com os componentes do Mundo da Vida, o Agir Comunicativo serve para “transmitir e renovar o saber cultural; sob o aspecto de coordenar a ação, ela propicia a integração social; e sob o aspecto da socialização, ela serve à formação da personalidade individual” (PINTO, 2005, p. 81).

Mas é na discussão sobre a transição do mundo pré-moderno (tradicional) para o moderno que Habermas situa a produção do desacoplamento entre o Mundo da Vida e o Sistema, tema central do tomo II da TAC. Houve o que ele denomina (apoiando-se em Durkheim) de modificação dos fundamentos de integração da sociedade (HABERMAS, 2012b). Os domínios da ação, numa era pré-moderna, fundamentada em acordos normativos básicos, passa a uma complexidade que inclui, por exemplo, a divisão do trabalho e uma desintegração que é baseada em sistemas de ação não partilhados e negociados, mas impostos por grupos econômicos ou políticos.

Se a sociedade é, em conceito, um complexo de ações sistematicamente estabilizadas de grupos socialmente integrados – e composta pelo Mundo da Vida e Sistema – , a modernização é marcada pela imposição de um processo que Habermas denominou de “colonização” do Mundo da Vida pelos sistemas e seus subsistemas econômicos e políticos (HABERMAS, 2012b).

Para seguir a compreensão sobre os processos de colonização, é fundamental esclarecer o papel dos subsistemas na produção sistêmica. O subsistema econômico é formado pelos agentes econômicos que produzem constantes interações na sociedade – são eles tanto os que produzem os objetos a serem trocados e consumidos, mas também os que consomem, compram, trocam, ou seja, todos os inseridos nos circuitos econômicos. Esse subsistema tem

uma racionalidade, a instrumental, baseada em eficiência e efetividade, coordenada pela ação calculista (atividade orientada por fins). E tem um horizonte: o lucro – um meio não linguístico (HABERMAS, 2012b). O mercado é seu solo mais firme, ainda que completamente abstrato e intangível.

Com semelhanças ao subsistema econômico, tem-se o político. É formado pelos agentes políticos, organizados nas diversas esferas burocráticas do Estado e de instituições sociais. É formado pelos mesmos sujeitos que compõem o Mundo da Vida, mas aqui no papel de eleitores, contribuintes dos impostos, usuários dos serviços do Estado, que também interagem entre si. Todos estão mediados por relações de poder e se expressam das formas mais variadas possíveis segundo essas configurações sociais. A racionalidade instrumental também a seu favor se desdobra em instrumentos de coerção e é coordenada pela ação estratégica (atividade também orientada por fins), ainda que reverbere relações de dominação. O horizonte de meio não linguístico é o poder, e o solo é a burocracia (HABERMAS, 2012b).

Com as acepções acima delimitadas, Habermas tem o quadro necessário para a crítica de uma compreensão funcionalista da sociedade, como se vê em Parsons (HABERMAS, 2012b). Ou seja, a sociedade não é um sistema autorregulado, cujas estruturas, quase que de modo autopoietico, equilibram-se através de padrões. Ao contrário, os usos das teorias das ações em Habermas em relação à teoria do sistema diferem, tal como diferem a coordenação da ação pela comunicação linguística (realizada por sujeitos competentes a falas e ações, além do mútuo entendimento) em relação à ação movida por dinheiro e poder, que demanda cálculo, influência estratégica, ou que tem finalidade empírica (sem necessidade de diálogo ou quaisquer esferas participativas coletivas).

Diante dos conceitos supracitados, Pinto (1995) resume o processo de patologia social – entre o Mundo da Vida e os Sistemas – inculidos na teoria da linguagem em Habermas:

Temos então o seguinte quadro: com o desengate entre sistema e mundo da vida que marca a sociedade moderna, o sistema social rompe o horizonte do mundo da vida e distancia-se do saber intuitivo da prática comunicativa cotidiana. Com a crescente complexidade do sistema social, o mundo da vida é cada vez mais deixado na periferia e perde seu papel de integração social. De outro Lado, a libertação da ação comunicativa da orientação de valores particulares leva à separação da ação orientada para o entendimento mútuo daquela orientada para o sucesso, o que abre espaço para que a coordenação de ações se dê através de meios de comunicação deslinguisticados (dinheiro e poder). A substituição da coordenação da ação que era feita inicialmente por meios linguísticos, pelos meios dinheiro e poder, traz como consequência o desatrelamento da interação social dos contextos do mundo da vida, o que faz com que este já não seja mais necessário para coordenar a ação (PINTO, 1995, p. 84).

Entretanto, devido à complexidade da sociedade e de seus modos de integração e reprodução, é preciso alertar que, para Habermas (2012b), Mundo da Vida e Sistema podem ser pensados de modos complementares entre si. A não existência de um desses componentes da sociedade poderia levar a consequências: uma sociedade composta só de Mundo da Vida não teria eficiência suficiente para produzir em plenitude as condições materiais, enquanto uma sociedade só de Sistemas se dissolveria em pura competição e não teria consensos simbólicos e mediações linguísticas suficientes para tornar possível a evolução social.

Diante do quadro expresso nos parágrafos anteriores e o debate logo acima realizado, temos um paradoxo: a racionalização do Mundo da Vida viabiliza o crescimento do Sistema (em seus subsistemas econômico e político) e estão nele os imperativos que se voltam definitivamente contra o próprio Mundo da Vida (HABERMAS, 2012b).

Está justamente nesse processo de racionalização do Mundo da Vida uma disputa dos agentes capazes da fala e da ação, uma disputa social dos sistemas de ação que, pelos imperativos sistêmicos, disputam os sujeitos não para um entendimento mediado por linguagem, mas orientado para eficiência e eficácia (mediado por dinheiro e poder). Nesse sentido, ocorre o que Habermas define como “reificação das estruturas simbólicas” do Mundo da Vida, que resulta na sobreposição dos interesses dos sistemas que excluem paulatinamente (à periferia) os diálogos e impõem parâmetros de ações que são elas mesmas autossuficientes (PINTO, 1995).

A esse processo de reificação simbólica, Habermas (2012b) deu o nome de Colonização do Mundo da Vida. A colonização é o conceito que diagnostica a era moderna e as relações sociais dela decorrentes em seus efeitos de um conjunto de patologias (sociais) que atingem as sociedades capitalistas contemporâneas, em especial nos países centrais do capitalismo, segundo Habermas (2012b). Em termos práticos, e dizendo com outras palavras o diagnóstico anunciado, vê-se a colonização quando os meios “dinheiro” e “poder” invadem esferas que poderiam ser negociadas por mediações linguísticas, como, por exemplo, na cultura, na integração social ou na sociabilização. Quando o dinheiro (nas relações econômicas) e poder (nas relações do aparato burocrático do Estado de produção de normas) extrapolam suas esferas, vê-se o Mundo da Vida invadido por outros imperativos que não os preocupados com o entendimento.

Habermas (2012b) vislumbra que é efeito da colonização a imposição de formas de vida ligadas ao consumismo e ao individualismo, assim como quando os estilos de vida passam a ser entendidos em uma perspectiva utilitarista. Aponta também que o acelerado

esvaziamento participativo dos sujeitos nas decisões políticas é reflexo do alto grau de burocratização do Estado e do distanciamento da esfera do entendimento. É sim reflexo da sobreposição dos interesses particulares de grupos que administram o Estado e manipulam interesses dos grupos sociais.

Alguns elementos, então, da análise habermasiana começam a ficar claros no que tange à ordenação das políticas públicas, ao papel do Estado (na produção e organização delas) e às relações com as populações. Na quarta e quinta parte do Tomo II da TAC, Habermas aponta (em síntese), após longa discussão crítica dos marcos weberianos de análise sociológica – para Habermas, limitados quanto ao alcance de sua crítica à racionalidade teleológica – e da contribuição de Parsons sobre a Teoria Social da Ação – para Habermas, demasiadamente normativista, embora auxilie na compreensão da operação das relações do Estado como sistemas ordenados –, que nos países de capitalismo avançado a forma institucional em que se consolida a colonização do Mundo da Vida é o Estado de Bem-Estar Social, o qual age embasado em duas frentes: na intervenção governamental e na arregimentação da democracia de massas.

A versão reconstrutiva do entendimento de Habermas (2012b, p. 608) sobre a teoria de sistema de Parsons permite criticar certa compreensão do marxismo que tem dificuldade de entender a própria formação do Estado de Bem-Estar Social emergente no capitalismo porque, como afirma Marcelino Pinto (1995), por meio de teoria do valor em Marx, vê-se apenas um dos aspectos da dominação sistêmica: aquela exercida pelo meio dinheiro e sua correlata divisão internacional do trabalho e formação das classes sociais, diante da divisão do trabalho. Trazendo as palavras do comentador de Habermas: “Os marxistas ortodoxos não levaram em conta que o sistema econômico, dirigido pelo meio dinheiro, para ser eficaz, deve ser suplementado pelo meio poder” (PINTO, 1995, p. 87).

É justamente na formação do Estado de Bem-Estar Social que se assiste ao intervencionismo de Estado formular as políticas na contramão do capitalismo de livre concorrência, no capitalismo que necessita da redução do Estado. A dimensão ideológica, ou de ocultamento de interesses econômicos e de poder, que o Estado de Bem-Estar contorna é a atuação orquestrada e presente no sistema administrativo social. A intervenção na administração social, portanto, contorna os efeitos das crises no sistema econômico. Sendo assim, Pinto pontua:

É importante ressaltar que, não obstante este processo de intervenção se tenha mostrado bastante eficiente no sentido de garantir a sobrevivência do sistema capitalista, ele acaba desencadeando crises de legitimação uma vez que as crises de

natureza econômica tornam-se não só administradas mas acabam também deslocadas para o sistema administrativo (PINTO, 1995, p. 87).

Se posso já neste capítulo teórico evidenciar a relevância dessas análises para o contexto atual, penso que uma parte importante da crise política pela qual o Brasil tem passado, cujo impedimento foi seu episódio mais agudo, em 2016, posso fazer uma primeira articulação analítica habermasiana em alguns pontos:

- 1) a necessidade da retirada da presidenta eleita dizia respeito – no discurso veiculado pelos grandes meios de comunicação por meio dos representantes congressistas e dos editoriais dos grandes telejornais – a uma “pedalada fiscal” que denotava, assim, erro de administração. Esse erro, apesar de não comprovar crime de desvio de dinheiro público ou sobreposição de interesses privados sob a administração pública, evidenciou que para os interesses econômicos e políticos dos grupos que sustentavam a base do governo era mais útil a retirada da presidenta, eleita por voto majoritário, ainda que o custo fosse uma crise institucional sem precedentes na história do país.
- 2) em meio à crise econômica que o mundo vem atravessando desde 2008, o discurso sobre a eficiência técnica do Estado só aumenta, confirmando o que Habermas aponta sobre uma razão teleológica (no caso dos subsistemas econômico e político, orientados para o lucro e para a perpetuação do poder) sobreposta à capacidade de articulação de horizontes não tangíveis ao dinheiro e poder. Acentua-se, assim, a discussão da diminuição do Estado e redução do orçamento público (como na aprovação da PEC 55, no fim de 2016) e aumentam sobremaneira as políticas que normatizam as relações sociais, como na tentativa da redução da maioria penal, na regulamentação do que se tem denominado de Escola Sem Partido ou Escola da Mordaca, na redução do escopo da Atenção Básica à Saúde fortalecendo os planos de saúde privados, na reforma das leis trabalhistas (flexibilizando a Consolidação das Leis Trabalhistas) e na reforma da previdência (aumentando a proporção de tempo de serviço e idade mínima para aposentadoria e benefícios sociais).

Temos assim um guia analítico em Habermas que parece, em alguns pontos sobre os entendimentos das patologias sociais, ainda servir para analisar a tensão entre interesses sistêmicos e reprodução do Mundo da Vida. A teorização habermasiana aponta as direções da análise para os países de capitalismo desenvolvido, mas parece, no caso brasileiro, explicar

uma parte dos fenômenos. Sobretudo quando indica que há um limite à ação do Estado, e mesmo onde ela representou alguns ganhos à qualidade de vida, como nos países capitalistas desenvolvidos (aqueles mais caracterizadamente Estados de Bem-Estar Social, diferentes da economia emergente do Brasil), fica clara a sua impotência em assegurar garantias fundamentais como, por exemplo, o direito ao trabalho a todos os cidadãos (esse ainda mais sentido nos países de economia periférica ao centro político do capital).

Mas Habermas não se contenta com esse diagnóstico. Propõe em sua teorização social alguns apontamentos que podem auxiliar a razão comunicativa (sua grande aposta aos conflitos dos sistemas que impõem racionalidades orientadas para um fim, que expurgam os horizontes de entendimento mútuo) a construir as racionalidades do Mundo da Vida: somente procedimentos democráticos das formações das vontades (que têm como solo os processos intersubjetivos) podem gerar legitimação do Mundo da Vida racionalizado e com alto nível de individuação da personalidade, contraditórios aos interesses sistêmicos (PINTO, 1995).

Ao dialogar com Marcelino Pinto (1995), aproprio-me de uma síntese sobre a “missão” ou “horizonte” (ou conhecimento interessado) em Habermas (2012b): propõe-se uma organização social na qual as esferas públicas autônomas devem alcançar uma combinação de poder e autolimitação, atuando sobre os mecanismos de autorregulação do Estado e da economia, visando a uma formação radicalmente democrática da vontade. E isso se dará, para Habermas (talvez como já seja intuitivo perceber), tendo como pressuposto um deslocamento das energias utópicas do campo do trabalho (como por muito tempo centrou-se a tradição marxista ortodoxa) para o da comunicação (ou esfera intersubjetiva – donde residem a produção e reprodução dos meios linguísticos).

O giro linguístico discutido no início desta e na seção anterior a que Habermas se filia não hesita em se fincar como utópico: a tarefa para aquele que se pretende interessado numa crítica social e em orientar-se pela emancipação humana deve se preocupar em garantir as condições básicas para uma prática comunicativa cotidiana que propicia as possibilidades para os próprios participantes – de acordo com seus próprios interesses – realizarem uma vida melhor.

1.4 O olhar à saúde em uma perspectiva habermasiana

Não estão no próprio Habermas análises mais apuradas sobre campos específicos das políticas públicas. Há em Habermas, em diversas obras, especialmente a aplicação de sua

teoria no que diz respeito aos efeitos no Direito³⁰, mas já há desde as formulações da TAC as discussões em termos de efeitos de suas teorizações no campo da família e escola. Quero dizer com isso que o exercício de apontar uma crítica às relações sociais que estão imersas nas políticas públicas de saúde (e menos ainda no que diz respeito às práticas de cuidado à saúde – nosso objeto de estudo) não é tarefa fácil e nem está clara como missão da teoria habermasiana³¹.

Diante disso, esta seção dialoga com alguns importantes trabalhos de autores que teceram *links* entre a análise crítica do campo da saúde e o arcabouço habermasiano, especialmente a TAC. Começo com a discussão sobre “juridificação” (*Verrechtlichung*) e proponho interface com o que os estudiosos da área têm chamado de judicialização da vida, além de apontar questões sobre a racionalidade que serve à administração das pessoas e aos efeitos na saúde. Em seguida, visito os trabalhos de Elza Melo (2005) e Müller Neto e Artmann (2012)³², que, por sua vez, em seus estudos, dialogam com tantos outros autores que produzem robustas análises críticas sobre o campo da saúde³³. Visito assim os polos, por um lado, da construção das possibilidades de eticidade de discurso no campo das práticas de saúde e também, por outro, dialogo com as pesquisas que se preocupam em delinear outros marcos do que seria uma nova promoção da saúde e seu vínculo com a construção de um solo participativo e ampliador da democracia no campo da política pública de saúde.

Tenho tentado dizer, ancorando-me em Habermas e seus comentadores, que a racionalização da ação administrativa e econômica levou o poder e o dinheiro a penetrarem (e colonizarem) o Mundo da Vida. No que diz respeito às relações entre Estado e Direito, Inês Araújo (2010) aponta, em seu debate com Habermas (2012b), que a institucionalização jurídica tem criado as máquinas administrativas que neutralizam ou impedem o exercício de

³⁰ Apesar de não ser foco deste capítulo, saliento que obras seminais de Habermas para o campo do Direito estão expressas principalmente em: HABERMAS, J. *Mudança estrutural da esfera pública*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. E nos dois tomos de: HABERMAS, J. *Direito e democracia: Entre facticidade e validade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. v. I-II.

³¹ Essa falta de solo empírico às propostas teóricas habermasianas, inclusive, estão contidas entre as críticas que serão expostas na última seção deste capítulo, em que aponto alguns limites da apropriação habermasiana no quadro analítico que compõe esse trabalho.

³² A escolha desses dois trabalhos é intencional e não visa constituir uma pretensa revisão sistemática. Por se tratar de trabalhos com um número importante de referências em outras pesquisas, e por se tratar de apontamentos e focos diferentes na pesquisa, esses dois satisfizeram os meus interesses para o que se propõe neste capítulo inicial. Um debate mais denso sobre o entrelace da teoria habermasiana e o material empírico vai ser feito na Parte II desta tese, a partir da análise do campo pesquisado.

³³ Ressalto que uma melhor análise específica das práticas de cuidado à saúde, aos moldes que apresentei na introdução deste trabalho, será realizada no Capítulo 3 desta primeira parte. Aqui me resguardo a apenas debater a interface dessa análise à luz da teoria habermasiana.

normas. Com expressões e conceitos citados acima, pode-se dizer que essa relação também tem produzido, em síntese, uma diluição entre as organizações sociais (instituições) e a personalidade, entre cultura e sociedade, de modo que esse processo social favorece a coisificação – e assim o Mundo da Vida (em seus componentes: cultura, sociedade e personalidade) se torna objeto de planificação a serviço do sistema, neutralizando a crítica e o fundo ético. Esse campo de patologias (e contradições) sociais também resulta em neutralização da ação linguística que serve à integração social.

Diante disso, há o surgimento de um fenômeno moderno (vigente contemporaneamente e estudado em diversas correntes teóricas), que é o controle do Mundo da Vida pelo Direito formal, resultando no que Habermas aponta como juridificação (*Verrechtlichung*) [ou judicialização] das relações sociais. Como sintetiza Araújo (2010), no lugar de sancionar, o Direito (moderno) acaba coagindo, sem levar em conta os processos de entendimento e as complexas relações prática-morais.

Não aprofundaremos neste trabalho a discussão sobre a dimensão Direito e sociedade, mas sobre as repercussões da “juridificação” (*Verrechtlichung*) nos campos descritos na obra habermasiana da TAC: o da família e o da escola. Tento também estender interlocuções desse debate para a saúde, que, em hipótese, também passa por processos correlatos ao da juridificação, ou o que a literatura brasileira chama de judicialização da vida cotidiana e dos direitos sociais.

Habermas (2012b) aponta, a respeito do processo de juridificação, que o Direito estendeu-se e solidificou-se (o que é, para o autor, positivo no processo de modernização), entretanto, o Direito codificado é usado estrategicamente para regular contratos – para regular ações sociais. O que o autor aponta é que o Estado burguês de direito regulariza suas funções para poder administrar, além de ter um novo papel, que é o de proteger a classe pela qual governa/administra. A grande contradição é: ao mesmo tempo em que o Estado democrático de direito assegura aos cidadãos participação e liberdade de escolha, os processos de legitimação passam pela juridificação (ARAÚJO, 2010). Os três componentes da vida social, como descreve Habermas (a reprodução cultural, a integração social e a socialização), veem-se arrastados abertamente pelo redemoinho da dinâmica do crescimento econômico e, com isso, pelo imperativo da juridificação (HABERMAS, 2012b).

Para a operacionalização do controle social da vida, por meio da racionalização sistêmica, o Estado precisa penetrar na escola e na família, nas relações educacionais e nas relações familiares. Na família se expressa a ação orientada para os fins, como o controle da

natalidade, a regulamentação do aborto, a obrigatoriedade do ingresso na escola. Na escola, o alto grau de profissionalização e especialização do trabalho na educação, além do foco em uma ação pedagógica, nas palavras de Habermas, expressam um mosaico de atos administrativos impugnáveis (HABERMAS, 2012b).

A escola passa a ser habitada, a mando do Estado, por medidas disciplinares, e o ensino passa por uma burocratização que afeta os educandos e todos os envolvidos na cena educativa (professores, familiares etc.). Em um Mundo da Vida colonizado, a educação, que seria lugar de criatividade, liberdade e responsabilidade para proporcionar o entendimento, vira espaço de qualificação para o mercado – a escola se transforma, enfim, em prestadora de serviços.

O próprio Habermas produz síntese que interessa aos propósitos desta seção (compreender os efeitos da judicialização também no campo da saúde):

Quando se investiga a estrutura paradoxal da juridificação em âmbitos como a família, a escola, a política social, não é difícil adivinhar o sentido das recomendações que se seguem dessas análises. Trata-se de impedir que os âmbitos sociais que dependem de modo funcionalmente necessário de uma integração social através de valores, normas e processos de entendimento, fiquem à mercê dos imperativos sistêmicos dos subsistemas da economia e administração, que tendem à expansão através de sua própria dinâmica interna, e que através do meio de controle ‘direito’, esses âmbitos sejam calcados sobre um princípio de socialização que os torna disfuncionais (HABERMAS, 2012b, p. 578).

Com esses debates, é possível afirmar que não só na esfera educação e família o Direito parece virar imperativo disponível para a transformação instrumental das formas de vida. A saúde, se pensada enquanto um complexo aparato de políticas e serviços de saúde que promovem prescrições às vidas das pessoas, tem sido desenvolvida no âmbito regulatório das formas de vida e imperativas de modos de administração dos componentes da vida social.

Se pensarmos que boa parte do aparato administrativo do setor saúde é baseado em metas e que a relação das gestões de serviços com os “usuários” (dos serviços públicos) ou clientes (dos serviços privados) não é mediada pelas relações desses sujeitos, mas por aparelhos burocráticos (ouvidoria, caixa de sugestões, serviço de atendimento ao cliente-paciente), fala-se então em racionalidades cognitivas-instrumentais guinando os fins nas ações em saúde. Assim como na educação, Habermas aponta as metas, relações e serviços, as estruturas simbólicas como burocratizadas – com a decorrente perda de sentido, fragmentação da personalidade, cultura do especialista guiado por atitudes cognitivo-instrumentais –, correlacionar esse diagnóstico aos equipamentos de saúde não é importação teórica descabida.

Não por acaso, boa parte dos direitos sociais que envolvem a saúde negligenciados pelas gestões públicas (como se vê com as filas intermináveis para

atendimentos nos hospitais públicos, falta de medicações, carências de médicos e outros profissionais para atendimento à população, entre outros) são resolvidos em ações judiciais que visam garantir o que é constitucional, no caso brasileiro – a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Ao mesmo tempo, um alto grau de desenvolvimento das especialidades em saúde (provocando carências de profissionais em áreas prioritárias para os serviços públicos) opera uma lógica de mercado nas formações de profissionais. E ainda, um avanço tecnológico formidável no que diz respeito a parâmetros biológicos (e pesquisas genéticas) sobre hábitos saudáveis e parametrização da vida, que se reverte em ampla divulgação de parâmetros médicos-clínicos como formas ideais de vida saudável (reduzindo a complexidade da relação entre parâmetros e contextos sociais de produção de vida).

No que diz respeito à colonização do mundo da vida via juridificação do direito à saúde, burocratização do acesso aos serviços e diálogo com os condutores das políticas de saúde, além do alto grau de especialização e produção de idealizações parametrizadas das formas de vidas saudáveis, as críticas apontadas por Habermas parecem refletir sobre os processos de sobreposição da racionalidade instrumental-cognitiva à dialógica-comunicativa.

Complexificando ainda mais a análise, Elza Melo (2005) revisa os principais problemas presentes na construção dos sistemas de saúde e propõe uma possibilidade de leitura a partir da Teoria do Agir Comunicativo. Primeiro, em seu trabalho, analisa o modelo iatrogênico que a saúde produz, em diversas dimensões, a partir da leitura de Ivan Illich em que compreende o desenvolvimento e a extensão da prática médica nas sociedades modernas industrializadas como um processo de medicalização perniciososa da saúde.

Aponta também em Illich, por meio de sua análise, que a empresa médica ameaça a saúde e assinala que a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento, e, por fim, afirma contundentemente que o seu monopólio profissional impede que o conhecimento seja partilhado. Diante disso, Melo resgata o conceito de iatrogenia (a causação de danos pela prática médica) em Illich, em suas três principais formas:

[...] a *iatrogênese* clínica, ou danos clínicos provocados, nos indivíduos, pela terapêutica médica; a *iatrogênese* social, que significa a produção de uma sociedade mórbida, em que se medicaliza tudo, o orçamento público, as categorias sociais, a cura, a prevenção, a saúde, os indivíduos e o meio, criando a dependência de todos diante da medicina e resultando em contraproduktividade ou produção de efeitos paradoxais (efeitos contrários aos esperados e almejados) e, por fim, a *iatrogênese* estrutural ou cultural em que os próprios processos culturais pelos quais os homens se organizam socialmente segundo valores, crenças e saberes compartilhados, que propiciam a compensação das debilidades e a proteção das ameaças a que estão sujeitos e dão sentido à saúde e à doença, ao sofrimento, à dor e à morte, são substituídos pela promessa ilusória que lhes acenam a técnica e o mito da medicina, de uma vida prolongada e sem dor (MELO, 2005, p. 174, grifos da autora).

Em uma outra vertente de análise, Melo (2005) relata a inauguração de um campo de imposição sistêmica de controle a partir dos próprios corpos humanos (e não só pelas racionalidades ou comportamentos). O denominado conceito biopoder, que tem na abordagem teórica foucaultiana uma das principais reverberações, também encontra solidez nos trabalhos de Merquior e Clavreul. Esse conceito diz respeito a um poder que se abate sobre o corpo individual e avança, através das estatísticas, para o corpo social, para as populações. Tem por finalidade o controle do crescimento, controle de sua estrutura e controle dos parâmetros da saúde. E sobre a Medicina e o exercício do biopoder, Melo explicita que sendo uma ciência do corpo – primeiro objeto a ser socializado e controlado pelo capitalismo, portanto, o corpo como realidade biopolítica – a Medicina é ela própria uma estratégia biopolítica.

Ainda relata que estão associadas ao nascimento da biopolítica na era moderna as estratégias de “polícias médicas” em toda a Europa, ainda que com nomes distintos, mas ancorada nas afirmações de Michel Foucault, com a mesma serventia social:

Surge, na Alemanha, ainda no século 18, como medicina de Estado, a conhecida ‘polícia médica’, na França, como medicina urbana e na Inglaterra, como medicina dos pobres, em consonância com o desenvolvimento industrial. A associação de poder disciplinar e de saber médico permite também a adequação espacial do hospital, em relação ao meio exterior, à sua organização interna (um doente por leito, manipulação do meio que o circunda, etc.), a transformação do sistema de poder (que passa a ser dos médicos) e a organização de um sistema de registro permanente, exaustivo, individualizado, que identifica, diferencia, controla, informa; permite, pois, uma prática de sujeição e produção de saber (MELO, 2005, p. 175).

Já no resgate em Jean-Claude Polack, vemos claramente um diálogo com o marxismo, em que se produz uma análise sobre a função do saber médico e de sua prática com o seguinte apontamento: serve para manter as diferenças de classe e manter a força de mão de obra para o capital. Para Polack, no século XIX, na síntese elaborada por Melo:

[...] a prática médica está irremediavelmente destinada a assumir um papel econômico e sua decadência a partir daí se associa, sobretudo, às tarefas históricas que desde então a sociedade burguesa a ela atribui, ‘cada dia mais ao serviço dos interesses da classe dominante’. Tomando os próprios textos de Marx sobre as condições da classe operária, nos meados do século 19, Polack mostra como a distribuição das doenças obedece ao perfil de classes e como suas causas residem nas condições de exploração a que são submetidos os trabalhadores, no processo de trabalho fabril. Mais, que as ações médicas implementadas, longe de representarem o cumprimento de necessidades de saúde voltadas para a proteção da vida humana, são definidas estritamente de acordo com as necessidades de manutenção e reprodução da força de trabalho. Além disto, as medidas sanitárias obviamente atendem a um tipo de cálculo que leva em conta o prejuízo que as doenças trariam para a produção (trabalhadores saudáveis têm maior produtividade) e os gastos despendidos para combatê-las – a saúde é só uma questão de relação custo/benefício para o capital (MELO, 2005, p. 176).

As contribuições da vertente marxista, como sumariado por esse importante trabalho realizado por Elza Melo, irão analisar a questão da saúde nas sociedades capitalistas, a partir das necessidades de reprodução do capital, no que tange à produção das doenças e sua distribuição. Também serão analisadas pela incorporação da atenção à saúde aos processos de exercício de hegemonia, e por fim, serão analisados por autores (inclusive brasileiros³⁴) pela criação de melhores condições para a expansão do capital, como a manutenção e reprodução da força de trabalho, a produção e realização de mercadorias do complexo médico-industrial, em especial, a mercantilização do próprio cuidado de saúde, as transferências de recursos públicos para a iniciativa privada e o desenvolvimento do setor saúde até um nível que permita o seu posterior empresariamento (MELO, 2005).

Diante desse complexo quadro analítico e crítico construído, Melo traz as possíveis contribuições de Habermas para a crítica ao campo (político) da saúde no que concerne à proposta de instalação de uma ética discursiva num solo participativo, ampliador da democracia, como se vê abaixo em pelo menos cinco campos extremamente necessários para a organização de um sistema de saúde (e seu fazer):

[...] ressaltamos a fecundidade da intersubjetividade linguisticamente mediada para pensar a organização e o funcionamento do sistema de saúde, em todos os seus aspectos, a saber, o **financiamento**, o **desenho organizativo** (modelos institucionais), a **formação de recursos humanos**, o planejamento, a **construção de modelos assistenciais alternativos** e, é óbvio, o **controle social** (MELO, 2005, p. 176, grifo meu).

No campo das práticas de saúde, especialmente naquela que a autora chama de “promoção da saúde”, afirma que as indicações da concepção de democracia participativa em Habermas, fundamentada na qualificação dos diálogos e formações de vontades mediadas pela linguagem, podem estar em três direções interligadas:

³⁴ Melo os cita e aqui atualizo as referências brasileiras utilizadas nesse debate:

AROUCA, A. S. S. *O dilema preventivista: Contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva*. 1975. Tese (Doutoramento em Medicina Social) – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 1975.

BERLINGUER, G. *Medicina e política*. São Paulo: Hucitec, 1978.

DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e sociedade*. 2. ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: Trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)Previdência social*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes-Abrasco, 1986.

POSSAS, C. A. *Saúde e trabalho: A crise da previdência social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

(1) o estabelecimento de relações de intersubjetividade abrindo o acesso ao mundo da vida dos atores sociais envolvidos [...], que, por sua vez, possibilitam concretamente; (2) a associação imprescindível entre exercício de autonomia e direito de saúde, de tal modo que todos os participantes sejam de fato autores das ações implementadas [...], gerando, em decorrência da participação nesse processo; (3) sociabilidade e laços de solidariedade capazes de se contrapor à colonização do mundo da vida (MELO, 2005, p. 176).

Enquanto há a escolha das categorias Democracia e Participação (decorrentes das formulações sobre a relação entre Estado e Direito já apontada em seção anterior) na pesquisa de Melo (2005), no trabalho desenvolvido pelos pesquisadores Julio Strubing Müller Neto e Elizabeth Artmann (2012) as categorias Mundo da Vida e Sistema são centrais para analisar a formulação, a implementação e os resultados das políticas de saúde.

Para esses autores, a interpretação que os atores sociais dão às ações de saúde (sobretudo os sujeitos em busca de ações de saúde – sejam usuários ou profissionais) está ancorada no contexto ou pano de fundo cultural em que estão inseridos, o Mundo da Vida, e o pesquisador ou profissional só terá acesso a eles por meio da interação intersubjetiva mediada pela linguagem (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2012). As práticas correntes hegemônicas de formulação e implementação de políticas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) partem do universo cultural dos gestores e profissionais de saúde em direção ao universo cultural dos grupos demandantes, sem considerar que quando grupos pertencentes a diferentes Mundos da Vida interagem, a decisão não pode ser tomada a partir dos valores e normas de um só grupo. Para os autores: “os atores sociais devem ser reconhecidos como sujeitos com valores, direitos e capacidades para agir comunicativamente” (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2012, p. 3412).

Os autores desdobram seus diálogos com Habermas apontando que a construção de uma racionalidade comunicativa, via eticidade do discurso, só pode acontecer se o saber técnico (sobretudo dominado pelo profissional) não se tornar soberano diante dos usuários dos serviços. Nas palavras do autor:

A competência técnica, atributo que gestores, planejadores e técnicos pretendem exclusivo, também deve passar pela prova da argumentação e ter questionada sua pretensão de validade, do mesmo modo que as crenças, normas e valores de todos os participantes do debate público. O reconhecimento mútuo da validade dos argumentos sobre a situação de saúde e as ações necessárias para modificá-la é condição obrigatória para legitimar e garantir a eficácia das políticas e a dos planos de saúde (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2012, p. 3412).

Por fim, dá ênfase, como também presente em Melo (2005), à construção das esferas de participação da população. Não só para a melhor “gestão do serviço”, como se costuma capitular o discurso impresso pelas gestões baseadas em metas, mas para reconstruir as relações com as demandas em saúde, redimensionando as prioridades em termos de

necessidades em saúde. E para isso, apontam que é fundamental a participação e fortalecimento das Conferências em Saúde e dos Conselhos de Saúde.

Conferências e conselhos podem ser compreendidos como públicos políticos, espaços públicos contínuos que permitem à sociedade civil e aos movimentos sociais influenciarem a agenda pública, incluindo novos temas e novas demandas como as necessidades das populações locais, práticas alternativas, saúde da população negra e indígena, dos trabalhadores rurais, entre outras. É uma proposta criativa da construção do sistema de saúde brasileiro (SUS) e espaço de deliberação democrática onde sociedade civil e representantes governamentais poderiam estabelecer relações em condições mais igualitárias (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2012, p. 3413).

A construção dos espaços de participação, como os citados acima, mais que ampliar as representações políticas, podem viabilizar o processo de construção da própria política de saúde, de modo a garantir um *continuum* quando se estabelece a relação entre as demandas sociais dos movimentos populares e o Estado (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2012).

Como não cabe a esta seção “concluir” as contribuições de Habermas à saúde, mas deixar evidentes as possibilidades de arcabouço crítico, sumário que os conceitos de participação e eticidade discursiva (ou, mais sintético ainda, capacidade dialógica), além das categorias analíticas Mundo da Vida e Sistema (que se desdobram nas análises dos processos de racionalidade e de mediação linguística), estabelecem o horizonte intersubjetivo reconstrutivo das críticas às práticas de saúde.

1.5 Possibilidades e limites da teoria habermasiana para análise das práticas de cuidado em saúde

Com Habermas é possível compreender que a colonização do Mundo da Vida nos diz das imposições sistêmicas de uma dada racionalidade cognitiva-instrumental baseadas em metas, com estruturas simbólicas burocratizadas no cotidiano das relações institucionais, com a decorrente perda de sentido e fragmentação da personalidade. A literatura da área da saúde, entrelaçada com os apontamentos sociológicos habermasianos, permite extrapolar a crítica à educação já feita por ele e incorporar os prismas analíticos à produção do agir em saúde.

Araújo (2010, [s/n]) ajuda a refletir, no que diz respeito a retomar a crítica de Habermas ao Estado Social, como se vê:

Os limites do Estado social ficam ainda mais evidentes no que se refere à sua intervenção na própria vida dos cidadãos onde visa garantir a justiça social. Se, num primeiro momento, essa atuação social do Estado representou ganhos efetivos na

qualidade de vida da população, a hipertrofia desta intervenção e a burocratização que a acompanha, com seus efeitos de tratamento impessoal, normalização e vigilância excessiva, acabaram voltando-se contra seus beneficiários.

E continua:

As formas burocráticas de administração são incapazes de atender às demandas por emancipação. Problemas sociais são tratados num viés legalista, questões calcadas na história de vida e em situações concretas são submetidas a um alto nível de abstração, tratadas de forma administrativa e referenciadas tão somente em compensações financeiras. Há uma total desconformidade entre o tipo de demanda e o serviço oferecido pelo Estado de bem-estar social (ARAÚJO, 2010, [s/n]).

Esse hiato entre as demandas e os serviços oferecidos pelas políticas públicas – e nessa pesquisa o interesse é especialmente pela saúde – revelam as distorções produzidas pelos processos de colonização que se preocupa mais com o controle populacional que em produzir interesse emancipatório.

Entretanto, o elemento contraditório nas relações da população com as suas demandas de exigências de direitos para com o Estado é a necessidade (e pedido) de expansão das redes assistenciais em políticas públicas (e que se vê notadamente na saúde). O paradoxo reside nos efeitos colaterais da chegada do Estado (Moderno – burguês) no Mundo da Vida: cada vez mais as redes assistenciais invadem a esfera privada, mais se burocratizam as relações do agir e mais se juridificam as relações com o direito a essa ação, além de monetarizar as relações (de saúde, por exemplo), quando o Estado é insuficiente e os sujeitos se veem na obrigação de estabelecer contratualidade com esses serviços.

Mas alguns elementos da teoria habermasiana são limitantes para o desenvolvimento de uma crítica baseada em uma materialidade palpável empiricamente no campo da pesquisa. Percebo que há em Habermas uma aposta altíssima no Direito como anteparo e sustentáculo das mediações entre Sistema e Estado – ou, como afirma Moreira (2004), para Habermas está no Direito “a chave para resolver o problema da integração em sociedades complexas” (MOREIRA, 2004, p. 17). O pressuposto habermasiano é que o Direito tem papel central – e a meu ver inflacionado – nas democracias modernas.

Quero dizer com isso que a consequência dessa aposta reverbera no campo da intersubjetividade e das relações sociais. Ou seja, a aposta habermasiana, não só no campo da linguagem (pragmático-formal), mas também na esfera dos componentes sociais, é normativa. A hipótese (que por vezes é tratada como fato empírico) diz de uma capacidade de se instaurar outra racionalidade (comunicativa) para o Direito, que se desenvolveu e criou suas condições de fortalecimento justamente em uma sociedade administrada por razão

instrumental. Penso que a limitação tem uma base pressuposta de que discordo: a luta social que migrou do Trabalho (como em Marx) e passa a ser pela comunicação, em Habermas, entretanto, tem o conteúdo da disputa ideológica e da luta social não evidenciado (para não dizer retirado) do processo de construção da razão comunicativa.

Aponto, ancorando-me em Lima, que um dos problemas em Habermas está na forma-ideal de sua teorização:

As proposições trazidas por Habermas apresentam-se como engrenagens para uma teoria transformadora e, como tal, está compreendida como um ideal (de tipo democrático radical) que aparece como pressuposto em sua obra: a razão universal, a liberdade, a autodeterminação, a autonomia e a emancipação.

Uma teoria que se torna possível a partir da instituição de uma ação comunicativa livre de dominação; aqui vale dizer que o pressuposto também é o fim, na medida em que essa teoria deve se preocupar tanto em investigar quanto em contribuir para a geração de condições de possibilidades dessa situação ideal (LIMA, 2008, p. 60).

Flavio Siebeneichler, no prefácio a TAC (HABERMAS, 2012a, p. xxviii), pergunta de modo fulcral: “a fundamentação da teoria do agir comunicativo sobre as bases linguísticas – de cunho pragmático-formal – não afeta seu perfil crítico?”. É uma pergunta que nem mesmo o próprio Siebeneichler se propõe a responder. Entretanto, assinala uma luz a uma crítica à própria Teoria Crítica habermasiana já que, quando Habermas propõe como horizonte a construção de uma outra racionalidade (a comunicativa), assume os riscos de não estar submetendo à crítica o seu próprio postulado.

Percebo dois riscos e aqui os exponho. Há, por um lado, um risco de uma teorização que já se orienta por um horizonte normativo, ainda que seja baseado em uma eticidade discursiva, que diz respeito à suposição prévia de condições de possibilidades de fala que podem ser livres de coerção. Como aponta Karl-Otto Apel, em crítica desenvolvida em coletânea de Luiz Moreira, há problemas no emprego da racionalidade comunicativa e sua conexão com o mundo da vida atrelando-a à neutralidade do princípio discursivo³⁵

³⁵ Na obra referida (MOREIRA, 2014), Karl-Otto Apel desenvolve em mais detalhes “a impossibilidade de uma compreensão normativamente neutra” (p. 32) indicando que Habermas presume, em sua argumentação filosófica, que a racionalidade é pressuposta desde o início como “idêntica e normativamente decisiva para ambos os lados do entendimento” (p. 41). Sobre essa arquitetura filosófica (na expressão do organizador da obra citada), que Apel desfaz a possibilidade de entendimento neutro e busca uma fundamentação última da ética, transcendentalizando-a – fato recusado por Habermas, que desenvolvia, como já dito, um pensamento formal-pragmático, baseado na discursividade intersubjetiva. Para os fins deste texto, a entrada nesse debate requereria um aprofundamento filosófico que foge ao escopo do trabalho, entretanto, a ponderação desenvolvida por Apel diz respeito à crítica aos pressupostos habermasianos. Para melhor discussão dessa temática, na obra citada, os debates realizados pelo próprio Apel encontram-se nos capítulos I, II, III e VI.

(MOREIRA, 2004). Assim, a pergunta que resta é empírica, como a natureza desta pesquisa: há, no horizonte relacional, diálogo livre de algum tipo de coerção?

O outro risco diz respeito à suposição de que apenas a racionalidade comunicativa se orienta por mediações linguísticas, de modo que a racionalidade cognitiva-instrumental se opera por meios não linguísticos (dinheiro e poder). Mas serão mesmo os meios sistêmicos evidentemente não linguísticos? Não será operada a racionalidade sistêmica por um conjunto de produções signícas e ideológicas que são também elas mesmas outro tipo de linguagem não discursivas?

Talvez o poema de Saramago (1997) com que abri o capítulo pudesse dar pistas de alguma resposta quando proclama: “Que razões são palavras, todas nascem/ Da mansa hipocrisia que aprendemos”. Mas, claro, para o intento desta pesquisa a poesia apenas alarga a crítica, não responde a dilemas epistemológicos. As perguntas presentes no último parágrafo, na verdade, ao mesmo tempo que não são respondidas, motivam-me a procurar em outras fontes teóricas as possibilidades de construção de uma pesquisa de orientação crítica. No entanto, sem abrir mão da interface das teorizações habermasianas, proponho-me a produzir um quadro teórico que não se esgote na busca do diagnóstico da contemporaneidade (especialmente no que diz respeito às práticas de cuidado à saúde) já realizado previamente, mas que compreenda os processos de linguagem como uma variação infinita de produções de mundos e que os operadores dos sistemas já estão incutidos no Mundo da Vida.

2 INTERSUBJETIVIDADE E DIALOGISMO PARA UMA CRÍTICA AOS SIGNOS IDEOLÓGICOS DO CUIDADO? POLIFONIA E MONOLOGIA NA COMPREENSÃO DOS SISTEMAS COMO LINGUAGEM

“Poesia é voar fora da asa.”

Livro das Ignorâncias – I Parte: uma didática da invenção, de Manoel de Barros (2013).

Se terminei o capítulo anterior com uma crítica ao Habermas, especialmente a uma dimensão de sua ética discursiva – as falas livres de coerções – este capítulo inicia um debate de suplementação teórica, não sem críticas, em uma perspectiva em que o conteúdo ideológico das disputas do cotidiano da linguagem possa ser admitido fazendo parte do cenário comunicativo dos sujeitos capazes de fala e ação. Essa difícil missão pode desembocar em um pantanoso caminho filosófico sobre o qual não pretendo aqui mostrar perícia. Pretendo, sim, inserir categorias teóricas que me ajudarão no estudo empírico das práticas de cuidado que, tenho sustentado, articulam-se (ou ancoram) em modos organizativos de linguagem. Isso, por outro lado, não me eximirá da necessidade de rigor epistemológico aos autores aqui escolhidos.

Neste capítulo trago as discussões empreendidas pelo marxismo não ortodoxo russo de Mikhail Bakhtin. O foco aqui será, após expor tanto o contexto de sua produção no denominado “Círculo Bakhtiniano” quanto alguns de seus apontamentos basilares e consequente filiação filosófica, apontar o conteúdo das contradições cotidianas das linguagens e seus modos de uso. Desse modo, intento encontrar algum modo possível de superar as idealizadas organizações das falas e ações humanas e pensar, assim, por outro lado, nas configurações sociopsicológicas (histórico-culturais, ou mesmo sociossemiótico como seria mais adequado em Bakhtin) que produzem o arsenal sógnico e ideológico da linguagem e como operam os seus usos.

O leitor perceberá que o texto está dividido em 5 tópicos para melhor organização das ideias e exposição dos argumentos e conceitos. A finalização desses tópicos – que usarão categorias como sentido e significado, signos e processos ideológicos de linguagem, além de dialogismo, monologia e polifonia – manter-me-á ligado à Teoria Social Crítica de Habermas e, ao mesmo tempo, tecerá conexões teóricas ao que Bakhtin denominou de uma Filosofia da Linguagem.

2.1 Bakhtin e o Círculo ou o Círculo e Bakhtin – do marxismo oriental soviético às contribuições para uma teoria da linguagem advinda da crítica literária

Compreender o que se denomina pensamento bakhtiniano significa situá-lo no tempo e espaço e situá-lo com os seus interlocutores, seus pares acadêmicos, o meio artístico com que convivia, mas também situar o momento histórico em que a Rússia (e demais países que àquela altura se confederavam em uma União Socialista) governada pelo stalinismo. Como orienta importante estudiosa de Bakhtin no Brasil, Beth Brait, em consonância ao apontado por outro estudioso bakhtiniano, Carlos Alberto Faraco, estudar os efeitos de seu pensamento é entender que ele não produziu suas obras sozinho (BRAIT; CAMPOS, 2009; FARACO, 2009). Compreender Bakhtin é mergulhar em um contexto que o beneficiou e o prejudicou, sobretudo em seu período produtivo, academicamente falando, entre as décadas de 20 e 70 do século passado (BRAIT; CAMPOS, 2009).

Desde a virada dos anos 1920, em especial entre 1924 e 1929, em um fluxo de mudanças de cidades (em Niével e Vitesbk, na atual Bielorrússia, e depois em Leningrado, Rússia), um conjunto de intelectuais, que depois passaram a ser denominados como pertencentes ao “Círculo de Bakhtin”, de diversas áreas de interesses, como Filosofia, Literatura, Ciência e Arte, estavam às voltas e efetivaram “esforço para construir uma sólida e diferenciada posição diante da linguagem e da vida, dialogando polêmica e produtivamente com a linguística, o formalismo, a psicologia, a filosofia, o marxismo ortodoxo” (BRAIT, 2016, p. 2).

No Círculo, incluem-se, além de Mikhail Bakhtin (que viveu entre 1895 e 1975), intelectuais com uma vida não tão longa, interrompida por motivos, algumas vezes, até políticos devido às perseguições stalinistas (SHCNAIDERMAN, 2005) como Valentin N. Voloshinov (1895-1936) – que por tempos teve a obra *Marxismo e Filosofia da Linguagem* atribuída à sua autoria, o que só depois foi esclarecido, como se vê no prefácio desse livro na tradução brasileira (BAKHTIN, 2014) –, Pável N. Medvedev (1891-1938), Matvei I. Kagan (1889-1937), Liev V. Pumpiánski (1891-1940), Ivan I. Sollertínski (1902-1944) e K. Váguinov (1899-1934); além deles, alguns de vida mais longa, como Maria Iúdina (1899-1970), Borís Zubákin (1894-1937) e I. Kanaev (1893-1983) (BRAIT, 2016). Entretanto, os mais famosos do Círculo e com obras mais conhecidas no Brasil são Bakhtin, Voloshinov e Medvedev.

Além de muitas polêmicas sobre as reais assinaturas e real autoria das obras, que ao longo do tempo ganha mais ou menos relevo, são destacadas aos três pertencentes do círculo acima citado algumas orientações teóricas e desdobramentos de pesquisa que, apesar de diversidade de pensamentos e orientações filosóficas, podem ser entendidas como próximas. Para Beth Brait (2016, p. 2), as ideias do Círculo:

[...] se interligam, dialogam entre si, desenhando uma concepção de linguagem, assim como as possibilidades de seu enfrentamento a partir da busca de um método sociológico singular e/ou de uma poética da prosa, de maneira a construir conhecimento linguístico, literário, filosófico, sinalizando as fronteiras que *permeiam existência e cultura, ideologia do cotidiano e ideologia sistematizada, vivência e ciência, vida e arte*, elegendo o *diálogo* (ideias e pontos de vista entre ao menos duas consciências em tensão) como sustentáculo dessa perspectiva (grifo da autora).

Percebe-se, inclusive, no texto expresso acima, uma primeira categoria teórica que parecia estar às voltas da produção do círculo: dialogismo (como dito, compreendido como pontos de vistas e ideias em tensão). E também outras categorias estavam destacadas em Bakhtin e nos demais autores do círculo, como polifonia, interação, alteridade, carnavalização, signo ideológico, gêneros do discurso, arquitetônica, plurilinguismo, autoria, ato ético, entre outros (BRAIT, 2005, 2015, 2016).

Sem cair numa escrita historiográfica, que foge ao objetivo desta seção, preciso pontuar que o contexto de emergência do que seria o primeiro círculo – já que para Brait e Campos, o Círculo Bakhtiniano mudou de configuração, modos de articulação, tematização, a partir das constantes e concretas mudanças de moradia, que, em se tratando de União Soviética, fala-se de milhares e milhares de quilômetros de extensão – acontece em 1918, em Nevel, cidade a 765 km de Moscou. Dois anos depois, em 1920, muda-se para Vitebsk, 100 km mais próxima de Moscou, justo no contexto pós-vitória da Revolução Bolchevique – em meio à expansão do ensino universitário e reconstrução de um estado operário, e também em um contexto em que a revolução dissolveu a Assembleia Constituinte, criou o Exército Vermelho, transformou o Partido Bolchevique em Partido Comunista da Rússia e promulgou a primeira Constituição soviética.

O Círculo se monta, então, em uma Rússia cujo Estado se encontra numa situação de completa pobreza da população, mergulhado em guerras civis, em uma economia que, apesar da industrialização precária, é eminentemente agrária e ainda contém resquícios de uma sociedade medieval que antes fora sustentada pelo secular czarismo (BRAIT; CAMPOS, 2009). No denominado Seminário Kantiano (nome momentâneo do grupo naquele contexto), os participantes tinham em comum uma paixão pela Filosofia e pelo debate de ideias, donde

se discutiam desde Marx e Engels, então leitura presente no contexto revolucionário, mas também se discutiam dos antigos gregos até Kant e Hegel, ou mesmo textos contemporâneos (BRAIT; CAMPOS, 2009).

Se em Nevel vê-se a primeira e em Vitebsk, a segunda fase do Círculo, é só em Leningrado (nesse momento já não mais a capital da Rússia, pós-revolução), entre 1924 e 1929, que o Círculo ganha ainda mais força (produtiva) acadêmica e escreve as principais obras, que só na década de 1960 (portanto muito tardiamente em relação à produção dos escritos) ganha os meios intelectuais europeus, e na década de 1980 as Américas, inclusive o Brasil (FARACO, 2009). Em síntese, como descrevem os estudiosos do Círculo (FARACO, 2009) e de suas histórias (BRAIT; CAMPOS, 2009), resultam dessa fase (década dos anos de 1920) quatro obras fundamentais, além de diversos outros artigos, para a compreensão do pensamento bakhtiniano:

O freudismo: um esboço crítico (1927), assinado Voloshinov; *O método formal nos estudos literários: introdução crítica a uma poética sociológica* (1928), assinado Medvedev; *Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem* (1929), assinado Voloshinov, e *Problemas da obra de Dostoiévski* (1929), de Bakhtin (BRAIT; CAMPOS, 2009, p. 21).

Quando os especialistas na biografia do Círculo apontam essa alta produção coletiva (independentemente das polêmicas das assinaturas), vê-se que o escopo da teoria ali produzida não dizia respeito apenas à crítica literária (área do conhecimento que mais se apropriou da produção bakhtiniana em um primeiro momento, na tardia transmissão da obra do Círculo), mas ao diálogo crítico, e com rigorosa construção epistemológica com formalistas, marxistas ortodoxos, ideólogos, psicólogos e psicanalistas. Quero dizer que o Círculo, mesmo se dedicando com ênfase à poética sociológica, constrói uma filosofia da linguagem e da cultura - ou uma metalinguística ou translinguística (FARACO, 2009) -, inaugurando uma concepção nova ao confrontar os estudos à linguagem, quer literária, cotidiana, visual, musical, corporal, científica (BRAIT; CAMPOS, 2009), o que justifica sua interface neste estudo.

Mesmo com a dissolução do Círculo em 1929³⁶, o que há de novidade teórica nesse conjunto de autores, e ainda mais especialmente em Bakhtin, ainda que se assumindo no

³⁶ Brait e Campos (2009, p. 22) relatam a dissolução membro a membro do Círculo: “Bakhtin foi preso em 24 de dezembro de 1928, muito mais por seu vínculo com a tradição ortodoxa – por sua ligação com a Ressurreição, organização religiosa não oficial – que por suas posições políticas. Devido ao agravamento da osteomielite, foi hospitalizado em 1929. O exílio em Kustanai, em 1930, coincide com o momento em que o Círculo se

programa de pesquisa dialética, conforme vê-se em Bakhtin (2014), é na concepção dialógica (ética e estética) da natureza humana que, com isso, haverá um direcionamento dos seus escritos para a linguagem humana a partir das dinâmicas concretas, fincadas na história, expressas nos signos culturais.

Apesar de essas categorias e outros conceitos serem o foco da próxima seção, à guisa de considerações conceituais que dizem do delineamento histórico aqui tecido, o que quis demonstrar foi que a produção do Círculo, e especialmente de Bakhtin, inaugurou uma preocupação com a linguagem, com um largo fundamento filosófico, e respondia a questões de seu tempo, mas, mesmo hoje, quase um século depois, continuam atuais e relevantes.

A grande preocupação de Bakhtin ao criticar a linguística da virada do século XIX para o XX foi de, como sintetiza Freitas (2005), mostrar de modo fulcral a relação da linguagem com a realidade, enraizando-a na existência histórica da humanidade. Ao fazer isso, e explícito com as operações conceituais e teóricas que fundamentam seu pensamento na próxima seção, Bakhtin reitera seu compromisso com a vida concreta, e não uma forma qualquer idealizada. Resume Freitas (2005, p. 312):

A comunicação verbal [e não só verbal] para ele não pode ser compreendida fora de sua ligação com a vida concreta. Assim, Bakhtin acrescenta ao aspecto meramente linguístico o contextual, necessário para a presença da dialogicidade. O enunciado se

dispersa e seus membros seguem diferentes destinos: Voloshinov, Medvedev, Sollertinsk, Kanaev e Pumpianskii permanecem em Leningrado, lecionando em diferentes lugares. Zubakin foi preso e exilado no norte da Rússia. Iudina é demitida do conservatório de Leningrado e vai atuar como ‘professora Geórgia’”. Para maiores detalhes sobre a interface da Rússia e o contexto de emergência e produção intelectual do Círculo Bakhtiniano, além de outros desdobramentos e debates sobre a produção intelectual do Círculo, sugiro não só o capítulo já citado (BRAIT; CAMPOS, 2005), mas o livro a seguir: BRAIT, Beth (Org.). *Bakhtin e o Círculo*. São Paulo: Contexto, 2009.

Entretanto, uma outra versão dos fatos é narrada por Maria Henriques (2007). Para a autora, devido à linha epistemológica (e política) seguida pelo Círculo – derivada não de Lenin e Plekhánov (militante que influenciou o pensamento de Lenin), mas uma constituição própria de interpretação marxista, divergente daquilo que Stalin havia compreendido e imposto como “doutrina” do marxismo de uma só corrente – resultou na perseguição também política da ditadura stalinista. Nas palavras de Henriques (2007, p. 359), o rico relato: “Convém recordar que na década de 20 do século passado, o legado Lenin-Plekhánov tornara-se meramente instrumental, pela ação incisiva de Josif Vissarionovetchz (Stalin) que eliminara os opositoristas da esquerda e da direita (bolcheviques e mencheviques) no debate sobre as orientações político-partidárias e econômicas marxistas. Na década subsequente (1931) Stalin expurga os grupos opostos de mecanicistas (partidários das ciências naturais como fundamento da concepção do mundo marxista) e de seguidores de Alexander Deborin, assentados na ortodoxia de Plekhánov. Se Bakhtin houvesse endossado Lenin e Plekhánov ele e seu Círculo não teriam sido perseguidos sob o Diamat (doutrina ‘filosófica’, dogmatismo não marxista) exposto por Stalin em História do Partido Comunista da União Soviética: curso abreviado (1938). O marxismo tornara-se doutrina, um conjunto divulgador dos preceitos stalinistas sobre ciências, política, artes, economia entre outros”.

produz num contexto que é social, portanto é sempre um diálogo, uma relação entre pessoas.

Assim, o programa de pesquisa, suas reflexões e propostas, dizia do compromisso também de desvendar as relações entre a realidade e a construção das representações dessa realidade no interior da atividade mental dos indivíduos. Mais que isso, ao estudar a linguagem, entendendo-a não como uma produção intra-mental, mas social, conseguiria compreender os processos de construção social da realidade – ao passo que os efeitos de seus apontamentos foram, posteriormente, percebidos não só na Psicologia, mas na Antropologia, Sociologia, Literatura, e outras áreas das Ciências Humanas e Sociais, como anteriormente anunciado.

2.2 A construção de uma filosofia do ato responsável como fundamento para uma teoria dialógica da linguagem

Com o percurso histórico apresentado acima, avanço no aspecto filosófico mais caro ao Bakhtin. Para isso, julgo fundamental neste tópico discutir sobre as articulações de fundamentações teóricas em Bakhtin – mas começando não pelo “usual” em sua obra (as obras que primeiro chegaram ao conhecimento dos leitores no Ocidente, como *Marxismo e Filosofia da Linguagem*, *Estética da Criação Verbal*, *Problemas da Poética em Dostoievski* etc.). Em termos de introdução de seu pensamento, irei expor alguns apontamentos de seu escrito – só postumamente publicado (apenas em 1986), mas entendido pelos estudiosos de sua biografia e das traduções do russo (Katerina Clark, Michel Holquist e Caryl Emerson) como escrito no início de sua carreira intelectual – que ocupa, depois ficou claro, papel matricial em sua obra (AMORIM, 2015, FARACO, 2009): trata-se do *Para uma Filosofia do Ato* ou *Por uma Filosofia do Ato Responsável* (PFA)³⁷. Ao final desta seção, além de sumariar os constructos teóricos que darão fundamentos à teoria dialógica da linguagem, advindos da PFA (BAKHTIN, 2010), faço já algumas discussões sobre interfaces da Teoria da Linguagem com apontamentos sobre a Teoria Social Crítica.

³⁷ A edição em que Amorim utiliza o nome do livro é mais próxima à tradução espanhola, que se nomeia “Hacia filosofía del acto”. A versão em português a que faço referência está contida em Bakhtin (2010) como “Para uma Filosofia do Ato Responsável”, cuja tradução é de Valdemir Miotello e Carlos Alberto Faraco. Para unificar essas duas traduções para o mesmo livro, utilizarei a sigla “PFA”.

Curiosamente, como nos alerta Beth Brait (2016), PFA é o único trabalho em que a linguagem não é tematizada centralmente, o que é um fato estranho ao leitor de Bakhtin devido à sua obra voltada para o campo da Literatura (embora seus efeitos não sejam só nela, como já descrito). Seria muito mais uma obra ligada aos efeitos éticos e estéticos de seu pensamento do que qualquer outro atravessamento, adverte Faraco (2009). Mas esse mesmo autor aponta que é a construção do pensamento exposto nessa obra que fundamenta o que seria sua perspectiva de linguagem, posteriormente, na medida em que formula alguns apontamentos que serão perenes no autor russo. São eles (FARACO, 2009, p. 18):

- à questão da unicidade e eventicidade do Ser;
- ao tema da contraposição eu/outro;
- e ao componente axiológico intrínseco ao existir humano.

A obra (considerada inacabada, diga-se de passagem) foi produzida na denominada primeira fase da participação de Bakhtin no círculo (1920, mais precisamente) e é considerado um dos mais difíceis do conjunto da obra do autor, já que é composto por teor altamente filosófico. Inclusive, para comentaristas como Amorim (2009) e Costa (2005), e o próprio tradutor da obra (FARACO, 2009), uma clara interface de Bakhtin com o pensamento (neo)kantiano – influente em seu meio à época, nas universidades russas.

O objetivo dos escritos diz respeito à construção de uma “arquitetônica da existência”, uma filosofia moral, primeira, fundamentada em categorias que apontam sua teorização como centrada na “vida como ela é”, na existência e no “acontecimento como tal”, no “evento” (“eventicidade”) e no mundo vivido, no “ato ético e estético” – diferenciando-se do que seria, na análise de Bakhtin (2010), típico das sistematizações abstratas características da maioria das filosofias da época (AMORIM, 2009; BRAIT, 2016).

A aposta nesse escrito é trazer a relevância da obra *Para uma Filosofia do Ato* (PFA), como no sentido apontado por Brait (2016), já que nela se apresentam elementos epistemológicos que ajudam a compreender suas obras posteriores, a postura ética e estética, assim como os conceitos centrais que regem a perspectiva dialógica da vida e da linguagem. Ou seja, a linguagem, ao entender o PFA, ganha outros contornos e robustez epistemológica.

E qual seria, na proposta bakhtiniana, já que objeto central de análise no PFA, uma filosofia moral? Amorim³⁸ (2009) comenta assim a resposta de Bakhtin: seria o mundo no qual se orienta o ato sobre a base de sua participação singular no ser. Está na moral o mundo dos nomes próprios, desses objetos e datas cronológicas particulares da vida (AMORIM, 2009).

Bakhtin (2010) afirma existir um dualismo teórico entre o mundo da teoria (uma razão teórico) e o mundo da vida (“o único mundo em que cada um de nós cria, conhece, contempla, vive e morre”, BAKHTIN, 2010, p. 43). Eles não se comunicariam porque o pensamento teórico se afasta do singular, ao fazer abstração da vida, e o mundo da vida é a unicidade e eventicidade inapreensível teoricamente. Para Faraco (2009), Bakhtin (2010) será um crítico contumaz do racionalismo. Racionalismo esse cujas características são: interesse pelo universal e jamais pelo singular; interesse pelo geral e jamais pelo evento; interesse pelo sistema e jamais pelo ato individual. Em síntese: “incomoda-o a ideia de sistema em que não há espaço para o individual, o singular, o irrepetível, o evêntico” (FARACO, 2009, p. 20).

O debate proposto em Bakhtin (2010), ao longo do PFA, aprofunda-se quando o autor questiona qual a ética de um pensamento. Ou ainda, como nas palavras de Amorim (2009, p. 21): “em que condições um pensamento teórico pode ser ético”? Diante desses questionamentos, Bakhtin produz uma intrincada trama conceitual que acaba por diferir dimensões (diferentes, mas complementares) do que seria a verdade – haja vista que do conteúdo do pensamento podemos e devemos exigir que seja verdadeiro, mas, ao mesmo tempo, isso não garante sua eticidade. Essas dimensões da verdade são definidas, como no próprio russo, como *istina* e *pravda*³⁹.

³⁸ É possível recorrer a traduções dessa obra em inglês, espanhol e francês, de modo que não há ainda uma tradução para o português vinda diretamente do Russo. Brait (2016) sistematiza as traduções do russo com as seguintes referências:

1. *Toward a Philosophy of the Act*. Transl. & Notes by Vadim Liapunov; Ed. by V. Liapunov & M. Holquist. Austin: University of Texas Press, 1993.
2. *Hacia una filosofía del acto ético*. De los borradores: Y otros escritos. Trad. T. Bubnova; Coment. I. Zavala y A. Ponzio. Barcelona: Anthropos; San Juan: Universidad de Puerto Rico, 1997.
3. *Pour une philosophie de l'acte*. Trad. G. C. Bardet; Préf. de S. Bocharov; Annotations de S. Averintsev. Lausanne: L'Age d'Homme, 2003.

A obra de Bakhtin aqui referenciada é o debate feito por Amorim (2009) a partir desta última – a tradução francesa. Como já afirmei antes, por outro lado, a minha versão do próprio texto do Bakhtin que o cito aqui é traduzido por Faraco (BAKHTIN, 2010).

³⁹ Apesar de discutido, em alguma medida, o conceito nesta seção, trago aqui as questões de tradução do termo do russo, como trazido por Amorim (2009), dialogando com a tradutora francesa da obra original de Bakhtin. Na literalidade de sua citação, a tradução francesa, no que diz respeito à expressão *istina*, que em francês seria intraduzível: “Florensky indica que, na sua proximidade linguística com o verbo ser, ‘a acepção russa da

É na distinção dessas duas possibilidades de verdade que reside a possibilidade ética do pensamento enquanto ato. Se por um lado temos as pretensões de verdades universais como significadas por *istina*, em *pravda* temos a verdade singular para o sujeito. Mas, salienta-se, *pravda* e *istina* não se opõem, e sim se completam, já que o conhecimento abstrato, dotado apenas de *istina*, é um conhecimento parcial, de modo que o conhecimento teórico é o aspecto técnico do conhecimento último. Portanto, a inclusão responsável na singularidade (do total ao singular) é o que constitui a verdade da situação e que dota o conhecimento daquilo que é absolutamente novo e que nunca irá se repetir (AMORIM, 2009).

Só o ato de pensar, e não seu conteúdo propriamente dito, garante o destino ético da produção de verdades. Dito de outro modo, é o próprio pensar enquanto ato que garante a assunção da condição de leitor do mundo e se posiciona, inseparavelmente, como produtor/criador do mundo e pertencente a uma realidade já dada – pois no pensar o sujeito é convocado. É o pensar em ato que responsabiliza o sujeito pelo conteúdo do pensamento (AMORIM, 2009).

Em uma citação longa, mas emblemática e representativa, a trama entre pensamento (em ato), as dimensões da verdade e a ética são expressas por Amorim (2009, p. 22):

[...] a verdade do conteúdo de uma teoria diz respeito às leis universais e a um universo de possibilidades. E a essa forma de verdade, Bakhtin atribui o termo russo *istina*. Já a ética de uma teoria ou de um pensamento teórico (filosofia ou ciência) diz respeito ao ato de pensar essa mesma teoria. (Pensá-la enquanto seu autor ou criador e também enquanto leitor que a adota e que a ela adere.) O ato de pensar é sempre singular e diz respeito a um sujeito único. Somente o ato de pensar pode ser ético, pois é nele que o sujeito é convocado. Enquanto abstração, o único dever da teoria é ser verdadeira. Mas o próprio dever de buscar a verdade, aquilo que me obriga a pensar veridicamente enquanto estou pensando, não decorre do conteúdo do pensamento, mas do ato de pensar (grifos da autora).

verdade [*istina*], fixou nela própria a noção de realidade absoluta: *istina* é o que é, o que existe verdadeiramente [...] por oposição ao que é ilusório, aparente, não-real, sem permanência. A língua russa marca na palavra *istina* o aspecto ontológico dessa ideia. *Istina* significa também uma autoidentidade absoluta, uma exatidão, uma autenticidade absoluta'. [...] *Istina* se aplica à verdade teórica, matemática, filosófica. O próprio Bakhtin sublinha aqui [e na sequência do texto] a diferença de sentido dos dois termos designando a verdade em russo, com sua implicação filosófica" (AMORIM, 2009, p. 25). E sobre a expressão *pravda*: "é um dos dois termos significando verdade em russo. Em russo moderno, ele se emprega notadamente quando se trata de verdade ligada aos fatos ou da verdade própria a cada um. Antes, essa palavra significou 'direito', 'justiça'. Esse sentido de 'justiça', 'equidade', 'justo', permanece vigorando até o início do século XX, notadamente nos textos filosóficos. Ele subsiste em certos empregos particulares e a título de conotação" (AMORIM, 2009, p. 24).

No que diz respeito ao papel da teoria e sua ética que se faz no ato (responsável) de pensar, continua:

Uma teoria verdadeira, ao virar ato, isto é, ao ser pensada por alguém singular e único, vira ética. E pode, assim, completar sua verdade universal com a verdade singular a que Bakhtin chama de *pravda*. Somente assim completada, a palavra da teoria se torna plena. O conhecimento sem ato é um dado abstrato e parcial. Para que um conhecimento seja pleno é necessário que alguém o pense. O ato é o movimento do pensamento, é o seu vir-a-ser (AMORIM, 2009, p. 22).

Para compreender por inteiro as dimensões de ética e verdade no pensamento, é preciso também compreender a concepção sobre *ato* em Bakhtin (2010) na PFA – tantas vezes grifada acima. Ato, para Bakhtin, é radicalmente diferente de ação. A ação pode ser definida como um comportamento qualquer, inclusive podendo ser uma atividade mecânica ou impensada. O ato, por outro lado, é responsável (no sentido ético já acima apontado) e assinado (único e singular). Ou seja, o ato exprime “o sujeito que pensa um pensamento assume que assim pensa face ao outro, o que quer dizer que ele responde por isso” (AMORIM, 2009, p. 23). O contrário, a não assinatura e não responsabilização, expressa a ação.

Ato e ética caminham juntos no pensamento: o ato é gesto ético no qual o sujeito se revela e se arrisca inteiro, de modo que se pode dizer que ele é constitutivo de integridade. O sujeito se responsabiliza inteiramente pelo pensamento (AMORIM, 2009).

Já o ato de pensar um pensamento é necessário não por uma necessidade lógica (de modo que não é o conteúdo em si que conduz a pensamento-ato), mas por uma necessidade ética, que Bakhtin designa por um termo específico: *nuditel'nost'* (palavra advinda do russo, mas que é um neologismo bakhtiniano) – aqui utilizado como o neologismo, proposto por Amorim (2009), “*necessitância*”⁴⁰.

A partir do conceito de *necessitância* do pensamento, de um modo aparentemente dialético, Bakhtin pode anunciar as instâncias do “dever” e do “ser” do pensamento. O “ser”

⁴⁰ A respeito dessa tradução do russo para o francês e da tradução aqui importada, Amorim descreve essa escolha no trecho seguinte, dialogando com a tradutora da obra original russa: “diz a nota da tradutora [sobre o termo *nuditel'nost'*]: ‘termo inusitado no russo moderno que significa constrangimento ou obrigação proveniente de uma convicção interior (e não de um constrangimento forçado) e que tem uma dimensão dinâmica de operatividade’. Para a tradução francesa, ela criou o neologismo *nécessitance*, que se distingue da palavra *nécessité* (necessidade). Em português, precisaríamos então de algo semelhante que evocasse necessidade e que ao mesmo tempo se diferenciasse dela. A criação de um neologismo em texto de tamanha importância é tarefa complexa que deixo para nossos tradutores brasileiros da língua russa e conhecedores de Bakhtin. A título apenas provisório, proponho utilizar aqui o termo *necessitância*, que tomo obviamente emprestado do neologismo francês” (AMORIM, 2009, p. 23).

do pensamento como categoria, ouso dizer, ontológica preocupa-se, como em *istina*, com o sujeito universal; o “dever” como categoria imanente revela as condições de possibilidades do sujeito, sendo assim, correlata a verdade em *pravda*.

Em duas últimas citações longas, que peço licença ao leitor, a releitura de Amorim (2009) me parece clara no que diz respeito a explicitar o ser e dever do pensamento e também a elucidar o solo do que mais à frente na obra de Bakhtin (e sobretudo exposta na seção posterior, neste capítulo) será compreendida como a formação semiótica das interações linguísticas, culminando nas célebres categorias como o dialogismo, signos ideológicos, e construção semiótica da mente. Nas palavras da autora, o ser do pensamento:

[...] é dado pelo seu conteúdo e obedece ao princípio de identidade: revela algo que é uno, idêntico a si mesmo e que é indiferente às singularidades dos sujeitos. Mas o ser universal e idêntico a si mesmo que revela a teoria é o ser possível. Já o dever do pensamento é a adesão irrevogável do sujeito singular que promove assim sua participação no ser. O sujeito singular que pensa um pensamento participa do ser universal e idêntico completando-o e atualizando-o exatamente com aquilo que não é idêntico nem repetível: o ser real no acontecimento único do ato de pensar. A *necessitância* de um pensamento é o que me diz que eu devo pensá-lo e que não posso não pensá-lo (AMORIM, 2009, p. 23).

E segue na descrição do “dever de pensar”, apontando sobre ele que a:

[...] impossibilidade de não pensar são dados pela posição que ocupo em um dado contexto da vida real e concreta. Desse lugar, que somente eu ocupo, o que vejo e o que penso são da minha responsabilidade. Ninguém mais pode pensar aquilo que penso. Ninguém mais pode prestar contas da minha posição e realizá-la, por isso não existe nenhum álibi para que eu não pense e não assumo o que penso. Do meu lugar concreto e único, o pensamento e o ser que ele exprime adquirem um valor, uma entonação e deixam de ser uma mera abstração (AMORIM, 2009, p. 24).

Assim volto à questão da assinatura do pensamento já que, nesse caminho ético, é imprescindível como pensamento-ato que se responsabiliza. Apropriado da discussão supracitada (sobre ser e dever do pensamento), pode-se dizer que é o compromisso com a singularidade e com a participação no ser. Assinar significa não se furtar, não se subtrair daquilo que seu lugar único permite ver e pensar, além de, concomitantemente, também inscrever na relação de alteridade: é confronto e conflito com os outros sujeitos – e não só produção de consensos ou dialogia sem tensão. Por fim, mais uma vez nas palavras de Amorim (2009, p. 25), “pode-se dizer que a assinatura em Bakhtin é o atestado da passagem do sujeito por um dado espaço-tempo: ser real e concreto que se apropria de seu contexto, assumindo-o em ato”.

A partir da discussão sobre assinatura, na obra PFA, começa a se delinear com mais clareza o que seriam as bases epistemológicas da discussão da linguagem em Bakhtin.

Dados os fundamentos que dão base teórica a suas discussões, Bakhtin (2010) se pergunta: é possível teorizar o ato? A resposta, conforme comenta Amorim (2009, p. 27), é: “não, porque ele é da ordem da singularidade e do vivido e a teoria é justamente aquilo que é indiferente ao que o sujeito pensa”. Está aí implícita, portanto, uma primeira formulação bakhtiniana da natureza da linguagem e da potência do dizer.

Nos termos já abordados, é como se ele afirmasse que a linguagem é muito mais adaptada ao que se entende por verdade em *pravda* que em *istina*. Com essa afirmação, valho-me de Costa (2005) para afirmar que, nesse instante, coloca-se sobremaneira a herança neokantiana, de algum modo de vertente marxista, do primeiro Bakhtin. Explico-me: segundo a autora Iná Costa, as leituras profundas que o autor russo fez de Kant deixaram marcas filosóficas em sua obra, especialmente em PFA. Ela relata: “da *Crítica da Razão Pura* Bakhtin acata a distinção entre *fenômeno* e *coisa-em-si*, que pressupõe a distinção entre *entendimento* e *razão* e seu principal resultado: a distinção entre *ciência* (obra do entendimento) e *metafísica* (obra da razão)” (COSTA, 2005, p. 280, grifos da autora).

Continua a explicação, lembrando a filosofia kantiana e dialogando com Bakhtin, com um longo trecho:

Fenômeno é tudo aquilo que percebemos determinado no tempo e no espaço e por isso pode ser conhecido cientificamente. Portanto, pode-se dizer que o campo cognoscível é constituído pelos fenômenos. Bakhtin não está interessado na parte da filosofia que cuida disso, a teoria do conhecimento, campo preferencial dos seus colegas neo-kantianos, nem nos problemas de demarcação entre ciência e não-ciência, campo de eleição de quem cuida da filosofia da ciência. Quanto a coisa-em-si, esta só pode ter uma ‘definição’ relativa ou negativa: é tudo aquilo que, não sendo fenômeno, portanto não determinado no tempo e no espaço, ainda assim, se apresenta de maneira irrecusável à nossa razão. Exemplos desses objetos, que depois Kant vai chamar de supra-sensíveis, dos quais a razão sempre se ocupou, mesmo sem se dar conta de que não são fenômenos: Deus, a liberdade, a alma e sua imortalidade. A solução kantiana para os problemas criados pelo interesse da razão por coisas-em-si é a distinção entre ciência e metafísica (COSTA, 2005, p. 280-281).

Temos, assim, na ciência, conhecimentos sobre fenômenos e, na metafísica, um saber que, não sendo científico, é, entretanto, superior à ciência – o que resulta tão discutida questão acadêmica sobre a divisão do trabalho intelectual entre o filósofo e o cientista, atrelando lugar superior ao primeiro, numa certa leitura de Kant. E continua Costa, afirmando que entre outros argumentos em favor da superioridade da metafísica (ou, simplesmente, da Filosofia), o mais interessante é o que afirma que o saber racional não só corresponde aos interesses superiores da *razão* como ainda é o interesse dessa mesma razão que determina o interesse do *entendimento* em sua produção científica (COSTA, 2005).

Essa seria então a base (que em *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* apareceria primariamente e se consolidaria em *Crítica da Razão Prática*) para compreender o ser humano como ser dual: ou seja, ao mesmo tempo em que é parte dos fenômenos – justamente por ser um animal como qualquer outro –, é parte também das coisas-em-si – já que dotado de razão, e isso o faz um ser livre (que pode ir de encontro, inclusive, com as próprias “leis da natureza”) (COSTA, 2005). É esse estatuto que garantiria ao ser humano, em Kant, construir-se na relação com a natureza, mas se contrapor a ela e, mais que isso, garante que se funde uma ciência que não mais aceite o positivismo em que se transpõem os métodos das ciências naturais para as humanas.

Além disso, um último elemento que tomamos emprestado da leitura de Costa sobre Kant diz respeito ao imperativo categórico. Afirma a autora:

[...] como a liberdade é coisa-em-si, supra-sensível, o que dela conhecemos são apenas as suas manifestações, sendo que a superior é a sua própria regra, qual seja, o imperativo categórico: só devo agir quando a regra desse ato for possível de universalização. Para dizer o mesmo de outro modo, qualquer ação que eu pratique deve ser julgada por essa regra e ela só será considerada uma ação livre, desinteressada, se eu não estiver reivindicando (ou praticando) um privilégio, pois privilégios por definição não podem ser universais (COSTA, 2005, p. 282).

Em capítulo anterior, já discuti a crítica habermasiana ao imperativo categórico kantiano e expus a virada linguística de sua proposta sociológica, propondo uma ética discursiva (como um imperativo ético intersubjetivo). Aqui destaco que sua virada filosófica da linguagem, ainda que de cunho analítico marxista (como está exposto em detalhes na seção seguinte), a intenção é a elevação da linguagem de sua categoria fenomênica (científica) para um entendimento orientado pela razão, cuja crítica ao positivismo estará evidente.

Costa (2005) ainda afirma que o limite de Kant é o início das críticas propostas em Bakhtin. Para a autora (COSTA, 2005, p. 285), “o primeiro restringiu severamente as pretensões metafísicas da razão teórica, incapaz de, com os limitados recursos do conceito do entendimento, pensar adequadamente o âmbito do supra-sensível (domínio exclusivo da razão prática e da imaginação estética)”. A autora afirma que já Bakhtin estabelece os limites da Linguística, mas qualifica as investigações científicas dos fenômenos, contanto que não perceba que o domínio da ciência é capaz de esgotar a estética; pelo contrário, aí se encontra o limite.

Com os apontamentos da interface do pensamento bakhtiniano ao kantiano, posso retomar PFA, no diálogo com a comentadora Marília Amorim (2009), e desdobrar a base linguística do pensamento do primeiro autor. Com a discussão de *pravda e istina*, alertei que a

linguagem é mais adaptada à primeira. Com isso, outra dedução é possível: a linguagem teórica e abstrata (como se pudesse ser a coisa-em-si) não é uma linguagem natural e plena (como se fosse apenas fenomênica). É mediadora dos dois campos, embora só adquira sentido nos processos singulares.

Já no ato se mobiliza a palavra plena: “seu aspecto de conteúdo de sentido (a palavra-conceito), seu aspecto palpável-expressivo (a palavra-imagem) e seu aspecto emotivo-volitivo (a entonação da palavra)” (BAKHTIN *apud* AMORIM, 2009, p. 27). Esta última, inclusive, (a entonação) será a marca linguística do valor (discutida em mais ênfase na seção seguinte, neste capítulo) e será responsável pela dimensão ética na produção das condições e realizações da linguagem e comunicação.

O conhecimento verdadeiro somente se torna pleno se for válido: essa é a pretensão epistemológica das categorias correlatas à verdade (*pravda* e *istina*) que em Bakhtin ajudam a compreender que só é válido aquilo que está inserido em um contexto – pois só assim se inclui o sujeito concreto e histórico que pensa o conhecimento contido no pensamento. Para elucidar essa síntese, o texto bakhtiniano em literalidade:

No interior do sistema, cada componente dessa unidade é logicamente necessário, mas o próprio sistema no seu todo somente é possível relativamente; somente em correlação comigo – que penso ativamente – e enquanto *ato* do meu pensamento responsável que um tal sistema participa da arquitetônica real do mundo vivido como um dos seus constituintes; somente assim ele se enraíza na sua singularidade real, válida no plano do valor (BAKHTIN *apud* AMORIM, 2009, p. 28).

A questão em PFA também gira em torno do “sentido do pensar”, e não só do sentido do pensamento. Isso porque está contida em Bakhtin, nessa obra especialmente, uma preocupação não só sobre o objeto (conhecimento e pensamento), mas sobre o sujeito. Pode-se dizer então que a reflexão filosófica leva ao sentido, inseparável, *do* e *de* pensar (AMORIM, 2009). Como comenta Amorim (2009, p. 33, grifos da autora), é “preciso reconhecer um *conhecimento* como meu, como algo que diz respeito ao meu lugar e que, portanto, me leva a assiná-lo”.

O sentido do pensamento expressa-se notoriamente quando o autor reflete que o modo como a cultura (seja no pensamento, seja na arte), que em si é diferente de mim, torna-se necessária (como no conceito de *necessitância* já abordado) para mim, inseparavelmente, precisa de mim para não ser abstrata e inerte – para assim renascer incessantemente e atualizar suas possibilidades. É justamente a articulação entre o reproduzível e idêntico-a-si na busca de algo da existência singular que dá sentido ao pensamento: e isso se produz no ato de pensar (AMORIM, 2009).

Assim como nos filósofos críticos (já demonstrados no primeiro capítulo), Bakhtin havia antecipado críticas, por meio da Filosofia do Ato (Responsável), à técnica e também ao que ele chamou de pensamento tático. Quando Amorim (2009, p. 39) reitera a diferença entre ato e ação, essa questão fica clara em Bakhtin:

A ação pode ser técnica ou tática: enquanto técnica, ela resolve questões práticas e imediatas concernentes aos objetos e aos instrumentos de nossa sobrevivência cotidiana; enquanto tática, ela é armadilha e meio de combate para vencer o outro. A técnica é pragmática e escapa ao domínio da ética. A tática transgride a ética, pois todos os meios são bons para garantir a vitória. A ação não é responsável, não tem assinatura, ao contrário, nela posso justamente visar apagar minha singularidade, fundir-me/confundir-me no que fazem e pensam os outros.

O limite ético da ação, ao contrário do ato, é a retirada do sujeito do processo do pensamento, assim como a orientação desse agir que diz respeito à preocupação com os fins, sem a responsabilidade da assinatura que se produz no meio (portanto, com alguma correlação entre seu pensamento e aqueles apresentados na crítica à racionalidade moderna na Teoria Crítica alemã).

A própria Amorim (2009, p. 40) comenta, de modo a produzir semelhanças à crítica à Razão Instrumental contida em Habermas – como vemos na TAC (HABERMAS, 2012a) –, que numa leitura adequada da PFA bakhtiniana sobre os processos contemporâneos e tensões com as racionalidades modernas, é possível dizer: “sem *pravda*, há como que uma desfiguração ou desumanização de *istina* em que a eficácia se torna o único critério de valor”. Ainda discorre que, tal como o mundo da técnica – “que conhece sua lei imanente, à qual ele se submete no seu desenvolvimento inexorável” –, os instrumentos (podemos dizer tanto os culturais como os tecnológicos) se aperfeiçoam segundo sua lei interna, tornando-se uma força “amedrontadora, perigosa e destrutiva a partir do que era inicialmente um meio de defesa razoável” (AMORIM, 2009, p. 40). Tudo o que é técnico, se desligado da unidade singular e abandonado ao livre curso da lei imanente de seu desenvolvimento, pode apontar a um caminho do desenvolvimento do pensamento e do conhecimento que é terrível (AMORIM, 200) – sem o sujeito, sem assinatura, sem responsabilidade, sem ética.

Sumariei, então, com a apresentação do Círculo e, logo em seguida, com a apresentação (ainda que sintética) da obra originária do braço filosófico da teoria bakhtiniana, esboço dos fundamentos da Teoria da Linguagem do autor russo. Na concepção filosófica que se orientará pelo marxismo – como será visto na próxima seção – e que teve por inspiração algumas tematizações já incluídas no pensamento kantiano, apresentei seu sistema dual em que se regem as relações que são importantes para ele, como afirma Brait (2016): as

(problemáticas) oposições vida e cultura, concreto e abstrato, unidade e unicidade, vida e arte, real e possível, singular e universal, repetível e não reproduzível, indiferente e valorado (não indiferente), constituídas a partir de uma leitura das tensões, no limiar, na fronteira.

2.3 Da filosofia marxista da linguagem ao papel da função ideológica dos signos

Diante do histórico debate do Círculo (BRAIT, 2005, 2009, 2016) e de uma apresentação de alguns fundamentos filosóficos subjacentes à obra bakhtiniana (PFA, especialmente) e sua (tardia) descoberta (por parte dos especialistas no autor) sobre as interfaces com um “neokantianismo marxista” (COSTA, 2005), sigo agora um panorama das categorias e conceitos necessários para entender seu pensamento. Como anuncia o título da seção, sigo da obra central, de cunho eminentemente marxista, para a compreensão do dialogismo (perpassado pela dialética) até os conceitos de palavra, significação e signos. O que quero é expor uma possível apropriação crítica de uma crítica ideológica aos processos de linguagem.

Em *Marxismo e Filosofia da Linguagem* (MFL), encontra-se Bakhtin⁴¹/Voloshinov, em sua etapa intermediária de produção no Círculo, com o que há de mais contundente e expresso de sua interface com o pensamento materialista histórico-dialético. A grande questão produzida por esse escrito é a compreensão da linguagem como fenômeno sócio-ideológico e, para tal, propõe um método sociológico para as ciências da linguagem. Ou, em outras palavras, parafraseando o próprio autor, esboça as orientações de base que uma reflexão aprofundada sobre a linguagem deveria seguir e, por consequência, os procedimentos metodológicos a partir dos quais essa reflexão deve ser estabelecida para abordar os problemas no campo da linguagem em sua concretude (BAKHTIN, 2014). Ou ainda, nas palavras do próprio autor:

A única maneira de fazer com que o método sociológico marxista dê conta de todas as profundidades e de todas as sutilezas das estruturas ideológicas ‘iminentes’

⁴¹ Apesar de aqui já ter sido comentado sobre os problemas de autoria (como denomina Faraco, 2009, “o mistério da autoria”) atribuídas à algumas obras do Círculo, especialmente ao *Marxismo e Filosofia da Linguagem* – debatida em mais detalhes a partir de agora, e que fora inicialmente autoria conferida à Valentin N. Voloshinov –, na tese a autoria será referenciada, nessa obra em específico, a Bakhtin/Voloshinov (BAKHTIN, 2014) exclusivamente por facilitar a indicação dos pensamentos dessa obra ao Círculo. Entretanto, comungo da postura crítica de Faraco (2009) em que o respeito à autoria dos livros originais é necessária haja vista as polêmicas que por tantos anos perseguem o grupo associado ao Bakhtin.

consiste em partir da filosofia da linguagem concebida como *filosofia do signo ideológico* (BAKHTIN, 2011, p. 39, grifo do autor).

Para o objetivo proposto nesta seção, trazer o entendimento da linguagem como produção inseparável de relações sócio-históricas e de capturas ideológicas é dar relevo, nas próprias palavras de Bakhtin/Voloshinov, a dadas formas de linguagem, já que figura, num determinado contexto, “aquilo que a torna um signo adequado às condições de uma situação concreta dada” (BAKHTIN, 2014, p. 92). Assim, como produção social que intermedeia as relações humanas, a linguagem expressa as formas de vida⁴² possíveis. A escolha de uma discussão mais detalhada desse escrito de Bakhtin/Voloshinov nos auxiliará a compreender as demais categorias escolhidas nesta pesquisa, advindas da tradição bakhtiniana – além do dialogismo, signo, homofonia, polifonia, sentido, significação.

O livro MFL (BAKHTIN, 2014), a partir de uma crítica (com tons de polêmica) às principais correntes linguísticas vigentes à sua época – o subjetivismo individualista e o objetivismo abstracionista –, é dividido em três partes. Na primeira são apresentados os fundamentos para a compreensão das posições filosóficas que serão expostas ao longo do livro. Especialmente no primeiro bloco de capítulos são discutidos os problemas da Filosofia da Linguagem na perspectiva marxista (apresentando-a, portanto), com sedimentação do solo teórico em que são apresentados os conceitos de signo ideológico, palavra, consciência, horizonte social, índices de valor.

Na segunda parte é apresentado o problema da natureza concreta dos fenômenos linguísticos, a partir das concepções de interação verbal (conceito fundamental nessa parte), evolução da língua, compreensão, significação, sistemas ideológicos constituídos e ideologia do cotidiano, interação concreta e situação extralinguística. Por fim, na terceira parte, Bakhtin/Voloshinov oferecem uma análise prática do uso de seus marcos analíticos, em que buscam demonstrar a natureza social e não individual das variações estilísticas. De modo detalhado, na apresentação das formas de transmissão do discurso de outrem no contexto narrativo, reflete as tendências sociais da interação verbal numa época e num grupo social dado (BAKHTIN, 2014), de modo que são as tematizações sobre enunciação, discurso de

⁴² Na última seção deste capítulo conceituo melhor “formas de vida”. Explico, provisoriamente, que advindo de Wittgenstein (2014), em suas Investigações Filosóficas, essa categoria explica que é nas formas de vida que se encontra a ligação conceitual entre práticas linguísticas e ações regulares (aquelas ações cotidianas que expressam um modo de uso entre gestos, fala, ação que é comumente utilizado nas relações inter-humanas). Apesar de formas de vida não ser um tema usual em Bakhtin, faço aqui esse uso do termo e na última seção retorno ao tema.

outrem, discurso indireto e direto que tomam a parte final do livro. É justamente a análise estilística que vira preocupação essencial na obra de Bakhtin, como na coletânea expressa em *Estética e Criação Verbal* (BAKHTIN, 2011) e tantas outras obras, mas que aqui não será o foco de discussão.

O que fica claro desde o início da proposta de delineamento de estudo sobre a linguagem é a sua relação com os processos sociais. Antes de mais nada, inclusive, o que Bakhtin/Voloshinov produzem é o entendimento que o estudo da linguagem é o próprio estudo do signo ideológico. Para compreender essa afirmação, explica-se abaixo o que seria um “produto”, um “produto ideológico” e, assim, o que é o signo ideológico:

Um produto ideológico faz parte de uma realidade (natural ou social) como todo corpo físico, instrumento de produção ou produto de consumo; mas, ao contrário destes, ele também reflete e refrata uma outra realidade, que lhe é exterior. Tudo que é ideológico possui um *significado* e remete a algo situado fora de si mesmo. Em outros termos, tudo que é ideológico é um *signo*. *Sem signos não existe ideologia*. Um corpo físico vale por si próprio: não significa nada e coincide inteiramente com sua própria natureza. Neste caso, não se trata de ideologia (BAKHTIN, 2014, p. 31, grifos do autor).

É justamente na relação entre linguagem e sociedade, produzida por signos ideológicos, que se pode entender em que medida a linguagem determina a consciência e, por isso, a atividade mental, e em que medida a ideologia determina a linguagem. O giro necessário nessa perspectiva teórica é o interesse pela natureza social dos fatos linguísticos, que são apropriados, invariavelmente, pela cultura, embora de modos diferentes em grupos e momentos históricos distintos (BRAIT, 2005).

A palavra, inclusive, por sua característica de ubiquidade social, tem papel relevante na dinâmica dos signos ideológicos. A realidade comunicacional, se ideológica, é realidade semiótica para Bakhtin/Voloshinov – já que constituída de elementos comunicativos e simbólicos na linguagem, e, portanto, ideológicos. No entrelaçado do aspecto semiótico e da realidade comunicacional, a palavra tem papel fundamental, como se vê no trecho: “A *palavra é o fenômeno ideológico por excelência*. A realidade toda da palavra é absorvida por sua função de signo. A palavra não comporta nada que não esteja ligado a essa função, nada que não tenha sido gerado por ela. A palavra é o modo mais puro e sensível de relação social” (BAKHTIN, 2014, p. 36, grifos do autor).

E ainda complementa a obra afirmando que a palavra opera, em nível de atividade mental, como instrumento da consciência. Bakhtin/Voloshinov apontam que, devido a esse papel excepcional (de instrumento da consciência), a palavra funciona como elemento essencial que acompanha toda criação ideológica, seja ela qual for. A palavra, embora não

suplante todo signo ideológico, acompanha e comenta (nem que seja com fala interior nos sujeitos) todo ato ideológico (mesmo na compreensão de fenômenos ideológicos, como num quadro, música, ritual, ou mesmo no comportamento humano).

É de tal modo imbricada a relação entre atividade mental e função ideológica do signo que Bakhtin aponta que nenhum signo cultural, quando compreendido e dotado de um sentido, permanece isolado. Os signos formam a consciência em atividade interativa, cuja linguagem é mediadora. Assim, os signos tornam-se “*parte da unidade da consciência verbalmente constituída*”, e conclui-se que, nessa direção, “a consciência tem o poder de abordá-lo verbalmente” (BAKHTIN, 2014, p. 38, grifos do autor).

Concluindo os apontamentos sobre a trama consciência-função ideológica do signo-palavra, indica:

Toda refração ideológica do ser em processo de formação, seja qual for a natureza de seu material significante, é acompanhado de uma refração ideológica verbal, como fenômeno obrigatoriamente concomitante. A palavra está presente em todos os atos de compreensão e em todos os atos de interpretação (BAKHTIN, 2014, p. 38, grifos do autor).

Os processos de enunciação – como expressividade da capacidade comunicativa da linguagem, mas também como apropriação ideológica dos signos sociais – estão indissolúvelmente ligados às próprias condições de comunicação, que, por sua vez, estão sempre ligadas às estruturas sociais. Nesse sentido, interação e condição social estão extremamente coladas, como se expressa no trecho do próprio autor:

Todo signo, como sabemos, resulta de um consenso entre indivíduos socialmente organizados no decorrer de um processo de interação. Razão pela qual as formas do signo são condicionadas tanto pela organização social de tais indivíduos como pelas condições em que a interação acontece. Uma modificação destas formas ocasiona uma modificação do signo (BAKHTIN, 2011, p. 45, grifos do autor).

Ao inserir essa dinâmica dialética ao signo, evita qualquer tipo de compreensão mecanicista da incidência ideológica do signo sobre a consciência e a atividade mental. Na verdade, acaba por apontar que a mudança das condições, que passa pelo sujeito da linguagem, muda também os modos de pensar, que, por sua vez, mudam as condições da interação verbal. Dito de outro jeito, esse apontamento significa “entender a enunciação indissolúvelmente ligada às condições de comunicação, que, por sua vez, estão sempre ligadas às estruturas sociais” (BRAIT, 2005, p. 94).

Numa dinâmica sofisticada de linguagem e operação sígnica, o ser se constitui socialmente. Portanto, para Bakhtin, o ser reflete o signo, mas também o refrata, e isso só se explica pela premissa interativa de sujeito e sociedade. Fica clara essa questão em: “O ser,

refletido no signo, não apenas nele se reflete, mas também *se refrata*. O que é que determina esta refração do ser no signo ideológico? O confronto de interesses sociais nos limites de uma só e mesma comunidade semiótica, ou seja: *a luta de classes*” (BAKHTIN, 2014, p. 47, grifos do autor).

Por ser uma afirmação polêmica, no âmbito do marxismo, logo se preocupa em esclarecer que comunidade semiótica (de partilha de signos, sinais, símbolos e interação comunicativa) não é o mesmo que classe social (marcada pelas dinâmicas da divisão do trabalho), entretanto, é na mediação dos signos e classes que se encontram. Nas palavras do próprio autor, elucida-se:

Classe social e comunidade semiótica não se confundem. Pelo segundo termo entendemos a comunidade que utiliza um único e mesmo código ideológico de comunicação. Assim, classes sociais diferentes servem-se de uma só e mesma língua. Consequentemente, *em todo signo ideológico confrontam-se índices de valor contraditórios*⁴³. O signo se torna a arena onde se desenvolve a luta de classes (BAKHTIN, 2014, p. 47-48, grifos do autor).

É justamente ao entrelaçar consciência, signo ideológico e atividade mental que se pode, em Bakhtin, falar de psiquismo. Ao criticar o já presente (em sua época) subjetivismo da Psicologia, descreve o lugar do psiquismo:

É nessa região limítrofe que se dá o encontro entre o organismo e o mundo exterior, mas este encontro não é físico: *o organismo e o mundo encontram-se no signo*. A atividade psíquica constitui a expressão semiótica do contato entre o organismo e o meio exterior. *Eis porque o psiquismo interior não deve ser analisado como uma coisa; ele não pode ser compreendido e analisado senão como um signo* (BAKHTIN, 2014, p. 50, grifos do autor).

Entretanto, aponta que mesmo essa formulação, advinda do diálogo com Dilthey, é insuficiente: falta aí o caráter social do signo. A resolução disso se dá com a indispensável vinculação entre signo e significação: a significação não é ato de um psiquismo isolado, ou de uma natureza da atividade mental, mas processo de interação produzido pelo enlace social do signo com a atividade psíquica.

⁴³ Em trecho anterior no livro citado, Bakhtin/Voloshinov definem a ideia de “índice de valor” com a seguinte explicação: “A cada etapa do desenvolvimento da sociedade, encontram-se grupos de objetos particulares e limitados que se tornam objeto da atenção do corpo social e que, por causa disso, tomam um valor particular. Só este grupo de objetos dará origem a signos, tornar-se-á um elemento da comunicação por signos. Como se pode determinar este grupo de objetos ‘valorizados’? [...] Em outras palavras, *não pode entrar no domínio da ideologia, tomar forma e aí deitar raízes senão aquilo que adquiriu um valor social*. É por isso que todos os índices de valor com características ideológicas, ainda que realizados pela voz dos indivíduos (por exemplo, na palavra) ou, de modo mais geral, por um organismo individual, constituem índices sociais de valor, com pretensões ao consenso social, e apenas em nome deste consenso é que eles se exteriorizam no material ideológico” (BAKHTIN, 2011, p. 46, grifos do autor).

Entre signo ideológico e atividade psíquica há uma dialética:

O signo ideológico tem vida na medida em que ele se realiza no psiquismo e, reciprocamente, a realização psíquica vive do suporte ideológico. A atividade psíquica é uma passagem do interior para o exterior; para o signo ideológico, o processo é inverso. O psíquico goza de extraterritorialidade em relação ao organismo. É o social infiltrado no organismo do indivíduo (BAKHTIN, 2014, p. 65-66, grifos do autor).

E encerra apontando uma indissolúvel interação nessa dialética:

[...] o psiquismo se oblitera, se destrói para se tornar ideologia e vice-versa. O signo interior deve libertar-se de sua absorção pelo contexto psíquico (biológico e biográfico), ele deve parar de ser experimentado subjetivamente para se tornar signo ideológico. O signo ideológico deve integrar-se no domínio dos signos interiores subjetivos, deve ressoar tonalidades subjetivas para permanecer um signo vivo e evitar o estatuto honorífico de uma incompreensível relíquia de museu (BAKHTIN, 2014, p. 66, grifos do autor).

Em sua constante crítica ao modelo do subjetivismo idealista⁴⁴, toma corpo também outro conceito importante: a expressão na linguagem – esse conceito culminará nas discussões sobre dialogismo e monologismo. Isso porque a concepção de língua que sustenta os trabalhos dos filósofos e linguistas filiados a esse modelo (o subjetivismo individualista) apoia-se na enunciação monológica. Em outras palavras, essa corrente sustenta que na enunciação se encontra, por meio da expressão, o seu meio de exteriorização, subjugando-a ao papel de transmissão do que é produzido no psiquismo individual.

A crítica contundente de Bakhtin/Voloshinov a essa questão se faz porque, em sua análise, tanto o conteúdo interior quanto sua objetivação são criados a partir de um mesmo material, a expressão semiótica de natureza invariavelmente social, o que faz com que a distinção entre ambos (conteúdo interior e exterior) seja um erro, já que um não existe sem o outro. Nas palavras do próprio Bakhtin/Voloshinov (2014, p. 116, grifo do autor): “não é a atividade mental que organiza a expressão, mas, ao contrário, *é a expressão que organiza a atividade mental*, que a modela e determina sua orientação”.

Ainda sobre a questão da expressão da fala, diante da preocupação central da interação verbal das condições de comunicação em Bakhtin/Voloshinov, o autor de MFL

⁴⁴ Essa corrente de pensamento que Bakhtin critica tem os seus expoentes em Humboldt e Vossler. Ela diz respeito a uma orientação que tem por fundamento o ato individual de fala e como fonte o psiquismo subjetivo. A linguagem seria uma representação fiel daquilo que existe na mente humana e, assim, essa corrente não levaria em consideração a interação verbal – questão tão cara a Bakhtin e ao Círculo. Bakhtin aponta que nessa corrente de pensamento as “[...] leis da criação linguística – sendo a língua uma evolução ininterrupta, uma criação contínua – são as leis da psicologia individual e são as que devem ser estudadas pelo linguista e pelo filósofo da linguagem” (BAKHTIN, 2014, p. 74).

critica uma segunda corrente de pensamento (objetivismo abstrato⁴⁵), pois opera uma irreparável separação entre linguagem e língua. A língua sim pode ser objeto de análise dos linguistas e das ciências em comunicação, já que é passível de estudo sistemático e classificação. Já a linguagem se referiria a todo tipo de manifestação linguística, seja ela multiforme e heteróclita, pertencendo ao domínio individual e ao social (BAKHTIN, 2014).

E mais, no objetivismo abstrato (herdeiro mais direto do racionalismo) há uma separação também entre língua e fala. Sobretudo em Saussure afirma-se que a língua é social, e a fala, uma manifestação individual e, por isso, não é passível de classificação. No entanto, em Bakhtin, é no quadro diacrônico que a fala ganha seu espaço. A língua, como sistema de formas estáveis, não pode garantir sua evolução. Dito de outra maneira, é no fluxo de comunicação verbal (ou interação) que a língua avança e evolui e transforma-se:

Na verdade, a língua não se transmite; ela dura e perdura sob a forma de um processo evolutivo contínuo. Os indivíduos não recebem a língua pronta para ser usada; eles penetram na corrente da comunicação verbal; ou melhor, somente quando mergulham nessa corrente é que sua consciência desperta e começa a operar (BAKHTIN, 2014, p. 111).

Conclui o debate sobre as principais críticas às duas correntes de pensamento com as seguintes considerações sobre a enunciação: “ao considerar que só o sistema linguístico pode dar conta dos fatos da língua, o objetivo abstrato rejeita a enunciação, o ato de fala, como sendo individual”. E segue: “o subjetivismo individualista, ao contrário, só leva em consideração a fala. Mas ele também considera o ato de fala como individual e é por isso que tenta explicá-lo a partir das condições da vida psíquica individual do sujeito falante”. Ao contrário, afirma que o ato de fala, ou, mais exatamente (seu produto), a enunciação, não pode de forma alguma ser considerado como individual no sentido estrito do termo. Sintetiza de modo categórico: “a enunciação é de natureza social” (BAKHTIN, 2014, p. 113).

Na construção dos enunciados, as palavras voltam a ter caráter central na compreensão desse ato social. Isso porque a palavra se configura como o elo entre locutor e interlocutor em que, por meio dela, dá-se a interação entre ambos. No entanto, ela não é propriedade de nenhum deles, pois é ela mesma signo-expressão da construção social. Assim,

⁴⁵ Os defensores do subjetivismo idealista, sendo um dos maiores expoentes Ferdinand de Saussure, têm a ideia de que o fator social não centra interferência na enunciação e de que o modo como o sujeito se expressa está relacionado com a capacidade deste de pensar. Para essa corrente de pensamento, na visão de Bakhtin, interessa ao linguista a lógica interna do sistema de signos, o que faz com que a língua seja vista como um sistema fechado que não se vincula a qualquer significação ideológica.

a estrutura da enunciação é totalmente determinada por pressões sociais (como as de classe, anteriormente citada).

Esses apontamentos dão contorno à situação dialógica de interação verbal, sempre presente em Bakhtin/Voloshinov. Nesse sentido que se afirma: é a imagem que o locutor tem de seu interlocutor que moldará a estrutura da enunciação. Ou seja, qualquer que seja a enunciação, ela será dirigida e determinada.

Antes de mais nada, ela é determinada da maneira mais imediata pelos participantes do ato de fala, explícitos ou implícitos, em ligação com uma situação bem precisa; a situação dá forma à enunciação, impondo-lhe esta ressonância em vez daquela, por exemplo a exigência ou a solicitação, a afirmação de direitos ou a prece pedindo graça, um estilo rebuscado ou simples, a segurança ou a timidez, etc. A situação e os participantes mais imediatos determinam a forma e o estilo ocasionais da enunciação. Os estratos mais profundos da sua estrutura são determinados pelas pressões sociais mais substanciais e duráveis a que está submetido o locutor (BAKHTIN, 2014, p. 117-118).

Nessa situação de interação verbal, em que os enunciados se montam em situações sociais específicas, Bakhtin/Voloshinov pode afirmar que a verdadeira substância da língua não é constituída “por um sistema abstrato de formas linguísticas nem pela enunciação monológica isolada, nem pelo ato psicofisiológico de sua produção”, mas sim, pelo “fenômeno social da interação verbal” (BAKHTIN, 2014, p. 127).

Realizados todos esses apontamentos – em que se resume que a língua vive e evolui historicamente na comunicação verbal concreta, não no sistema linguístico (abstrato e racionalista) das formas da língua nem no psiquismo individual (subjetivismo) dos falantes – Bakhtin chega a propor, enfim, um desenho metodológico do estudo da linguagem, em que questões da língua devem ser estudadas na seguinte ordem:

1. As formas e os tipos de interação verbal em ligação com as condições concretas em que se realiza.
2. As formas das distintas enunciações, dos atos de fala isolados, em ligação estreita com a interação de que constituem os elementos, isto é, as categorias de atos de fala na vida e na criação ideológica que se prestam a uma determinação pela interação verbal.
3. A partir daí, exame das formas da língua na sua interpretação linguística habitual (BAKHTIN, 2014, p. 129).

Quero aqui dar destaque, entre todos os conceitos até agora trazidos nesta seção, à ideia de que os conceitos de signo ideológico, palavra e enunciado concreto, que culminam com a compreensão de que a interação verbal constitui a realidade fundamental da língua, são as bases que me são úteis para compreender o campo da linguagem como também campo de disputa social, cultural e ideológica – e não o lugar-horizonte donde é possível inferir um hipotético modo não coercitivo de racionalizar comunicativamente.

Ora, se a linguagem funciona diferentemente para diferentes grupos, na medida em que diferentes materiais ideológicos, configurados discursivamente, participam de um julgamento de uma dada situação, o signo e a situação social estão indissoluvelmente ligados. Isso porque, como já apontado, todo signo é ideológico. Assim, “os sistemas semióticos servem para exprimir a ideologia e são, portanto, modelados por ela” (BAKHTIN, 2014, p. 17).

Conforme Vianna (2010, p. 40), ao comentar a obra MFL de Bakhtin/Voloshinov, é preciso entender que a interação verbal não pode ser idealizada, pois, para ele, “indivíduos não interagem ao léu e livres de qualquer tipo de coerção”. Mesmo em Bakhtin/Voloshinov, infere-se o mesmo a partir da leitura do fenômeno da enunciação/enunciado concreto ao dizer que “a enunciação é o produto da interação de dois indivíduos socialmente organizados e, mesmo que não haja um interlocutor real, este pode ser substituído pelo representante médio do grupo social ao qual pertence o locutor” (BAKHTIN, 2014, p. 116). Assim, Bakhtin lança as bases, a partir de uma teoria da linguagem, para compreender os sujeitos como seres históricos reais e que interagem em condições concretas e materiais de existência (VIANNA, 2010).

Ainda, em título de síntese do que foi citado anteriormente nesta seção, com base no demonstrado por Brait, aponto que as ideias de que na palavra (por sua capacidade de ubiquidade social) se confrontam os valores sociais (e as tensões entre realidades semióticas entrelaçadas aos atributos das classes devido à divisão do trabalho) e de que a comunicação verbal é inseparável de outras formas de comunicação, “permitem não apenas evoluir as questões do plurilinguismo, dos conflitos no interior de um mesmo sistema e dos diferentes registros existentes no interior desse complexo, como também ancorar a questão do dialogismo” (BRAIT, 2005, p. 94).

2.4 Entre linguagens monológicas e dialógicas: polifonia, homofonia e uma possível interface com uma Teoria Social Crítica

Do modo como resgatei as ideias do Círculo (especialmente em PFA – na seção 2.2 – e MFL – na seção 2.3) ao trazê-lo ao meu texto, posso dizer sobre o seu programa de estudos que, por um lado, a dialética constitui-se em seu método de trabalho – já que compreende a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação, mesmo criticando a dialética monológica de Hegel (que julga mecânica) – e, por outro, o

dialogismo apresenta-se como condição para a produção das pessoas e seus textos na realidade concreta – no qual a linguagem é o solo das aparições dos diversos pontos de vista, posicionamentos, vontades, desejos (FREITAS, 2005).

Sua perspectiva dialética parece lhe direcionar a uma visão de totalidade, de uma realidade não fragmentada, uma perspectiva que, fincada na história, compreende o ser humano como um conjunto de relações sociais, ou, mais precisamente, apoiando-me nos estudos de Freitas (2005), para Bakhtin o sujeito só o é se constituindo nas relações sociais. Ainda sobre a dialética e totalidade em Bakhtin, Freitas (2005, p. 300) sintetiza:

Para Bakhtin, o compromisso com a totalidade está presente em sua crítica aos sistemas filosóficos-linguísticos do subjetivismo-idealista (a língua como um processo incessante de criação individual) e do objetivismo-abstrato (a língua como um sistema de formas imutáveis), estendendo sua análise também à psicologia que, cindida em seus aspectos objetivos e subjetivos, precisa recuperar a dialética do externo e do interno.

Já na sua perspectiva dialógica, devido à conseqüente necessidade de estudo da produção do texto (escrito, oral, verbal ou não etc.), a cultura passa a ser categoria central da esfera sígnica – elemento constitutivo da linguagem para Bakhtin (2014). Para Freitas, Bakhtin percebe a necessidade de “uma teoria cultural para compreender a mútua constituição da natureza humana através da interação dos indivíduos em seus mundos de vida historicamente constituídos” (FREITAS, 2005, p. 301). Assim, é apontada na teoria bakhtiniana a cultura como uma das categorias centrais de seu pensamento.

A dialética e dialogia se encontram no texto. Nogueira (2009) explica que, para Bakhtin, o texto não é uma coisa em si, mas, lembrando um outro conceito fundamental, é considerado uma voz, e não só, na verdade, várias vozes. Com isso, pode-se afirmar que, de um modo geral, para Bakhtin, os textos (em qualquer de suas expressões) assumem uma compreensão ativa, dialógica (com outros textos, com outras vozes), fincam-se numa dada realidade local, e essa produção de intertextualidade passa a ser uma produção de base dialética (NOGUEIRA, 2009).

A dialogia é o elemento que instaura o que Brait (2005, p. 95) interpreta como a “constitutiva natureza interdiscursiva da linguagem”. E continua:

Por um lado, o dialogismo diz respeito às relações que se estabelecem entre o eu e o outro nos processos discursivos instaurados historicamente pelos sujeitos, que, por sua vez, se instauram e são instaurados por esses discursos. E aí, dialógico e dialético aproximam-se, ainda que não possam ser confundidos, uma vez que Bakhtin vai falar do eu que se realiza no nós, insistindo não na síntese, mas no caráter polifônico dessa relação exibida pela linguagem (BRAIT, 2005, p. 95).

A articulação, porém, entre dialogia e dialética não é exatamente uma proposta que o próprio Bakhtin, em termos mais rigorosos epistemologicamente, tenha realizado, como lembra um dos seus primeiros tradutores no Brasil, Boris Shcnaiderman (SOUZA, 2016). Ainda assim, Nogueira (2009, p. 24) propõe uma síntese dessa discussão resgatando a dialética marxista, numa crítica a Hegel, mesmo admitindo que não há “fórmulas” prontas para guiar essa possibilidade de junção de categorias:

Não há uma fórmula para isso, mas podemos falar em três leis básicas da dialética materialista: a) Lei do movimento permanente; b) Lei da interação permanente e c) Lei da transformação permanente. Nesse sentido, é possível entender que é nesse ínterim conceptual que vem o conceito de dialogia do círculo de Bakhtin. E, se há diferença conceitual entre dialética e dialogia, é possível entender que essa diferença reside no fato de haver, para Bakhtin, sempre o caráter polifônico e não haver uma síntese na dialogia. Pelo que se pode entender da dialética materialista, tudo muda pela superação das contradições internas. Estas mudanças se acumulam até um ponto no qual a velha estrutura é quebrada e abre-se a possibilidade de uma nova estrutura se consolidar sobre os escombros da antiga.

Se para elucidar mais diretamente o pensamento bakhtiniano eu trouxe as categorias dialógica e dialética como fundamentais em sua construção teórica – expressão de uma época e necessidades teóricas de seu contexto, quis destacar –, a concepção de signo ideológico e atividade mental (como a consciência) para Bakhtin são também fundamentais e, embora já tenha debatido na seção passada, para introduzir as ideias de polifonia, debato sinteticamente novamente: é na discussão sobre signos ideológicos (fundamentalmente em MFL) que se pode entender e captar o que é a gênese da consciência humana. A consciência não tem origem intrapsíquica nem está em uma abstração objetivista, mas constitui-se e evolui no “entre” os sujeitos, portanto é mediada pela linguagem (BAKHTIN, 2014).

Vigotski foi contemporâneo e conterrâneo de Bakhtin; apesar de terem tido apenas um encontro em vida (FREITAS, 2005), chegaram a apontamentos semelhantes sobre a sociogênese da consciência humana e da mediação sógnica como condutora do desenvolvimento da linguagem em sua inseparável construção do pensamento. Apesar de não ser objetivo aqui aprofundar a discussão sobre as interfaces de Bakhtin com Vigotski (já que remeto a discussão sobre consciência e cultura), têm destaque as formulações sobre como ambos conferem à linguagem o caráter de diferenciador entre humano e animal.

Para a sociologia da linguagem de Bakhtin, em consonância com a Psicologia histórico-cultural de Vigotski, são os signos (já que a consciência é resultado das próprias operações sógnicas) que permitem realizar transformações nos outros e no meio externo através dos outros, bem como a regulação do próprio comportamento e reflexão sobre ele (FREITAS, 2005). Ou seja, “são, portanto, os signos que realizam a mediação do homem com

os outros e consigo mesmo, constituindo-se, portanto, na única forma adequada para investigar a consciência humana” (FREITAS, 2005, p. 303).

Pode-se dizer, ainda mais claramente, sobre a fundamentação da consciência para Bakhtin (2014): apesar de existir base fisiológica e biológica (o próprio corpo humano) na consciência, está na mediação sógnica, intermediada pela linguagem, o fundamento da consciência humana. A linguagem, por sua vez, constitui-se nas formas de relação social, e assim o material semiótico se faz o centro da análise dos processos de consciência e linguagem no ser humano.

Bakhtin (2014) reverbera essa concepção de consciência e linguagem quando postula que a consciência individual nada pode explicar, a não ser a partir do meio ideológico e social, sendo, portanto, um fato sócio-ideológico. E mais, deixa clara a sociogênese do signo quando afirma que não existe signo interno na consciência que não tenha sido engendrado na trama ideológico⁴⁶-semiótica da sociedade.

Entre os instrumentos semióticos, a palavra é percebida pelos diversos textos do próprio Bakhtin (2011, 2014), ou mesmo de seus comentadores (BRAIT, 2005, 2015, 2016; FARACO, 2009; FREITAS, 2005), como um dos mais importantes instrumentos para a mediação das relações sociais da própria regulação interpessoal para as interações de um dado grupo, embora, por vezes, em um uso excessivo e impreciso. As palavras (já trabalhadas acima), entretanto, só se fazem entendíveis quando as abordamos a partir de seu indissociável ato – a significação – o que deixa claro que uma anunciação de palavras sem significados são emissões simplesmente vazias, sem comunicação ou qualquer representação. Como afirma categoricamente Freitas (2005, p. 308): “o significado da palavra é a chave da compreensão da unidade dialética entre pensamento e linguagem”. E já que cada palavra encontra-se localizada numa trama de significações que expressa conteúdo ideológico e exerce função de signo, reflete e, ao mesmo tempo, refrata a sociedade.

Numa outra interpretação contundente de Bakhtin, Freitas (2005, p. 308-309) afirma:

A palavra revela-se como o local onde se confrontam valores sociais contraditórios de forma que os conflitos da língua refletem os conflitos de classe no próprio interior do sistema social. É nesse sentido que se diz que Bakhtin viu a palavra

⁴⁶ Freitas (2005, p. 304) consegue fazer síntese do que, de modo muito espaçado e não linear, Bakhtin entende por ideologia em *Marxismo e Filosofia da Linguagem*: “A ideologia é, pois, uma representação e interpretação do real que se imprime no pensamento de forma sógnica”.

(signo linguístico) como a intermediária entre a infra-estrutura (relações de produção e estrutura sócio-política) e a superestrutura (sistema ideológico organizado).

Assim, esclarecida a função da palavra (como signo linguístico), é possível retomar que os signos são instrumentos objetivos e simbólicos (semióticos), na mesma medida, da relação dos sujeitos entre si; e depois de introjetados os signos, sobretudo a palavra, são instrumentos subjetivos da relação do sujeito consigo mesmo.

É em *Problemas da Poética de Dostoievski* (PPD), e revisto na coletânea *Estética da Criação Verbal* (ECV) (BAKHTIN, 2011), que é possível encontrar as definições de polifonia⁴⁷: aparece como centro da análise, com o objetivo de mostrar o nascimento de um novo gênero, sua linguagem, seu estilo – “o romance polifônico” (BRAIT, 2016). Apesar de não querer apresentar essas obras por inteiro, e sim me deter a explicitar o conceito de polifonia, percebo como necessário contextualizar a obra PPD para que a retirada do conceito para o uso neste texto seja minimamente contextualizada.

Bakhtin mostra que o tratamento dialógico recebido pelo herói/personagem (na obra de Dostoievski) revela um novo autor, cuja palavra está, como afirma Brait (2016), dialogicamente orientada para o herói, ou, em poucas palavras: o autor não fala do herói, mas com o herói. “É palavra sobre alguém presente, que escuta e responde, que participa como agente do discurso e não como simples objeto do mundo do autor” (BRAIT, 2016, p. 14). Portanto, é desse contexto que se esboça a concepção de polifonia enquanto método artístico, que se diferencia por apresentar vozes em diálogo, distanciando-se do relativismo (de uma tradição da literatura em que só os heróis teriam a palavra) e do dogmatismo (outra tradição, cara aos teóricos da literatura, em que o autor seria dono da palavra do herói).

Segundo Bakhtin, seria característica do romance a sua plurilinguismo. Mas foi a insuficiência dessa premissa que Bakhtin, estudando Dostoievski, observou, visto que o seu discurso romanesco não seria apenas plurilinguístico, já que haveria algo mais além. Ou seja, as vozes dos personagens apresentam uma independência excepcional na estrutura da obra, o que apontava para mais do que a plurivocalidade (ROMAN, 1993) ou capacidade de

⁴⁷ Apesar do uso que dou aqui de o conceito de polifonia ter origem numa apropriação bakhtiniana, é necessário citar que polifonia, conforme resgate histórico feito por Roman (1993, p. 208), advém, originalmente, da música. Segundo o autor, polifonia “é o nome dado a um estilo de música que se desenvolveu na Idade Média. Embora não haja unanimidade entre os estudiosos com respeito à origem da polifonia, não parece haver dúvidas quanto às suas raízes populares e também quanto à sua oposição ao canto monódico da Igreja, o canto gregoriano”. Para mais informações sobre o tema, consultar: ROMAN, Artur Roberto. O Conceito de Polifonia em Bakhtin: O Trajeto Polifônico de Uma Metáfora. *Revista Letras*, v. 42, 1993. Ou: WISNIK, José Miguel. *O som e o sentido*. São Paulo: Cia das Letras, 1989.

plurilinguismo (FARACO, 2009). Bakhtin observou mais que, em sua análise literária (mas que serviu para as teorias da linguagem), as múltiplas consciências que aparecem no romance mantêm-se “equipolentes”, quer dizer, em pé de absoluta igualdade, sem se subordinarem à consciência do autor. Como apontou Roman (1993), o autor de PPD também observou que os mundos que povoavam o romance de Dostoievski se combinavam numa unidade de acontecimento, porém mantendo-se sem misturas.

Ao enfatizar o caráter dialógico aberto do universo artístico de Dostoievski, Bakhtin destaca outra característica de seu estilo – que será um desafio a um certo entendimento mecânico da dialética: a inconclusibilidade. Na trama construída por Dostoievski, não há uma superação dialética (entendida mais rudimentarmente como polos de processos contraditórios) entre a multiplicidade de consciência que povoa os seus romances. Mais que isso, os problemas e as contradições do romance não se resolvem, continuam “irremediavelmente contraditórios”, como afirma o próprio Bakhtin.

A partir da análise de que o romance polifônico de Dostoievski não tem uma apoteose, uma conclusão como que em uma síntese dialética, propõe que essa concepção – retirada da metáfora da teoria musical – explique que: a essência da polifonia consiste justamente no fato de que as vozes permanecem independentes e, como tal, combinam-se numa unidade de ordem superior à da homofonia⁴⁸, sem a “subordinação teleológica”. Ou seja, ao invés da subordinação orientada a um fim, geralmente dada pelo autor, há na obra analisada por Bakhtin uma superação dessa racionalidade, de modo que se supera a única voz (ainda que espalhada por várias vozes nos personagens no romance) do texto. Há, assim, a superação da homofonia (ou monologismo), para a polifonia, numa metáfora com a teoria musical.

Apesar de se perceber claramente a intenção do autor russo na construção de um conceito que servirá para a análise literária, pode-se dizer que desde Oswald Ducrot o uso de uma teoria da enunciação, com efeitos nas teorias da linguagem e nas teorias sociológicas, é de importante expressão. Ducrot, em *Esboço de uma Teoria Polifônica da Enunciação*, já na década de 1980, propôs-se a questionar um pressuposto que, segundo ele, “subjaz à chamada ‘linguística moderna’, qual seja, a tese da ‘unicidade do sujeito falante’”. Ducrot vai distinguir

⁴⁸ Conceito também advindo da idade média, Roman (1993, p. 209) relata que: “O Concílio de Trento (1583), no bojo da Contra-Reforma, dá as bases para que a Igreja passe a privilegiar na música o estilo homofônico, ao invés da polifonia. Isto porque na homofonia um mesmo texto é cantado simultaneamente por todas as vozes, o que possibilita uma apresentação mais clara das palavras, tocando mais os fiéis”.

num enunciado, além do sujeito falante, autor efetivo do enunciado (ser empírico), o locutor (ser do discurso) e o enunciador, o sujeito dos atos ilocutórios” (ROMAN, 1993, p. 214).

Não é objetivo desta seção me estender na tese de Ducrot, mas para entender o uso da polifonia em uma teoria de enunciação, faz-se necessário explicitar que “o sentido do enunciado é um conjunto de indicações sobre a enunciação, e nessa descrição da enunciação, o enunciado assinala, além do locutor, os enunciadores que, ao ocupar papéis ilocucionais, se expressam numa pluralidade de vozes” (DUCROT *apud* ROMAN, 1993, p. 215). Essa manifestação de diversas vozes presentes na enunciação está prevista no sistema da língua e se dá através de marcas linguísticas. É justamente a caracterização dessa superposição de vozes que se manifesta na enunciação como polifonia. E em Bakhtin (2011) é na capacidade das vozes estarem equipolentes que se garantiria a polifonia.

Ducrot se mostra, então, diferente de Bakhtin, em que a sobreposição retoma a ideia de homofonia – pois só o enunciado em situação de interação pode ser compreendido, rompendo o isolacionismo de análise de enunciados como em Ducrot, para uma situação real de produção dialógica. O atributo polifônico implicaria, manifestada na enunciação, uma multiplicidade de vozes que, além de imiscíveis (não misturáveis), explicitassem pontos de vista não só diferentes, mas equipolentes (de mesmo valor – de significação), o que não se encontra na concepção polifônica do sentido, analisada por Roman, nos escritos de Ducrot (ROMAN, 1993).

Abertos todos esses pontos conceituais – desde a primeira seção até esta quarta, no presente capítulo – começo, daqui em diante, a fazer novas sínteses para conseguir apontar uma crítica às produções sistêmicas também enquanto signos ideológicos, portanto operando como linguagem, com efeitos na subjetividade.

Já foi apontado aqui e reitero: em Bakhtin, a linguagem sempre está sendo construída e recriada a cada momento pelos falantes, pois é o produto social e histórico de um processo vivo, em constante mutação, que se desenvolve na interação comunicativa. A linguagem, para Bakhtin, expressando em uma assertiva negativa, não é um objeto pronto e finalizado e, principalmente, não existe por si mesma.

E em forma de síntese conceitual do que vinha apontando acima é possível resumir que em Bakhtin, o dialogismo é compreendido como conceito que permite examinar a presença de outros discursos no interior do discurso. E nessa direção pode-se destacar pelo menos duas concepções de dialogismo presentes em seus escritos: uma que está associada ao diálogo entre interlocutores, e que, portanto, exige presença física e se concentra na

diversidade de vozes, línguas e tipos discursivos, e outra que se refere ao diálogo entre discursos. Conforme é dito:

O diálogo, no sentido estrito do termo, não constitui, é claro, senão uma das formas, é verdade que das mais importantes, da interação verbal. Mas pode-se compreender a palavra “diálogo” num sentido amplo, isto é, não apenas como a comunicação em voz alta, de pessoas colocadas face a face, mas toda comunicação verbal, de qualquer tipo que seja (Bakhtin, 2014, p.127).

Da percepção da dinâmica ideológica para a direção da dialogicidade seria possível, em complemento as situações concretas (acima descritas), apresenta-las em três dimensões. De modo também sumário Faraco (2009, p. 59-60, com grifos do autor) auxilia:

- a) *todo dizer não pode deixar de se orientar para o 'já dito'*. Nesse sentido, todo enunciado é uma réplica, ou seja, não se constitui do nada (...).
- b) *todo dizer é orientado para a resposta*. Nesse sentido, todo enunciado espera uma réplica e – mais – não pode esquivar-se à influência profunda da resposta antecipada. (...) Assim, é intrínseco ao enunciado o receptor presumido, qualquer que seja ele: o receptor empírico entendido em sua heterogeneidade verboaxiológica, o ‘auditório social’ (...), ou o ‘superdestinatário’.
- c) *todo dizer é internamente dialogizado*: é heterogêneo, é uma articulação de múltiplas vozes sociais (...). Essa dialogização interna será ou não claramente mostrada, isto é, o dizer alheio será ou não destacado como tal enunciado (...).

Já no que diz respeito à polifonia, evidenciei nas leituras acima uma distinção que reside em apontar que, embora todo discurso seja composto por outros discursos, a heterogeneidade discursiva nem sempre se estabelece de forma marcada. Um discurso pode se apresentar como homogêneo (embora com heteroglossia ou com plurivocidade), não deixando ser possível identificar em seu interior a presença de outras vozes. Nos escritos bakhtinianos, dentro dessa distinção, polifonia pode ser então compreendida como o dialogismo que se deixa ver, entrever, perceber, que se exerce equipolente. Polifonia diz respeito a multiplicidade de vozes plivalentes (não monovalentes, portanto) e de “consciências independentes e não fundíveis com direito à cidadania” (FARACO, 2009, p. 77).

Com esse arcabouço dialógico da linguagem em Bakhtin, faço uma ampliação livre da sua concepção de “realidade semiótica” e “índice de valor” (BAKHTIN, 2014), visto nas seções anteriores, para a compreensão crítica da concepção de sistemas vista em

Habermas (2012a, 2012b). Quero indicar que o sistema (especialmente os subsistemas poder e dinheiro), que é operado via razão cognitiva e instrumental, também funciona como uma realidade semiótica, operada por determinado índice de valor.

Isso quer dizer que, se Habermas admite que no Mundo da Vida há uma racionalidade comunicativa – ancorada na ideia de que os sujeitos são dotados de capacidade de falar e agir e que é a colonização do Mundo da Vida pelas razões sistêmicas que não permite que outras capacidades de tomada de decisão reorganizem a administração do Estado e da Democracia. Admite também que está na construção de uma eticidade discursiva, contanto que se construam outras possibilidades de se estabelecer diálogos (livres de coerção), a possibilidade de superação da racionalidade sistêmica colonizadora. E, por fim, julga que os sistemas (político e econômico) são deslinguificados.

Penso que compreender os sistemas como deslinguificados reduz a capacidade não só analítica, mas política de produzir atos. Além disso, não está em Habermas a compreensão da produção de índice de valores (em termos de linguagem – interação e produção ideológica) como aquilo que expressa a relação sónica com a produção de objetos particulares e limitados que tornam a atenção do corpo social. Ou seja, os índices de valores anunciam que só este ou aquele grupo de objetos dará origem a signos, tornar-se-á um elemento da comunicação por signos – e nisso operam as próprias relações sónicas dos sistemas.

Já na exposição dos apontamentos do PFA, indiquei a crítica que é possível se extrair sobre a técnica, que uma sobreposição aos atos de e do pensar, que se almeja responsável, reitera o mundo – pela ação retira o sujeito da autoria do ato. É possível aqui pensar em analogia ao processo de domínio da razão instrumental (teleológica). A razão comunicativa – enquanto discursiva em que se assume a autoria do próprio pensar e agir, responsável eticamente – é colonizada pela primeira. Mesmo com evidentes caminhos e pressupostos distintos, tocam-se na via discursiva (e epistemologicamente na virada linguística) e no foco intersubjetivo (de entendimento para Habermas e diálogo para Bakhtin).

Já na seção 2.3, enquanto expus o MFL, quis evidenciar que a realidade é construída, nessa perspectiva teórica – que rompe com o objetivismo abstrato e subjetivismo individualista – também por sistemas semióticos que, enquanto tais, serviriam para exprimir a ideologia e são, dialeticamente, portanto, modelados por ela (BAKHTIN, 2014). Ora, apreender as realidades como semióticas, apontar que só o horizonte das tradições e o “pano de fundo” da compreensão (o Mundo da Vida) operam linguagens é incompatível com a

teoria bakhtiniana. Bakhtin aponta a realidade global como uma produção semiótica, atravessada pelos signos ideológicos e o que isso reverbera na teoria social habermasiana é que os sistemas (político e econômico) também são partes de uma realidade linguística.

Entretanto, concordo com Habermas quando da crítica crucial que a razão instrumental, como uma funcionalidade teleológica, expurga os sujeitos dos compromissos de produção de validade. Acrescento que, por efeito, elimina (ou tenta eliminar) as possibilidades de diálogos internos aos processos de construção das técnicas e decisão sobre os fins. Assim, diante do arcabouço sugerido nesta seção (2.4), posso fazer uma analogia conceitual ao processo desenvolvido pela razão sistêmica: a razão instrumental-cognitiva é homofônica e monológica.

Primeiro de tudo, os sistemas (econômicos e políticos) são meios linguísticos porque se orientam por relações sógnicas (e produzem, inclusive, índice de valores – conjunto de objetos e ideologias que são dadas como mais valorosas). Isso porque expressam produtos ideológicos que são fruto de dinâmicas sociais e, ao mesmo tempo, reflexos e refratárias das divisões sociais do trabalho, além de atravessar as relações inter-humanas. Como os sistemas são produzidos pelos próprios seres humanos, estão imersos nas relações que são marcadamente humanas.

Seguindo na analogia teórica, aponto que, em alguns momentos, opera como uma linguagem (quase) monológica. Isso porque, para Bakhtin, é condição da linguagem humana a dialogia, já que está na alteridade a possibilidade de definição do humano – e está na interação com e pelo outro a condição da linguagem – e na produção sógnica se produz sentido para si e para o outro inseparavelmente. Assim, a situação efetivamente monológica seria apenas teórica. Isso implica pensar que dialogia é condição de interatividade pela presença do outro e o oposto da dialogia é a retirada (e/ou não reconhecimento) do outro na condição de interação: os sistemas parecem anular, na imposição da orientação aos fins, um modo de funcionar, acoplado à racionalidade instrumental, não um modo deslinguisticado de relação, mas monológico – sem o sujeito.

Mas posso também, valendo-me do uso mesclado desses conceitos na obra de Bakhtin, apontar em outro momento que os sistemas operam em direção ao monologismo (ou em “tendência” ao monologismo). Ora, se a situação social é o horizonte de conflitos de classes, e a produção sógnica obedece a essa disputa, as vozes que habitarão os interesses de um conjunto ideológico de signos (palavras, gestos, comportamentos etc.) podem ser portadoras de uma voz hegemônica – ou representar um sujeito médio, nas palavras de

Bakhtin (2014). A essa voz sobreposta a outra conduzindo-as como uma só, Bakhtin chama de homofonia – ao que faço importação para a compreensão dos sistemas.

E falo em “tendência ao monologismo” ou “quase-monologismo” porque, por definição, a linguagem é construtivamente interativa e dialógica. O emprego da polifonia (e posso falar de seu contrário complementar – monologia) é sobre um texto ou uma condição de fala que se deixa perceber em muitas vozes. Ou seja, em conceito, não se poderia haver a retirada das vozes sociais presentes em enunciados (sobretudo já que sempre sónica e ideológico), mas um “movimento” de retirada das vozes, ou sobreposição dessas vozes segundo as funções de poder, numa dada situação social. E é essa a aposta que faço na relação com os sistemas (econômico e político). Portanto, se em Bakhtin não há um emprego desses conceitos em uma teoria social (mas em uma teoria da linguagem que se origina em uma crítica à literatura), indico que a linguagem exposta em sua natureza ideológica também opera outras produções linguísticas – como nos signos orientados pelos valores do capital.

Está expresso no primeiro capítulo, com a teorização à luz de Habermas, que o processo de construção (ética) discursiva é o processo de argumentação que se baseia nas pretensões de validade. Entretanto, com a leitura que proponho aqui, apesar de admitir como correta a análise das patologias da modernidade (colonização do Mundo da Vida), quero evidenciar a insuficiência no apontamento sobre a saída dos imperativos sistêmicos no campo da linguagem – a reconstrução de outra racionalidade (a comunicativa). Quero apontar que a razão comunicativa, se dialógica, precisa disputar as produções dos signos ideológicos que se montam na linguagem expressa na razão instrumental: isso significa que as vozes que são sobrepostas pelo funcionamento teleológico da técnica podem ser disputadas pelas vozes dos outros signos ideológicos que habitam as outras realidades sociais dos segmentos periféricos do próprio sistema capitalista.

Se há signos que o sistema produz em determinado índice de valores, outros signos são também produzidos na relação dialógica cotidiana. Entretanto, todos os signos são disputados também pelo sistema hegemônico numa relação de opressão (ou, na linguagem habermasiana, colonizados) em relação aos sentidos mundanos. As vozes dos segmentos que operam os subsistemas político (burocracia do Estado) e econômico (as instâncias do controle das relações monetárias) são monologizadas e produzem um efeito de homofonia sistêmica (ou de signos monovalentes). As outras vozes parecem poder lutar com mais igualdade, não disputando a produção da validação dos discursos (via democratização e participação nas

instâncias do Estado), mas disputando os lugares de produção de vozes, mediado pelas disputas dos signos ideológicos.

E isso não aponta um giro em 360° (em que não se sai do lugar após o giro), com a inversão dos papéis dos “opressores” ou colonizadores. Trata-se, nesse horizonte ético de produção de validade, segundo os apontamentos da construção da verdade em Bakhtin (baseada na discussão já relatada entre *pravda* e *istina*), da criação das condições de possibilidades para a polifonia (vozes equipolentes) nas relações dialógicas. E quando se trata das relações de poder, é a criação de espaços em que a razão cognitivo-instrumental dê lugar ao baseado no ato-responsável (portanto, em que exista a técnica, mas não teleológica, e sim criadora).

2.5 Signos ideológicos da saúde no Mundo da Vida e as práticas de cuidado: uma aposta na dialética dos jogos de linguagem para análise do cuidado em saúde

Nas seções anteriores deste capítulo, aponte em obras fundamentais de Bakhtin as categorias que podem ser úteis para a análise socioideológica dos processos de linguagem. Nesta seção tematizo de modo mais próximo o objeto de estudo da tese – os modos como se estabelecem as relações de cuidado à saúde mediadas pela linguagem estabelecidos em realidades locais-territoriais. Se estou imbricado com as leituras conceituais da produção do Círculo, então, abaixo, desenvolvo um esboço do que seria a escolha dos signos ideológicos que compõem o cotidiano da prática em saúde, em que o mais evidente é o “cuidado”. Além disso, nesta seção, faço as primeiras propostas conceituais presentes na tese a partir de derivações livres do conceito de jogos de linguagens. O objetivo da seção é tecer críticas às articulações das práticas em saúde, mediadas pela linguagem, que operam signos ideológicos no cotidiano da vida.

Como o título já induz, a primeira pergunta a se fazer é: quais os signos ideológicos que estão às voltas da produção social da saúde? Em capítulo anterior, já iniciei algumas ponderações críticas às possíveis análises das práticas de cuidado em uma perspectiva habermasiana. Aqui, permeados pela perspectiva socioideológica da análise sógnica nas relações de linguagem, é crucial compreender, primeiro, quais seriam os signos ideológicos que compõem a saúde. Ou melhor, aqui, na verdade, delinheiro a que dou destaque entre as diversas possibilidades de exercer essa análise sógnica. E dou destaque ao que estava implícito até agora na escrita deste texto: o cuidado como signo das relações sociais de produção da saúde.

A escolha do cuidado se justifica por dois motivos: a) porque parece operar modos de administrar socialmente os sofrimentos e, na verdade (explicarei mais à frente), os comportamentos humanos; b) porque, nas acepções feitas por Bakhtin, entender o cuidado como um signo ideológico é percebê-lo como materialização dos fenômenos sociais que são expressos pela sensibilidade humana e, como todo signo, expressa arena de disputa social em que, em meu ver (também exposto mais à frente), tem sido utilizado (como apontado em ‘a’) como administrador das formas de vida na sociedade.

Antes de seguir o desenvolvimento dos pontos, advirto o uso aqui da concepção de forma de vida. Em Wittgenstein (2014), forma de vida explica os comportamentos regulares e normativos que são originários (ou respondentes) das regras estabelecidas pelo cotidiano linguístico das relações humanas. Ou seja, forma de vida remete a um sistema de referência por meio do qual podemos interpretar o uso da língua, que se opera por meio de jogos de linguagem⁴⁹. Dito ainda de um outro modo, esse sistema de referência não apenas é fundamento para a ação regular (comportamentos regulares), mas também revela certa uniformidade das condições de uso de certa linguagem, o que revela o pertencimento do sujeito ao agir socialmente na inserção no mundo da linguagem e em um certo acordo com as formas de vida, ainda que não passe por consenso entre os que agem no mundo.

Para Habermas (2012a), a preocupação com a forma de vida diz respeito ao seu olhar sobre como essas formas são produzidas diante da construção das racionalidades. Habermas concorda com Wittgenstein no que diz respeito ao jogo de linguagem que opera as relações de significação sobre os usos para orientar o agir no mundo, entretanto indica que as formas de vida são orientadas por dadas racionalidades. Nesse sentido, o mundo contemporâneo, perpassado pelas relações do capital e com sobreposição da racionalidade cognitivo-instrumental, produz formas de vida que colonizam o Mundo da Vida em sua esfera comunicativa espontânea e permeada de vontades (que podem, em teoria, ser livres). A passagem seguinte, de Habermas (2012b, p. 342), explicita seu modo de compreender a imposição de formas de vida pela racionalidade sistêmica:

À medida que o sistema econômico sujeita a seus imperativos as formas de vida do lar privado e a conduta de vida dos consumidores e empregados, está aberto o caminho [...] para o consumismo e para o individualismo exacerbado. A prática comunicativa cotidiana é racionalizada de forma unilateral num estilo de vida utilitário, esta mudança induzida pelos meios diretores para uma orientação de natureza teleológica gera, como reação, um hedonismo liberto das pressões da

⁴⁹ Conceito mais à frente, ainda nesta seção, explicitado.

racionalidade. Assim como a esfera privada é solopada e erodida pelo sistema econômico, também a esfera pública o é pelo sistema administrativo.

Elucidado o que tenho entendido como formas de vida e sua administração pela racionalidade sistêmica, volto aos pontos acima e explico sobre o primeiro: mais que palavra (que também é fundamental para uma análise semiótica, haja vista a capacidade de ubiquidade social já explanada), signo é materialidade e subjetividade. Aí reside ponto fundamental de minha consideração inicial desse tópico: esse signo – que, enquanto tal, é instância intersubjetiva – parece estar, hoje, à disposição de um conjunto de outras práticas que nada têm a ver com agir para com a promoção ou reparo da saúde do outro para, por meio de técnicas e ciências, ajudá-lo a melhor viver, a menos sofrer.

Em segundo ponto: o cuidado como prática de saúde (detalhei críticas ao sistema que produz a saúde, principalmente em Ilich, no Capítulo 1) tem estado intimamente ligado, sobretudo pela expressão do desenvolvimento do saber biomédico, aos modos de controle de natalidade, de ordenamento social, de higienização social, revestido de discursos humanizadores e preocupados com as vidas das populações. Já apontei, anteriormente, que as práticas de saúde estão imbricadas e inseparáveis, por meio de seu desenvolvimento tecnológico, ao modo de produção capitalista. E destaco: é possível perceber os efeitos das racionalidades sistêmicas na gestão e assistência à saúde desde a divisão do trabalho (com alta especialização e atrelamento de valor monetário a essa divisão), até mesmo nos modelos de atenção voltados para a doença e distantes dos sentidos do adoecimento elaborados pelos sujeitos.

As consequências do ponto acima são ainda mais visíveis ao pensar que as parametrizações técnicas em saúde são, elas mesmas, contemporaneamente, os fins de uma “boa saúde”. Numa rasa leitura da crítica à razão instrumental, essa questão alerta para o fato de que taxas, índices e parâmetros não são mais meios pelos quais se alcançam algo: mas os fins em si mesmo. O cuidado, que em sua palavra parece indicar modos de fazer algo, vira ele mesmo o fim da ação em saúde. O cuidado, que poderia ser mediador de construção de modos de viver a vida, passa a ser o signo pelo qual se representam formas de vida previamente parametrizadas pelo saber biomédico. Cuidar parece a medida para prescrever como se deve ser, sentir, agir, pensar.

A música composta por Cazusa expressa, em poesia, a síntese de significação das relações contemporâneas da saúde: “Meu tesão agora é risco de vida” – referindo-se a seu estado sorológico positivo para o HIV, que se tornara, então, um descritor de como deveria viver sua vida, já que desde ali precisaria dos cuidados sistemáticos em saúde. Ou, como

afirmou um dos sujeitos da pesquisa, cujo relato permito-me adiantar para os fins deste capítulo: “Meu atestado [médico] anestesia um adoecimento que é social” (E3).

Esses apontamentos me dão indícios de que a compreensão sógnica (intersubjetiva, portanto) do cuidado ajuda a elaborar críticas aos modos práticos com que hoje se “administra” o sofrimento das condições de vida. A colagem ideológica parece estar na disputa dos modelos de organização social em que cuidado (e saúde), então, passa a não mais pertencer à esfera individual (pessoal, íntima), mas de ordenamento de formas de vida. Esses apontamentos me fazem indicar que: o cuidado está em disputa não só em suas práticas (enquanto “técnicas”), mas nos processos ideológicos de disputa dos modelos de sociedade; ainda mais, por ter poder de ubiquidade social, esse signo produz o atrelamento entre formas de vida e tecnificação do agir em saúde.

Entretanto, não posso deixar de articular o signo ideológico cuidado com um outro signo tão presente nas políticas públicas, sobretudo na realidade brasileira em que cuidado virou objeto de disputa das políticas de saúde. Quero dizer que tudo o que foi expresso acima (sobre as relações ideológicas entre dinâmicas sociais e modos de cuidado), na especificidade do campo das políticas públicas de saúde (com seus equipamentos, serviços, conjunto de políticas, espaços de decisão etc.) ganha contornos específicos com a questão da cidadania.

As políticas públicas de saúde, sobretudo com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), reivindicam o estatuto da cidadania como operador incluyente de direitos no que diz respeito à relação na produção da saúde em sua interface com o Estado e a sociedade. Não só no SUS como um sistema – que ao mesmo é de grande magnitude num país como o Brasil – mas nas especificidades de suas políticas específicas para operar os modos de cuidado. Não só por ser meu recorte de pesquisa, mas por ser justo esse o motivo de elas serem o recorte estudado, que as políticas de saúde mental e atenção básica têm o signo cidadania colado ao signo do cuidado. Sobre isso, portanto, descrevo mais algumas linhas e, ao final, proponho alguns conceitos no campo da linguagem, inspirados na ideia de “jogos de linguagem”, que estarão presentes até o final do trabalho. A ideia, portanto, será dar mais clareza às relações sógnicas entre cuidado e cidadania, que julgo operar as relações intersubjetivas em saúde.

A ideia de cidadania é antiga e remonta às cidades-Estado gregas no período do surgimento da democracia clássica, portanto, supera uma discussão que remonta apenas ao momento atual – embora não seja meu objetivo fazer uma historiografia do conceito.

Ferreira (2010) nos diz que nas *polis* gregas, no período de democracia, surgiram várias instituições que discutiam os destinos da cidade, as quais envolviam a assembleia do povo, os conselhos e os magistrados. Nessas instituições participavam ativamente os cidadãos. Isso, todavia, não implicava dizer que a população da *polis* detinha direito de decidir sobre o futuro de sua cidade – a decidir sobre os rumos e governos de seu local de vida.

A *polis* grega, em especial, era constituída por diversas classes sociais; classicamente, podemos falar em pelo menos três: os eupátridas, os metecos e os escravos. Os eupátridas eram os nascidos na cidade, filhos de pais gregos e adquiriam seus direitos políticos ao atingir a maioridade. A esse grupo seletivo, cabia o exercício da cidadania, estando excluídas mulheres e crianças. Já os metecos eram estrangeiros que pagavam impostos para viver na *polis* e não possuíam direitos políticos (logo, não eram considerados cidadãos), mas eram homens livres. Por fim, vinham os escravos, que, por sua vez, não possuíam qualquer tipo de direitos. Em geral, eram considerados espólios de guerra.

Se na Grécia clássica estava clara a linha entre quem tinha direitos políticos e quem não tinha, essa linha divisória se tornou borrada na modernidade. O cidadão passou a ser um componente da sociedade civil⁵⁰ em sua esfera de tomada de decisão política, ou seja, alguém com a capacidade de decidir o que é melhor para si e para a cidade. A sociedade civil passou a ser, então, o campo de disputa entre os interesses de cada cidadão sobre o que é melhor para si e para a cidade, pois cada um só pode opinar, segundo Hegel (1997), mediante seus interesses próprios.

Marx (2010), por outro lado, em sua *Crítica à filosofia do direito de Hegel*, aponta uma série de limitações desse pensamento, mas fiquemos apenas com a seguinte indagação que pode ser extraída dos apontamentos de Marx: Em uma sociedade de classes, os interesses particulares não seriam os interesses de uma classe em particular? É preciso supor uma composição perfeitamente ética (ou, podemos dizer, demasiadamente idealista) do Estado para que o pensamento hegeliano se efetive. O cidadão a que Hegel se refere é o cidadão de direitos produzido pela Revolução Francesa, mas, concretamente, esse cidadão

⁵⁰ O conceito moderno de sociedade civil pode ser encontrado nos *Princípios de filosofia do direito* de Hegel (1997). Para esse autor, a sociedade se organiza a partir de três esferas: a família, a sociedade civil e o Estado, sendo a esfera da sociedade civil o lugar de disputa entre os vários interesses particulares dos indivíduos. Segundo ele, seria, então, função do Estado mediar esses conflitos entre as particularidades no campo do social.

esbarrou nos interesses particulares da classe oriunda dessa mesma revolução, ou seja, da burguesia.

Importando as discussões históricas ao meu interesse analítico (do recorte específico desta tese), aponto questões levantadas por autores já trabalhados neste texto, como na leitura crítica habermasiana. Nas imbricadas relações entre Estado e sociedade, as mediações da economia-política capitalista produzem um enlace social em que imperativos sistêmicos – dinheiro e poder, conforme Habermas (2012a, 2012b) – são os redutores de uma lógica que aponta para o lucro individual ou empresarial consagrando estes como horizonte político. Nas concepções de Habermas (2012a, 2012b), na hegemônica forma de organização social – centrada nas relações produzidas pelo Capital – as possibilidades de negociação do Mundo da Vida cotidiano livremente articulado entre as pessoas são colonizadas pelas razões sistêmicas em que o lucro e a burocracia estatal criam coerções diárias e reduzem nossas liberdades de agir.

Não é preciso um grande exercício de abstração para perceber que a cidadania resguarda uma correlata semelhança perversa com a dimensão negativa dela própria aqui descrita. A cidadania contemporânea refere-se ao conjunto de direitos e deveres do cidadão para com a cidade e para com a sociedade. Mas, assim como apontamos nos gregos e como destacamos nos apontamentos de Marx, não parece haver paridade (ou equipolidade – sem pensarmos nos textos bakhtinianos) alguma entre os cidadãos e a população. A cidadania acaba por operar, então, mais um caminho para a manutenção do *status quo* que para a sua mudança. Dizendo de outro jeito, a própria condição de cidadania parece mais alienar os sujeitos das discrepâncias sociais produzidas e mantidas pela sociedade com o aval do Estado do que parece estar ligada à emancipação. Mas quais seriam as implicações dessa alienação do ponto de vista de uma política pública de saúde que se orienta para a cidadania? Essa é a pergunta que traz este texto de volta ao nosso objeto, sem o risco de uma digressão histórica excessiva.

É possível então falar de uma cidadania que não seja a oriunda dos ideais liberais? Pedro Demo (1995) aponta que sim. Segundo o autor, poderíamos falar em pelo menos três tipos de cidadania: a tutelada, a assistida e a emancipada. Na primeira, o cidadão é tutelado por segmentos do Estado, e assim as políticas de direitos são difusas, uma vez que o próprio Estado é minimizado pela proposta de autonomia do mercado. Na segunda, o Estado é assistencial: os direitos, nessa perspectiva, são garantidos para que os cidadãos possam se inserir na lógica do consumo e da produção. Esse tipo de cidadania é justamente aquela ligada

à lógica do *Welfare State*. A terceira, por fim, é um tipo de cidadania que visa ao desenvolvimento humano e que o Estado seja capaz de prover condições dignas de vida para seus cidadãos.

Desse ponto de vista, nossa pergunta sobre ser possível pensar uma cidadania fora dos marcos liberais está respondida: é possível pensar uma cidadania para além do liberalismo. Entretanto, no campo das políticas públicas, em especial as de saúde, a cidadania aparece como um conceito fundamental que ainda articula o direito a ter “direitos” na sociedade.

Para Oliveira e Alessi (2005), no campo da saúde mental (campo que nos interessa na pesquisa e evidencia as dinâmicas entre cidadania e cuidado), por exemplo, a cidadania surge como articulador fundamental das reformas psiquiátricas. Na Itália, a “Psiquiatria democrática” via na cidadania uma forma de reinserção da loucura no laço social do cotidiano (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990). Ela se apresentaria como uma estratégia de reconhecimento e, logo, de construção de um processo de garantia de direitos e assim, uma vez que o dito “louco” também é encarado como cidadão, a garantia de seus direitos passa a ser um dever do Estado (AMARANTE, 1995).

Ainda para esses autores, a cidadania é uma das marcas fundamentais para a etapa desinstitucionalizante da “Reforma Psiquiátrica Brasileira”. Assim, a ideia era a construção de uma cidadania que atendesse às demandas da realidade dos doentes mentais no Brasil. O foco dessa construção era a valorização da rede de laços sociais e das condições de trabalho para os sujeitos da Reforma.

Luz (2009) já aposta na cidadania como elemento articulador de uma rede de cuidados em uma dimensão integralizada. Para a autora, a cidadania oferece a possibilidade de descentralização no campo das políticas de saúde, o que implicaria que o cuidado em saúde seria capaz de responder a demandas localizadas e abarcar a realidade micropolítica do espaço. Assim, pode-se estar no campo da cidadania enquanto uma construção que aponta, como aposta Demo (1995), para uma ideia de emancipação.

No campo da “cidadania e saúde”, então, posso agora dizer com mais contundência que há uma imbricada relação entre o cuidado oferecido por essas políticas e os direitos do cidadão. Talvez não seja forçoso afirmar – e para a crítica que tecemos neste capítulo, é fundamental entender a centralidade da afirmação a seguir – que ao tentar construir uma condição de cidadania para a população que as políticas de saúde pretendem assistir, a

atenção em saúde se destina para o cidadão que ela mesma aposta existir (numa relação, portanto, ideológica).

Em outras palavras, as políticas públicas de saúde voltam-se para o cidadão que elas mesmas tentam criar para oferecer sua atenção. Aqui reside outro ponto fundamental de nossa crítica ideológica (com efeitos intersubjetivos): nas políticas de saúde, o cuidado e a cidadania estão imbricados de tal maneira que o direito ao cuidado é um direito do cidadão. Todavia, se for seguida a lógica que foi construída até aqui, há um problema: está implícito no esquema aqui apontado que a cidadania é uma categoria menor que sujeito – ou população, se apelarmos a Agamben (2013) –, visto que não há paridade entre sujeitos e cidadãos. Quero chamar essa diferença entre sujeito e cidadão (ou população e cidadania) de “déficit social da cidadania”.

O que quero dizer com esse “déficit social da cidadania” é que está aí a necessidade de abrir espaço para pensar a cidadania de maneira dialética, ou seja, pensar atrelado a esse jogo de produção de cuidados em políticas públicas de saúde. Nesse déficit se revelam as disputas de signos ideológicos que produzem a forma de dominação e administração que já apontamos no início da seção, sobretudo nos apontamentos ‘a’ e ‘b’.

Ao operar a possibilidade do cuidado por meio da ideia de cidadania, por um lado, incorre-se no risco de produzir “universalismos” (ou generalizações abstratas) enquanto práticas que se operam no dia a dia da saúde. Por outro, ao estabelecer a cidadania como um dos ideais de sujeito e, ao mesmo tempo, horizonte de luta, produzimos o “paciente” sujeito de direito. Entretanto, está incutido nessa ideia um conjunto de deveres previstos na noção de cidadania. Assim, entro, sutilmente, no que Lima (2010)⁵¹ chamou de “Reconhecimento Perverso”: uma forma de reconhecimento que estabelece um conjunto de identidades normatizadas para que seja reconhecida a condição de sujeito de direitos, ou seja, cidadão.

Quero propor aqui um acréscimo conceitual, quase que numa formação de um sintagma conceitual, a esse reconhecimento perverso a partir de certos jogos de linguagem⁵² –

⁵¹ Lima (2010) aponta como sendo um “Reconhecimento Perverso” o tipo de reconhecimento que exige que o sujeito assuma uma identidade estigmatizada que permita a ele acesso ao cuidado em saúde mental usando esse estigma como moeda de troca. Por exemplo, alguém que possui um diagnóstico psiquiátrico passa a ser reconhecido nos serviços de saúde mental a partir de sua patologia, e esta se torna a possibilidade de acesso a um serviço que lhe é de direito.

⁵² O conceito de jogos de linguagem é utilizado com ênfase na Filosofia da Linguagem de Wittgenstein, principalmente na obra *Investigações Filosóficas* (2014). Na concepção do autor, interessa-lhe fazer-nos ver os vários aspectos de nossa linguagem que em diversas situações cotidianas nos são alheios. E mais, define os jogos como atividades coletivas entre falantes, localizadas em dado contexto social e cultural, que pressupõe,

expressos em **analogias** de algumas figuras de linguagem – que podem, em meu entendimento, denunciar um “jogo linguístico de reconhecimento perverso”. Analogia porque, afirmo com a devida atenção, a função das figuras de linguagem é pertencente ao campo da linguística e o uso aqui realizado é livre em uma direção extralinguística: por revelar movimentos do uso da língua, a utilidade aqui é menos do julgamento interno linguístico e mais a função de uso nas cenas (enunciativa⁵³) de expressão dos modos de articulação na linguagem no cotidiano.

Explico-me: por um lado, as necessidades em saúde se expressam e se representam ao que tomamos por “**metonímias**”. Ou seja, o sofrimento (de qualquer ordem: físico, mental, espiritual, social, ético) se torna reduzido unicamente aos sintomas. Esses sintomas, por sua vez, num efeito de generalização linguística, reduzem o sujeito de uma de suas partes (a expressão do sofrimento) pelo todo (o sujeito como um todo reduzido ao nome que pode ser dado àquele sofrimento – geralmente, o diagnóstico). Dito de outro jeito, a “**metonímia do sujeito**” faz parecer ser o sintoma (que se expressa no sofrimento) como representativo do sujeito por inteiro. A metonímia representa a nosografia como código linguístico único (em tentativa de monologizar as vozes ou tornar monovalentes os signos) das relações de cuidado: os sintomas que precisam ser traduzidos em diagnósticos.

Uma outra figura de linguagem nos auxilia a compreender os jogos perversos às voltas da assistência à saúde: a **zeugma** – especificamente a zeugma de sujeito. Se lembrarmos que a zeugma é um tipo específico de eclipse, precisamos pontuar qual jogo expressa uma **elipse**: omissão de um termo que pode ser subentendido no texto. A zeugma, por sua vez, é uma elipse (supressão) de algo já anteriormente dito.

Queremos dizer, então, que aquilo que é suprimido nas relações de cuidado é o próprio sujeito. Se na metonímia percebemos o sujeito reduzido ao sintoma, na zeugma

para o uso da própria linguagem, a utilização de regras, habilidades, disposições e certas capacidades advindas do domínio das técnicas. Neste texto não aprofundamos essa noção filosófica, mas utilizamos de maneira meramente estratégica o conceito para desdobrá-lo numa repercussão (livre) dos efeitos do uso cotidiano da linguagem como numa analogia às figuras de linguagem.

⁵³ A concepção de cena enunciativa aqui refere-se àquela desenvolvida especialmente no livro *Análise de textos de comunicação*, de Maingueneau (2004), e será melhor desenvolvida nas seções 5.4 e 5.5, no capítulo 5, desse texto, já que o uso do conceito será mais analítico que teórico. Adianto que a concepção aqui utilizada entende a cena no que diz respeito ao modo pelo qual o discurso (mais precisamente, as narrativas de cuidado escolhidas) constrói uma representação de sua própria situação de fala/ enunciação, remontando uma cenografia (atuação dos falantes/ enunciadores) em dada situação.

percebemos a alta instrumentalização do cuidado em saúde que expressa a própria retirada do sujeito das relações de produção de cuidado, de modo que a “cura dos sintomas” se refere a um “sintoma sem sujeito”. A zeugma do (sofrimento do) sujeito representa o alto grau de instrumentalização das relações e organizações das práticas de saúde em que o sujeito se perde em meio às tecnologias duras, nas palavras de Merhy (2003).

Se a metonímia produz um efeito negativo (supressão de conteúdo – no nosso exercício crítico, o sujeito do centro do processo de cuidado), o efeito positivo (repetição de conteúdo) é expresso pela **anáfora**. Esclarecemos: a repetição cotidiana nos meios sociais e culturais – como nos veículos de imprensa, nas redes sociais, nas publicidades em todos os meios – da vigilância a determinados índices e critérios expressivos de adoecimentos (taxas glicêmicas, colesterol, níveis pressóricos, entre muitos outros, que são idealizados como padrões e supostamente parametrizados por meios de comunicações supostamente científicos) e um determinado modo de combate a males em saúde (cultura “*fitness*”, moda “*diet*” etc.) impõem uma cultura em que o sintoma em saúde passa a fazer parte da vida diária, expresso em um conjunto predeterminado e prescritivo de “hábitos saudáveis”, fazendo assim com que a saúde deixe de ter relações com uma produção social e complexa da vida.

A **produção anafórica da saúde** diz respeito à repetição quase exaustiva do “linguajar” em saúde que nada mais, nada menos, é do que a expressão do hegemônico modelo anátomo-fisiopatológico de compreensão do corpo que adocece. O sintoma, que, como vimos, é a linha condutora (linguagem monológica, por assim dizer) das relações presentes nos serviços de assistência à saúde, opera um efeito cultural que transforma a saúde em um conjunto de prescrições idealizadas e previamente normatizadas que excluem conteúdos do Mundo da Vida: contextos de condições de moradia, transporte, saneamento, níveis educacionais, acesso a bens e serviços etc. O jogo de linguagem expresso pela anáfora, portanto, repete os sintomas e modelos idealizados de combate a estes e exclui a vida real e produzida complexamente do modo de cuidar.

Mas não é só a “cultura” que expressa a anáfora do cuidado. O modo como se organiza o processo clínico pode evidenciar também esse “jogo perverso de linguagem”. Na clínica (como denomino a relação de cuidado entre o profissional e o usuário do serviço), a anáfora se evidencia quando se negam os conteúdos do Mundo da Vida dos sujeitos que demandam os cuidados em saúde e obtêm-se como ato em saúde (ação concreta, geralmente prescritiva) intervenções que operam única e exclusivamente o corpo do sujeito (remissão dos sintomas já ditos). Ainda que os conteúdos de sofrimento expressem relações construídas

socioculturalmente, ou que as doenças expressem condições sociais, econômicas e laborais, a clínica se restringe à prescrição de terapêuticas centradas na cura da patologia.

Quero apontar ainda que, nesses jogos que as figuras de linguagem nos ajudam a elucidar nas práticas de cuidado à saúde, percebemos uma distorção do que seriam as necessidades em saúde sentidas na vida concreta dos usuários dos serviços (em suas expressões das infinitas expressões dos sofrimentos) diante daquilo que as políticas de saúde (especialmente a assistência à saúde) parecem “enxergar” da saúde da população. A essa distorção típica nominamos de “anamorfose”⁵⁴, exportando essa denominação do conceito utilizado por Almeida (2006), também apropriado por Lima (2010). A distorção da anamorfose, como aqui nos apropriamos, é aquela em que, na maioria das vezes, não considera, por exemplo, que o conteúdo da vida, que também deveria ser objeto da saúde, tem dimensões políticas. E, nesse movimento de “jogos operados pelas figuras de linguagem”, a dimensão política é excluída do fazer diário do profissional de saúde. Ou seja, aqui entendo que faço uma afirmação muito contundente: o cuidado em saúde que é ofertado ao cidadão pode excluir de suas práticas a dimensão política da vida.

Acredito, nesse caminho traçado até aqui, que aquilo que se expressa, por meio de jogos de (pretensa) inclusão pela cidadania, no cuidado em saúde é a patologia – ou a linguagem universal sobre a expressão do “patológico”. E o que se restringe no cuidado é a dimensão ética e política: há seletividade do conteúdo escolhido para intervenção e há um desatrelamento ideológico da produção da saúde com a produção social da vida. O reconhecimento perverso a que nos referimos é o reconhecimento da cidadania como indutora de práticas que operam a seletividade da demanda e dos tipos de intervenção, priorizando o patológico, excluindo a dimensão da produção social da vida.

⁵⁴ Almeida produz, em sua tese, uma longa discussão sobre o conceito de anamorfose, advindo da Física, como uma figura em perspectiva deformada que exige do observador, para melhor enxergar o objeto, um deslocamento que deve retirá-lo de sua posição convencional. Entretanto, sua apropriação do conceito se dá para o uso na discussão sobre as distorções que as políticas de identidades produzem ao necessitarem que os sujeitos se enquadrem em identidades socialmente idealizadas, distorcendo os personagens que são produzidos nas relações indentitárias. Lima (2010), comentando o conceito de anamorfose para a sua discussão sobre o reconhecimento das identidades políticas, diz que a anamorfose apontaria a contradição inerente na disputa entre as políticas de identidade, o conteúdo ético, que estaria na possibilidade de criar possibilidades de existência mais justas. Para maiores esclarecimentos sobre o tema, acessar a tese de doutorado de Juracy Armando Mariano de Almeida, *Sobre a anamorfose: identidade e emancipação na velhice*, em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17083>> (ALMEIDA, 2006).

Quando se operam relações de restrições e supostas “universalizações de direitos” (a cidadania é uma delas) no cotidiano, produzem-se claras repercussões nas práticas de cuidado. Em meu entender, a cidadania é a figura que permite que o “usuário do serviço” (e não o “usador do serviço”, como refere Lefebvre, 2017) seja reduzido à patologia, pois a partir dela se universaliza um sujeito abstrato do qual a patologia possa ser deduzida e, assim, generalizada. Não é o usuário do serviço, em sua singularidade, que adoece: é o cidadão. Assim, produzimos práticas que visam cuidar de um sujeito universal e abstrato que não encontra reflexos no cotidiano dos serviços de saúde.

Aponto, à guisa de conclusão da primeira parte da tese, a respeito dessa dinâmica ideológica operada nas relações de linguagem, que cidadania e cuidado caminham juntos e produzem o conjunto semiótico que está, nesses apontamentos acima, através de processos de refração, auxiliando mais na homogeneização dos sujeitos (reduzindo suas vozes, em direção ao monologismo; reduzindo os signos, tornando-os monovalentes) – como nos oferece a leitura bakhtiniana – e retirando os sujeitos das técnicas, colonizando o Mundo da Vida – como nos ensina a leitura habermasiana –, do que auxiliando na produção de atos responsáveis em saúde ou na produção dialógica de outros modos de agir e pensar a vida.

Cuidado e cidadania, apesar de aparentarem mais em relevo a sua potência amparadora, podem soar mais como uma formatação de formas de vida que possibilidades de sua criação. Se “voar fora da asa” era a proposta poética que Manoel de Barros (2013) encanta o início deste capítulo, o fechamento aponta que o resgate crítico da dupla semiótica cuidado-cidadão carece de mais recriações para que a metáfora do voo seja mais potente (portanto, menos presa às formas – metaforizadas pelas asas) quanto aos modos de agir, sentir e viver a vida humana nas contemporâneas produções sígnicas.

PARTE II – TERRITÓRIOS PARALÁCTICOS

*“Ainda vão me matar na rua.
Quando descobrirem,
principalmente,
que faço parte dessa gente
que pensa que a rua
é a parte principal da cidade”*

“Quarenta Clics em Curitiba”, de Paulo Leminski (2013).

Se o espaço lembra a infinitude, território, ao contrário, o limite; já para medir distâncias o fazemos sob um ponto de vista: temos infinitas medidas conforme os deslocamentos que são feitos ao realizar essas medições. A paralaxe pode ser entendida como o provável deslocamento de um ponto quando observado, causado por uma mudança de perspectiva de quem o observa. Territórios paralácticos (ou paraláticos) diz das construções dos espaços e das condições das mudanças de miradas conforme as novas territorialidades. Ou seja, a mudança não só do ponto de onde se observa, mas de que tipo de “espaço” se parte para as observações ou práticas, muda, por conseguinte, o que se vê e o que se faz. Essa é a proposta desta parte da tese.

Nomear como território paraláctico um conjunto dos escritos da tese é justamente dar nome à preocupação com fenômenos que precisam ser vistos e, no meu modo de entender, vistos de modos diferentes: em deslocamento. A própria concepção de território – que se concebe como espacial e que deve também ser entendida como temporal, ainda que uma categoria que oferece armadilhas, como alertarei no tópico 3.3, baseando-me em Haesbaert (2016) – precisa ser debruçada como uma categoria não só “palco da história”, mas como produtora das condições de possibilidades da existência dos objetos e dos modos de ação. Por outro lado, a visão em paralaxe não é uma visão de cálculo, senão uma proposta de deslocamento. E no caso deste estudo, deslocamento do eixo de compreensão do que seria, justamente, território em saúde.

Para dar conta dessa meta anunciada acima, dividimos esta parte do trabalho em dois capítulos. Num primeiro momento, o capítulo vindouro é composto por um resgate histórico e conceitual sobre as categorias escolhidas para compor a complexa trama que tento tecer sobre os processos de cuidado, estabelecidos pelas racionalidades e mediados pela linguagem, agora sim, situados numa dinâmica local (espaço-tempo-territorialmente). Assim, o terceiro capítulo (primeiro desta parte) expõe fundamentação sobre o tema das territorialidades sobre o qual tenho a missão árdua de traduzir o esboço teórico para diálogo

com o tema do cuidado em saúde. Nesse capítulo, portanto, introduzo os conceitos de espaço, lugar, território, multiterritorialidade e territorialização, mas escolho a “territorialidade” como categoria estratégica para compreensão das políticas de saúde que se reivindicam de base territorial e, mais que isso, como categoria que reflete o imbricado processo de material e imaterial de construção do lugar – e sua espacialidade e temporalidade – da comunicação e ação do ser humano no mundo.

No quarto capítulo trago, enfim, a discussão do objeto/campo/conceito de onde partiram os problemas de pesquisa em que se situa o objeto (processos de linguagem) de pesquisa: a saúde. Ao invés de revisar as histórias das políticas públicas de saúde ou das reformas sanitária e psiquiátrica (e o faço, de modo muito sintético e direcionado), foco nos apontamentos críticos sobre os modelos de saúde que produzem práticas cotidianas de cuidado. Para a fundamentação (escolha ética e política), dialogo com os marcos das epistemologias (originárias da epidemiologia) críticas em saúde, sobretudo os apontamentos contidos em Jaime Breilh (2006), que, a partir da releitura de um “realismo dialético” (em sua apropriação crítica das discussões dos teóricos críticos de Frankfurt e do diálogo com pensadores marxistas) em interface com a dimensão da complexidade (em sua leitura de Edgar Morin e Boaventura de Souza Santos), produz discussões fundamentais sobre a determinação (e não determinismo) social da saúde. Interessa-me na teoria breilhiana a possibilidade de lançar bases para uma postura contra-hegemônica na saúde, a partir da crítica à suposta derrota dos direitos humanos, à mercantilização do pensamento e a determinados modelos de desenvolvimento humano.

O exercício filosófico de fundo é, como se verá na “culminância” dessa segunda parte, com a aposta da visão em paralaxe (parafrazeando e me conceitualizando em inspiração a Žižek), a tentativa da reconstrução do poder da análise dialética em processos críticos teóricos e práticos nos campos da psicologia e saúde. Proponho a visão em paralaxe nos processos de linguagem que permeiam as relações de cuidado. Concluirei que o corpo é o território do cuidado em um processo tal que o cuidado confirma a amálgama “corpo social” como “corpo natural”. Sobre isso, um caminho se faz necessário nas páginas a seguir.

E não à toa o poema escolhido para o início desta segunda parte é assinado por Leminski (2013): aqui nesta “parte paraláctica” da tese somos convidados a ser parte da rua, ou melhor, sermos rua – deslocamento, transversalidade.

3 TERRITÓRIO E SAÚDE: RELAÇÕES DE CUIDADO EM ÓTICA TERRITORIAL

*“Melhor do que a criatura,
fez o criador a criação.
A criatura é limitada.
O tempo, o espaço,
normas e costumes.
Erros e acertos.
A criação é ilimitada.
Excede o tempo e o meio.
Projeta-se no Cosmos.”*
“Considerações de Aninha, Vintém de Cobre”, de Cora Coralina (2015).

Se fiz discussões, nos capítulos anteriores, preocupado com a contextualização dos processos sociais, sobretudo as mediações de linguagem como expressão dos processos de produção de significados das práticas relacionais, estava admitindo que esse próprio “contexto” (ou a realidade situada tempo-espacialmente) é o produtor do Mundo da Vida (e, paradoxalmente, os processos de colonização nele presente) e também que é nesse contexto que se opera a produção de signos e se media a relação entre os sujeitos.

Além disso, esbocei a ideia de que determinados jogos de linguagem que operam relações de cuidado em saúde são operados por processos cravados entre a monologia da racionalidade sistêmica e a dialogia das organizações cotidianas de comunicação. Entretanto, alertei que as bases de todas essas operações sógnicas às voltas do cuidado operam-se em nível local, cada uma com configurações próprias, expressões de uma dada realidade local, dialeticamente. Assim sendo, torna-se claro que a materialidade histórica de cada produção de cuidado operada por meio de linguagem é analisada deficitariamente se não a inserimos em dinâmicas também territoriais, ou seja, numa dinâmica imbricada de espaço-tempo.

Assumir a tematização do “Espaço(-Tempo)” nesta pesquisa é trazer para próximo o que os autores contemporâneos chamaram de “virada espacial” nas ciências humanas. Além disso, é assumir que qualquer contextualização não pode ser feita numa inferência abstrata, mas no uso de categorias que qualifiquem o “solo” dos processos sociais – nesse caso, em especial, as relações de linguagem na prática de cuidado.

Os tópicos a seguir dividem a incursão teórica sobre as categorias e os autores escolhidos de modo que o apresentar deles seja fluido e didático para o leitor e me auxilie na exposição da dimensão que defendo como marco de análise na saúde de base territorial.

3.1 Uma “virada espacial” nas ciências sociais e humanas? Do espaço como natureza do homem abstrato ao homem produtor, produto e meio do espaço (i)material

Começar a discussão deste capítulo é se propor a responder às seguintes questões: por que a preocupação com o espaço? Não seria essa uma preocupação inerente à Geografia, que torna como seu objeto o espaço, ou melhor, a relação do indivíduo com o espaço?

É quando temas como vida cotidiana, urbanização, cidades, desenvolvimento social e, depois, globalização passam a fazer parte da agenda acadêmica que a categoria espaço – já presente na Geografia há pelo menos meio século – passa também a habitar outras ciências e o campo filosófico. Mais ainda, para Haesbaert (2017), a discussão sobre o espaço acompanha a história da Geografia e as diversas concepções e modos de entender o espaço demonstram, na verdade, as concorrências de modelos explicativos sobre a modernidade e a denominada (polêmica) pós-modernidade.

O próprio Haesbaert (2017, p. 38), em diálogo com autores que discutem o tema da “modernidade”, explicita os efeitos da concepção e disputa entre moderno e pós-moderno e a relação com o entendimento sobre o espaço:

Conforme Loparic, é na modernidade que nossa ‘existência conflitiva’ (rompendo com o valor supremo da ‘solidariedade’ judaico-cristã) vem à tona, pelo menos no caso do Ocidente (através de um Marx, um Nietzsche ou um Heidegger, por exemplo). Essa dimensão ambígua, contraditória e paradoxal da modernidade também é destacada por Berman (1986), para quem nesta etapa todos são ‘movidos, ao mesmo tempo, pelo desejo de mudança – de autotransformação e de transformação do mundo ao redor e pelo terror da desorientação e da desintegração, o terror da vida que se desfaz em pedaços’ onde, tomando a expressão de Marx, ‘tudo o que é sólido desmancha no ar’. *O próprio espaço estaria aí, portanto, imerso nesse múltiplo processo construtor/destruidor que faz das metrópoles o ‘laboratório geográfico’ por excelência da disciplinarização [ou formas de exercício do poder], dos conflitos e da ambiguidade modernos (grifos meus).*

O primeiro grifo, então, demonstra a categoria espaço como emergente da discussão do contemporâneo, seja nomeado como moderno, seja como pós-moderno. O segundo grifo, destaquei, diz respeito a uma importante observação: é o projeto moderno de ciência que opera a disciplinarização dos conhecimentos (e dos conflitos, como afirma o autor) e faz com que o tema do espaço pareça pertencer a um ramo específico da ciência.

O estudo do espaço, não só como produto humano, mas como produtor do humano, passou a habitar o debate acadêmico e, entre os diversos temas que se desdobraram dessa preocupação espacial, Haesbaert (2017) dividiu didaticamente (apesar de produzido em contextos, modos e programas teóricos diferentes) as noções de espacialidade presentes nas

principais teorizações segundo o caráter “pontual”, “de extensão”, “de limites”, “de densidade e disposição” e “de fluxos”. Define abaixo, com os conceitos decorrentes dessa divisão:

- a. [espacialidades] *pontuais*: localização/posição/sítio/lugar [...]. Depois das ‘teorias locacionais’ associadas ao neopositivismo, as questões ligadas à localização foram bastante menosprezadas.
- b. [espacialidades] *zonais* ou de *extensão*: área/domínio/escala/território/paisagem/região [...] [além de] Outros conceitos como região (Duarte, 1980; Corrêa, 1986; Costa, 1988 e Gomes, 1988), território (Becker *et al.*, 1986; Moraes, 1988), paisagem (M. Santos, 1982) e mesmo ‘extenso’ (proposto por C. Santos, 1986) começam a ser retomados, alguns com tal amplitude que se inserem em outras áreas de conhecimentos (ver a propósito a noção de território/territorialização em Guattari e Rolnik, 1986, e Maffesoli, 1987 [...]).
- c. [espacialidades] de *limites*: fronteira/barreira/transição [...].
- d. [espacialidades] de *densidade e distribuição espacial*: concentração e dispersão/centro e periferia/rede, malha/segregação espacial, gueto elementos fundamentais para compreender a disposição dos fenômenos no espaço e as implicações dessa espacialidade nas demais dimensões do social.
- e. [espacialidades] de *fluxos*: migrações, deslocamentos/difusão, projeção/sedentário, nômade – aqui, a questão das velocidades e seus efeitos sobre o espaço é cada vez mais relevante [...]. A noção de nomadismo, utilizada de modo criativo por F. Guattari e G. Deleuze, já aparece no Brasil em alguns trabalhos da área de antropologia (HAESBAERT, 2017, p. 44-45, grifos do autor).

Apesar do trecho longo, vê-se acima um vasto programa de pesquisa sobre o espaço cujos conceitos são relevantes para compreender o contemporâneo e exigem das ciências sociais e humanas a preocupação com o humano nas relações consigo mediadas por teia muito mais complexas do que aquelas que previam a relação da pessoa com seu pensamento, ainda que histórico, desespacializado.

Essas novas configurações espaço-temporais que determinam o mundo requerem, aponta a literatura à qual recorro neste capítulo, novos conceitos de espaço correspondentes às condições sociais contemporâneas. A denominada “virada espacial” (CARLOS, 2016) diz respeito, justamente, a um conjunto de autores em diversos campos, inclusa a Filosofia, que se preocuparam com essa categoria (espaço), como fundamental para compreender o estado atual do capitalismo, do desenvolvimento social e da globalização.

Os estudos espaciais em ciências sociais e humanas, então, como aponta a breve introdução supracitada, mostram-se de escopo suficiente para abarcar diversas áreas, inclusive neste trabalho que parte da tematização das práticas de cuidado em base territorial.

No entanto, para não cair em um risco de superficialidade teórica e apenas, como nas seções que sucedem a essa, citar conceitos deslocados de sua base teórica e filosófica, opto por, nesta seção (3.1) e na seguinte (3.2), apresentar discussões sobre a categoria espaço a partir de dois autores que me auxiliarão a realizar debate epistemológico sobre a denominada virada espacial.

Por um lado, tematizo os postulados do francês Henri Lefebvre⁵⁵, pela importância seminal de sua obra *A Produção do Espaço* (original em 1972), e suas implicações no estudo marxista não ortodoxo em diversos campos; por outro, na seção 3.2, trago as discussões sobre *A Natureza do Espaço* (lançada em 1996), presente no professor baiano Milton Santos, que tem, entre suas preocupações, articular uma teoria social à teoria do espaço. No trabalho de Lefebvre, as categorias destacadas como estratégicas, em sua teoria da produção do espaço, são “prática espacial”, “representação do espaço” e “espaços de representação”; já em Santos, a “ontologia do espaço” (e seus desdobramentos que fundam sua concepção de território, como “fluxos e fixos”, “horizontalidades e verticalidades”) será apresentada para que se compreenda a atualidade e utilidade do conceito e de seus derivados para qualquer estudo que se proponha a ser transversalizado pelo espaço.

Entre tantos autores possíveis, iniciar a discussão com Henri Lefebvre e seguir com Milton Santos diz respeito à filiação a uma tradição crítica do pensamento, marcado ao longo de todos os capítulos deste trabalho. Serve também, ao mesmo tempo, para beber tanto do pensamento filosófico que reformula (sem negar) dimensões necessárias de atualização no materialismo histórico-dialético, como se vê em Lefebvre, quanto de uma inspiração ontológica de escopo que marca de modo muito singular (ainda que não absoluto e tampouco como única explicação) a teorização sobre o espaço-tempo nas relações com a Técnica, como em Milton Santos. Tantas outras propostas são vistas sobre espaço, como se vê em grandes expoentes da Geografia mundial (como Raffestin e Harvey) ou brasileira (como Haesbaert, Saquet, Sposito, Fernandes, Carlos), e as categorias atuais, como território. Mas essa escolha tem o interesse no diálogo em uma perspectiva crítica com os autores que compõem a Parte I da pesquisa e em Lefebvre e Santos discutimos algumas bases e, nos demais citados, atualizações importantes – que comporão as seções 3.3 e 3.4.

Posso iniciar a discussão sobre a longa produção de Lefebvre perguntando algo central em um dos seus trabalhos (*A Produção do Espaço*), aqui usado estrategicamente: O que é espaço?

⁵⁵ Enquanto que mais à frente (tanto na seção 3.2 como nas demais), como será visto na discussão da obra de Milton Santos, prefiro discutir com a obra direta do autor, nos textos do francês Henri Lefebvre, pela dificuldade de acesso a versão traduzida ao português do livro aqui debatido (*A Produção do Espaço*) e pela escassa obra traduzida para o nosso idioma, diálogo com importante debatedor contemporâneo de sua obra, o sociólogo e geógrafo Christian Schmid, cujo conhecimento da extensa obra de Lefebvre é evidente. Ainda assim, trago trechos em espanhol da obra citada (*La Producción del Espacio*), por ter sido a versão com idioma que compreendo.

Ao comentar Lefebvre, Christian Schmid (2012) aponta que ele compreende espaço como um processo de produção que acontece em termos de três dimensões dialeticamente interconectadas. Para isso, define (sistematizando seu conjunto de conceitos) essas dimensões de duas maneiras: 1) De um lado, utiliza três conceitos: “prática espacial”, “representação do espaço” e “espaços de representação”, que estão fundados em sua própria teoria da linguagem tridimensional.

O aspecto especial de sua teoria da linguagem consiste, por um lado, em sua construção dialética básica tridimensional e, de outro, na sua dimensão ‘simbólica’ baseada em Nietzsche. No entanto, a teoria da produção do espaço dá um passo decisivo adiante da teoria da linguagem tridimensional. Ela procura apreender a prática social enquanto totalidade e não meramente um aspecto parcial dessa prática (SCHMID, 2012, p. 113).

2) De outro, um conjunto de outros conceitos: “o percebido”, “o concebido” e “o vivido”, que derivam da fenomenologia francesa (como em Bachelard e Merleau-Ponty).

No entanto, comparado a essas abordagens, Lefebvre procura repetidamente manter o seu ponto de vista materialista dialético. Dessa forma, *a perspectiva epistemológica desloca-se do sujeito que pensa, atua e experimenta para o processo de produção social do pensamento, ação e experiências* (SCHMID, 2012, p. 113, grifo meu).

No próprio Lefebvre (2013, p. 92), apesar de mais a frente precisar trazê-los novamente com outros conceitos agregados, a definição da tríade dimensional do espaço é didática:

a) la practica espacial, que engloba producción y reproducción, lugares específicos y conjuntos espaciales propios de cada formación social; práctica que asegura la continuidad en el seno de una relativa cohesión. Por lo que concierne al espacio social y a la relación con el espacio de cada miembro de una sociedad determinada, esta cohesión implica a la vez un nivel de competencia y grado específico de performance.

b) las representaciones del espacio, que se vinculan a las relaciones de producción, al “orden” que imponen y, de ese modo, a los conocimientos, signos, códigos y relaciones “frontales”.

c) los espacios de representación, que expresan (con o sin codificación) simbolismos complejos ligados al lado clandestino y subterráneo de la vida social, pero también al arte (que eventualmente podría definirse no como código del espacio, sino como código de los espacios de representación).

Com esta tridimensionalidade Lefebvre é capaz de sustentar a ideia de que o espaço social é o espaço da sociedade, da própria vida social: “*El hombre no vive únicamente por la palabra; cada “sujeto” se situa en un espacio donde se reconoce o se pierde, un espacio para disfrutar o modificar*” (LEFEBVRE, 2013, p. 94).

Compreender as afirmações e trechos com alta carga conceitual como os reportados citado me faz apresentar os seus principais fundamentos teóricos para que, aos

poucos, o conjunto de sintagmas⁵⁶ supracitados fiquem claros. Mas, de antemão, já fica clara uma produção singular e completamente autoral de sua própria concepção de dialética, de própria construção teórica de linguagem e também seu diálogo específico com certo tipo de fenomenologia sem rompimento completo com o marxismo.

Para Schmid, interessado em evitar más compreensões e apropriações desvirtuadas da teoria da produção do espaço em Lefebvre (já que, para o autor, as vertentes pós-críticas têm produzido confusão conceitual e uso recorrentemente parcial da teoria lefebvriana), é preciso atentar para três aspectos do arcabouço epistemológico do autor: primeiro, um conceito específico de dialética – a dialética triádica – que pode ser considerado como sua contribuição original e independente – uma dialética não binária, baseada no trio Hegel, Marx e Nietzsche (SCHMID, 2012); segundo, a sua própria teoria da linguagem, baseada em Nietzsche – e que, para Schmid (2012), foi pouco considerada na interpretação e nos debates acadêmicos dos trabalhos lefebvrianos. É justamente na teoria da linguagem que se aplica, pela primeira vez, a dialética triádica concretamente, no livro *A linguagem e a sociedade* (de 1966); terceiro, menos a fenomenologia do próprio Heidegger e mais a dos franceses Maurice Merleau-Ponty e Gaston Bachelard, portanto o diálogo com a fenomenologia do espaço vivido (SCHMID, 2012).

Diante dessas bases que estão contidas ao longo da obra de Lefebvre se pode entender o conceito de espaço. “Espaço (social) é um produto (social)”, aponta a máxima lefebvriana (SCHMID, 2012, p. 90). Essa concepção requer o rompimento com a concepção generalizada de espaço, imaginado como uma realidade material independente, que existe em “si mesma”, como que autônoma ao ser humano e ligada estritamente à natureza. Pode-se dizer, com isso, que sua teoria atrela a realidade social (e teoria social) à concepção de espaço de modo que jamais o espaço, a partir desse prisma epistemológico, poderia ser visto “em si mesmo” (ou teorizado a partir dele próprio).

O espaço social é conceito em Lefebvre que só se pode analisar numa relação de tempo-espaço produzindo (e sendo produzida pela) sociedade. Nas palavras de Schmid, a trama conceitual é sintetizada:

O espaço representa simultaneidade, a ordem sincrônica da realidade social. *Tempo*, por outro lado, denota a ordem diacrônica e, assim, o processo histórico da produção

⁵⁶ Aqui me referiro à expressão sintagma como um conjunto de conceitos no qual a compreensão de cada um deles só é possível relacionando um ao outro.

social. *Sociedade* aqui não significa nem uma totalidade espaço-temporal de ‘corpos’ ou ‘matéria’, nem uma soma total de ações e práticas. São centrais para a teoria materialista de Lefebvre, os seres humanos em sua corporeidade e sensualidade, sua sensibilidade e imaginação, seus pensamentos e suas ideologias; seres humanos que entram em relações entre si por meio de suas atividades e práticas (SCHMID, 2012, p. 91, grifos do autor).

Espaço e Tempo na teoria social do autor nem são só materiais, nem são só *status* puros, conceitos *a priori*, de modo que eles são entendidos como sendo aspectos integrais da prática social. Resume Schmid (2012, p. 91): “Lefebvre os vê como produtos sociais, consequentemente eles são, ambos, resultado e pré-condição da produção da sociedade”.

Compreender o apontamento da teoria da produção social do espaço como uma explicação da totalidade não implica em um universalismo. Isso quer dizer que espaço e tempo não existem universalmente, senão compreendidos por dadas realidades contextualizadas, já que cada uma dessas produções é histórica e contingente, por exemplo, às relações de poder e conflitos sociais.

A produção do espaço pode ser dividida em três dimensões ou processos dialeticamente interconectados, que são duplamente determinados e, da mesma forma, duplamente designados. Eis que chegamos ao conceito apresentado logo no início da discussão sobre esse autor: de um lado, refere-se à tríade da “prática espacial”, “representações do espaço” e “espaços de representação”. De outro, refere-se ao espaço “percebido”, “concebido” e “vivido”. Essa dupla tríade é abordada em uma dimensão por uma fenomenologia e na outra por uma linguística ou semiótica (SCHMID, 2012). É nessa dupla tríade que fica latente a necessidade de explicar o modo próprio de estabelecer a dialética em Lefebvre.

Criticando o modo binário como se estabelece a dialética em Hegel, Lefebvre analisa o conceito de “contradição” na produção de sínteses e antíteses e propõe, a partir de uma outra leitura do termo alemão *Aufheben des Widerspruchs* (suprassunção da contradição), diante da tradicional tradução: “superação (da contradição pela) dialética”. Ao utilizar o termo complexo “suprassumir” – que está mais próximo de um paradoxo que por um lado diz respeito a negação e superação e, por outro lado, expressa a preservação e colocação em um nível superior – propõe uma outra “dinâmica” à dialética, como aponta Schmid (2012, p. 93):

Na opinião de Lefebvre, uma contradição, quando suprassumida, não alcança o seu verdadeiro estado ou destino final, mas sua transformação – é superada, mas ao mesmo tempo também preservada e adicionalmente desenvolvida, de acordo com essa dupla determinação [...]. Assim, suprassunção neste sentido radical não significa de forma alguma alcançar uma verdade superior ou definitiva. A

contradição tende à sua solução, ainda que a solução não negue simplesmente a velha contradição, mas também, simultaneamente, a preserve e a conduza a um nível mais elevado. Portanto, a solução carrega nela o germe de uma nova contradição. Esta compreensão da dialética é caracterizada por uma interpretação dinâmica e profundamente histórica do desenvolvimento e da história. Lefebvre destaca: ‘Movimento é, por conseguinte, transcendência’, [ou, em seu reverso:] [...]: transcendência (suprassunção) significa movimento (histórico).

Há ainda um complemento à ideia de suprassunção em Lefebvre: a ideia de ato. Para ele, a suprassunção se faz por meio de uma atividade criativa que não é exatamente uma ação real, mas uma realização, um devir. Esclareço: entre os dois movimentos dialéticos de “negação” e “conservação”, encontra-se a “possibilidade de realizar”, o projeto, a indeterminação. Em outras palavras, para dizer o mesmo, na suprassunção há sempre um risco, um possível fracasso e, ao mesmo tempo, uma possibilidade – uma promessa (SCHMID, 2012).

Assim, Lefebvre desenvolve uma figura tridimensional da realidade social que explica, a partir de uma nova dialética, a construção social do espaço. Os três momentos da metáfora tridimensional se expressam na descrição abaixo:

A prática social material tomada como ponto de partida da vida e da análise constitui o primeiro momento. Ela permanece em contradição com o segundo momento: conhecimento, linguagem e palavra escrita, compreendidos por Lefebvre como abstração, como poder concreto e como compulsão ou constrangimento. O terceiro momento envolve poesia e desejo como formas de transcendência que ajudam o devir a prevalecer sobre a morte. Lefebvre, porém, não para nessa suprassunção em transcendência e poesia. Desta maneira, uma figura dialética tridimensional emerge em que os três momentos são dialeticamente interconectados: prática social material (Marx); linguagem e pensamento (Hegel); e o ato criativo, poético (Nietzsche) (SCHMID, 2012, p. 95).

O mais importante dessa representação tridimensional é o apontamento único do pensamento de Lefebvre que não indica uma “síntese”, como em Hegel. A figura triádica liga três momentos, que permanecem distintos entre si, sem reconciliá-los numa síntese, já que são interativos e, ao mesmo tempo, em conflito ou em aliança entre si (LEFEBVRE, 2013).

Assim como a figura triádica está presente na reformulação dialética de Lefebvre, há também na teoria de linguagem do autor uma tridimensionalidade. Explicitando didaticamente, tem-se: uma primeira dimensão – sintática ou sintagmática, que é a mais usual nos estudos da Linguística – está preocupada com as regras formais de combinação que determinam a relação entre as coisas e expressam atenção às possíveis disposições, estrutura das sentenças e sintaxe (LEFEBVRE, 2013).

Já a segunda dimensão é marcada pela presença de uma preocupação “pragmática”, que diz respeito às combinações ou ao contexto dos usos dos signos, além das

operações linguísticas de seleção ou substituição desses signos. A terceira diz respeito à dimensão simbólica. A preocupação diz respeito às simbolizações possíveis dos signos que, para Lefebvre, pode denotar um signo formalizado da Matemática ou signo carregado de imagens, emoções, afetividades. Portanto, ao estudar o simbólico, Lefebvre mostra interesse em estudar o emocional e o irracional como fatos sociais (SCHMID, 2012).

Diante da triádica dialética e da tridimensionalidade da linguagem, o esquema conceitual já citado pode se sustentar. A partir dessa perspectiva, a análise tridimensional da produção do espaço aparece como se segue nos conceitos de “prática espacial”, “representação do espaço” e “espaços de representação”. A definição tomo emprestado de Schmid (2012, p. 100):

- A “prática espacial” designa a dimensão material da atividade e interação social. A classificação espacial significa focar no aspecto da simultaneidade das atividades. A prática espacial, em analogia com a dimensão sintagmática da linguagem, denota o sistema resultante da articulação e conexão de elementos ou atividades. Seria exemplo disso a produção social do trabalho.
- As representações do espaço dão uma imagem e dessa forma também definem o espaço. Análoga à dimensão paradigmática da linguagem, uma representação espacial pode ser substituída por outra que mostre similaridades em alguns aspectos e diferenças em outros. Seriam exemplos representações como nos mapas, plantas etc.
- O espaço de representação consiste na dimensão simbólica do espaço. De acordo com isso, espaços de representação não se referem aos espaços propriamente, mas a algo mais: um poder divino, o *logos*, o Estado, o princípio masculino e feminino e outros. Essa dimensão da produção do espaço refere-se ao processo de significação que se conecta a um símbolo (material). Os símbolos do espaço poderiam ser tomados da natureza como as árvores ou formações topográficas proeminentes, ou eles poderiam ser artefatos, prédios e monumentos.

E complemento a síntese com as próprias palavras do Lefebvre (2013, p. 97):

a) la práctica espacial de una sociedad secreta su espacio; lo postula y lo supone en una interacción dialéctica; lo produce lenta y serenamente dominándolo y apropiándose de él. Desde el punto de vista analítico, la práctica espacial de una sociedad se descubre al descifrar su espacio.

b) las representaciones del espacio, es decir, el espacio concebido, el espacio de los científicos, planificadores, urbanistas, tecnócratas fragmentadores, ingenieros sociales y hasta el de cierto tipo de artistas próximos a la cientificidad, todos los

cuales identifican lo vivió y lo percibido con lo concebido. Es el espacio dominante en cualquier sociedad (o modo de producción). Las concepciones del espacio tenderían (con algunas excepciones sobre las que habrá que regresar) hacia un sistema de signos verbales – intelectualmente elaborados.

c) los espacios de representación, es decir, el espacio vivido a través de las imágenes y los símbolos que lo acompañan, y de ahí, pues, el espacio de los “habitantes”, de los “usuarios”, pero también el de ciertos artistas y quizá de aquellos novelistas y filósofos que describen y sólo aspiran describir. Se trata del espacio dominado, esto es, pasivamente experimentado, que la imaginación desea modificar y tomar. Por consiguiente, esos espacios de representación mostrarían una tendencia (de nuevo con las excepciones precedentes) hacia sistemas más o menos coherentes.

O desenvolvimento proporcionado por sua teoria da linguagem admite um jogo: onde há regras sintáticas nas relações entre os signos há também sua função paradigmática, cujo signo pode ser substituído por outro; por fim, há a dimensão viva e vivida da língua, com seu simbolismo. A partir da linguagem, Lefebvre chega, enfim, ao espaço: transforma-se, assim, aquilo que é sintagmático – por analogia – em prática espacial (a função, a conexão); aquilo que é paradigmático, em representação do espaço (o discurso sobre o espaço); por fim, em sua tríade, aquilo que é simbólico, em espaço de representação.

Por fim, na composição da teoria da produção social do espaço, além da dialética e da linguagem, a fenomenologia contribui com os termos básicos que se revelam em três outras dimensões de aparição: o “percebido” (*perçu*), o “concebido” (*conçu*) e o “vivido” (*vécu*) (SCHMID, 2012, p. 102). Essa tríade é tanto individual quanto social na medida em que é constitutiva da autoprodução humana e da autoprodução da própria sociedade.

Enfim, os três momentos do espaço são:

Espaço percebido: o espaço tem um aspecto perceptível que pode ser apreendido por meio dos sentidos. Essa percepção constitui um componente integral de toda prática social. Ela compreende tudo que se apresenta aos sentidos; não somente a visão, mas a audição, o olfato, o tato e o paladar. Esse aspecto sensualmente perceptivo do espaço relaciona-se diretamente com a materialidade dos ‘elementos’ que constituem o ‘espaço’;

Espaço concebido: o espaço não pode ser percebido enquanto tal sem ter sido concebido previamente em pensamento. A junção de elementos para formar um ‘todo’ que é então considerado ou designado como espaço presume um ato de pensamento que é ligado à produção do conhecimento;

Espaço vivido: a experiência vivida do espaço é essa dimensão que significa o mundo assim como ele é experimentado pelos seres humanos na prática de sua vida cotidiana. Neste ponto, Lefebvre é inequívoco: o vivido, a experiência prática, não se deixa exaurir pela análise teórica. Sempre permanece um excedente, um remanescente, o indizível, o que não é passível de análise apesar de ser o mais valioso resíduo, que só pode ser expresso por meio de meios artísticos (SCHMID, 2012, p. 102).

O conjunto de conceitos, como “o percebido”, “o concebido” e “o vivido”, como demonstrado anteriormente, apesar de derivado da fenomenologia, procura manter o seu

ponto de vista materialista dialético, por isso, elevando a categoria que o autor denominou de tríades dialéticas do homem⁵⁷. Schmid (2012, p. 104) aponta que, após todo esse esforço apreendido nas longas palavras e explicitações acima, mostram uma perspectiva epistemológica, como já dita, preocupada com o “processo de produção social do pensamento, ação e experiências”.

Com a leitura de Lefebvre, longe de querer estabelecê-lo como guia único de entendimento sobre o espaço (será visto que mais adiante outros teóricos são trazidos), consigo expressar a máxima que dá título à seção: nesse autor consegue-se fazer compreender por que a teorização sobre o espaço trouxe uma “virada” para as ciências humanas e sociais. Com as lições epistemológicas aqui apontadas, qualquer pesquisa que tematize as relações históricas precisa se fincar na dinâmica tempo-espaço e, efetivamente, trazer a categoria espaço como presente na produção do humano. Como foi dito no título, do espaço como natureza do homem abstrato viu-se criar as condições teóricas para o entendimento do humano como produtor, produto e meio do espaço (i)material, seja o vivido, concebido ou representado.

Retomando a teoria da produção social do espaço, Schmid (2012, p. 113) faz o seguinte resumo sobre a tríade proposta, e faço das palavras desse autor os meus apontamentos, em Lefebvre:

[...] um espaço social inclui não somente a materialidade concreta mas um conceito pensado e sentido – uma ‘experiência’. A materialidade em si mesma ou a prática material de per si não possui existência quando vista a partir de uma perspectiva social sem o pensamento que os expressa e representa e sem o elemento da experiência vivida, os sentimentos que são investidos nesta materialidade. O pensamento puro é pura ficção; ele vem do mundo, do Ser, do Ser material assim como de sua experiência vivida. [...] Estas três dimensões da produção do espaço

⁵⁷ Não é meu foco na seção, mas é importante destacar que uma última revisão desse quadro teórico, apontado por Lefebvre, foi feita por David Harvey (em *Justiça Social e a Cidade*, lançado em 1980) ao propor a junção de três esferas de espaços aos três momentos indicados em Lefebvre (percebido, concebido e vivido), são elas: espaço absoluto, relativo e relacional. Nas próprias palavras de Harvey, a partir de Haesbaert (2015, p. 97), temos: “Se tomarmos o espaço como absoluto ele se torna uma ‘coisa em si mesma’ com uma existência independente da matéria. Ele possui então uma estrutura que podemos utilizar para classificar ou para individualizar fenômenos. A caracterização de um espaço relativo propõe que ele deve ser entendido como uma relação entre objetos, a qual existe somente porque os objetos existem e se relacionam. Há outra acepção segundo a qual o espaço pode ser tomado como relativo, e proponho chamá-lo espaço relacional – espaço tomado, à maneira de Leibniz, como estando contido em objetos, no sentido de que um objeto existe somente na medida em que contém e representa dentro de si próprio as relações com outros objetos”. Assim, o que Harvey faz não é negar a teoria lefebvriana, mas atualizá-la em uma matriz em que os momentos se cruzam nas dimensões e que o destacar de cada um dos cruzamentos entre ela diga respeito ao foco de análise sobre o espaço.

constituem uma unidade dialética contraditória. É uma tripla determinação: o espaço emerge somente da interação de todas as três.

Isso porque o espaço é inacabado e, por isso, é continuamente produzido e está sempre ligado com o tempo.

Ao falar sobre a construção da realidade urbana – e que aqui tomamos também como lição sobre apontamentos gerais sobre o espaço –, Carlos (2016) aponta que construir a compreensão por meio da centralidade da noção do espaço como “produzido” indica o pressuposto de que essa produção é imanente à produção da vida e, portanto, as relações sociais teriam como exigência um espaço e tempo. Sumaria a autora:

Resumidamente isso significa que a materialização do processo espacial realiza-se na vida cotidiana pela concretização das relações sociais produtoras dos lugares. O homem se apropria do mundo, enquanto apropriação do espaço com todos os seus sentidos e com o seu corpo, dando ao espaço uma dupla dimensão: de um lado, significa localização das atividades e ações humanas constitutivas da vida; de outro, encerra, em sua natureza, um conteúdo social dado pelas relações sociais que se realizam num espaço – tempo determinado que é aquele da reprodução da sociedade (CARLOS, 2016, p. 8).

Essa perspectiva esclarece o papel dos lugares, dos territórios (discutido nas seções 3.3 e 3.4) e mesmo das cidades enquanto obra humana, materialidade produzida ao longo da história, localização e produto, em seu movimento constante de reprodução, que permite, portanto, vislumbrar o espaço como produto da humanidade (CARLOS, 2016).

Ao apresentar esta seção e os apontamentos de Lefebvre, mas que poderiam advir de tantos outros, como David Harvey ou Claude Raffestin, proponho uma apropriação desses apontamentos epistemológicos que conduzem meu objeto de análise a uma virada analítica: partir de uma simples compreensão da distribuição das atividades dos homens/grupos humanos sobre o espaço para a “produção social do espaço” como momento da “produção da vida” – e, importando ao meu objeto, com os modos de produção de cuidado.

A produção do espaço permite, assim, superar a ideia de espaço como “palco da ação humana”, nas palavras de Carlos (2016). Possibilita compreender a dimensão social do espaço produzido por meio do papel ativo dos sujeitos e sociedade que constroem mundos objetivos e imateriais numa prática, que pode ser caracterizada de socioespacial, e aponta a reprodução das relações sociais enquanto relação espaço-temporal.

Por fim, percebo que o espaço pensado como produção/produto da ação da sociedade está imerso na totalidade da reprodução social em que, por exemplo, as técnicas são mediadoras dessas tais relações sociais expressas em temporalidades. E sobre isso, a ontologia do espaço produzida em Milton Santos nos auxilia no debate, como no que se segue.

3.2 Da “Natureza do Espaço” à compreensão do território como “meio-técnico” para o entendimento do lugar como categoria central: Milton Santos e as contribuições de uma Teoria Social para a ciência do Espaço

A escolha da seção 3.1 sobre as discussões a partir de Lefebvre não foi sem intenção. Tentei deixar claras as multidimensões do espaço e também a perspectiva dialética do espaço como produto, meio e produzido (do e pelo homem) ao mesmo tempo. Com Milton Santos a escolha também é interessada: sofisticada a explicação espacial a partir de um complexo emaranhado (e dialético) encontro de sistemas de objetos e ações. Esse modo singular de conceber o território sucede um conjunto de conceitos e outras categorias que ajudam a compreender as dinâmicas espaciais enquanto teoria social.

Sem dúvidas, há importantes diferenças teóricas entre as produções do brasileiro e a do francês. Entretanto, o nosso objetivo não é versar sobre isso, senão compor um quadro teórico de entendimento sobre o espaço que sirva para formular um arsenal crítico e que, embora partindo de leituras distintas do marxismo, caminhe nos apontamentos da qualificação do materialismo histórico como ferramenta que impõe dialética ao entendimento sobre o espaço. Uma das diferenças, por exemplo, e que aqui será abordada, diz respeito ao projeto de compreensão ontológica do espaço – necessária para Santos e não abordada, nesses termos, por Lefebvre –, ao passo que ambos se encontram com uma preocupação: enlaçar o espaço em uma teoria social.

A preocupação ontológica do espaço é expressa pelo próprio autor não só no título de um de seus principais livros (*A Natureza do Espaço*), mas também em suas palavras: “É indispensável uma preocupação ontológica, um esforço interpretativo de dentro, o que tanto contribui para identificar a natureza do espaço, como para encontrar as categorias de estudo que permitam corretamente analisá-lo” (SANTOS, 2014, p. 19). E continua, sobre o compromisso ontológico que reverbera na criação rigorosa de uma disciplina que constrói o espaço como objeto e análise:

Para que o espaço possa aspirar a ser um ente analítico independente, dentro do conjunto das ciências sociais, é indispensável que conceitos e instrumentos de análise apareçam dotados de condições de coerência e de operacionalidade. Assim ao mesmo tempo demonstramos sua indispensabilidade e legitimamos o objeto de estudo (SANTOS, 2014, p. 21).

É justamente esse rigor que proporcionará a Santos (2014) a produção de um sistema teórico que aglomerará em sua teoria sobre o espaço tantos outros conceitos, ou derivações, como ele indica:

A partir da noção de espaço como um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações podemos reconhecer suas categorias analíticas internas. Entre elas, estão a paisagem, a configuração territorial, a divisão territorial do trabalho, o espaço produzido ou produtivo, as rugosidades e as formas-conteúdo. Da mesma maneira e com o mesmo ponto de partida, levanta-se a questão dos recortes espaciais, propondo debates de problemas como o da região e o do lugar, o das redes e das escalas. Paralelamente, impõem-se a realidade do meio com seus diversos conteúdos em artifício e a complementaridade entre uma tecnoesfera e uma psicoesfera. E do mesmo passo podemos propor a questão da racionalidade do espaço como conceito histórico atual e fruto, ao mesmo tempo, da emergência das redes e do processo de globalização (SANTOS, 2014, p. 22).

Nota-se que, ao mesmo tempo que a definição de espaço fica latente (espaço como sistema de objeto e sistema de ação), todo um programa teórico se revela, na medida em que reformula e cria conceitos a partir da própria concepção de espaço.

Portanto, na formulação de Santos (2014) sobre o espaço, é possível falar de categorias externas à produção do espaço, que na posição analítica cumprem papel interior à teorização. São elas: a técnica, a ação, os objetos, a norma e os eventos, a universalidade e a particularidade, a totalidade e totalização, a temporalização e a temporalidade, a idealização e a objetivação, os símbolos e a ideologia.

Entre as categorias externas, mas que compõem o arcabouço (interno) ontológico do espaço, Santos dá destaque especial à “técnica”, já que é expressão objetivada do tempo, por seu tríplice aspecto:

Como reveladora da produção histórica da realidade; como inspiradora de um método unitário (afastando dualismos e ambiguidades) e, finalmente, como garantia da conquista do futuro, desde que não nos deixemos ofuscar pelas técnicas particulares, e sejamos guiados, em nosso método, pelo fenômeno técnico visto filosoficamente, isto é, como um todo (SANTOS, 2014, p. 23).

Complementando, sobre a centralidade da técnica para a análise do tempo em Santos (2014, p. 29), ele relembra que “as técnicas são um conjunto de meios instrumentais e sociais, com os quais o homem realiza sua vida, produz e, ao mesmo tempo, cria espaço”. Para ficar ainda mais claro o papel da técnica como meio de expressão do tempo e, portanto, como revelador do espaço, Santos pontua a relação histórica entre tempo, espaço e mundo. Ele afirma:

Assim empiricizamos o tempo, tornando-o material, e desse modo o assimilamos ao espaço, que não existe sem a materialidade⁵⁸. A técnica entra aqui como um traço de união, historicamente e epistemologicamente. As técnicas, de um lado, dão-nos a possibilidade de empiricização do tempo e, de outro lado, a possibilidade de uma qualificação precisa da materialidade sobre a qual as sociedades humanas trabalham. Então, essa empiricização pode ser a base de uma sistematização, solidária com as características de cada época. Ao longo da história, as técnicas se dão como sistemas, diferentemente caracterizadas (SANTOS, 2014, p. 54).

Aponta, com isso, que “por intermédio das técnicas que o homem, no trabalho, realiza e sua união entre espaço e tempo” (p. 54) e conclui: “o espaço é formado por objetos técnicos” (p. 55). Isso quer dizer que no espaço se concretizam as técnicas que nele permanecem como autorizações para que os grupos sociais possam “fazer isto ou aquilo”, “desta ou daquela forma”, “neste ou naquele ritmo”, e assim Santos afirma categoricamente: tudo isso é tempo (SANTOS, 2014, p. 55).

Entretanto, a técnica não produz unilateralmente o espaço. Isso daria certo mecanicismo à proposta que não equivale à visão dialética de Santos. Para isso, a categoria lugar é introduzida no sistema teórico do autor. Explicando: para Milton Santos, cada técnica pode ter sua história particular de um ponto de vista mundial, nacional ou local, e esta seria a história contada a partir do momento de sua instalação em um determinado ponto habitado pelo homem. E segue: “A história universal seria, sobretudo, uma história absoluta das técnicas e, portanto, algo muito mais do domínio da cronologia que, mesmo, da história. Vistas desse modo, as técnicas aparecem como algo absoluto e abstrato, apesar de sua empiricidade” (SANTOS, 2014, p. 58). E aponta, assim, a dialética entre técnica e espaço, expresso no lugar:

É o lugar que atribui às técnicas o princípio de realidade histórica, relativizando o seu uso, integrando-as num conjunto de vida, retirando-as de sua abstração empírica e lhes atribuindo efetividade histórica. E, num determinado lugar, não há técnicas isoladas, de tal modo que o efeito de idade de uma delas é sempre condicionado pelo das outras (SANTOS, 2014, p. 58).

Sendo assim, os lugares redefinem as técnicas. Cada objeto ou ação que se instala, dialeticamente, insere-se num tecido preexistente e seu valor real é encontrado no funcionamento concreto do conjunto, de modo que sua presença também modifica os valores preexistentes (SANTOS, 2014).

⁵⁸ Apesar de Santos não afirmar que o espaço é só materialidade, ele propõe a possibilidade de existência do espaço *a partir* da materialidade. Essa é uma das diferenças para Lefebvre, já apresentado, e outros autores à frente discutidos. As configurações territoriais são também já produzidas a partir das imaterialidades.

Para continuar a proposta ontológica do espaço e deixar clara a construção dos sistemas de objetos e ação como o binômio constituinte do espaço, Santos relembra a função de dois outros pares teóricos, a saber, “fluxos e fixos” e “configurações territoriais e relações sociais”. No primeiro par constituinte do espaço, para o autor, os elementos fixos (enquanto fixados em cada lugar) permitem ações que modificam o próprio lugar, criando assim fluxos novos ou renovados que, por sua vez, recriam as condições ambientais e as condições sociais e redefinem cada lugar. Os fluxos são um resultado direto ou indireto das ações e atravessam ou se instalam nos fixos, modificando a sua significação e o seu valor, ao mesmo tempo em que também se modificam (SANTOS, 2014).

Sobre o segundo par – já incluída a perspectiva dos sistemas que orientará a ontologia do espaço em Santos – a configuração territorial é dada pelo conjunto formado pelos sistemas naturais existentes em um dado país ou numa dada área e pelos acréscimos que os homens superpuseram a esses sistemas naturais. E, assim, o autor difere que a configuração territorial não é o espaço propriamente dito, já que sua realidade vem de sua materialidade, enquanto o espaço reúne a materialidade e a vida que a anima. A configuração territorial tem existência material própria, mas sua existência social, isto é, sua existência real, somente lhe é dada pelo fato das relações sociais (SANTOS, 2014). Portanto, aqui já se vê um conjunto conceitual sistemático que garante a natureza relacional e social da produção do espaço e já deriva, entre as configurações espaciais, o território (conceito mais à frente discutido).

Ao desenvolver a perspectiva do sistema e, ao mesmo tempo, sofisticar a leitura marxista em analogias dos objetos como força produtiva e sistema como relações sociais de produção (aceitando essa perspectiva, mas complexificando-a), Milton Santos então define um “conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá” (SANTOS, 1994, p. 63). Tempo e espaço juntos pelas condições de emergência da técnica e objetivados pelas relações sociais.

É preciso, então, algumas notas sobre esses sistemas. Para Santos, toda criação de objetos responde a condições sociais e técnicas presentes num dado momento histórico e sua reprodução, por sua vez, também obedece a essas condições sociais. Essa mesma dialética rege o sistema de ação: a ação é um processo, mas um processo dotado de propósito, no qual um agente, mudando alguma coisa, muda a si mesmo (SANTOS, 2014).

Os sistemas de ação se aliam à produção de técnicas e domínio de objetos, e isso se vê em determinada ação racionalizada. Para debater essa questão, inclusive, também Santos

– assim como fizemos no capítulo inicial da primeira parte deste trabalho – dialoga com Habermas (em uma obra na língua inglesa denominada *Legitimation Crisis*, de 1975, mas que também vemos em outras obras⁵⁹ já citadas no Capítulo 1) para a crítica à soberania, na modernidade da ação racional em detrimento de outras relações da ação com os objetos. Nas palavras de Santos (2014, p. 81), o diálogo com a teoria habermasiana:

No passado, os objetos revelavam propósitos de cada sociedade e eram os seus meios próprios à realização dos seus próprios fins. Já no mundo de hoje, as ações chamadas racionais tomam com frequência esse nome a partir da racionalidade alheia. Essas ações racionais são cada vez mais numerosas. Sua racionalidade deve-se, em grande parte, à própria natureza dos objetos técnicos, cuja vocação original é, exatamente, servir a uma ação racional, ação que se quer precisa, graças às técnicas concretas.

Mas, assim como Habermas, Santos também concorda que não há apenas ação racional. Essa é, sim, a hegemônica devido ao atual estágio do capitalismo, mas não a única possível. Mais uma vez, assim como no debate sobre as condições de possibilidade da emergência da técnica, para Santos, o lugar também é fundamental na formação da consciência, pois é do lugar (nas mediações espaciais, temporais e técnicas) que emergem as formas do agir (seja ela racional, simbólica ou comunicativa) – e estas (as formas de agir) são inseparáveis, ainda que, em cada circunstância, sua importância relativa não seja a mesma (SANTOS, 2014).

Um outro aspecto fundamental para a compreensão ontológica do espaço em Milton Santos é a intencionalidade. Antes disso, é preciso dizer uma máxima contida em sua obra, que conecta a discussão das ações com a intencionalidade:

A ação é o próprio do homem. Só o homem tem ação, porque só ele tem objetivo, finalidade. A natureza não tem ação porque ela é cega, não tem futuro. As ações humanas não se restringem aos indivíduos, incluindo, também, as empresas, as instituições. Mas os propósitos relativos às ações são realizados por meio dos indivíduos (SANTOS, 2014, p. 82).

Ora, como ser de ação o humano é ser a algo. Se ser de ação, é ser que pensa e age em direção a um objeto. O que existe, portanto, entre o sujeito e objeto é intencionalidade.

Milton Santos, para explicar esse preceito, recorre a Franz Brentano, em sua obra célebre (*Psicologia*) de 1935, para apontar: “não há pensamento sem um objeto pensado, nem apetite sem um objeto apetecido” (BRENTANO, 1935, p. 29 *apud* SANTOS, 2014, p. 89). E

⁵⁹ Como em Habermas (2012a, 2012b, 2013, 2014a, 2014b), já citados no capítulo inicial da primeira parte do trabalho.

segue afirmando Santos que a noção de intencionalidade não é apenas válida para rever a produção do conhecimento, como se dedicaram grandes estudiosos como Husserl, mas “essa noção é igualmente eficaz na contemplação do processo de produção e de produção das coisas, considerados como um resultado da relação entre o homem e o mundo, entre o homem e o seu entorno” (SANTOS, 2014, p. 90). Assim, longe de transformar sua ciência do espaço em uma fenomenologia-geográfica, utiliza a leitura da intencionalidade para fazer leitura crítica, portanto, das relações dos sistemas de objetos e ações, a essa altura, com a presença marcante do sujeito nessa cadeia epistemológica.

A intencionalidade provoca, na teoria de Santos (2014), um efeito importante: uma vez que as ações humanas convergem para a significação do objeto, tem-se, assim, a relação sujeito-objeto, e não só espaço e técnica. É na intencionalidade que espaço e técnica se temporalizam e o sujeito é inserido na relação (do sistema de) ação e (do sistema de) objeto. Dizendo de outro jeito, é justamente na (em) relação (sujeito-objeto) que a intencionalidade se mostra também como importante agente na construção do espaço, uma vez que sem ação não há objetos, e sem objetos a serem produzidos, as ações seriam esvaziadas – a esse espaço (tempo-espaço, sujeito-ação-objeto), Santos denomina de híbrido.

Ao fazer síntese sobre a discussão a respeito da intencionalidade, Faria e Bortolozzi (2009) apresentam também a discussão de forma e conteúdo na teorização de Santos (2014) e a mediação dos eventos (cotidianos) como expressão da apresentação do tempo e espaço unidos, como se vê em suas palavras:

[...] o espaço é visto como uma sucessão entre formas e conteúdos, onde cada conteúdo depende da forma que o abrigou e cada forma adquire existência empírica e filosófica ao se relacionar com algum conteúdo. Assim, forma e conteúdo se interagem e levam também a interação entre ação (e seu caráter intencional) e os objetos, na verdade, ambos se confundem, isto porque, durante cada processo de análise o sentido de dissolve e se recria, e esse processo de dissolução e recriação se dá pela divisão do trabalho, a qual transporta a um lugar novos conteúdos. Essa associação de conteúdos é feita com a participação dos eventos, aqui compreendidos como ações ocorridas em um tempo empiricizado e concreto, o resultado é a união de objetos a ações num processo que se desenrola promovendo a tão esperada união entre tempo e espaço (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p. 221).

Outros apontamentos epistemológicos estão presentes em sua teoria do espaço como condição para pensar de outro modo o espaço – rompendo com uma tradição a que Santos se opunha, em que espaço era naturalizado e por vezes quase sinônimo de “paisagem”. Inclusive, defende Santos (2014, p. 115), sobre aquele que se propõe a estudar o espaço, uma leitura que considere a totalidade, indo do universal ao particular, pois “cada coisa nada mais é que parte da unidade, do todo, mas a totalidade não é uma simples soma das partes. As

partes que formam a Totalidade não bastam para explicá-la. Ao contrário, é a Totalidade que explica as partes”.

Na direção de seu projeto teórico, aponta que a totalidade não pode ser vista como estática, mas sim como em movimento, no qual o todo influencia e determina as partes, e assim o tempo aparece contido no espaço e o espaço aparece contido no tempo. Desse modo, a totalidade (resultado) é vista como parte do processo constante de totalização (o próprio processo), jamais como estanque ou, como diria o próprio Santos: não uma totalidade estruturada e sim uma “totalidade em produção” (SANTOS, 2014, p. 119).

Um conceito-chave presente na teoria de Milton Santos diz respeito a território e sua compreensão, haja vista o modo singular em que se coloca a produção epistemológica de Santos, faz-se melhor ao apurar a ideia de totalidade. Fernandes (2015, p. 200) comenta, ao mesmo tempo que elucida, a relação entre território e a categoria totalidade:

Para discutir a totalidade como um princípio do território é necessário tomar muito cuidado para não ser mal compreendido. Evidente que não estamos afirmando que tudo é território, mas sim que o território é um todo. Ainda é necessário afirmar que esse todo é parte da realidade. Quando compreendemos o território como um todo, estamos entendendo sua multidimensionalidade.

Quando se fala, então, em multidimensionalidade, na concepção do território na relação com o espaço, diz-se que as dimensões que compõem o território são construções sociais, como diz Coca (2014, p. 107), “tecidas nas relações processuais que os homens estabelecem com o espaço, através do poder, portanto, consequências da intencionalidade dos sujeitos”, corroborando, portanto, Santos (2014). As dimensões, assim, não são fatos dados que influenciam os sujeitos sem sofrerem alterações, pelo contrário, elas são geradas em um processo de disputas e conflitualidades, influenciando e sendo influenciadas pelos sujeitos (COCA, 2014). Regressando a Fernandes, temos, em modo resumido:

Isso [a multidimensionalidade do território] significa que ao analisar os territórios por meio de uma ou mais dimensões, é somente uma opção, o que não implica em desconsiderar as outras dimensões. O princípio da multidimensionalidade nos ajuda a compreender melhor o da totalidade, já que são as dimensões que a compõem. As dimensões são formadas por condições construídas pelos sujeitos em suas práticas sociais na relação com a natureza e entre si. As múltiplas dimensões do território são produzidas relações sociais, econômicas, políticas, ambientais e culturais. A dimensão um espaço e relação construídos pelas ações e intencionalidades (FERNANDES, 2015, p. 200).

Com todo esse percurso epistemológico feito até aqui sobre a Natureza do Espaço em Milton Santos (2014), posso me apropriar da síntese feita por Moreira (2009) de que, em última análise, mesmo com o risco do reducionismo, é possível dizer que a teoria do espaço

de Milton Santos, fundamentalmente, é uma teoria do lugar. O espaço como histórico produzido, instância estrutural da totalidade, mediação determinada-determinante da história se robustece e ganha o estatuto do edifício teórico na teorização produzida na Natureza do Espaço (MOREIRA, 2009).

Diz mais Ruy Moreira (2009): a novidade teórica ocorre por conta do papel crescente que a técnica – como demonstramos acima – sobretudo, o território (entendido como uma dimensão do espaço), na sua relação ontológica com o espaço e interativa com a técnica, vai adquirir na trajetória da teoria do espaço enquanto uma teoria social. Isso quer dizer, em outras palavras, que a teoria social exposta por Santos é uma teoria da ação. E nessa teoria o espaço é o resultado da ação e do objeto articulados, potência e ato dialeticamente integrados num sistema:

Não se trata de uma teoria da ação pura. A ação exprime-se e se realiza no objeto. O objeto tem autonomia de existência, mas não tem autonomia de significação. O que ele é, vem das diferentes relações que mantém com o todo. A ação é quem lhe dá essa ligação e sentido, dado o seu caráter de intencionalidade, uma essencialidade portada pela técnica na forma da divisão do trabalho e que liga ação e objeto numa relação de sujeito-objeto (MOREIRA, 2009, p. 152).

Em complemento, duas temáticas entrelaçadas estão presentes em sua teoria social do lugar. Por um lado, a dialética em Santos se coloca analiticamente no olhar sobre movimento de diversificação da natureza, processo mediante o qual a natureza se renova pela modificação dos seus aspectos, renovando sua identidade, e ao qual o homem superpõe a divisão do trabalho (tema no qual Milton Santos propõe análise de uma “divisão territorial do trabalho”) (MOREIRA, 2009; SANTOS, 2014). Por outro lado, a totalidade buscada por Santos é uma dialética de diversidade-unidade, “onde cada modo de diversificação sucede um outro modo de diversificação, a diversidade se resolvendo na unidade e a unidade se reabrindo na diversidade, numa dialética de trocas de posição constantes sobre a qual a ação humana intervém e cujo resultado é o lugar” (MOREIRA, 2009, p. 152).

Apesar não trazido diretamente por Santos, outros dois conceitos podem também ser importantes na compreensão da produção dos lugares, sob um ponto de vista da afetividade humana. Solange Guimarães (2002) aponta que o conceito de lugar é determinado também no sentido do valor da proteção e, de modo mais íntimo, no aconchego e na permanência no grupo, não meramente restringindo-se às dimensões espaço-temporais compreendidas por um dado território. Nessa direção, aponta que ao se considerar a construção do “sentido de lugar” é possível se deparar também com a construção e o desenvolvimento de sentimentos “topofílicos e/ou topofóbicos”, respectivos à afeição ou à

aversão de um indivíduo em referência aos aspectos do ambiente (GUIMARÃES, 2002, p. 133). Apesar de ser um par conceitual mais utilizado nos estudos sobre humano-ambiente, trazê-lo ao debate aqui proposto sobre a construção do lugar é lembrar a dimensão afetiva (vivido) como constitutiva do lugar.

Para finalizar esta seção e dar seguimento à discussão nos próximos tópicos, dois outros conceitos são trazidos aqui como estratégicos – apesar de não nascerem em Santos, ganham contornos específicos com esse autor – para dizer dos arranjos espaciais que formam os territórios em que se vive, em que se produz, em que se reproduz a vida humana: as horizontalidades e verticalidades. Nas palavras do próprio Santos (2014, p. 284), a definição:

As segmentações e partições presentes no espaço sugerem, pelo menos, que se admitam dois recortes. De um lado, há extensões formadas de pontos que se agregam sem descontinuidade, como na definição tradicional de região. São as *horizontalidades*. De outro lado, há pontos no espaço que, separados uns dos outros, asseguram o funcionamento global da sociedade e da economia. São as *verticalidades* (grifos do autor).

Acrescenta Santos (2014, p. 286), em uma linguagem mais sociológica da análise da economia política do Capital e a respectiva apropriação dos espaços, em sua crítica ao sistema capitalista:

As verticalidades são vetores de uma racionalidade superior e do discurso pragmático dos setores hegemônicos, criando um cotidiano obediente e disciplinado. As horizontalidades são tanto o lugar da finalidade imposta de fora, de longe e de cima, quanto o da contra-finalidade, localmente gerada. Elas são o teatro de um cotidiano conforme, mas não obrigatoriamente conformista e, simultaneamente, o lugar da cegueira e da descoberta, da complacência e da revolta.

Esses conceitos servem para pensar que a tendência atual do sistema capitalista na produção sistêmica do espaço é na direção de uma união vertical dos lugares. Isso quer dizer que, utilizando a linguagem de capítulos anteriores, as racionalidades sistêmicas, os interesses em lucro e a necessidade de domínio político expressam os modos verticais e apropriação dos espaços na ordem vigente. Assim, ao imporem esses processos verticais, mudam também as relações locais de produção dos símbolos e vivência da realidade local, usando os termos da seção anterior em Lefebvre.

Entretanto, o apontamento de Santos elucidada que as horizontalidades, dialeticamente, têm capacidade de resistências às verticalidades estabelecidas nos fluxos do capital. Os lugares também podem se “refortalecer horizontalmente, reconstruindo, a partir das ações localmente constituídas, uma base de vida que amplie a coesão da sociedade civil, a serviço do interesse coletivo”, diz Milton Santos (2016, p. 288). Isso quer dizer que é a ação política (de resistência), em base local, e fortalecedora das horizontalidades, que é

confrontadora dos domínios de imposição de uma lógica de produção internacional ou de imposição de racionalidade instrumental colonizadora.

Claro, a ação política “pode, em muitos casos, ser orientada, apenas, para um interesse particular e específico” (SANTOS, 2014, p. 288), como aquelas orientadas para o lucro e poder (HABERMAS, 2012a, 2012b), como se vê frequentemente nas ações hegemônicas no lugar. As atividades que, complementares ao sistema hegemônico ou não, “têm uma lógica diversa da atividade dominante, provocam, a partir do seu conflito de preocupações, um debate que acaba por interessar ao conjunto da sociedade local” (SANTOS, 2014) e essa é a dialética que as horizontalidades e verticalidades se põem.

A teoria do lugar em Milton Santos, portanto, além de ontologizar o espaço e também compreendê-lo como produção social – numa imbricada teia em que sistemas de ação e sistemas de objetos interagem ininterruptamente, na qual a função da técnica ocupa papel estratégico para compreensão das temporalidades – cria bases conceituais para uma ação política de resistência às formas hegemônicas de produção da técnica (que, majoritariamente, anulam as capacidades locais). Sua teoria do espaço ganha contornos políticos e indica uma série de categorias em cujo território a atualização do Mundo da Vida parece servir para a análise nesta pesquisa.

Categorias como técnica, território, temporalidade, intencionalidade, além das duplas “fluxos e fixos” e as “verticalidades e horizontalidades”, são fundamentais para compreender a produção do espaço e resistir às formas hegemônicas de domínio instrumental das produções do humano. Ora, se em um dado espaço coabitam tempos diferentes – etapas tecnológicas (que materializam o tempo) diferentes – pode-se compreender com isso que há inserções diferentes de cada um dos lugares no sistema (ou no mundo globalizado), bem como pode expressar diferentes ritmos e coexistências nos lugares (FARIA, 2008).

Os territórios e suas configurações, assim, podem ocupar papel importante no campo das teorizações sobre o espaço porque encarnam nos lugares as relações sociais que produzem os próprios espaços. É sobre um conjunto de conceitos correlatos às configurações territoriais, ao que chamo de sintagmas espaciais, que discuto na seção seguinte.

3.3 Sintagmas espaciais: territórios, territorialidade e (re-des)territorializações como categorias para compreensão do lugar/local

Apesar de conceitos que em alguns momentos se fundem, a depender da perspectiva teórica (HAESBAERT, 2015), diferir espaço e território (e os conceitos derivados) para o que esta pesquisa se propõe é importante e útil. Grandes autores da área admitem (SAQUET, 2015; SAQUET; SPOSITO, 2015; HAESBAERT, 2017), inclusive, que o território tem sido utilizado em demasia e, por vezes, cometido abusos que, ao invés de fortalecer sua importância, tornam-no conceito guarda-chuva que tudo diz e pouco explica. Isso porque se utilizado com imprecisão o território (e outras categorias, posso ampliar as críticas) remete a uma perspectiva espacial desistoricizada/naturalizada; desmaterializada; como categoria de análise, sem prática; como poder apenas estatal, ou de zona sem rede (HAESBAERT, 2016).

Tomando para este trabalho os apontamentos sistemáticos trazidos por Haesbaert (2015), evidenciar a categoria território não se trata de distingui-lo de maneira clara ou mesmo rígida do seu correlato, o espaço. Admite-se que não são equivalentes, entretanto, espaço e território nunca poderão ser separados, “já que sem espaço não há território – o espaço não como um outro tipo de ‘recorte’ ou ‘objeto empírico’”, – como se fosse o espaço uma coisa em si e território o uso do espaço – mas “num âmbito mais epistemológico, como um outro nível de reflexão ou um ‘outro olhar’, mais amplo e abstrato, e cuja ‘problemática’ específica se confunde com uma das dimensões, fundamentais, da sociedade, a dimensão espacial” (HAESBAERT, 2015, p. 101). Sumaria pontuando: ao território caberia um foco centralizado na espacialidade das relações de poder.

Se o espaço, no modo como foi trazido nas seções anteriores, é a expressão das produções sociais, o território se define justamente pela “abordagem” ao espaço, com foco nas problemáticas que envolvem as manifestações e realizações das relações de poder. As palavras de Rogério Haesbaert são elucidativas nessa discussão quando indicam que o território “pode ser concebido a partir da imbricação de múltiplas relações de poder, do poder mais material das relações econômico-políticas ao poder mais simbólico das relações de ordem mais estritamente cultural” (HAESBAERT, 2015, p. 102).

Em diálogo com a literatura que utilizo neste capítulo (como em Lefebvre), Haesbaert admite a dimensão material (como nas “práticas espaciais”) e imaterial (como nas “representações do espaço” e “espaços de representação”) constituintes das relações de poder que emanam das configurações territoriais. Complementa o autor que: território toma como referência a ideia de um *continuum* de processos de territorialização com maior carga funcional (para Haesbaert como expressão do material) até os processos simbólicos e, ao

mesmo tempo, considera que nesses extremos (que são apenas divisões didáticas) não é possível conceber territórios puramente como funcionais (pois sempre neles está contida uma dimensão simbólica), nem territórios puramente simbólicos (pois sempre se apoiará em uma base material de algum espaço) (HAESBAERT, 2015).

Também em Milton Santos encontram-se discussões sobre o território. Além de defini-lo como meio técnico, o que parece deixar esse autor em uma preocupação com a expressão mais material ao território, também indica outros componentes como na citação a seguir: “O Território é o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência” (SANTOS, 2002, p. 9). Isso quer dizer que as imbricadas relações de intencionalidades do homem e objetos, nos sistemas de ações e objetos em Santos, revelam uma complexidade que qualquer estudo deve levar em consideração a história a partir dos territórios.

Reiterando a função das intencionalidades e dando destaque ao conceito (já repetido em diversos modos nos autores já abordados) de “dimensão(ões) do território”, Fernandes (2015) indica que o princípio da multidimensionalidade auxilia a compreender melhor o da totalidade, categoria fundamental já explicitada em Santos (2014), já que são as dimensões que a compõem. Continua:

As dimensões são formadas pelas condições construídas pelos sujeitos em suas práticas sociais na relação com a natureza e entre si. As múltiplas dimensões do território são produzidas relações sociais, econômicas, políticas, ambientais e culturais. A dimensão une espaço e relação construídos pelas ações e intencionalidades (FERNANDES, 2015, p. 200).

Para retomar outro conceito derivado do território e, como já anunciado no título desta seção, importante para as articulações que pretendo neste trabalho, valho-me de apontamentos de Marcos Saquet (2015) sobre a territorialidade. Enquanto as relações de poder em diversas dimensões estão sobremaneira envolvidas com a produção/apropriação/sensação de território, a territorialidade é pensada, para esse autor, a partir da relação dos sujeitos entre trabalho, sociedade e a natureza.

Para Saquet (2015), a categoria trabalho está na interface entre a sociedade e a natureza, e isso inclui as relações de poder e ideologia. É justamente o trabalho que está na base da construção, desconstrução e reconstrução do território através da produção material (objetos concretos) e símbolos (não só culturais, mas também políticos e econômicos, por exemplo). Assim, a territorialidade é fruto do trabalho e isso “significa troca de energia e

informação entre os homens e, ao mesmo tempo, posse de uma porção do espaço” (SAQUET, 2015, p. 37).

O autor segue a explicitação, ao observar que a territorialidade varia no tempo, de acordo com cada etapa do desenvolvimento (não só da técnica, como centra analiticamente Milton Santos, mas em níveis) orgânico, mecânico e cibernético, sempre vinculada ao controle de objetos e pessoas. Para Saquet (2015, p. 37-38), em diálogo com as propostas de Raffestin e Bresso, há “máquinas territoriais” que transformam a natureza agindo como gigantes produtoras de signos. Isso implica que as territorialidades estão cada vez mais fluidas, “desterritorializadas” e globalizadas – como nos conceitos de fluxos e verticalidades em Santos (2014) – numa sociedade plural, cujo enraizamento é cada vez menos presente.

Em Saquet (2015), então, há um modo específico, diante da construção das territorialidades, de conceber os processos de “territorialização” – outro conceito importante para esses sintagmas espaciais. Para o autor (SAQUET, 2015, p. 39), esse conceito significa “apropriação social de um fragmento do espaço a partir das relações sociais, das regras e normas, das condições naturais, do trabalho, das técnicas e tecnologias, das redes” e, ao mesmo tempo, dos conflitos que envolvem e evidenciam “diferenças e desigualdades bem como identidades e regionalismos”.

Diante disso, nesse autor – e o escolho como importante direcionador nesse trabalho dos estudos sobre o território – apresenta-se uma proposta de abordagem material e imaterial (na mesma medida), pluridimensional do entendimento sobre espaço (que ele julga como inerente à Geografia, e aqui utilizo para além das fronteiras dessa disciplina científica). Isso se sustenta no que já foi exposto pelo autor e dito de modo mais sistemático: o território é construído socialmente, tanto objetiva como subjetivamente, a partir de transterritorialidades historicamente condicionadas.

O que Saquet (2015) quer dizer, em outras palavras, é que não é só um produto das relações da sociedade-natureza, mas é, dialeticamente, a condição para a reprodução da própria sociedade. Território, em consonância com outros autores (como os aqui trazidos, visto em Haesbaert, 2015, 2017 e Fernandes, 2015) é campo de poder que envolve edificações e relações sociais, sejam elas econômicas, políticas, culturais ou ambientais, historicamente determinadas. E as materialidades ou imaterialidades – como ele denomina, as “(i)materialidades” – estão tanto nos resultados-produtos, quanto na condição-devir.

Na diversidade de conceitos já expostos até aqui, Fernandes avança ainda mais quando indica que além de multiterritorialidades – e, do mesmo modo, a composição das

(i)materialidades –, pode-se também encontrar “tipologias de territórios” (que não se confundem entre si, embora a tipologia nasça da multiterritorialidade), que são conceitos que dizem dos tipos de uso dos territórios. As três tipologias propostas são: 1- espaço de governança; 2- território-propriedade; 3- espaço relacional (FERNANDES, 2015). Assim, tento resumi-los, sendo fiel às palavras do autor:

- 1- O território ou espaço de governança está organizado em diversas escalas e instâncias. Os estados, províncias, departamentos, municípios são frações integradas e independentes do primeiro território, são diferentes escalas dos espaços de governança. As propriedades também são frações do primeiro, mas compõem o segundo território. Esta classificação tem como referências as relações praticadas pelas classes sociais. Elas produzem e organizam diversos territórios configurando o primeiro território. A eliminação da propriedade privada não elimina o segundo território. Mesmo em países onde as propriedades individuais – familiares pertencem ao Estado, há um território – propriedade. A relação entre primeiro e segundo território é intrínseca (FERNANDES, 2015, p. 205).
- 2- As propriedades privadas não capitalistas, familiares ou comunitárias e as propriedades capitalistas formam o segundo território. Territórios capitalistas e não capitalistas produzem permanentes conflitualidades pela disputa territorial. Territórios indígenas, quilombolas, camponeses, de moradia, com suas várias identidades são constituídos na multiterritorialidade rural e urbana. São movimentos socioterritoriais disputando o primeiro território em todas suas escalas. As empresas transnacionais de modo diferenciado agem para disputar estes territórios. Em alguns casos a disputa pelo primeiro território também ocorre entre as próprias empresas capitalistas. O primeiro território e o Estado são disputados permanentemente. Os segundos territórios são frações do primeiro, mas devem ser distinguidos porque as relações sociais que os produzem são diferentes. Um território propriedade-privada não pode ser confundido com um território espaço de governança (FERNANDES, 2015, p. 206).
- 3- O terceiro território é o espaço relacional considerado a partir de suas conflitualidades e reúne todos os tipos de territórios. O caráter relacional, por unir as propriedades fixas e móveis, promove os seus movimentos de expansão e refluxo. Esse movimento é determinado pelas relações sociais e as conflitualidades entre as classes, grupos sociais, sociedade e Estado. Enquanto a idéia de segundo território obedece ao caráter jurídico da propriedade, o terceiro se apropria dessa condição, mas não está subordinada a ela. [...] O terceiro território está relacionado às formas de uso dos territórios; portanto, às suas territorialidades. No entanto, é importante alertar para não se confundir o terceiro território com a produção de sua territorialidade. Esta é a representação das formas de uso dos territórios (FERNANDES, 2015, p. 208).

Para o autor, os territórios materiais e imateriais estão representados em primeiro, segundo e terceiro territórios (fixos e fluxos – como na concepção de Milton Santos), entendendo-os (os territórios) como espaços de governança, como propriedades e como espaço relacional (FERNANDES, 2015). Isso quer dizer que essa proposição contribui para compreensão conceitual dos processos socioterritoriais, evitando-se, assim, que se fale de disputa territorial sem se definir o que é território ou, penso, usando a concepção guarda-chuva de multiterritorialidade para explicar não só as dimensões do território (que o conceito

se propõe a indicar), mas também os tipos de uso (que seria impreciso, o que justifica também a adição dessa conceptualização).

Por fim, explicitando o movimento dos sintagmas espaciais abordados nesta seção, retorno a um trecho direto do próprio Marcos Saquet (2015, p. 45) que auxilia na compreensão do movimento que esses conjuntos de conceitos derivados da compreensão do espaço-tempo indicam:

As territorialidades (econômicas, políticas e culturais) são, simultaneamente, resultado condicionantes e caracterizadoras da territorialização e do território num movimento contínuo de desterritorialização e reterritorialização: as relações sociais, as apropriações e as demais práticas espaço-temporais, ou seja, as territorialidades determinam cada território, influenciando, ao mesmo tempo, a sua própria reprodução (com rupturas e permanências), a partir do território formado, isto é, são influenciadas pelo território em cada relação espaço-tempo.

Com esses conceitos, e não só com as discussões epistemológicas que apresentei nas duas primeiras seções, posso seguir para o uso atual das categorias espaciais no campo da saúde. A ideia é que a teoria social crítica do lugar, como a referi aqui, indique os pontos de análise que usarei nos capítulos de discussão do material empírico construído na pesquisa.

3.4 O uso das categorias espaciais na análise crítica das ações em saúde: por territórios alternativos às razões atemporais sistêmicas?

Faria e Bortolozzi (2009) afirmam que o trabalho de Milton Santos sobre território agregou muito para a saúde pública, pois ele se debruçou sobre essa categoria e fez uma revisão epistemológica do conceito espaço e território, trazendo uma compreensão que ia ao encontro dos princípios que regem as políticas atuais de saúde. Contudo, ainda que tenha esclarecido em tópicos anteriores, e aqui deixo destacado, o autor que é referência hoje para o debate sobre território na saúde não teve a questão pesquisada diretamente.

Na verdade, para ser mais preciso, fez apontamentos em publicação póstuma (SANTOS, 2003), no advento de transcrição de palestra magna para o I Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento, proferida pouco antes de seu falecimento, o que gerou publicação em importante periódico da Saúde Coletiva brasileira. Inclusive, é nessa publicação acima referida que Santos (2003) muito diretamente propõe, diante da crítica à concepção de “meio ambiente” presente no campo da saúde, o giro conceitual para a necessidade de olhar, na saúde, para o homem nas suas relações a partir do território, ou, como ele mesmo diz, o território usado pelos homens.

Por ser um trabalho singular, a sua querela teórica merece ser aqui resumida no trecho literal:

O termo 'meio ambiente' me incomoda profundamente. Não é uma questão corporativa; é que meio ambiente se constitui apenas uma metáfora, portanto não se pode teorizar a partir dessa noção. O que há é o *meio*, que por simplificação às vezes se chama meio ambiente, o que constitui também uma redução. Uma redução que, como a expressão está dizendo, limita o raciocínio e pode trazer um perigo de equívoco que desejamos ultrapassar: ou seja, desejamos sair de uma acepção puramente técnica do viver e alcançar essa visão global sem a qual o humanismo pode ficar no discurso e ser portador de uma moralidade. [...] Na realidade, a geografia, minha disciplina, tem algumas responsabilidades nisso, porque trabalhamos durante um século a partir da vertente europeia, com visões que, na realidade, mais prejudicam que iluminam o debate da história do presente. Uma dessas visões é a visão do território frequentemente confundida com a visão do ambiente. Na realidade, *território* também não é uma categoria analítica. A categoria analítica é o *território usado pelos homens*, tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelos homens, sendo também, o teatro da ação de todas as empresas, de todas as instituições. Desse espaço humanizado, as cidades são hoje a grande representação e a grande esperança (SANTOS, 2003, p. 309-310, grifos do autor).

Fica claro, portanto, que não só o campo da saúde utilizou a discussão de território como importante contribuição da teoria social do lugar, mas também o próprio Milton Santos elege essa categoria relacional (não só geográfica) como de significativa potência para o campo.

Nessa direção, autores como Faria e Bortolozzi (2009) apontam que uma das contribuições marcantes de Santos dentro da área da saúde é justamente a reformulação da compreensão da relação entre epidemiologia e território. Isso quer dizer que a epidemiologia passou a entender, e inserir nas premissas de seus estudos, o comportamento espacial do processo saúde-doente. Se antes a epidemiologia era voltada essencialmente para a análise centrada na doença, a partir da concepção de território como um espaço multidimensional e relacional que se constitui dentro da vida social, a epidemiologia voltou-se também para entender as condições de ocorrência das doenças. Sobre isso os autores afirmam que:

[...] Essa talvez seja a grande contribuição de Milton Santos à saúde pública brasileira e que acabou motivando uma grande quantidade de pesquisadores a utilizarem os referenciais teóricos desse autor nas pesquisas sobre disseminação de doenças nas coletividades. Ao entender o espaço no contexto do desenvolvimento técnico-científico-informacional o setor saúde passa a entender a doença não apenas como o resultado da presença de vírus e bactérias (análise unicausal), mas, como resultado de uma dinâmica social complexa (FARIA; BORTOLLOZZI, 2009, p. 35).

Dessa maneira, os autores sugerem que os estudos de Santos contribuíram para o desenvolvimento de uma nova perspectiva na relação entre território e saúde. Assim, estes últimos surgem como categorias complementares e inter-relacionadas para a compreensão dos

agentes envolvidos no processo de saúde-doença. Barreto (2000) ressalta que a partir do final da década de 1970 são divulgados os trabalhos de Milton Santos, que passam a auxiliar de forma importante a epidemiologia social, uma vez que os trabalhos traziam o conceito de espaço articulado com a historicidade e com os complexos elementos da dinâmica das sociedades.

Considerando a amplitude da categoria território, Lima e Yasui (2014) afirmam que ela pode assumir múltiplos sentidos e funcionar a partir de diferentes lógicas. No campo da saúde coletiva, por exemplo, o território tem sido compreendido também como uma composição de “produções coletivas, com materialidade histórica, social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor” (LIMA; YASUI, 2014, p. 597). Essa lógica entende território a partir de uma noção de delimitação geográfica na qual um serviço e seus agentes se responsabilizam pela produção de cuidado às famílias dentro de seu contexto de abrangência por meio de ações de prevenção, de promoção e de proteção à saúde dos sujeitos e de seu entorno comunitário.

Lima e Yasui (2014) chamam a atenção para o fato de se olhar para o território enquanto um lugar de existência, na sua dimensão simbólica e cultural, partindo do princípio de “território usado”, no sentido não apenas da ocupação de um determinado espaço físico, mas compreendendo esse processo como um campo relacional entre sujeitos que se apropriam de lugares e constroem sentidos mediante o uso dos mesmos.

Esse novo olhar de produção de cuidados voltados para o “território existencial” dos sujeitos tem implicado também em buscar formas de torná-los ativos e participativos no seu processo de restabelecimento de saúde e qualidade de vida. Nessa direção, o território aparece como uma construção social que medeia e constitui a identidade subjetiva dos sujeitos, gerando novas configurações e sentidos a partir da relação dialética entre esses elementos. Lima e Yasui (2014), influenciados pela obra de Foucault, ressaltam ainda que o território também exerce controle sobre as subjetividades, operando como mecanismo de vigia e disciplina que integra a vida cotidiana mediante interesses mercadológicos e políticos.

Seguindo nesse mesmo sentido, entendendo território como um fenômeno pluridimensional, Faria e Bortolozzi (2009, p. 38) defendem que em uma escala urbana a necessidade de se buscar uma nova abordagem territorial em saúde que contemple diferentes olhares se faz imprescindível, principalmente porque “as relações sociais mais intensas, os conflitos, os fluxos e os usos diferenciados produzem territórios e territorialidades as mais variadas”. Isso remonta às ideias de integralidade e interdisciplinaridade, sugerindo ações

territoriais integrativas que contemplem educação, saúde, moradia, saneamento básico, transporte público e lazer.

De acordo com Monken *et al.* (2008), o interesse da área da saúde pelo conceito de território partiu também de gestores da saúde e pesquisadores dos serviços de saúde, bem como dos trabalhadores desses equipamentos. Com a ampliação do conceito de saúde, a partir da segunda metade do século XX, esta passa a ser entendida em seu aspecto abrangente e multicausal, considerando os determinantes sociais da saúde associados aos fatores ambientais, sociais, culturais e econômicos como elementos centrais da compreensão do processo de adoecimento ou da produção de qualidade de vida (MORAES; CANÔAS, 2013).

Outro conceito presente na saúde é a territorialização, que nem sempre é utilizado com a precisão que os autores citados nas seções anteriores (especialmente a última) indicam. Não é repetitivo lembrar que, para Saquet (2015), os processos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização (TDR) acontecem concomitantemente e estão interligados. Desse modo, os elementos principais que constituem a territorialização também aparecem nos processos de desterritorialização e reterritorialização, pois há tanto perda quanto reestruturação da identidade, modificações nas relações de poder, elementos políticos, culturais e econômicos que passam por movimentos de reorganização contínua e que diferem o território do espaço geográfico. Nessa perspectiva, a territorialização é entendida como apropriação social de uma porção do espaço que é mediada por relações culturais, pelas regras e normas, pelas condições socioambientais, pelas diferentes tecnologias, pelo trabalho, pela intercomunicação entre diferentes redes, pelas conflitualidades que se constroem a partir das diferenças e desigualdades e pelas diferentes identidades que caracterizam os espaços comunitários (SAQUET, 2015).

De acordo com Monken *et al.* (2008), o conceito de territorialização na saúde coletiva relaciona-se com ações de saúde enquanto produções coletivas, tendo como finalidade principal prevenir riscos e evitar danos à saúde da população de uma determinada área espacial mediante o diagnóstico da situação de saúde, bem como das condições de vida dos sujeitos. Assim, a territorialização na especificidade da apropriação dos cotidianos dos serviços de saúde, já apontam Santos e Rigotto (2011), apresenta-se como uma estratégia de organizar os processos de trabalho e práticas dentro de um território em constante mudança e construção, sendo feito um recorte de uma delimitação espacial previamente determinada em que as ações de saúde são implementadas.

Por um lado, é possível perceber que o processo complexo, narrado em tantos outros autores da teoria espacial, por vezes é diminuído à construção de ações ou organização de processos de trabalho em saúde que não parecem dimensionar as apropriações do próprio meio técnico da saúde como elemento do próprio forjar dos processos de TDR das realidades locais. Por outro, o que se percebe é que, mesmo com um uso mais instrumental do arsenal conceitual e prático que as dimensões das territorialidades pode fornecer, as práticas de saúde, ao serem requeridas como “territorial”, parecem mudar o *locus* de intervenção da saúde do “sintoma” ou da “doença” individual para os modos de produção de saúde que são contextualizados em territórios. Dessa maneira, as práticas de saúde, entre elas o fazer clínico, no contexto de vida das pessoas se orienta não na centralidade de sintomas individual, pelo contrário:

[...] dar lugar a processos de produção de saúde e de subjetividade, o que implica a inserção em processos de criação voltados para a construção de novas línguas, novos territórios, novos sentidos. As relações entre clínica, território e subjetividade introduzem a noção de ‘território existencial’, que envolve espaços construídos com elementos materiais e afetivos do meio, que, apropriados e agenciados de forma expressiva, findam por constituir lugares para viver (LIMA; YASUI, 2014, p. 599).

Dentro desse cenário no qual se estabelecem novas formas de pensar e agir dentro da saúde, amparada nas mudanças políticas e sociais vigentes, não se podia mais entender a saúde como ausência de doenças ou mesmo como algo restrito ao organismo biológico apenas. A proposta de desenvolver análises e embasamento teórico para práticas de cuidado a partir do território exige um olhar clínico ampliado e sensível às múltiplas dimensões do território, entre elas as dimensões funcional e simbólica (HAESBAERT, 2017), já descritas anteriormente.

Dessa forma, em acordo com Moraes e Canôas (2013), território deve ser entendido, enquanto derivação do espaço, como marcado pela sua historicidade, pelos modos de vida e condições de trabalho de seu povo, bem como pelos valores simbólicos construídos dentro de um cenário sociopolítico. Assim, a saúde pública, ao menos no que diz respeito à dimensão da territorialização, parece ser desafiada a superar as limitações de antigos paradigmas reducionistas e a-históricos (ou mesmo a-espacial) frente às novas formas de se operacionalizar o fazer em saúde mediante a realidade pulsante e complexa do território vivo.

Monken *et al.* (2008) alertam sobre a apropriação dessa categoria pela saúde ao afirmar que a adoção de limites espaciais para pesquisar e intervir sobre as condições ambientais e humanas de saúde são artificiais, pois o território não pode ser reduzido às estratégias de coleta e organização de dados sobre ambiente e saúde para atender a critérios

administrativos. Ao contrário, o território precisa ser entendido como “lugar de apropriação de direitos e saberes de determinados grupos de atores sociais que possuem uma identidade com aquele território que foi sendo construída no decorrer da história” (MORAES; CANÔAS, 2013, p. 55).

Assim, Backschat e Lanza (2014) afirmam que a apropriação da categoria território nas políticas sociais, sendo a saúde uma delas, coloca-se como um desafio para o Estado e para a sociedade civil, principalmente frente às descentralizações e municipalização das políticas que têm o território como eixo orientador das suas práticas. Isso porque o território é o lugar de lutas políticas e urbanas, acarretando desdobramentos práticos e simbólicos no cotidiano dos sujeitos que estão imersos nessa dinâmica.

Ao entender o SUS como uma política que se estrutura a partir de uma base territorial que reorganizou todo o modelo de atenção à saúde, a análise das condições de saúde passam a abranger um escopo maior de análise que se volta ao cotidiano de vida das pessoas em suas multideterminações e singularidades. A apropriação da dimensão territorial no âmbito do SUS se coloca então como um grande desafio, uma vez que exige alterações na rede de serviços, no modelo de assistência desenvolvido e também no processo de trabalho em saúde (BACKSCHAT; LANZA, 2014).

Portanto, a categoria território tem ganhado cada vez mais espaço no âmbito da saúde pública, principalmente a partir da construção do SUS, seja na Atenção Psicossocial (como no setor da Saúde Mental), seja na Estratégia de Saúde da Família na Atenção Primária (dois campos que compõem pano de fundo desta pesquisa). Mais do que um espaço de intervenção e operacionalização das políticas (como parece ser o entendimento usual dessa categoria nas políticas públicas), o território é também um espaço dinâmico e vivo que se estrutura mediante o cotidiano das pessoas nessa relação homem-ambiente e produz desdobramentos concretos na subjetividade de seus ocupantes, tendo um papel central no processo de saúde-doença dos viventes das realidades locais.

Além disso, concordando com Saquet (2015), o território assume também o papel de ser um espaço de mobilização, organização, luta e resistência política. Tem-se então a possibilidade da territorialidade como práxis de transformação do território, tendo como horizonte ético conseguir autonomia, justiça social, combate às desigualdades, proteção das condições socioambientais, entre outros.

Entretanto, antes que pareça “romântica” (já que o “deveria” e “poderia” têm sido verbos marcantes nas palavras acima) a análise do que a literatura tem apontado sobre a

apropriação dos sintagmas espaciais (território, territorialidade, territorialização, re-des-territorialização etc.) na área da saúde, preciso dizer, com todas as letras, diante das leituras já apresentadas nas seções anteriores, que não há um território em saúde “por natureza”. O que a saúde faz, postulo, é criar um “território para a saúde”. Ou seja, cria um território para poder adentrar, por meio de construções de meios técnicos (geralmente atrelado à razão instrumental), na vida cotidiana das pessoas. Ao invés de permear-se nos territórios de vida construídos horizontalmente pelas comunidades em suas relações com os locais, criam as condições para a imposição de territórios verticais. Quer dizer, em outras palavras, não há “construção” do território, na saúde, mas apropriação no sentido da “dominação”.

O trecho a seguir, de Felício (2010, p. 20), talvez seja o mais representativo da disputa dos territórios (i)materiais por parte da saúde, numa sobreposição dos conteúdos materiais:

[...] enquanto os territórios materiais se movimentam por causa das relações sociais visando o controle e o domínio na luta pelo poder, os territórios imateriais se movimentam através da luta pelo poder de dizer criando suas próprias representações e significados das coisas num confronto discursivo característico das sociedades capitalistas através da luta de classes pelo controle e domínio do território e pelo controle e domínio dos valores culturais.

Diante dos capítulos anteriores, tudo que até então aponte diz respeito à sobreposição de uma razão sistêmica por parte do Capital e, ao mesmo tempo, da produção de signos ideológicos que expressam as disputas sociais, que também se expressa na dinâmica territorial das organizações locais de vida. Nos territórios, dimensão estratégica para as atuais políticas públicas de administração da sociedade, enraízam-se mecanismos complexos de produção e reprodução de vida e a prática de saúde desenvolvidos pelos equipamentos de saúde que são fortes instrumentos de construção de uma materialidade e imaterialidade que evidencia os atuais modos de construção das formas de vida.

Não há, quero dizer, apenas construções de formas de vida por uma racionalidade abstrata (hegemônica) ou utopias de resistências (contra-hegemônicas) que são produzidas em instâncias globais, deslocadas da realidade local. As formas de vida são operadas desde as rugosidades (SANTOS, 2014) da vida local até os discursos técnicos sobre as parametrizações da vida; desde as técnicas utilizadas para os tratamentos de agravos em saúde até os modos organizativos de imersão de serviços de saúde nos locais de moradia; desde a construção de discursos do que é saudável até as restrições do que se pode ou não ofertar de serviços em uma unidade de saúde.

A citação a seguir, de Fernandes (2009, p. 210-211), deixa clara a dinâmica de poder impressa no cotidiano de produção dos territórios que quis destacar acima, já que a racionalidade sistêmica em saúde é também ela uma formação de conhecimento para o agir em sociedade:

O processo de construção do conhecimento é, também, uma disputa territorial que acontece no desenvolvimento dos paradigmas ou correntes teóricas. Determinar uma interpretação ou outra, ou várias, convencer, persuadir, induzir, dirigir faz parte da intencionalidade na elaboração conceitual. Estou me referindo ao mundo das idéias em que forma, limite, referência, convencimento, conteúdo, área, domínio, extensão, dimensão, entre outras diversas, são noções necessárias para compreendermos que o pensamento também é produtor de relações de poder. A produção material não se realiza por si, mas na relação direta com a produção imaterial. Igualmente, a produção imaterial só tem sentido na realização e compreensão da produção material. Essas produções são construídas nas formações socioespaciais e socioterritoriais. Os territórios materiais são produzidos por territórios imateriais.

Tornando ainda mais palpável o que quero explicitar sobre as tensões territoriais das produções ideológicas dos signos de cuidado (como instrumento de colonização do Mundo da Vida), destaco a relação entre saber popular sobre a saúde e o saber técnico da assistência nos serviços de saúde.

Explico-me: na medida em que os moradores de dadas comunidades periféricas e em situação de baixa renda e menor inclusão nos círculos de consumo dos produtores da saúde (planos de saúde, consultas médicas etc.) manifestam um discurso que preza pelo seu modo de vida e produção dos cuidados ligados às sabedorias ancestrais e populares (como no caso das benzedadeiras, rezadeiras, raizeiras), eles estão disputando também o lugar em determinado contexto social. Ou seja, estão ali circulando valores, símbolos, significados distintos para as práticas de saúde. Isso implica um modo de expressão do território (construído por dadas horizontalidades) que é distinto dos saberes instrumentais verticalizados.

O conflito que destaco é que a tendência das territorializações das práticas de saúde, considerando-se apenas o modelo de desenvolvimento posto pela racionalidade sistêmica que administra as formas de vida saudáveis, desconsidera e, gradativamente, anula os outros saberes que produzem a imaterialidade do território e sobrepõe materialidades expressas nos meios técnicos da organização das lógicas de fazer saúde.

Diante de todas as interfaces teóricas que fizemos desde o primeiro capítulo até aqui, quero destacar: se território é “meio técnico” (SANTOS, 2014), as práticas de cuidado territorializam “formas de vida” (HABERMAS, 2012b) cuja saúde é um poderoso “signo” (BAKHTIN, 2014) que resgata intersubjetivamente os processos de imposição sistêmica das

racionalidades monológicas sobre as dialógicas. Com isso, percebo como possível uma práxis emancipadora como ética: é necessário disputar as territorialidades. Nela se encontram o mundo da vida e meio técnico. Nela os conflitos sistêmicos se encontram em um microcosmo e a história é expressa no “simples” contato comunicativo entre sujeitos construtores de sua história e de sua produção de cuidado em saúde.

O desafio parece ser: as técnicas (e seu meio) em saúde precisam estar a serviço não das verticalidades (imposição dos sistemas, que desterritorializam), mas das horizontalidades (formação dos sentidos cotidianos, implicados nas significações sociais e ideológicas, que atravessam as relações). Em outras palavras, o desafio diz respeito à construção de outras territorialidades (ou reterritorializações) que poderão construir outros modos de relacionamento da produção da saúde em que o cuidado não seja imposição de formas de vida ligadas à administração da sociedade, mas conectadas ao horizonte da produção da vida.

A construção de novos (como no exemplo das territorialidades) remete ao poema de Cora Coralina (2015) que marcou a abertura deste capítulo, poema esse que estabelece, nos jogos de palavras, a potência do criar e a expressão da criação como superior à própria criatura: “A criatura é limitada/ O tempo, o espaço,/ normas e costumes./ Erros e acertos./ A criação é ilimitada. Excede o tempo e o meio”.

4 DA SAÚDE COMO OBJETO/CONCEITO/CAMPO EM SUAS DETERMINAÇÕES A UMA CRÍTICA EM PARALAXE AO CUIDADO

“Ora, se me excluirdes, da sociedade, não só o homem se tornará intolerável ao homem, como também, toda vez que olhar para dentro de si, não poderá deixar de experimentar o desgosto de ser o que é, de se achar aos próprios olhos imundo e disforme, e, por conseguinte, de odiar a si mesmo.”

“O Elogio da Loucura”, de Erasmo de Rotterdam (2003, p. 68).

O fluxo que dei ao texto até então vai de uma teorização dos processos de racionalização a uma aposta, diante dos autores em que me apoio, no que se chama de diagnóstico da modernidade e crítica aos processos de colonização sistêmica ao Mundo da Vida. Após esse momento e com críticas a um certo modo de entendimento da linguagem posto pela teoria habermasiana, lancei mão do pensamento bakhtiniano como forma de inserir uma dialética dos signos linguísticos na produção do cuidado. Até então, tentei que fosse mantido algum tipo de matriz materialista dialética e a construção do objeto de estudo levado ao teórico-conceitual e retornado ao prático a partir de, naquele momento, ensaios críticos ao que seria a crítica ideológica aos signos de cuidado. É hora de avançar do objeto ao campo – caminho que costumeiramente é contrário (do campo ao objeto) – isso porque a forma que anuncio o campo em que o meu objeto se situa, no modo como está organizada a escrita da tese, necessitava de um conjunto de articulações práticas e metodológicas prévias. Enfim, eis o convite à crítica à saúde.

Ao invés de uma descrição histórica das políticas de saúde – quase como uma narrativa que reivindica o caminho já tão descrito em tantos trabalhos que se filiam à Saúde Coletiva e ao Movimento de Reforma Sanitária ou mesmo Reforma Psiquiátrica – neste capítulo opto por um modo de escrita que oscilará entre um texto no qual reflito sobre as condições de emergência de determinados modelos de saúde pública (especialmente o médico assistencial e o sanitarista) e um texto que apresenta categorias e conceitos que auxiliam a construção de uma perspectiva crítica que parte da compreensão dos modelos de saúde como modos institucionalizados de cuidado. Essa opção se dá por compreender que me arrisco a perder elementos sutis quando imprimo uma lógica de texto que toma as aparições das políticas públicas em saúde como se fossem as políticas a própria história institucionalizada dos cuidados na sociedade. Além disso, livro-me da necessidade de fidelidade a escolas (embora elas sejam importantes e necessárias) que se foram produzindo na Reforma Sanitária

(como as teorias em Saúde Coletiva) ou na Reforma Psiquiátrica (que pode até mesmo ser entendida como uma variação da Sanitária).

No início do capítulo trato de elucidar os intentos epistemológicos do que Jaime Breilh denomina como teoria crítica em saúde (e um dos campos teóricos em saúde de sua predileção – a epidemiologia), estabelecendo a saúde como objeto/campo/conceito em disputa. No segundo tópico dialogo com a “Determinação Social da Saúde” como uma categoria (e, por vezes, um paradigma na saúde) que me auxiliará a entender os processos de construção da dita saúde e suas interfaces com a categoria “Modo de Vida”. Feitas essas construções conceituais, lanço mão, enfim, da elucidação da categoria “Cuidado” como a utilizo na tese e até então apenas admitida enquanto categoria e criticada apenas em um dos tópicos do Capítulo 2. Por fim, apropriadas algumas categorias expostas ao longo do capítulo, aposto na ideia de “visão em paralaxe” (em inspiração do filósofo esloveno Slavoj Žižek e releituras na Psicologia Social feitas por Aluísio Lima) como possível reconstrutora do poder da análise dialética em processos críticos no campo da Psicologia e Saúde, especialmente no objeto desta tese – nos processos de linguagem que permeiam as relações de cuidado.

4.1 Da saúde como objeto/conceito/campo em disputa às Determinações Sociais em Saúde

Há espaço para produção da vida e construção de uma saúde plena no atual sistema socioeconômico e cultural em que temos vivido? Um pensamento e modo de vida hegemônico que tem por horizonte a unidimensionalização da vida em torno da busca por “liberdade” nas práticas de lucro (no mercado), por “fraternidade” só na relação entre pares e “igualdade” apenas nos moldes jurídicos de uma sociedade marcada pelas inequidades sociais e econômicas produz uma diversidade de possibilidades de construir sistemas de saúde justos, democráticos e livres de interesses privados? Em um mundo marcado pela globalização dos interesses econômicos e políticos e pela desterritorialização dos modos locais de criação e do viver é possível pensar a saúde ainda em termos de determinação social? Território e saúde, corpo e cidade, sistemas sociais e cuidado são temas que se correlacionam em um projeto de ciência para a contemporaneidade?

As respostas a cada uma dessas problematizações poderiam render mais e mais teses que derivam do tema que tenho proposto. Entretanto, longe de querer responder a elas, as perguntas já engajam nossas tentativas de articulação teórico-prática, epistemológica e cotidiana, em uma teia emaranhada de produções de sentido e sociabilidade em que saúde e

vida estão próximas, na verdade, dependentes uma da outra. Apoiando-me em Jaime Breilh (2006), entendo que o que chamamos de saúde é, em verdade, um conglomerado de concepções que a compreende intrinsecamente como objeto/conceito/campo.

Esse epistemólogo da epidemiologia crítica da América Latina parte de crítica contundente do modo como o pensamento científico convencional (especialmente a hegemonia positivista) tende a reduzir a saúde. As reduções abaixo listadas:

a) reduzir a saúde à doença e ao individual; b) reduzir a realidade em saúde ao plano único dos fenômenos empiricamente observáveis; c) atribuir o movimento dessa realidade à simplicidade unidimensional de uma ordem mecanicamente determinada por leis deterministas (BREILH, 2006, p. 40).

E, mais adiante, nesse mesmo texto, continua:

[...] se quisermos superar a lógica formal do reducionismo e sua forma de cristalizar a realidade, teremos de encarar os fenômenos como ‘processos’, isto é, teremos de devolver o tempo ou movimento à realidade, incorporando em nossa interpretação da complexidade as noções de espaço e tempo (BREILH, 2006, p. 40).

Em poucas palavras, o que Breilh (2006, p. 41) propõe de uma espécie de Teoria Geral da Saúde é que, ao admitir a complexidade ontológica do objeto (saúde), é “recriada na complexidade do sujeito (formas de subjetividades necessárias) e exige uma construção intercultural e interdisciplinar”. Nessa direção, o autor propõe, então, a multidimensionalidade do objeto saúde a partir de três níveis: ontológico (do “ser” da saúde), epistemológico (as suas conceitualizações) e prática (as suas diferentes formas de prática). Em cada uma dessas dimensões atuam o que ele denomina de “ordens de movimento” e em cada uma dessas ordens se dão contradições entre os polos desses movimentos.

Para facilitar a apreensão dessa complexa teia de entendimentos na direção da compreensão da saúde como objeto/conceito/campo, proponho um quadro com síntese dos apontamentos de Breilh sobre as três dimensões citadas:

Quadro 2 – Sistematização das dimensões e ordens da complexidade do objeto saúde em Jaime Breilh (2006)

Dimensão Ontológica (o ser da saúde)	Dimensão epistemológica (as ideias sobre saúde)	Dimensão Prática (as ações em saúde)
<p>→ Domínio/ordem social</p> <ul style="list-style-type: none"> – Espaço: dimensão macro e micro; as categorias que separam essas dimensões são o geral da saúde, o particular da saúde e o singular ou individual da saúde. – Caráter de movimento: reprodução (determinantes da saúde a partir dos espaços mais gerais) e geração (processos generativos de saúde a partir dos espaços mais particulares). – Hierarquia do movimento/conexão: subsunção (do particular no geral e do singular no particular) e autonomia relativa. Relações determinantes entre processos e autonomia relativos dos mesmos. – Identidade: nos espaços mais gerais, comunalidade entre os processos; nos espaços mais particulares, diversidade dos processos. <p>→ Domínio/ordem da saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> – Análise espaço-temporal: saúde real, ou realidade completa de saúde, saúde atual e saúde observável. – Contradição básica: processos protetores, em oposição dialética a processos destrutivos. – Contradição biopsíquica: entre os processos fisiológicos e fisiopatológicos. 	<p>→ Campo teórico-prático:</p> <p>Construção do objeto, construção do conceito e construção da práxis.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Forma de construção: o movimento de construção das ideias e ações na saúde pode ser intercultural ou unicultural. 	<p>→ Sentido e espaço da ação</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pode ser de promoção (quando se age para ampliar ou aperfeiçoar os processos protetores em todas as dimensões) ou de prevenção (quando se age para evitar ou combater os processos destrutivos em todas as dimensões).

Fonte: Elaboração própria.

A saúde, como o autor propõe, é multidimensional em vários sentidos, e não só “teoricamente”. Estão contidos em suas dimensões, portanto, o nível objeto (ontológico), conceitual (epistemológico) e prático/campo de ações (praxiológico). Sua realização se dá no próprio seio de cada sociedade: seja na singularidade do sujeito, na relação em grupos sociais ou mesmo na produção estrutural das relações econômicas e políticas. E um alerta é

necessário, nas palavras do próprio autor, com permissão do leitor para uma citação pouco mais extensa:

[...] é preciso termos clareza de que a tríplice dimensão da saúde, como objeto/conceito/campo, não corresponde a três elementos totalmente separáveis de análise, que possamos escolher e trabalhar conforme a preferência, mas de que eles são aspectos que guardam uma profunda concatenação e configuram um sistema de relações, o qual, para ser trabalhado a partir de uma perspectiva emancipadora, requer que nos situemos em uma práxis de transformação concreta e nos apoiemos em uma teoria geral crítica (BREILH, 2006, p. 43).

E explica:

Ou seja, a construção da saúde como objeto impregna sua conceituação e, por sua vez, a construção do conceito de saúde só pode ser pensada em relação a um objeto de transformação, um objeto que é não estático, uniforme nem simples, um objeto multidimensional em que funciona a oposição de processos contraditórios – gerais, particulares e singulares – e no qual se dá um movimento entre processos generativos da ação singular e particular e os processos de reprodução da totalidade; e, é claro, esse movimento só se torna visível e compreensível em um campo prático. Por sua vez, as necessidades e contradições do campo prático impregnam inevitavelmente as conceituações e a conformação histórica do objeto saúde (BREILH, 2006, p. 44).

É preciso pontuar, a respeito da polissemia abstracionista sobre a concepção de saúde, como já indicou um dos maiores pesquisadores em Saúde Coletiva e Epidemiologia no Brasil, Naomar de Almeida Filho (2000), que a definição do conceito de “saúde” se manteve e continua como ponto cego na epidemiologia, nas ciências clínicas e nas políticas de saúde. Nas palavras do autor, o erro da afirmação da saúde pelo seu oposto está em duas assertivas que derrubam tal tese: “Nem todos os sujeitos sadios acham-se isentos de doença” e “nem todos os isentos de doença são sadios” (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 7). Aponta também impasse conceitual da clínica da saúde: “no nível individual, a Saúde não é um análogo inverso da doença. Se, para cada doença, observa-se um modo prototípico de adoecer (cujo reconhecimento implica uma semiologia clínica), há infinitos modos de vida com saúde, tantos quantos seres sadios” (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 9). E, de algum modo, Almeida Filho conclui seus apontamentos na direção do que Breilh indica nas linhas já supracitadas, como se vê:

[...] o objeto possível da saúde-doença-cuidado é um desses objetos heurísticos complexos, plurais e sensíveis aos contextos, que só se define em sua configuração total, já que a apreensão de cada um dos seus elementos e dimensões não nos dá acesso à integralidade deste objeto (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 17).

A visão que quero em alguma medida “importar” das teses breilhianas para este capítulo é a perspectiva dialética, complexa e multideterminada da saúde. Além disso, avançar na discussão da saúde para além de um “setor” (público ou privado – embora escolha

deliberadamente a política pública de saúde como campo de pesquisa) ou uma polissemia abstracionista da definição da saúde (por um lado como definida imprecisamente e pelo seu oposto – a doença – e por outro, nas palavras da OMS, como um estado completo de bem-estar físico mental e social etc. pouco tangível e mesmo palpável para um manejo teórico e prático) corrente na contemporaneidade.

Mais que tudo isso, filiar-me a uma perspectiva dialética (ou como diria Jaime Breilh, realista dialética) da saúde em que não seja preciso ser contra as categorias “totais” (ou abrir mão das análises das totalidades) para ser contra a totalização hegemônica do eurocentrismo, tampouco reatualizar dicotomias do tipo saúde como “individual-subjetiva-contingente” *versus* “coletiva-objetiva-determinada”, mas simultaneamente estar comprometido ética e politicamente com os processos de emancipação.

Sobre os apontamentos supracitados, é necessário dizer: saúde é justamente a simultaneidade do movimento de gênese e reprodução que emerge dos percursos dos processos individuais e coletivos que se articulam inexoravelmente. A práxis da saúde, diz-se de outra forma, “não é nem totalmente relativa nem totalmente determinística – é um movimento incessante do micro para o macro, e vice-versa, que se desloca entre o movimento generativo e o reprodutivo” (BREILH, 2006, p. 45). Mais: falar de emancipação não é falar da sobreposição da categoria “exploração” sob a “opressão”, ou seu revés. Emancipação tem a ver, portanto, com os processos de superação, em uma práxis, das dimensões opressivas de classe, gênero e etnicidade – o que Breilh (2006, p. 79) denomina de “Tríplice Inequidade” – de modo imbricado, articulado e sobreposto.

Para que não fique demasiado extenso ou até mesmo semelhante a algum tipo de resenha do texto breilhiano, articulo aqui um último conceito da concepção crítica de saúde (que monta o arcabouço da epidemiologia crítica, de uma ciência emancipadora e intercultural) apontada por ele: a reivindicação da categoria “modos de vida” para uma crítica dialética a partir da saúde em relação à (re)produção social da realidade. Essa concepção é importante, em igual medida, para a perspectiva crítica da saúde em Breilh e para a tese que aqui se constrói. Nas palavras do autor, que as faço minhas, a unidade coerente dessa ciência:

[...] é a concepção dialética de que esses [modos de vida e reprodução social] são modos de devir ou determinações das condições de vida e dos confrontos que vêm finalmente a ocorrer em nossos genótipos e fenótipos; e é a projeção da ação na saúde como uma ruptura com os processos que destroem nossa saúde e nos impedem de nos emanciparmos (prevenção), e uma ruptura a favor dos processos que nos protegem e aperfeiçoam, tanto coletiva quando individualmente (promoção) (BREILH, 2006, p. 83).

Essa concepção e maneira de fazer ciência exigem categorias que entendam, efetivamente, a produção da realidade em movimento, em processo, como nas ferramentas conceituais a seguir: modos de vida ou de reprodução social dos grupos; estilos de vida cotidianos das pessoas; processos críticos em determinado espaço de ação; “padrões típicos de exposição” (ou mesmo de “imposição”) gerados nos modos de vida. Essas são algumas, entre várias possíveis das quais absorvo nesta tese, ferramentas conceituais que tornam possível pensar em termos de uma abordagem dialética um “objeto que se move entre as características de ser, a um tempo, simples e complexo, determinado e contingente ou incerto, social e biológico, e geral, particular e singular” (BREILH, 2006, p. 85).

Mas é na concepção de “Determinação” que reside uma das contribuições paradigmáticas de Breilh em que me apoio como conceito-chave para exercer crítica aos modelos simplistas causalistas (monismo de causa e efeito), individualistas (sujeito como objeto de aparição e expressão dos adoecimentos) e negativistas (doença como categoria definidora da saúde por sua antinomia), tão bem adaptados às racionalidades sistêmicas hegemônicas. Para melhor discutir o derivado teórico da Determinação (a Determinação Social em Saúde – DSS), preciso realizar alguns apontamentos abaixo, especialmente estabelecendo uma crítica à ideia de determinismo ainda presente nas ciências e, assim, avançar na discussão de DDS.

A definição de determinismo pode auxiliar a esclarecer suas próprias repercussões em modelos de cuidado em saúde. Para Breilh (2006), determinismo é a designação estabelecida em determinadas doutrinas filosóficas que afirma que qualquer tipo de evento provém diretamente de uma causa e que, dada a causa aceita – ou, acrescentaria, até mesmo “provada” por determinada lógica empírica –, o evento ocorrerá dela, invariavelmente. Nas palavras do autor:

Esse tipo de doutrina nega o papel determinante de elementos como a contingência e a descontinuidade e, em geral, recorre a um monismo interpretativo no qual um único tipo de ‘causa’ explica todos os processos. Existem diversas ‘expressões do determinismo’: determinismo biológico ou biologismo [ou biologicismo]; determinismo histórico ou historicismo; determinismo econômico ou economicismo, etc. (BREILH, 2006, p. 119).

Poder-se-ia ainda anunciar a questão de outro modo: o determinismo, teoricamente, é opositor feroz do indeterminismo.

No longo debate que Breilh imprime sobre esse tema – desde uma busca da origem do determinismo nas bases do sistema teleológico aristotélico até a crítica que Darwin fez ao determinismo naturalista introduzindo a categoria “acaso” como necessário para

compreender a origem da evolução da vida e das espécies –, destaca-se a saída que a ciência geográfica dá, justamente por meio de Milton Santos (autor de diálogo nesta tese), ao inserir dialética entre o determinismo (equiparado à Determinação em Breilh) e “necessitarismo”. Nessa leitura, Determinação expressaria as determinações ricas e múltiplas, não apenas naturais, e “necessitarismo” diria das condições inevitáveis. “Esclareceu-se nesse campo que, dos processos que determinam os acontecimentos, alguns são contingentes, incluindo-se entre estes os geográficos. Assim, a ideia de determinação não elimina a ideia de possibilidade” (BREILH, 2006, p. 122). Ao trazer de volta ao debate a falsa dicotomia entre biológico e ambiental ou indivíduo e social, o autor é taxativo: “nós, seres sociais humanos, temos necessidades e funções fisiológicas semelhantes às de outros mamíferos [...], mas a nossa fisiologia é transformada por nossa existência social” (BREILH, 2006, p. 125). Isto para dizer que, em um enfoque dialético, não existe primazia ontológica do indivíduo nem da sociedade.

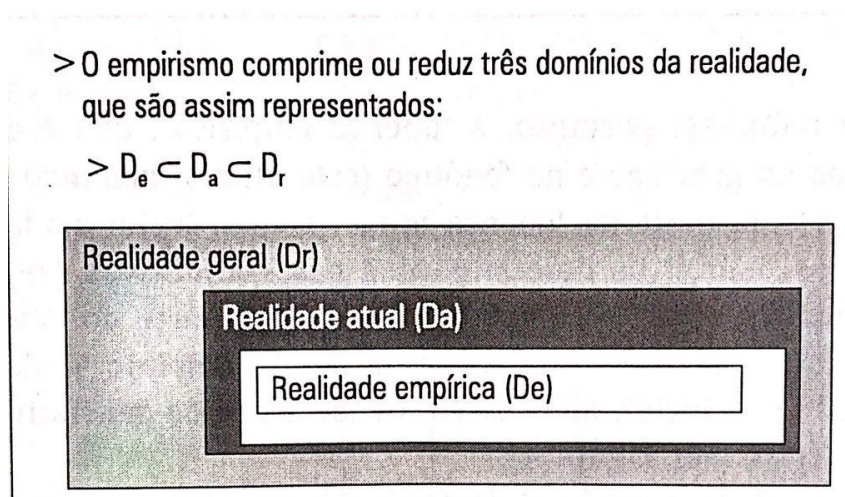
Ditos os elementos teóricos acima e filiando-me à concepção de Determinação como cara a uma perspectiva dialética, tento agora deixar claro ao leitor o que, no caso da discussão em saúde, o determinismo deixa de marcas e, no caso específico do objeto desta pesquisa, penso estar localizadas as reduções dos processos de linguagem nas ações de cuidado.

O que se realiza na operação cotidiana dos constructos científicos em termos de modos de compreender a “realidade” é a redução dela a um único plano. Em termos que interessam a esta pesquisa, especialmente se pensarmos na categoria “doença”, o que se vê é uma sequência de reduções: em primeiro momento (em manobra “epistemológica”), o real é reduzido ao plano empírico; em seguida, numa manobra que considero a tentativa de construção heurística dessa abordagem, os processos são reduzidos ao estrato natural; e por fim, numa sequência de construção de um modelo teórico (evidentemente simplista), a doença é reduzida ao biológico e individual. Ou seja, o denominado “realismo empírico indutivo” (corrente de muita força nos modelos explicativos em saúde) reduz os três domínios da realidade – conforme o modelo de Bhaskar (1986), a saber: realidade geral, realidade atual, realidade empírica – a um único plano (BREILH, 2006) como uma metonímia da realidade, eu diria.

Em duas figuras em sequência, apresento os modelos críticos de Bhaskar. A Figura 3, logo abaixo, aponta como o empirismo comprime ou reduz os três domínios da realidade (realidade geral, realidade atual e realidade empírica) em um só modelo explicativo – o empírico. Em seguida, a Figura 4 mostra, em analogia à anterior, como os modelos

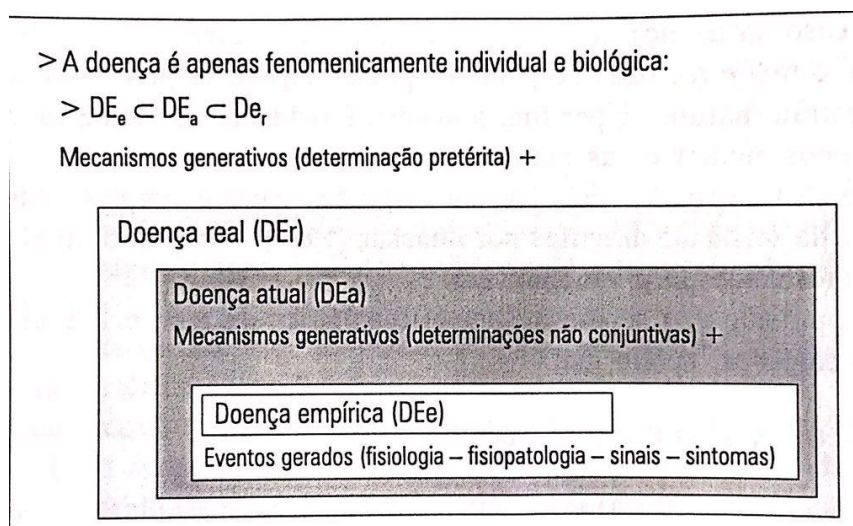
explicativos das doenças (doença real, doença atual e doença empírica) são também comprimidos e explicados por apenas uma delas: a empírica, que privilegia os eventos gerativos de ordem fisiológica, fisiopatológica, sinais e sintomas.

Figura 3 – Crítica ao Realismo Empírico de Bhaskar



Fonte: Breilh (2006, p. 127).

Figura 4 – Crítica ao Domínio da Doença de Bhaskar



Fonte: Breilh (2006, p. 128).

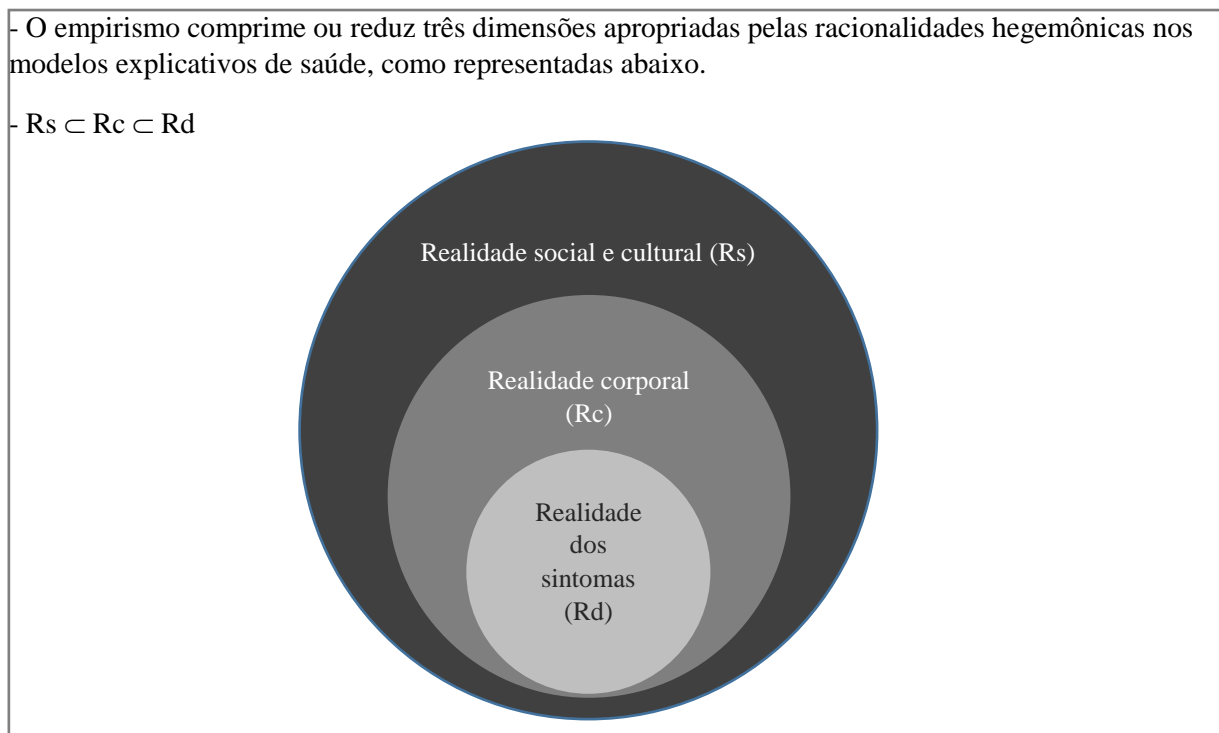
Posso extrapolar o processo acima apresentado para os processos de linguagem, na saúde, que ocorrem como significação dos processos sociais. Explico-me: sofrimento em relações construídas socialmente (seja por dinâmicas de classe, etnia, gênero etc.) são entendidas como sofrimento atual – não históricos; em seguida, o sofrimento que tem correlatos sociais e históricos – ou ético-político, nas palavras de Sawaia (1999) – é enquadrado em linguagem nosológica, sintomática ou sindrômica, e significado como oriundo

do sujeito, de modo que os determinantes sociais do sofrimento são reduzidos a linguagem médica não historicizada ou localizada em organizações sociais; a linguagem médica, por sua vez, entende que os sintomas são localizados no corpo, e o sofrimento, por sua vez, também o é. Aqui estão dadas, então, as condições de redução dos determinantes do sofrimento ao código de adoecimento, que, por sua vez, encarna no corpo os sintomas como meio de diagnóstico, intervenção e prognóstico. A realidade (ou dimensão) social e cultural (realidade geral, no modelo de Bhaskar) é reduzida a realidade (dimensão) corporal (realidade atual naquele modelo), que é reduzida ao recorte sintomático e sindrômico (como o corte empírico no modelo inspirado).

Em adaptação à “crítica ao realismo empírico” realizado por Bhaskar (1986), reafirmado por Breilh (2006), esboço abaixo figura (5) esquemática que representa a junção dos esquemas gráficos do autor sobre a realidade e os domínios da doença e, em meu caso, inserindo a metonímia dos modelos explicativos da saúde da realidade como o próprio objeto de intervenção na realidade (modelos de doença no corpo, atual, dizem da realidade geral em seus eventos geradores sociais e/ou culturais).

Advirto, claro, que a analogia entre os modelos críticos explicativos acima e o esquema abaixo é ilustrativo e não faz uma redução ou coloca sinal de igualdade entre os distintos fenômenos analisados, a saber, “realidade” e “doença” em Bhaskar e linguagem do modo como tenho articulado:

Figura 5 – Adaptação do modelo de Crítica ao Realismo e modelo dos Domínios da Doença de Bhaskar



Fonte: elaboração própria.

Concordando com Breilh (2006, p. 127), reafirmo que uma das consequências mais graves que essa redução produz é que:

[...] por essa perspectiva, o conhecimento da saúde ocupa-se dos fenômenos físicos observáveis e não incorpora o domínio dos processos generativos, o que, para Kosik (1983), equivaleria a nos desinteressarmos das condições e relações determinantes (essenciais) e nos ocuparmos apenas no plano fenomênico, o que, para Bhaskar, equivaleria a reconhecermos apenas a doença empírica, sem levarmos em conta a doença atual e real.

Nessa crítica, doença empírica – foco da redução das outras dimensões do adoecimento, que seria a doença real, equiparada à realidade atual, e doença real, equiparada à realidade geral – é o conjunto de eventos gerados no genótipo e fenótipo e que representa apenas uma parte da doença atual, entretanto exclui aquilo que está presente nos quadros gerativos mais complexos, não necessariamente empíricos, como nas condições contextuais ou coletivas dos processos de adoecimento. Mais que isso, os processos generativos culturais, ou das já denominadas “tríades de inequidade”, usando exemplos mais palpáveis, ficam fora

dos modelos empiristas. Ou, dito de outra maneira, retomando a figura que construí acima: a realidade sociocultural não é significada, senão reduzida, nos códigos de linguagem sobre o sofrimento humano porque este compreende o sofrimento de modo univocal – os sintomas no corpo anátomo-fisiológico são o recorte do que se age na “realidade da saúde”. No cuidado cotidiano, o cuidado parece excluir as Determinações Sociais em Saúde porque estas parecem pertencer a um recorte não tangível da realidade dos sintomas, da doença empírica, da realidade empírica.

Sustentar, portanto, a concepção de determinações em saúde é sustentar um certo modo de entender o objeto/conceito/campo saúde. O que introduzi neste primeiro tópico, por meio da releitura crítica e com adaptações próprias às conceituações de Breilh, foi a problemática mal resolvida, diante de uma produção complexa e permeada de processos de linguagem na realidade concreta e vivida no cotidiano dos modelos explicativos em saúde, do modo de lidarem com a hegemonia científica empirista no campo da saúde e, em última análise, univocal de lidar com o recorte do adoecimento (apenas o sintomatológico).

No tópico a seguir me debruço sobre mais algumas questões sobre uma derivação dos estudos sobre as determinações sociais em saúde – os “Determinantes Sociais em Saúde”, conhecidos pela sigla DSS –, dessa vez preocupado menos em responder à sustentação teórica da concepção das determinações e mais em repercutir os usos do DSS na atual etapa do desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva. Por ser um conceito estratégico nesta tese e retomado mais vezes em outros capítulos e, especialmente, na análise do material empírico, julgo-o merecedor de mais linhas.

4.2 Conceitualizações em Determinações aos Determinantes Sociais em Saúde (DSS): traços históricos e políticos, concepções de equidade-justiça e sentidos e significados nos DSS

“Entender” o conceito de determinação não isola o risco sempre iminente da produção de “determinismos”. Além disso, o desenvolvimento dos estudos sobre a determinação social em saúde tem composto uma área de investigação já histórica em organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), ou mesmo em grandes institutos de pesquisa em saúde e universidades por meio de sanitaristas, epidemiologistas e pesquisadores em saúde de maneira geral. Especialmente, o termo

“Determinantes Sociais de Saúde” (DSS) tem história própria e já passou por modelos analíticos de diversas correntes teóricas.

Esta seção está dedicada a derivações do conceito e seus modos de fundamentação (advindos de diversas ciências, como a Sociologia e Antropologia) e usos/efeitos nas pesquisas em Saúde Pública e no campo da Saúde Coletiva. Não opto por revisão extensa ou sistemática sobre esse “descriptor” em saúde – apesar de admitir ser o tema dos DSS amplo o suficiente para que fosse motivo de pesquisa apenas a respeito desse, debate de tão rico que se mostra –, mas apontamentos a partir de escritos de grandes autores (estratégicos – e escolha rigorosamente intencional – para meus objetivos) da área, como Naomar Almeida Filho (2009, 2004), Paulo Buss e Pellegrini Filho (2007) e Paulo Fleury-Teixeira (2009). Ao final, desejo fazer interlocuções com os DSS no campo da Saúde Mental e, para isso, aproprio-me especialmente de debates recentes no estudo de Magda Dimenstein e colaboradores (2017).

Paulo Buss e Pellegrini Filho (2007), no advento da criação da Comissão Nacional [brasileira] sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) – cujo primeiro autor é um dos seletos participantes do grupo composto por 23 autoridades na área – produziram o texto a seguir, escolhido para início de debate (denominado “A saúde e seus determinantes sociais”), como uma revisão interessada em apontar as principais correntes vigentes sobre os DSS, com os respectivos modelos explicativos, e apontar os desafios dessa recém-criada (2006) comissão. Quanto a esse texto, ao invés de “resenhá-lo” ou quase “reescrevê-lo”, opto por dialogar com os dois modelos mais marcantes na história dos estudos sobre os DSS nos países ocidentais e pensar em seus efeitos para a crítica que nasce da perspectiva da determinação em saúde, já apresentada no item anterior.

Os autores optam, para elucidar a história de disputa em torno da conceitualização e concepção do que seriam as correntes de pensamento que influenciaram os DSS, citar a história emblemática da criação da primeira Escola de Saúde Pública nas Américas – a Escola de Saúde Pública de Johns Hopkins, nos Estados Unidos da América (EUA). Para Buss e Pellegrini Filho (2007), ela representa a disputa de correntes teóricas e políticas que sobrepuseram o pensamento do que seria o objeto saúde e o “social” na saúde. A decisão de construção dessa inédita escola, dizem os autores, representou, ao contrário das concepções de saúde de vertente crítica discutidas no tópico anterior, “o predomínio do conceito da saúde pública orientada ao controle de doenças específicas, fundamentada no conhecimento científico baseado na bacteriologia” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 77). Ou seja, essa perspectiva, coerente com a hegemonia científica empirista (especialmente de influência

das correntes anglo-saxônicas), contribuiu para “estretar” o foco da saúde pública, que passa a distanciar-se das questões denominadas “políticas” e “dos esforços por reformas sociais e sanitárias de caráter mais amplo” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 77).

Claro, esse modelo de escola e de pensamento nas pesquisas em Saúde Pública serviu de modelo para que a Fundação Rockefeller apoiasse o estabelecimento de escolas de saúde pública no Brasil (caso da Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo), e também nas Américas, no Canadá e em outros países de todo o mundo: “Bulgária, Canadá, Checoslováquia, Inglaterra, Hungria, Índia, Itália, Japão, Noruega, Filipinas, Polônia, Romênia, Suécia, Turquia e Iugoslávia” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 79).

Em termos de espaço político para o desenvolvimento de outras vertentes de pensamento sobre os DSS, os autores citam que apenas no final da década de 1970, por meio da célebre Conferência de Alma-Ata – com as atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000” – se recoloca em destaque o tema e outras abordagens. Com esse movimento de giro “crítico” que se viu ao fim da década citada, os autores indicam um curioso movimento pendular entre as perspectivas teóricas sobre os DSS dentro dos grandes e marcantes eventos da saúde mundial – patrocinados e fomentados pela Organização Mundial de Saúde. Assim relatam:

[Na] década de 80, o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado desloca novamente o pêndulo para uma concepção centrada na assistência médica individual, a qual, na década seguinte, com o debate sobre as Metas do Milênio, novamente dá lugar a uma ênfase nos determinantes sociais que se afirma com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005 (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 80).

Com tal trecho, o que se ilustra não é um “mapa de forças” das correntes científicas, senão se faz um alerta que, além dos percalços inerentes ao desenvolvimento conceitual e epistemológico, a dimensão política às voltas da disputa dos DSS evidencia a importância desse tema.

Categoria fundamental para compreender os DSS, a concepção de iniquidade ocupou papel fundamental para o desdobrar das correntes teóricas e perspectivas em saúde. Apesar de ser melhor debatido (enquanto campo conceitual) a seguir – nas descrições realizadas por Almeida Filho (2004, 2009) – aqui o sumário inicial dessas correntes pode auxiliar a compreender o panorama em que surgem os dois modelos explicativos (e interventivos) mais populares em saúde. Buss e Pellegrini Filho (2007) sumarizam ao menos quatro abordagens, como pontuadas a seguir:

- 1- aquelas que privilegiariam os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, compreendendo que os aspectos econômicos, como renda, influenciariam a saúde pela escassez de recursos dos próprios sujeitos e/ou pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária, seja por políticas públicas (ou iniciativas locais) de educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.;
- 2- um segundo enfoque privilegiaria os “fatores psicossociais”, explorando as compreensões e relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos (ou fisiopsíquico) e situação de saúde – tudo isso com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais podem provocar estresse e prejuízos à saúde;
- 3- o terceiro citado seriam os enfoques “ecossociais” e os chamados “enfoques multiníveis” que buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica;
- 4- finalmente, o quarto seriam:

os enfoques que buscam analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Esses estudos identificam o desgaste do chamado ‘capital social’, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde. [...] Esses estudos também procuram mostrar por que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 82-83).

Sumariadas as concepções de iniquidades (ainda que mais à frente, nesta seção, retomadas) em saúde, chave para os modelos explicativos, é possível compreender os dois principais modelos explicativos em DSS presentes na literatura. Entre os modelos mais conhecidos, o de Dahlgren e Whitehead – considerado um modelo de camadas em DSS – é o mais divulgado nos espaços formativos em saúde. Esse modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis de determinações ou mesmo a gênese das iniquidades, mas propor um nivelamento (camadas) de exposição de determinações a que os sujeitos e coletividades podem se expor ou em que são inseridos, como se vê na figura abaixo:

Figura 6 – Modelo Dahlgren e Whitehead de Determinação Social de Saúde



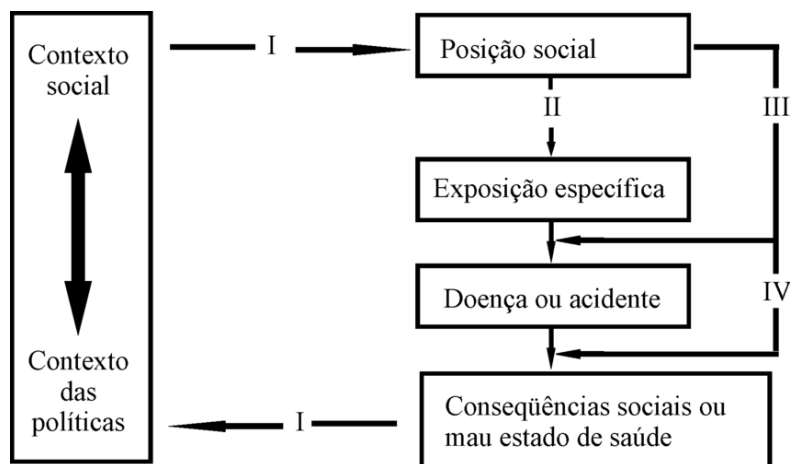
Fonte: Buss e Pellegrini Filho (2007).

O que se percebe é, no modelo, o indivíduo como o nucleador das relações sociais que, ainda que induzidas à circularidade pela expressão da figura, colocam-no como base. O que esse modo nuclear omite é que o próprio sujeito já é a posição social ocupada diante das camadas mais “altas” expressas na figura.

Por outro lado, avança em diversos pontos conceituais que vinham sendo expressos como dilemas dos marcos conceituais em iniquidades, como modelo de propostas de intervenções não só nos sujeitos, mas políticas públicas (não só do “setor” saúde). Quanto à divisão de camadas, as propostas interventivas são divididas em níveis: individual, que não são apenas biológicas, mas que dizem respeito à promoção de mudança de hábitos de “estilo de vida” (conceito mais à frente trabalhado); a segunda camada diz respeito às comunidades e suas relações; a terceira camada, à atuação das políticas sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham – ou seja, intervenções que busquem assegurar melhor acesso a água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego seguro e realizador, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade e outros; por fim, o quarto nível (camada) se refere à atuação nos “macro-determinantes”, através de políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade – todas com foco em promover desenvolvimento sustentável, redução das desigualdades sociais e econômicas, das violências, da degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Um segundo modelo também conhecido, com importante impacto na literatura sobre os DSS, é uma derivação e tentativa de qualificação do primeiro modelo – o Modelo de Diderichsen e Hallqvist.

Figura 7 – Modelo de Diderichsen e Hallqvist



Fonte: Buss e Pellegrini Filho (2007)

Esse modelo dá luz e foco a categorias como estratificação social (como se vê no quadro expresso como “Posição Social”) e compreende o sujeito como gerado pelo contexto social, “o que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 85). É possível notar, pela própria ausência de um indivíduo representado no esquema gráfico, que já se absorve certa dialética entre o sujeito e a posição que ocupa, “desatomizando” o indivíduo ou coletivo humano da sociedade.

Assim como o primeiro modelo exposto (Dahlgren e Whitehead), também é considerado um modelo de intervenção, e não só de análise ou esquema conceitual em DSS. O Modelo de Diderichsen e Hallqvist permite identificar alguns pontos de incidência de políticas que deveriam atuar sobre os mecanismos de estratificação social e sobre os diferenciais de exposição, de vulnerabilidade e de suas consequências, em termos epidemiológicos (portanto, de perfil de morbi-mortalidade de uma dada população). Buss e Pellegrini Filho (2007) afirmam que é um modelo de intervenção mais adequado no que diz respeito à estratificação social, já que as estratificações seriam fatores dos mais cruciais para combater as iniquidades de saúde. As ações concretas seriam: políticas que atuem na redução das diferenças sociais, como aquelas relacionadas ao mercado de trabalho, educação e seguridade social, “além de um sistemático acompanhamento de políticas econômicas e

sociais para avaliar seu impacto e diminuir seus efeitos sobre a estratificação social” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 87).

O segundo bloco de ações deveria acontecer em paralelo ao citado acima e incidir na diminuição dos diferenciais de exposição a riscos, tendo como alvo, por exemplo, os grupos que vivem em condições de habitação insalubres, trabalham em ambientes pouco seguros ou estão expostos a deficiências nutricionais. Não só em termos infraestruturais se deveria intervir, mas também no fomento de políticas de fortalecimento de redes de apoio a grupos “vulneráveis”, por exemplo. Por fim, quanto ao enfrentamento dos diferenciais de vulnerabilidade, seriam mais efetivas as intervenções que buscassem fortalecer a resistência a diversas “exposições, como por exemplo, a educação das mulheres para diminuir sua própria vulnerabilidade e a de seus filhos” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 87).

Em síntese, o próprio sistema de saúde, nesse modelo, é um redutor de iniquidades, e não só um organizador de assistência (reparo, cura, diagnóstico) em saúde. Por outro lado, a intervenção desse sistema de saúde deveria buscar reduzir os diferenciais de consequências ocasionadas pela doença, “incluindo a melhoria da qualidade dos serviços a toda a população, apoio a deficientes, acesso a cuidados de reabilitação e mecanismos de financiamento equitativos, que impeçam o empobrecimento adicional causado pela doença” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 87), entre outras ações.

Seguindo a revisão a que me propus, partimos para dois textos de Naomar Almeida Filho (2004, 2009) que têm características teórico-conceituais na mesma medida em que são propositivos quanto a esquemas teóricos que orientem para ação em determinações de saúde. Em um dos trabalhos, denominado *A problemática teórica da determinação social da saúde*, o autor (ALMEIDA FILHO, 2009) fez revisão das atuais influências dos modelos dos DSS a partir dos conceitos de justiça em John Rawls e, com mais ênfase, Amartya Sen. Propõe, diante dos embates epistemológicos e políticos que os autores escolhidos por Almeida Filho suscitam na assunção de suas teses, uma construção crítico-semântica que sirva, contemporaneamente, a um aprimoramento conceitual sobre desigualdade, inequidade e iniquidade, conceitos os quais (diga-se de passagem) serão admitidos neste trabalho.

Já no texto *Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis*, Almeida Filho (2004) faz, a partir dos modelos explicativos em saúde (distintos dos já escritos acima por Buss e Pellegrini Filho), em interface com teorias sociológicas do século XIX e atualizações do século XX, proposta de uma “epidemiologia do modo de vida”. Percorre desde os “modelos de estresse” presentes na corrente funcionalista

sociológica até o conceito de “divisão do trabalho” e sua incorporação aos modelos críticos em saúde e, por fim, incorpora os modelos teóricos sobre “signos, significados e práticas de saúde” como contribuições da antropologia a DSS. Só após esse largo percurso, as concepções de Modo de Vida e Modo de Vida e Saúde são apresentadas, e então o seu Modelo Etnoepidemiológico sobre DSS ou esquema gráfico representativo da Teoria de Modo de Vida e Saúde – também incorporados em parte nesta tese.

Assim como em Buss e Pellegrini (2007), é admitido em Almeida Filho (2009) que discutir as determinações em saúde é se desdobrar sobre a problemática teórica das desigualdades sociais e, no campo da saúde, é integrá-las às dimensões políticas dos processos de produção e reprodução da sociedade em abordagens de maior alcance explicativo. É justamente em Sen, apesar das lacunas epistemológicas que o autor percebe, que se tem uma das mais importantes reformulações teóricas sobre o tema da desigualdade. Em dois sentidos Amartya Sen redimensiona a questão da desigualdade na relação com a justiça:

No primeiro sentido, de forma a caracterizar necessidades distintas ao comparar populações do tamanho $N = 2$, propôs considerar linhas de base diferentes para a avaliação das desigualdades e a escolha social de estratégias redistributivas. Nesse caso, no desenvolvimento posterior apresentado em ‘*Inequality reexamined*’ (SEN, 1992), deixa espaço para se definir a saúde individual no âmbito do que chama de ‘*capabilities*’. Tal conceito, de difícil tradução ao português, algo entre ‘capacidades potenciais’ e ‘competências’, constitui valiosa indicação no sentido da construção do conceito de saúde, numa direção apenas esboçada na fase mais tardia da abordagem parsoniana, conforme indicado em outro texto [do próprio Almeida Filho] (ALMEIDA FILHO, 2009, p. 356).

Já no segundo sentido, Sen propôs tomar a esfera da saúde coletivamente:

[...] definida no plano socioinstitucional, como campo de sistemas possíveis de compensação visando a equidade, dentro do aparato do *welfare state*. Sugere, então, que um serviço nacional de saúde poderia fazer parte de um sistema de justiça distributiva indireta, comparável a outros sistemas de justiça definidos pela distribuição direta de subsídios. O problema tornar-se-ia potencialmente mais complexo, por exemplo, ao considerar outras diferenças de base individual além da *capability* chamada saúde (ALMEIDA FILHO, 2009, p. 356).

No plano das teorias sociais e econômicas (consideradas inovadoras, tendo em vista o poder de entrada das teorias do autor indiano), foi Amartya Sen que produziu as primeiras interfaces do debate da saúde com novos arranjos conceituais (*capability*, por exemplo). Depois disso, foi a partir do campo teórico sobre justiça que adveio a reformulação de Rawls, já nos anos de 1990, e foi com Margareth Whitehead que se oficializou o debate entre equidade e justiça desde o âmbito da Organização Mundial de Saúde (OMS). Whitehead (a mesma do modelo descrito acima), como relata Almeida Filho (2009), elaborou um documento de consultoria para a OMS, também publicado no importante *International*

Journal of Health Services, que indicava, como premissa básica, que equidade em saúde equivaleria a justiça no que se refere à situação de saúde. O documento discorre sobre as consequências teóricas desse entendimento: equidade como justiça é “qualidade de vida e sobrevivência, visto que, idealmente, todos e todas as pessoas têm direito a uma justa possibilidade de realizar seu pleno potencial de saúde e que ninguém estará em desvantagem para realizar esse direito” (ALMEIDA FILHO, 2009, p. 356). Ou seja, na prática, essa aproximação conduziria a uma redução, ao máximo possível, das diferenças em saúde e no acesso a serviços de saúde.

Para esse binômio conceitual (equidade/justiça) fazer sentido, de um ponto de vista não só conceitual, mas também terminológico, Whitehead define “equidade” (*equity*) por referência a dois antônimos: desigualdade (*inequality*) e inequidade (*inequity*). O primeiro termo – desigualdade – conota as principais diferenças dimensionais, sistemáticas e evitáveis entre os membros de uma população dada. Almeida Filho (2009) adverte, diante dos próprios apontamentos da autora: como o termo é usado em algumas situações num sentido puramente matemático ou epidemiológico, postula-se que, por sua ambiguidade, não se deva utilizá-lo, assim, como conceito de base.

Já inequidade, o segundo termo whiteheadiano, diz das diferenças e variações que são não apenas desnecessárias e evitáveis, mas também desleais e injustas. Nessa direção, “inequidades (*inequities*) em saúde podem ser compreendidas como modalidades restritas ou algum caso particular de diferenças (*differences*) ou disparidades (*disparities*) em saúde” (ALMEIDA FILHO, 2009, p. 357). Ou seja, atribui-se ao campo das diferenças também a injustiça, já que são evitáveis, do ponto de vista social. Em síntese, essa armação conceitual se conforma a partir de critérios relevantes para identificar tanto a condição de evitabilidade como também de injustiça inerente a imposição dos riscos.

Antes dos últimos apontamentos sobre justiça social e equidade, e antes de apresentar a proposta conceitual de Almeida Filho (2009) que absorvo aqui, vale destacar uma pontuação conceitual em Jaime Breilh (2006 – mesma obra que discutimos em seção anterior) que é o conceito de diversidade (*diversidad*, no original castelhano). Esse conceito corresponderia à variação em características ou atributos de uma dada população (gênero, nacionalidade, etnia, geração, cultura etc.). A desigualdade, nessa direção conceitual, corresponderia a evidências empiricamente observáveis da diversidade.

Diferentemente do esquema teórico de Whitehead, para Breilh tais conceitos podem adquirir um sentido positivo em sociedades em que predominam relações solidárias e

de cooperação entre gêneros e grupos étnicos. “Nesse referencial, a inequidade (*inequidad*) seria uma categoria analítica da diversidade que marca a essência do problema da distribuição de bens na sociedade” (ALMEIDA FILHO, 2009, p. 361). Ou seja, seria no seu nascimento (ou na condição histórica) que a inequidade constituiria o lado negativo da diversidade, tornando-se, por consequência social, veículo de exploração e subordinação. O termo “iniquidade”, esse sim, e não inequidade, seria sinônimo de injustiça. As diferenças (que não seriam negativas por “essência”) constituiriam a expressão, nos indivíduos, ou da diversidade, em sociedades solidárias, ou da inequidade, em sociedades nas quais haja concentração de poder (ALMEIDA FILHO, 2009; BREILH, 2006).

Em síntese, o que os modelos de justiça distributiva e suas interfaces com equidades em saúde apontam – já que o foco desse tópico é entender os desdobramentos dos DSS nas teorias em saúde – que se constituem como modelos teóricos a partir de uma distinção entre igualdade e equidade, a qual se realiza tomando igualdade como *proxy* de equidade (ALMEIDA FILHO, 2009). Na medida em que equidade implica um componente estrutural do sistema de valores da sociedade, estabelece-se equivalência entre os conceitos de equidade e justiça e, no seu oposto, na falta de equidade se estabelece a noção de injustiça.

Apesar da insistente referência as noções positivas de justiça, justeza e escolha social, a problematização teórica e metodológica dos gradientes sociais em saúde prioriza a negação, operando conceitos de desigualdade e diferença em lugar de igualdade e equidade. Tal padrão mostra-se simétrico e consistente em relação ao modo predominante de definição da saúde, como ausência de doença no campo da pesquisa em saúde individual e coletiva. Enfim, mediante os termos injustiça e doença, tanto a justiça quanto a saúde são tratadas como negatividade (ALMEIDA FILHO, 2009, p. 362).

Diante desse panorama conceitual que, acompanhando Almeida Filho, propôs-se fazer de modo crítico, percebe-se que as articulações conceituais sobre desigualdade e justiça estão na base da construção dos modelos de DSS. Mais que isso, subjazem aos conceitos de igualdade/desigualdade as suas variantes (positiva) equidade e (negativas) inequidade e iniquidade. É nesse contexto que Almeida Filho (2009, p. 364-365) propõe as concepções crítico-semânticas abaixo:

- Desigualdade: diferenciação dimensional ou variação quantitativa em coletividades ou populações. Pode ser expressa por indicadores demográficos ou epidemiológicos (no campo da saúde), como evidência empírica de diferenças. Nesse caso, pode constituir uma *capability*, no sentido de Sen, e não necessariamente corresponder ao produto de injustiças, como no uso da noção de ‘saúde real’, conforme visto acima.

- Inequidade: denota disparidades evitáveis e injustas, expressão de desigualdades desnecessárias, do ponto de vista político em populações humanas e de agregados. Trata-se de um neologismo, correspondente a *inequity* e *inequidad*. Significa o

oposto de equidade, ou seja, ausência de justiça no que diz respeito a políticas distributivas sociais e de saúde. Metodologicamente, requer desenvolvimento de indicadores de segundo nível para avaliar associação com heterogeneidades intragrupo.

- Iniquidade: corresponde a inequidades que, além de evitáveis e injustas, são indignas, vergonhosas, resultante de opressão social (segregação, discriminação, perseguição) na presença de diversidade, desigualdade, diferença ou distinção. Trata-se de ausência extrema de equidade, decorrente do efeito de estruturas sociais perversas e do exercício de políticas iníquas, geradores de desigualdades sociais eticamente inaceitáveis.

Já no texto *Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis*, a proposta de Almeida Filho (2004) é de construir uma “epidemiologia do modo de vida”. Já havia anunciado no início do tópico que a categoria modo de vida seria útil para o que proponho de conceitualização deste trabalho. Assim, sigo algumas pistas críticas de Almeida Filho para alcance mais preciso desse conceito no trabalho.

Conforme Almeida Filho (2004), o marco teórico da sociologia funcionalista propiciou a estruturação de modelos psicossociais de saúde, posteriormente agrupados sob o rótulo genérico de “Teoria do Estresse” que influenciaram, entre outras teorias e modelos teóricos e esquemas conceituais, o campo de investigação em epidemiologia e as concepções que dizem respeito aos DSS.

A Teoria do Estresse admite a “determinação constitucional de morbidade” desencadeada por fatores primordialmente de ordem biológica e ambiental, o que explica especialmente as doenças infecciosas e parasitárias. A crítica central a esse modelo seria o fato de tratar as sociedades como se fossem “agrupamentos humanos homogêneos, na medida em que omitem as privações e carências sociais bem como as desigualdades diante do acesso a recursos econômicos” (ALMEIDA FILHO, 2004, p. 868).

Entretanto, o modelo explicativo derivado da Teoria do Estresse, que tem sido revitalizado atualmente, tem foco em iniquidades em saúde, como se viu acima – como traço fundamental do entendimento dos DSS. O que a nova Teoria do Estresse faz é propor análise das consequências, para a saúde, da distribuição desigual de renda e de acesso a ativos econômicos e recursos sociais, assumindo a forma geral de capital social, além de, por outro lado, estudar como a disponibilidade global desses recursos influencia a situação de saúde das populações (ALMEIDA FILHO, 2004). A atualização da Teoria do Estresse entende os fatores sociais como estressores, portanto, do sujeito.

Ainda que com outra roupagem e novas inspirações teóricas – como nos conceitos de “capital social” de Bourdieu ou mesmo na ideia de que desigualdades sociais e carências econômicas (privação ou pobreza) são tomadas como conceitos fundamentais do modelo –,

Almeida Filho (2004) adverte que a intermediação do conceito de vulnerabilidade é central para o desenho teórico do modelo, “tanto no que se refere à susceptibilidade diante de biopatógenos em doenças transmissíveis quanto aos determinantes genéticos da predisposição a Doenças Crônicas Não-Transmissíveis” (ALMEIDA FILHO, 2004, p. 869). Assim, apesar de se adjetivar como “social” – introduzindo um importante componente social que amplia o escopo psicológico individual da Teoria Clássica do Estresse – o modelo omite os determinantes econômicos da pobreza e privação e, especialmente, as raízes políticas das iniquidades sociais (como já demonstradas e conceitualizadas anteriormente).

Já o modelo teórico da determinação social das enfermidades elaborado pela vertente crítica de teorização em saúde na América Latina estrutura-se em torno de um conceito fundamental no quadro teórico do marxismo: o de reprodução social. Para esse modelo, o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção, de um lado, concatenadas em modos e formas de produção, por sua vez realizados concretamente como uma formação social, determinam os padrões de reprodução simples e ampliada. Assim, em termos objetivos dos processos de adoecimentos, para autores como o já citado Breilh e outro equatoriano, Edmundo Granda, os processos epidemiológicos se expressam concretamente em cada classe social particular por meio de um “perfil epidemiológico de classe”, constituído de dois elementos: a) um, essencial, o “perfil reprodutivo”; b) outro, fenomênico, o “perfil de saúde-enfermidade” (ALMEIDA FILHO, 2004, p. 870).

Já de acordo com a sueco-mexicana Cristina Laurell, só se pode entender a questão da saúde na sociedade pelo conceito de trabalho e seu correlato, divisão social do trabalho. Um dos caminhos possíveis seria: 1) desdobrar o conceito de trabalho em trabalho abstrato e trabalho concreto, desde o qual se analisaria o gasto energético e os usos específicos do corpo como produtores de atrofia, hipertrofia ou de fadiga psíquica e social; 2) apropriar-se do conceito de “processo de produção”, com seus dois elementos – o processo de valorização (produção da mais-valia) e o processo laboral (produção de bens). Feito isso, em termos analíticos, decompõe-se o processo de trabalho em seus elementos constitutivos: o objeto e os instrumentos de trabalho (materialização das relações entre capital e trabalho, incorporando a constituição tecnológica dos meios de produção) e o trabalho em si (a vertente técnica, como características físicas, químicas e mecânicas, e uma vertente social, incorporando as relações sociais que o tornam possível). Já o conceito de “trabalho em si” deve ser ampliado para conter desde os processos corporais até a organização e divisão do trabalho como estratégia de exploração e produção de mais-valia (ALMEIDA FILHO, 2004).

Entretanto, Naomar Almeida Filho observa problemas conceituais (e repercussões práticas) tanto no modelo de Laurell quanto no de Breilh e Granda. Afirma que os dois enfoques assumem implicitamente uma epistemologia “internalista e polarizadora, na medida em que admitem uma precedência formal e funcional do objeto sobre o método” (ALMEIDA FILHO, 2004, p. 872). Em segundo ponto, sugere que os modelos não conseguem escapar de uma atitude que se poderia designar aparelhamento da investigação científica como instrumento da luta operária (no caso de Laurell) e de liberação das classes oprimidas (em Breilh), o que implica uma negação da sua especificidade como modo de produção de conhecimento – contudo, advirto que não tenho acordo com este segundo ponto da crítica por tudo que já expus a respeito da concepção de crítica em Breilh, neste capítulo, e sobre implicação e práxis, no capítulo metodológico desta tese.

Chegando próximo ao fim deste segundo tópico do capítulo, destaco outra dimensão dos estudos sobre os DSS apresentados até aqui – e me refiro não só a esta retomada revisional de Almeida Filho, mas de todo este capítulo –, que é a “Teoria dos Signos, Significados e Práticas de Saúde”. Especialmente nos canadenses Gilles Bibeau e Ellen Corin, as experiências subjetivas (que ganham voz na tradicionalmente dura ciência da epidemiologia) formam-se a partir de representações culturais sobre a subjetividade, o corpo, o mundo e a vida, criadoras dos significados que se expressam por meio de narrativas individuais. É assumindo esse preceito que se tem a necessidade de considerar a experiência do adoecimento e as narrativas sobre a doença em sua relação com a rede de significações culturais. Em termos práticos-científicos, no que se refere ao processo de saúde-enfermidade-cuidado:

trata-se de integrar sistemas semiológicos de significação e condições externas de produção (contexto econômico-político e sua determinação histórica) com a experiência do adoecimento, como transformação da identidade individual e do modo de ser-no-mundo (ALMEIDA FILHO, 2004, p. 873).

O esquema analítico de Bibeau e Corin é fundado em dois conceitos, explicita Almeida Filho: condições estruturantes (macrocontexto, como condições ambientais, redes de poder político e as bases de desenvolvimento econômico, as heranças históricas e as condições cotidianas de vida – ou modos de vida) e experiências organizadoras coletivas (universo sócio- simbólico do grupo que atua no sentido de manter a identidade grupal, os sistemas de valores e a organização social). Pretendem, com esses conceitos, em seu modelo explicativo e analítico, representar os diferentes elementos contextuais (sociais e culturais) que se articulam para formar os “dispositivos patogênicos estruturais” (ALMEIDA FILHO,

2004, p. 874). Ou seja, postulam que os sistemas semiológicos e os modos de produção articulam-se para produzir a experiência do adoecimento. Mais que isso, desenvolvem “uma ‘abordagem semântico-pragmática e contextual’, capaz de partir de casos concretos para compreender como a comunidade percebe, interpreta e reage com relação aos problemas de saúde” (ALMEIDA FILHO, 2004, p. 875).

Dada a complexidade da realidade cultural, as diferentes interpretações dos sujeitos que pertencem a e/ou se originam do centro ou da margem da sociedade refletem heterogeneidades sociais, econômicas, étnicas e culturais, bem como a realidade concreta dos diferentes atores sociais que participam das diversas situações. Isso deve ser levado em conta, nessa perspectiva de entendimento dos processos de saúde-adoecimento-cuidado, pelos modelos teóricos das interpretações ditas “nativas” que têm como objetivo traduzi-las para outro referencial – como acontece na disputa entre racionalidades sistêmica e o Mundo da Vida, que já indiquei em capítulo anterior.

Almeida Filho (2004), interpretando os apontamentos de Bibeau e Corin, indica o fenômeno cotidiano nos processos semânticos (que eu, neste trabalho, intencionalmente amplo para “jogos de linguagem”) como uma tentativa de submissão das linguagens oficiais em saúde em relação aos contextos semânticos locais. Assim, um modelo de entendimento dos DSS que se preocupa com sentidos e significados deveria respeitar, na leitura de Almeida Filho (2004) de Bibeau e Corin, “os glossários e percepções dos membros da comunidade”, já que nos contextos de saúde existiria uma certa violência interpretativa imposta na medida em que “a produção do conhecimento científico tende à universalidade” (ALMEIDA FILHO, 2004, p. 875).

À guisa de apontamentos finais a respeito deste segundo tópico do capítulo, preciso indicar, ao mesmo tempo que pontuo um último elemento trazido por Almeida Filho a respeito da teorização de Bibeau e Corin, que esse paradigma de estudos nos DSS me indica campo favorável ao modo como compreendo esta pesquisa. Explico: Almeida Filho (2004) descreve que além da influência dos fatores macrossociais, Bibeau e Corin enfatizam a autonomia e a responsabilidade dos indivíduos na modificação da história e dos fatos sociais. Pontua, mais precisamente:

A concepção médica de nosologia, segundo a qual cada signo patológico corresponde a um significado numa rede de causalidade e a procedimentos de cura-cuidado numa rede de práticas terapêuticas, não pode deixar de ser considerada, embora de forma modificada. Na biomedicina moderna, o sentido do sintoma é dado, portanto, pelo processo biofisiológico que lhe é subjacente e que, dessa maneira, encontra-se bloqueado ou massificado (Corin, 1993). E é justamente essa massificação/universalização do sentido que um enfoque alternativo sobre o

complexo saúde/patologia-enfermidade-doença precisa romper (ALMEIDA FILHO, 2004, p. 874).

É justamente esse processo de “massificação/universalização” do código nosológico que tem gerado as minhas preocupações e que, ao produzir processos de linguagem nas formas de organização de cuidado, tem sido o meu objeto de estudo nesta tese. Entretanto, ao reconhecer meu estudo nesse campo que os autores chamaram de “semântico-pragmático contextual” consigo apontar dois modos distintos de, por um lado, analisar o fenômeno e, por outro, o *ethos* político do tipo de pesquisa a que me proponho.

Dito de outra maneira: minha abordagem, apesar de reconhecer muitas vantagens, não é antropológica, e sim “sociopsicolinguística” de vertente crítica e impregnada de uma abordagem metodológica prático-reconstrutiva. Em segundo ponto, a minha proposta, de um ponto de vista ético e político, não compreende que as mudanças sociais para o combate às injustiças e ini-inequidades advêm do próprio sujeito com ele mesmo. Apesar de, necessariamente e invariavelmente, as importantes transformações passarem pelos sujeitos individuais, são as disputas dos signos do cuidado – meio (mesopolítico) social por excelência, e não apenas “macropolítico distante” como se referem as teorias mais mecanicistas, nem em uma “micropolítica” que beira o esponaneísmo ingênuo – que parecem mover encadeamentos complexos das formas de produzir o sujeito (e ele a si mesmo) e as relações sociais (a elas mesmas e nas condições de formações das subjetividades) e as consequentes formas de linguagem – condição da sociabilidade humana.

Também merece algumas últimas considerações a discussão sobre a “determinação dos determinantes” em saúde. O que quero dizer é que com o conteúdo descrito e debatido tanto no tópico 4.1 quanto no 4.2 é possível inferir que “determinação” é postura epistemológica – que, por sinal, filiando-me ao pensamento de Breilh, quis criticar o determinismo sociológico ou fisiológico presente nas históricas abordagens em saúde. Já a categoria “determinante” substantiva a determinação nos descritos “modelos dos DSS” e isso implica que esses modelos, por sua vez, são esquemas explicativos e analíticos derivados, *ou não* (sublinha-se), da concepção de Determinação (que, como opto por filiação, é oposta à determinista).

Por fim, destaco que é comum a quase todos os modelos dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) o entendimento de que equidade e justiça são constitutivas às condições de saúde-enfermidade-modelos assistenciais. Mais que isso, foi dos modelos dos DSS que advieram os mais contundentes aportes explicativos e descritivos dos processos de significação (e práticas profissionais e culturais em saúde) como também constitutivos dos

determinantes em saúde. Foi nessas teorias – que inclusive dão início aos desdobramentos teóricos na seção seguinte – que encontrei auxílio na aproximação dos “sujeitos” (e suas narrativas, por exemplo) ao “social” (e às diferentes formas e categorizações – produção, reprodução, distribuição, estratificação etc.).

4.3 Modos de Vida, Modos de Vida em Saúde e a Determinação Social em Saúde Mental

De tão relevante para o estudo presente, a discussão sobre a categoria “Modo de Vida”, apesar de esta seção iniciar com o debate e revisão advinda dos textos acima (especialmente aquele destacado de ALMEIDA FILHO, 2004), será adicionada ao longo deste tópico – além dos autores já esmiuçados até então – literatura selecionada em saúde mental, como Jackson Sampaio (1998) e Magda Dimenstein e colegas (2017). Acrescidos dos preceitos contidos nas discussões sobre saúde enquanto objeto/conceito/campo e acumuladas críticas e definições a respeito das determinações sociais em saúde e dos modelos dos DSS, é hora de avançar nas categorias que falam das dimensões sociopsíquicas ou psicossociais e introduzir o campo da Saúde Mental para fazer parte do arcabouço teórico escolhido nesta tese.

Após a introdução das teorias acima, relatada nesse diálogo ativo e crítico que tenho estabelecido com os autores em saúde coletiva ou epidemiologia social, mediado pela leitura de Almeida Filho (2004, 2009), trago este texto nesta seção, novamente, para, enfim, discutir a concepção de modo de vida⁶⁰ em derivação aos estudos sobre determinação social em saúde.

De um ponto de vista histórico, é possível sustentar, como se vê em Almeida Filho (2004) que o conceito “modo de vida” está presente – diretamente ou indiretamente, por expressão *ipsis litteris* ou por inferência – desde Karl Marx e Friedrich Engels como elemento básico para as possíveis análises das formações sociais pré-capitalistas e mesmo nas organizações capitalistas, na medida em que aparece como categoria que busca situar a natureza não somente material e física da reprodução social, mas também relacional, subjetiva e cultural.

⁶⁰ Em capítulo anterior já esclareci a diferença entre modo de vida e forma de vida. Destaco, para fins de melhor entendimento, que forma de vida terá a ver com as formas possíveis de significação de mundo pelas práticas cotidianas de linguagem (ou jogos de linguagem).

Apesar de não ser elegante na escrita científica, peço licença ao leitor para fazer citação de *A ideologia alemã*, de Marx e Engels, conforme indicação do autor que venho debatendo – Almeida Filho (2004) – já que o recorte é útil para o que quero, sem necessitar, especialmente neste caso, debater em profundidade a obra original:

O modo pelo qual os homens produzem seus meios de subsistência depende, antes de tudo, da natureza dos meios que eles encontram e têm de reproduzir. Este modo de produção não deve ser considerado, simplesmente, como a reprodução da existência física dos indivíduos. Trata-se, antes, de uma forma definida de atividade destes indivíduos, uma forma definida de expressarem suas vidas, um definido modo de vida deles. Assim como os indivíduos expressam suas vidas, assim eles são (ALMEIDA FILHO, 2004, p. 875).

Nessa primeira noção de modo de vida nos pais do materialismo histórico-dialético, a noção de “modo objetivo de existência” é definida, de maneira restrita, “como as pré-condições correspondentes à individualidade” do produtor. Ou, apurando esse conceito em nível mais ampliado, no *Grundrisse*, de Marx, Almeida Filho sintetiza o “modo de vida” nessa outra obra marxiana:

[... todas as formas em que a comunidade pressupõe os sujeitos numa unidade objetiva específica com as condições de sua produção, ou nas quais uma existência subjetiva determinada pressupõe a própria entidade comunitária como condição de produção (ALMEIDA-FILHO, 2004, p. 875).

Dessa forma, “modo de vida” se aproxima das concepções de condições naturais de existência ou modo objetivo dessa mesma existência.

Em Gramsci e Lukács, para além dos estudos já clássicos, no início do século XX sobre as dinâmicas sociais, vê-se uma ampliação do espectro teórico do marxismo para além da prática e teoria de economia política. Em Gramsci a ideia/conceito de cultura começa a ser introduzida, não mais como “caixa de hábitos e costumes” da sociedade ou em reduções equivalentes. Mas no campo marxista é a discípula de Lukács, a socióloga Agnes Heller, por meio do conceito (e obras sobre a vida) cotidiano que o conceito de modo de vida reacende nos debates em saúde⁶¹.

Para Heller, como presente no livro *O Cotidiano e a História*, aqui trazido a debate à luz do comentarista Almeida Filho, a categoria “cotidiano” ganha importantes

⁶¹ Se entendermos que os conceitos de Mundo da Vida – tanto em Habermas como em Husserl – ou Cotidiano, ou tantos outros correlatos são sinónimas sociológicas e filosóficas de modo de vida, teria um caminho teórico infundável a fazer nesse momento. Para não cair nesse risco, já defini o uso de Mundo da Vida no Capítulo 1 e aqui utilizo o modo de vida com finalidade específica na compreensão do cotidiano da vida nas significações em saúde.

contornos. Seriam partes orgânicas da vida cotidiana: a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação. Quanto aos traços característicos da vida cotidiana, existiriam: o caráter momentâneo dos efeitos, a natureza efêmera das motivações e a fixação repetitiva do ritmo, a rigidez do modo de vida. A autora não apontaria, segundo Almeida Filho (2004), no entanto, fluidez total desses traços. Ao revés, seriam marcas dessa cotidianidade a heterogeneidade hierarquizada e articulada, com base na repetição, porém nunca como estrutura ou superestrutura. Ora, trazer outra categoria a este texto (cotidiano) não tem o intuito de tornar prolixo o entendimento do modo de vida. O objetivo é justamente o oposto: é advertir que em Heller o modo de vida é reconstruído diariamente segundo as configurações (partes e traços) do cotidiano.

Com esses apontamentos teóricos, Almeida Filho (2004) indica que dois grandes tratados teóricos foram escritos e são bases para a compreensão dos modos de vida em saúde: o mexicano Eduardo Menéndez com o livro *Antropología médica: Orientaciones, desigualdades y transacciones* e o capítulo destaque que tematiza a epidemiologia e os modos de vida “*Hacia la construcción de una epidemiología sociocultural*”; e o célebre epistemólogo da Saúde, o argentino Mário Testa, com *Saber en salud – la construcción del conocimiento e Pensamento estratégico e lógica de programação – O caso da saúde*.

No capítulo referido, Menéndez analisa criticamente a assimilação do pensamento gramsciano na área da saúde, sugere que não só Marx e Engels mas também M. Weber, Durkheim e uma parte da antropologia médica constituem as referências teóricas e empíricas sobre as discussões de “modo” de vida e, com ênfase, aspa o “modo” em expressões como “los ‘modos’ culturales e sociales de enfermar” e “las condiciones e ‘modo’ de vida” como crítica teórica-epidemiológica. Todas essas aspas representariam sua crítica ao conceito de “modo de vida” e, então, introduziria:

[...] ‘estilo de vida’ como conceito que trataria de unificar a base material e ideológica que opera no desenvolvimento dos padecimentos, e constituiria um conceito mediador entre o nível da classe social e ou dos grupos intermediários (grupos étnicos, grupos ocupacionais, grupos de status, grupos familiares, grupos de pares, etc.) (ALMEIDA FILHO, 2004, p. 878).

Em Mario Testa se absorve a ideia de vida cotidiana (descrita acima) nas acepções hellerianas de modo que a teorização e preocupação epidemiológica sobre os modos de vida são descritos a partir da categoria vida cotidiana. Ou seja, em Testa se entende que o modo de vida é estruturador tanto da reprodução quanto, por meio dela própria, da produção. Com

essas assunções, Testa “refere-se à equivalência ou paralelo entre as mudanças na vida cotidiana com as mudanças no modo de produção” (ALMEIDA FILHO, 2004, p. 879).

Em seu engenho conceitual, mas de rigor e poder heurístico forte, Testa, como descrito em Almeida Filho (2004, p. 879), indica:

[...] para a produção da vida mesma, há que existir um modo de produção desta.

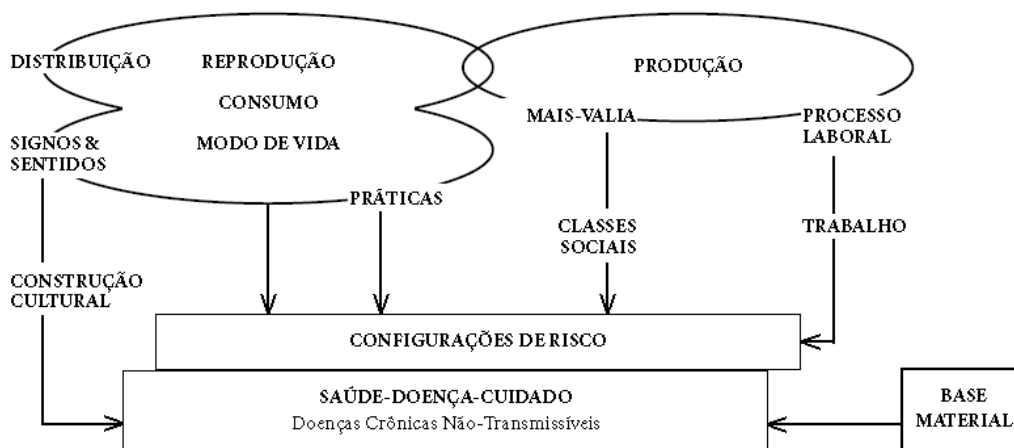
E segue:

[...] as práticas culturais significam a produção das relações que constituem o fundamento da sociedade e que podemos entender como ‘as relações sociais de sociabilidade’, nó de um dos principais debates sociopolíticos da atualidade. Em uma analogia simétrica, as relações sociais de sociabilidade articulam o modo de vida assim como as relações sociais de produção o fazem para o modo de produção.

Enfim, o que se vê até então, e por isso tantos destaques literais neste tópico do capítulo, é uma virada da ciência das determinações sociais da saúde e da vida em preocupação com os fatos históricos e sociais que constituem a vida diária e horizonte de significação das pessoas – uma preocupação, enfim, com o Mundo da Vida e as práticas em saúde. Diante de tudo isso, é possível trazer para este texto o que Naomar Almeida Filho denomina de “Modelo Etnoepidemiológico sobre os Determinantes Sociais em Saúde ou Teoria do Modo de Vida e Saúde”, como se vê na figura abaixo:

Figura 8 – Modelo Etnoepidemiológico sobre DSS (Teoria de Modo de Vida e Saúde)

Modelo etnoepidemiológico (teoria do modo de vida & saúde).



Fonte: Almeida Filho (2004, p. 881).

Seu desenho revela a articulação dos três circuitos dialéticos fundamentais para a compreensão do processo saúde-doença-cuidado, nas sociedades concretas, quais sejam:

trabalho, reprodução social e modo de vida. Cada um dos circuitos tem poder de explicação analítica, como se pontua a seguir, todos conforme Almeida Filho (2004):

- a) vê-se no processo da “reprodução social”: informa a construção teórica da relação modo de vida e saúde;
- b) “o ciclo da reprodução social (produção-distribuição-consumo), que já compartilha a interface da produção propriamente dita com o processo de trabalho, articula-se aos ciclos produtivos da vida cotidiana através do consumo” (ALMEIDA FILHO, 2004, p. 882);
- c) as formas de produção da vida social, concretização dos modos de vida, operam dinâmica complexa articulada aos sistemas de signos, significados e práticas expressos no modelo de Bibeau e Corin – que foi já trazido e debatido no tópico anterior. Esse ciclo reflete processos de proteção e promoção da saúde relacionados aos fatos sociais da vida, do crescimento, do sofrimento e da morte, ou seja, da vida cotidiana – expressas em Heller e Testa.

O modelo não é considerado pelo autor explicável para os processos de saúde-doença-cuidado de outros tipos de agravos que não sejam os adoecimentos crônicos, já que para os agudos outros modelos precisam ser entendidos. Meu compromisso não é com um modelo heurístico de explicação de processos epidemiológicos, mas, como uma parte das preocupações dos autores que trouxe à luz neste capítulo, é útil para a compreensão dos processos de constituição do Mundo da Vida e sua relação com as práticas de saúde.

O próprio “cuidado” não é expresso como vetor ou quaisquer elementos gráficos nessa figura, de modo que um modelo que teorize e se proponha explicativo em modo de vida e saúde parece necessitar. Com essa pontuação não me coloco apto a redesenhá-lo, mas destacar o elemento de minha preocupação. Como já dito acima, um complexo teórico que não atomize o sujeito das produções da sociedade, ou que torne demasiada universal e abstrata a sociedade como sinônimo de distância, não me interessa, assim como concepções em que cuidado e ação política façam parte de dimensões que não sejam diametralmente opostas; esses modos de compreensão das determinações em saúde me interessam.

E determinação social no campo da Saúde Mental? É possível conceituar nesses termos?

Mesmo para esses modelos mais herméticos explicativos em doenças, as questões mentais são complexas, multifacetadas e de difícil definição (SAMPALIO, 1998). Inclusive, se

a discussão aqui proposta fosse de aprofundamento do tema epidemiológico, recorreria a Jackson Sampaio para afirmar que a epidemiologia psiquiátrica é retardatária, derivada e maltratada (SAMPAIO, 1998), de modo que o terreno seria mais movediço que firme para a caminhada.

Falar em termos de determinação em saúde é falar da produção social da vida e da saúde. Nessa direção, tomar por base a perspectiva da produção social da saúde, como dizem Dimenstein e colegas (2017), significa dizer que o campo da saúde mental é igualmente compreendido a partir de sua dimensão histórica e cultural. Ou seja, os processos sociais que influenciam a saúde geral são em medida equivalente influenciadores da saúde mental. Mais que isso, a assertiva acima entende que o fenômeno “mental” é não só um fato biológico-natural, mas eminentemente relacional, histórico e cultural, o “que exige uma abordagem complexa, histórica, política e culturalmente contextualizada” (DIMENSTEIN *et al.*, 2017, p. 75).

Especificamente quando se trata de saúde mental, a OMS tem publicação recente (2013) – um plano de ações em saúde mental para 2013 a 2020, como documento indutor de práticas de saúde nos órgãos que são signatários da ONU-OMS – em que afirma ser o “mental” não efeito de componentes de ordem individual (como o grau de habilidade pessoal em manejar emoções, sentimentos, comportamentos e relações sociais), e sim formado de elementos de ordem cultural, social, econômica, política e ambiental. Diz também que a qualidade das condições de vida e a experiência do bem-estar psíquico têm relação direta com renda e emprego, habitação, transporte, educação, assistência social, serviços de saúde e o grau de coesão social, que impactam no bem-estar e na saúde mental. Assim como no longo debate na seção 4.2 (sobre a categoria equidade – justiça) o órgão anuncia que cenários de desigualdades sociais em grupos populacionais são indicadores (preditores) de agravos e transtornos mentais (DIMENSTEIN *et al.*, 2017).

Mas da saúde “geral” à saúde “mental”, a teorização ou prática – e suas respectivas transposições dos modelos explicativos em enfermidades-saúde-cuidado – é tão simples assim?

Não reescreverei neste tópico do capítulo a história da loucura, entretanto, é inevitável não justificar o trato da categoria mental como um fenômeno histórico que reflete a dimensão dos processos de subjetividade (mas não só o “subjetivo”) humana e não um substrato que “localiza” uma parte da saúde corporal.

A categoria mental – assim como a doença surge quase sempre de teorizações e concepções negativadas (saúde como ausência de doença) – tem percurso histórico negativado e entrelaçado especialmente com a categoria loucura. As relações da sociedade com o dito “louco” são extremamente complexas e têm, para a literatura em que me apoio, direta relação (os modos de conceber, perceber, conviver, relacionar) com os processos de construção do modelo psiquiátrico moderno. Foucault (2014) e Castel (1991), na França, em diferentes perspectivas analíticas, mostraram que o nascimento da Psiquiatria na era moderna transformou o fenômeno da loucura em “doença” e possibilitou a exclusão do “louco” da razão e da dita “cidadania”. Foi, portanto, um processo historicamente construído, e, quero deixar evidente, um processo social de acoplagem aconteceu: loucura teria lugar no mental, no emergir das sociedades modernas.

A razão iluminista e seu discurso científico edificaram a figura da doença mental construindo a percepção de “desrazão” e da periculosidade, o que determinou a maneira de a sociedade compreender e lidar com a loucura (FOUCAULT, 2014). Sujeito, então visto como autônomo, não pode ser percebido nessa “categoria” de pessoas doentes (AMARANTE, 1995, 2007). Ora, se foi visto acima o forjar da localização da loucura no mental, o que se vê como efeito dos modelos psiquiátricos de entendimento da loucura e, especialmente, diante do modelo asilar, é a construção do binômio loucura-exclusão.

Castel (1991) indica que a ordem psiquiátrica (a política de controle social) não se estabeleceu a partir de uma reestruturação do dispositivo médico internamente, mas sim de um produto de renegociação global das divisões de poder com as instâncias de poder do Estado, a justiça, a administração, comunidades locais, famílias etc. Então, quando a medicina psiquiátrica se reformula com os alienistas é que adquire um *status* de mandatária social da ordem e da norma.

No alienismo, a relação é marcada pela tutela, pois o louco merecia ser protegido, não confundido com bandidos e mendigos e, após isso, ele poderia ser reinserido.

Além do estatuto de doente, ganha o louco o de menor, ficando o médico, no caso o psiquiatra, como seu tutor, respondendo assim ao desafio da administração e controle legal da loucura na sociedade liberal (RESENDE; TUNDIS; COSTA, 2001, p. 91).

Assim, a prática humanitária, proposta inicial e mote para a reformulação da Psiquiatria vigente, exclui o louco do lugar de portador de direito e o coloca sob tutela – ou seja, a exclusão não é só ao modelo de cuidado: a exclusão é enquanto sujeito social, como possibilidade de ser e viver no mundo. A loucura (mental) é categoria universalizante de

sujeitos que precisam ser corrigidos e a política, então, é a medicalização do sujeito para a normatização das suas condutas.

Gonçalves Neto e Lima (2010) contribuem criticamente com esse debate afirmando que, com o projeto dos primeiros alienistas, Pinel, Charcot, Janet, e de psiquiatras como Kraepelin, Bleuler, Jaspers, entre outros que se esforçaram por elaborar manuais nosológicos cada vez mais organizados, criaram-se as condições para que fosse permitido aos especialistas definir os comportamentos ditos normais e patológicos, autorizando uma intervenção voltada para o restabelecimento da autonomia dos indivíduos. O alerta dos autores é de que essas intervenções se concretizaram como verdadeiros mecanismos de justificação da aniquilação, se não psicológica, física, dos indivíduos indesejáveis e oficializaram discursos sobre quem deve ser considerado “doente mental” ou não, criando, por sua vez, a identidade pressuposta do doente mental.

Mais que servir ao próprio modelo médico, a categoria doente mental – como um sujeito que “porta” a loucura – serve, então ao controle social. A intrincada construção do louco-mental-doente, além da relação da Psiquiatria com os regimes sociais, modelos de razão vigente e ordem idealizada, dão subsídios para a concepção do sujeito (Homem) para o Estado e arregimenta seus sistemas jurídicos. Nessa direção, em elucidativa passagem de Sampaio (1998, p. 86-87), tem-se:

O desenvolvimento do sistema jurídico também resultou no desenvolvimento de instrumentos, cada vez mais considerados como objetivos e confiáveis, para discriminar responsabilidade e irresponsabilidade perante a lei, capacidade e incapacidade de compreender os pactos sociais. O sistema não poderia se orientar, se a todo momento sua racionalidade fosse posta em dúvida.

O mesmo autor é categórico ao afirmar a íntima relação da (re)produção social do capitalismo e a necessidade da existência da loucura:

A ordem econômica capitalista, industrial, como qualquer ordem instituída, pôde engendrar, no processo de suas práticas, agentes e instrumentos de enquadramento que pudessem disciplinar as pessoas aos novos espaços de trabalho, às novas representações de tempo e identidade, e que permitissem legitimar a exclusão de população excedente, variável a cada momento econômico. [...] Cada objeto, um agente e um mercado. Doença Mental e Psiquiatria nascem uma para a outra, uma da outra, dentro da lógica expansiva da racionalidade e da mercadoria. O universo da loucura se volve continente da doença mental (SAMPAIO, 1998, p. 87).

Essa pequena digressão histórica não quer transformar o tema “mental” em mais complexo que a saúde “geral”. Mas pensar que, em termos de determinações, pesa-se a saúde como uma das determinações da possibilidade de bem-estar na vida, mas, por outro lado (propusemos em todo o tecer dos tópicos anteriores), é ela mesma também uma determinação

social de outros complexos “mecanismos” (por falta de outra palavra) sociais. E, no caso da saúde mental, o próprio adjetivo substantivado (“mental”) revela que é a saúde também expressão da “singularidade” do sujeito; é ela mesma expressão das formas de sentir, significar e anunciar a saúde e os processos de sofrimento.

A complexidade do mental na saúde expressa também categorias próprias (ainda que derivadas, em última análise, das discutidas acima) de modo tal que o que se pode denominar de modo de vida em saúde e determinações sociais em saúde mental – além das categorias da produção e reprodução do mundo – carecem de categorias específicas.

Além de categorias específicas, para Fleury-Teixeira (2009), a determinação em saúde mental estabelece campo específico, que ele chama de “determinantes psicossociais”. Ou seja, é nesse grau de determinações que se estabelece:

O grau de reconhecimento, o nível de autonomia e de segurança, assim como o balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos obtêm no curso de suas vidas são igualmente determinantes de suas condições de saúde (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 384).

Nas próximas linhas, antes de finalizar este tópico, é apresentada a categoria “território⁶²” (DIMENSTEIN *et al.*, 2017) como adição teórica e explicativa em determinações sociais em saúde mental.

Dimenstein e colegas (2017) apontam que a contextualização do processo saúde-doença-cuidado está relacionada diretamente à sua territorialização e, inclusive, a própria política de Saúde Mental (através da construção da Rede de Atenção Psicossocial) admite o território como central na organização da atenção, e não mais um serviço de saúde em específico.

A dimensão território na vida cotidiana remete aos espaços concretos e relações simbólicas dos ambientes de circulação dos sujeitos e é condição de aparição do cotidiano. Em outras palavras, as condições de vida e, conseqüentemente, de saúde estão fortemente relacionadas aos espaços utilizados pelas pessoas, onde circulam, vivem e desenvolvem suas

⁶² Esta categoria foi discutida centralmente no Capítulo 3 desta tese, no qual se apresentam as discussões sobre espacialidade/temporalidade e suas categorias derivadas. É apresentada a triádica espacial de Lefebvre e ontologia do espaço em Milton Santos, mas em Marco Aurélio Saquet apresentamos com mais ênfase a importância dessa categoria e outras como “territorialidades”, “re-des-territorialização”. Aqui a opção feita é por introduzir – portanto evidenciar a discussão em modo apenas provisório – o “território” como componente ao mesmo tempo contingente e constitutivo em saúde mental.

atividades diárias. Para Dimenstein *et al.* (2017), de um ponto de vista prático da organização da assistência à saúde, a análise dessas condições implica na necessidade de:

[...] diagnóstico do contexto onde se configuram os problemas, as necessidades de saúde e projetos de futuro. Ou seja, trata-se de uma análise das condições objetivas e subjetivas da vida de um lugar, que podem influenciar ou condicionar de forma direta ou indireta as pessoas e objetos, dependendo de como elas estão localizadas no território (DIMENSTEIN *et al.*, 2017, p. 76-77).

Uma das “provas” da dimensão territorial como condicionante da saúde mental populacional são os estudos que os autores têm feito e as comparações entre níveis de distribuição de enfermidades-agravs-adoecimentos na realidade das cidades em relação ao campo. A exemplo disso, dizem Dimenstein e colegas (2017, p. 77) que estudos brasileiros têm destacado algumas problemáticas quando se trata de desigualdades socioterritoriais e condições de saúde e elencam estas problemáticas:

- forte variação de disposição e acesso aos serviços de saúde em território urbano e metropolitano;
- associação entre a disponibilidade de áreas verdes (espaços públicos arborizados voltados para atividades físicas e recreativas) e a ocorrência de doenças cardiovasculares, sintomas de depressão, índices de criminalidade e vulnerabilidade social;
- relação entre o envelhecimento da população e as condições urbanas adaptadas a esse grupo geracional;
- além disso, estudos sobre mobilidade e acessibilidade, gestão urbana, governança, planejamento urbano das cidades e análises espaciais de vetores de doenças infectocontagiosas e de áreas de risco da dengue.

Os autores acima ainda salientam que em configurações atuais de morbimortalidade no Brasil, na denominada fase de transição epidemiológica, a importância da saúde mental não pode ser apenas expressa (como nos debates que já fiz em outros momentos neste texto) nas desigualdades e iniquidades em saúde.

Em primeiro lugar, porque os transtornos mentais são atualmente uma das maiores causas de morbidade, sendo previsto que a depressão seja segunda maior causa de incapacidade em 2020 e do aumento das taxas de mortalidade. Segundo, porque a saúde mental sofre os efeitos dos territórios (DIMENSTEIN *et al.*, 2017, p. 78).

A própria condição dos Transtornos Mentais Comuns⁶³ (TMC), um dos principais acometimentos que expressam sofrimento psíquico é flagrantemente urbano, evidenciando as dinâmicas territoriais na produção das determinações em saúde mental. Quadros esses que causam intenso sofrimento psíquico e geram incapacidade funcional comparável ou até pior aos quadros crônicos já estabelecidos. Se vê esse fenômeno expresso nas palavras dos pesquisadores:

Os chamados TMC correspondem à maior parte da demanda de saúde mental que chega à rede de atenção primária, principalmente relativos à ansiedade e depressão, demonstrado, por exemplo, através da utilização mais frequente do serviço (DIMENSTEIN *et al.*, 2017, p. 79).

Já os estudos que se referem especificamente à saúde mental na população rural são muito mais escassos. Justamente pela falta de materiais prévios na literatura acadêmica que digam das condições de vida e saúde mental das populações rurais, os próprios autores realizaram estudo com populações camponesas de assentamentos rurais (de reforma agrária) no Nordeste brasileiro (DIMENSTEIN *et al.*, 2017).

No estudo citado, foi detectada uma complexidade de fatores e combinação de riscos socioeconômicos e ambientais experimentados por esse grupo que impactam na qualidade de vida, já que são produtores de estresse e correlacionados aos índices de TMC e uso problemático de álcool. Ademais, como agravante:

[...] esses moradores estão sujeitos à instabilidade climática da região devido aos períodos de seca e estiagem, à escassez de recursos naturais, a não implementação e/ou mau uso das políticas de crédito agrícola, ao transporte precário. Necessitam desenvolver estratégias de complementação da renda familiar e carecem de organização coletiva e participação política que possam produzir empoderamento e interferência nos padrões de desenvolvimento local, de saúde e na vida comunitária (DIMENSTEIN *et al.*, 2017, p. 81).

O estudo aponta mais questões de correlação entre agravos-enfermidades com a dinâmica de vida territorial:

[...] degradação ambiental, a exposição aos agrotóxicos, alimentação inadequada, falta de espaços de lazer, baixo nível de apoio social, a carga do trabalho doméstico e agrícola entre as mulheres são fatores associados ao aumento das doenças crônico-degenerativas, bem como à presença de morbidades psiquiátricas e uso de álcool

⁶³ Trata-se de uma terminologia utilizada na literatura da epidemiologia psiquiátrica e em saúde mental de maneira geral para a caracterização de quadros sintomáticos que não tenham patologia orgânica associada. Por vezes podem ser definidos apenas por quadros sintomatológicos (como insônia, fadiga, queixas somáticas, dificuldade de concentração) ou por diagnósticos (como depressão, ansiedade, transtornos adaptativos).

entre homens e mulheres em níveis preocupantes, acima da média nacional (DIMENSTEIN *et al.*, 2017, p. 81).

Com complexidades tão distintas entre as realidades urbanas e rurais, os modelos de cuidado-doença-saúde não podem desconsiderar as dinâmicas socioterritoriais – como destaquei em um pequeno fragmento de estudo aqui relatado. Particularidades geográficas, sociais e culturais marcam as distinções entre o urbano e rural, e mesmo na categorização “urbano” e “rural” as diferenças entre os locais são imensas, de modo que quaisquer uniformizações seriam o apontamento oposto ao que quero indicar, diante da literatura: que a realidade territorial é multifacetada e condicionante dos modos de vida, que, por sua vez, produzem as condições de saúde mental. A territorialidade como dimensão expressiva do nível psicossocial de produção da vida é indutora de compreensão dos modos de existência e dos campos de sentido que emergem em cada singularidade de humanos e coletividades (DIMENSTEIN *et al.*, 2017). O espaço é heterogêneo e ocupado social e simbolicamente e estão aí possíveis desdobramentos dos modos de vida situados em tempo e espaço.

Nesses três primeiros tópicos do capítulo, especialmente no segundo e neste, em que faço apontamentos finais, quis debater a determinação social em saúde, suas interfaces com as categorias equidade-justiça (e os correlatos desigualdades e injustiças sociais), assim como apresentar modelos explicativos em determinação que não tornem mecânicas ou deterministas as complexas relações de produção do mundo, da vida cotidiana ou, enfim, dos modos de vida em suas significações. Já em saúde mental, quis tornar problematizável o “mental das determinações” e apresentei algumas incursões de tratamento histórico à categoria, ao mesmo tempo que mostrei o território como expressão analisável dessa dimensão que prefiro chamar de psicossocial dos determinantes em saúde. Apesar de preferir fazer os apontamentos finais com minhas palavras, Fleury-Teixeira (2009) expressa uma parte do que quero dizer sinteticamente:

[...] podemos concluir que a qualidade e o padrão das relações sociais são elementos que possuem ampla e inquestionável determinação sobre a saúde, que se realiza predominantemente pela mediação psíquica (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 386).

Adiciono: e a base material em que se sucedem as mediações são territoriais, tanto em sentido de produtor das condições, como expressão das condições de mediação psicossocial.

4.4 Cuidado: encontro, sentido, trabalho e crítica

Em uma das primeiras páginas desta tese, ainda em suas “Primeiras Palavras”, anunciava que “a crítica fundamental da pesquisa está direcionada à hegemonia de certo modo de fazer e pensar as práticas em saúde”. Disse mais: que essa hegemonia poderia ser chamada de “paradigma biomédico”, caracterizando-o como modelo técnico-centrado instrumentalista, além de tomar por horizonte a direção “curativista” em saúde, e que os desdobramentos dessa racionalidade biomédica hegemônica produziram ao menos dois modelos assistenciais no país – o modelo médico assistencial privatista (modelo do clínico especialista) e o sanitarista (modelo campanhista). Por fim, na contextualização da problemática de pesquisa, dizia que os modos de cuidado decorrentes dessas hegemônicas racionalidades em saúde vinham conduzindo as práticas à tecnificação – entendida como imposição de modelos explicativos racionalizantes sobre a vida.

Apesar de em nota de rodapé ter definido o que chamava de cuidado àquela altura, ainda na introdução do trabalho, admito que ao longo dos escritos até agora o “cuidado” pode ser confundido com pelo menos três formas, como “quase-sinônimos”, a saber: 1) cuidado como uma modalidade ou efeito de ação clínica; 2) cuidado como modelo de atenção ou assistencial em saúde; 3) cuidado ele mesmo como metáfora ou sinonímia de práticas de saúde.

Mas de que cuidado tenho falado? Cuidado em saúde. Então, existem outros cuidados? Enfim, que cuidado é esse que tomo por problematizável na pesquisa?

Retomar a discussão sobre o cuidado neste capítulo é julgar o papel estratégico no contexto da saúde, especialmente após toda a discussão realizada em que situei a saúde como objeto/conceito/campo em disputa e situei as concepções de determinações sociais da saúde como pano de fundo da construção dos modos de vida. E é preciso lembrar que quando tratei do cuidado como signo ideológico, no Capítulo 2, reivindicava ali sua função estratégica por, de um lado, operar modos de administrar socialmente os sofrimentos e formas de ser, sentir e viver do humano e, de outro, percebê-lo como materialização dos fenômenos sociais que são expressos pela sensibilidade humana e, como todo signo, “denunciadores” da disputa social – que é mediada por processos de linguagem nem sempre visíveis – sobre as formas de vida (ou seja, dos elementos constitutivos dos modos de vida).

No campo da Saúde Coletiva, alguns autores têm sido referência na teorização e pesquisa sobre o cuidado; entre eles se destacam Ricardo Ayres (com suas aproximações com a Filosofia fenomenológica e especialmente seus diálogos com Gadamer), Roseni Pinheiro, Rubens Mattos e Aluisio Silva Jr. (que, liderando o principal laboratório de estudos sobre a

integralidade em saúde, LAPPIS-IMS-UERJ, tem enriquecido conceitualmente com contínuas pesquisas a temática da categoria integralidade e também o cuidado, ademais de beber de fontes filosóficas que mesclam Arendt, Schultz e Honneth) e Emerson Merhy e Tulio Franco (especialmente em sua discussão sobre composição técnica/tecnológica do trabalho em saúde, que bebem, por sua vez, dos teóricos críticos e pós-críticos) (AYRES, 2004a, 2004b; MERHY, 1997, 1998; MERHY; FRANCO, 2003; PINHEIRO; MATTOS, 2004; PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2010). Em outros materiais que publiquei, em parcerias com De Ieso e outros pesquisadores (DE IESO; OLIVEIRA, 2013; DE IESO *et al.*, 2012), havia realizado interlocuções com esses autores de referência na teorização em cuidado no campo da saúde coletiva e peço licença ao leitor para trazê-los aqui, mais à frente, atualizando esses textos para a finalidade desta pesquisa.

Seria desnecessário dizer que, se cuidado tem sido evidenciado como signo de disputa, o conceito mais precisamente definido é quase impossível de detectar devido à diversidade de perspectivas teóricas como também à mutação que o conceito vai sofrendo dentro das escritas e reescritas dos mesmos autores. É de Pinheiro e Mattos uma das primeiras definições consolidadas na literatura e, posteriormente, modificada e incrementada por eles mesmos. Em 2004, num dos livros-chave na área, afirmam, em síntese, que o cuidado em saúde diz respeito à relação, especialmente a estabelecida entre usuários e profissionais de saúde, que inclui a escuta (associada ou não à dimensão subjetiva – com ênfase na primeira) aliada ao atendimento das necessidades amplas de tecnologia (PINHEIRO; MATTOS, 2004). Ainda nessa obra, afirmam que o cuidado é passível de diversas metodologias e interpretações, diversos modos de agir e conformar-se, e apontam para um tipo de relação que inclui o acolhimento, a visão e a escuta do usuário num sentido mais global, em que o sujeito emerge em sua especificidade, mas também em um determinado contexto sociocultural.

Em obra posterior, Pinheiro, já em parceria com Silva Júnior (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2010), complexifica o conceito de cuidado ao admitir que compõem a relação de cuidado não só os profissionais e usuários, mas também sempre estão presentes como pano de fundo a relação de mediações entre demanda, necessidades e ofertas (como signos para a materialização do cotidiano nas instituições de saúde – e também como categorias analíticas para compreensão das formas de organizações para enfrentamento dos problemas em saúde), sendo o usuário o ator central. Os autores avançam, em seguida, no que eles denominam de “perspectiva construtivista e fenomenológica”, propondo o constructo “cuidado como valor do direito à saúde” que tem base “empírica, como artefato epistemológico no estudo das

práticas (ação/atuação) e saberes dos atores, em particular os usuários, envolvidos com a produção do cuidado” (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2010, p. 20).

Na filosofia de Hannah Arendt, Pinheiro e Silva Júnior (2010) têm construído suas maiores reflexões epistemológicas sobre o cuidado como agir político e valor ético na construção das práticas que visam à integralidade do sujeito. Além das categorias arendtianas de “espaço público”, “juízo” e “responsabilidade coletiva”, os autores apontam a categoria “responsabilidade” como importante conceito para compreensão:

[...] do ethos das práticas eficazes de cuidado como um modo de agir, concretizar o princípio da integralidade em saúde como política. A ideia de espaço público configura um encontro da produção do comum, de visibilidade, onde as experiências de vida, que no caso da saúde podem incluir as experiências de adoecimento e de sofrimento, se presentificam como formas de narração do vivido (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2010, p. 29).

Ou seja, em relação ao constructo “cuidado como valor do direito à saúde”, a busca por cuidado é constitutiva e constituinte da própria demanda por direito à saúde como direito humano. Isso implica, para Pinheiro e Silva Júnior (2010, p. 30), “revalorização ou transvalorização dos valores fundantes da ideia de necessidade, oferecendo-nos uma crítica consistente à participação do homem na vida da polis”. Dizem também que a perspectiva teórica-filosófica sustentada contribui para a tese de que:

Os sentimentos públicos são frutos de ações intersubjetivas comunitárias, na medida em que buscam conciliar as ideias de inclusão política e felicidade pública, propostas por Hannah Arendt, assim como a ideia de reciprocidade de perspectivas defendida por Schultz. Configuram outras possibilidades de analisar os elementos constitutivos e constituintes do cuidado como valor – nos quais o cotidiano e a experiência constituem a narração das políticas da vida em sociedade (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2010, p. 31).

Já outro pesquisador em Saúde Coletiva, Ricardo Ayres (2004a, 2004b), por sua vez, em diversos trabalhos, tem proposto a compreensão do cuidado como categoria reconstrutiva. Devido à ampla penetração das suas propostas e teorização no campo da Saúde Coletiva, faço alguns comentários a seguir.

Ayres denomina o conjunto de instrumentalidades, técnicas, saberes e fazeres que têm influenciado as ciências em saúde de “tecnociências da saúde” (AYRES, 2004b) e aponta não só críticas, mas também que produzem práticas, em sua operacionalização, que têm potenciais terapêuticos. Entretanto, a contradição é que o potencial de interação que existe ao acontecer o encontro terapêutico não se realiza, em diversas situações “[...] é como se as tecnociências da saúde constituíssem recursos desejáveis, mas que nem usuários nem profissionais sabem manejar satisfatoriamente” (AYRES, 2004b, p. 20), explica o autor.

Aponta também que não há construção de sentido (categoria analítica fundamental para a reconstrução em Ayres, em sua abordagem gadameriana do tema) sobre esse uso, sobre o significado desse recurso para o dia a dia do outro, profissional e usuário. Enfim, em outro texto, Ayres (2004a) é ainda mais claro em sua proposta:

[...] o cuidado, como uma categoria reconstrutiva, isto é, como uma construção filosófica que busca refletir, de modo simultâneo crítico e propositivo, acerca das possibilidades de reorganização de práticas de saúde, orientada por valores éticos de uma emancipação solidária dos sujeitos em sua diversidade, singularidade e interdependência (AYRES, 2004a, p. 16).

O que quer dizer, então, construir sentido – dimensão intersubjetiva e prática da reconstrução, na perspectiva de Ayres – se as condutas em saúde buscam em diversas situações o manejo de técnicas e o lidar com a dimensão humana do “adoecimento” e não só o sofrimento? Ayres (2004a, 2004b) aponta que as práticas de saúde são recorrentemente revestidas do objetivo do “êxito técnico”, em detrimento do “sucesso prático”. É dizer que, na perspectiva do êxito técnico de um procedimento em saúde – por exemplo, nos casos concretos de sujeitos que demandam lidar com seus humores rebaixados (como nos sintomas correlatos à depressão) ou angústias e medos (como nos sintomas correlatos às ansiedades) – geralmente a redução ou inibição dos sintomas é entendida como “controle da doença” e, por consequência, o “procedimento” adequado para esses quadros de expressão do sofrimento. Ou seja, na crítica de Ayres, em saúde cada vez menos se preocupa com o “sentido construído” acerca da apresentação dos quadros sintomatológicos – como no exemplo supracitado, a oscilação do humor e presença de sentimentos de repercussão na sociabilidade e atividade produtiva, como as angústias e medo – e efeitos que se produzem no sujeito em sofrimento, família, comunidade ao redor.

Mas outra poderia ser a orientação do sucesso prático no campo da saúde, em contrapartida, afirma Ayres: seria o alcance da felicidade em um sentido existencial. Em outras palavras, o sucesso prático tem por vista a produção de sentido para o processo de saúde-doença em que se implica o usuário e o profissional disponível ao cuidado. Em texto que fiz em coautoria, debatíamos esse tema na perspectiva teórica acima apresentada, a partir de exemplos corriqueiros de serviços de saúde:

Em exemplo de cena prática dos serviços de saúde, o corriqueiro pedido de renovação de receitas de benzodiazepínicos, segundo o que propomos, poderia ter menos um compromisso com êxito técnico, no qual se faria não só a renovação da receita, mas prescrição correta do fármaco adequado para a psicopatologia. O sucesso prático consistiria em construir sentido àquilo que ocorre ao sujeito em sofrimento psíquico-social, sem minorar o êxito técnico, mas que seria fundamental para a operação do cuidado: uma relação terapêutica que se estabelece singularizada,

negociada, e com produção de sentido compartilhado para ambos os envolvidos, profissional e usuário (DE IESO *et al.*, 2012, p. 194).

Diante dessas orientações teórico-práticas (para não dizer ética e política) é na montagem de outros modos de lidarem com os êxitos e sucessos que a reordenação das tecnociências em saúde poderiam promover cuidado. Em um trecho, esta é tradução do que se afirma como cuidado para Ayres (2004b) então: “designação duma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência de doença, física ou mental e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2004b, p. 22).

Em outra perspectiva e direcionamento, Emerson Merhy e Túlio Franco (MERHY, 1997, 1998; MERHY; FRANCO, 2003), outros importantes estudiosos da Saúde Coletiva brasileira, apontam suas críticas e proposições em relação ao cuidado: ao invés do campo hermenêutico da compreensão e do sentido, preocupam-se com a relação do cuidado com a composição técnica e humana (mediação) do trabalho em saúde. As categorias de análise, de inspiração marxista, partem da análise do processo de trabalho, portanto.

Merhy e Franco (2003) definem o trabalho em saúde segundo uma tipologia que atrela a análise da “composição técnica do trabalho” à análise do trabalho vivo e trabalho morto no cotidiano do processo de trabalho. Didaticamente, em Merhy (1998), vê-se a explicação da composição técnica do trabalho e assim define-se que as tecnologias usadas no cotidiano se dividem em três categorias: “tecnologia dura”, que se refere ao instrumental tecnocientífico desenvolvido para viabilizar as práticas de saúde, como são os modernos aparelhos de ultrassonografia ou tomografia computadorizada; “tecnologia leve-dura”, que se refere ao conjunto de saberes construídos e acumulados específicos a cada núcleo de saber em Saúde; e por fim a “tecnologia leve”, que se refere às práticas assistenciais que são caracterizadas pelo “trabalho vivo em ato”, que se opera na relação intersubjetiva do paciente-terapeuta ao estabelecer o encontro dessas pessoas.

Portanto, por um lado, as tecnologias duras e leve-duras configuram o “trabalho morto” – que também é fundamental na construção dos serviços, políticas e práticas de saúde – e, por outro, a “tecnologia leve”, a relacional, medeia a operação dos instrumentos constituídos e também, especialmente, o encontro sempre inédito entre cada “paciente” e os profissionais, por isso constitui a dimensão do trabalho vivo em ato na saúde. Ou seja, é a tecnologia (a leve) na qual se opera o “encontro” das pessoas envolvidas no fazer das práticas de saúde e na qual o cuidado surge e demanda o “sentido” (como visto na perspectiva de Ayres). Como trabalho vivo em ato, o trabalho em saúde não é plenamente estruturado. Isso

permite certo grau de liberdade na forma de realizá-lo, incluindo subjetividades a partir de tecnologias leves implicadas com a produção de relações entre os vários sujeitos envolvidos: os profissionais, os usuários – já citados – mas também os gestores em saúde.

As práticas de saúde, segundo Merhy (1997, 1998), não estariam em um equilíbrio adequado entre essas tecnologias. As tecnologias duras estão firmemente consolidadas, assim como estão também elevadas às especialidades e saberes acumulados as tecnologias leve-duras. Entretanto, as práticas de cuidado – promovido nas relações de acolhimento, postura dialógica, singularização dos procedimentos, consideração do sujeito em sua situação existencial-social-comunitária – não estão suficientemente estabelecidas. O cuidado tem estado deficitário, portanto, dessa tecnologia leve – a relacional, que dá relevo aos processos subjetivos – no trabalho em saúde e é necessário o seu desenvolvimento (MERHY; FRANCO, 2003).

A produção do cuidado se dá notadamente a partir do trabalho vivo em ato, este realizado a partir do encontro de diferentes subjetividades e campos de saberes e práticas. Dessa forma, dialeticamente, a diversidade desses encontros produz, por vezes, diferentes formas de organização do processo de trabalho e de operacionalizar o cuidado em um mesmo serviço de saúde. Conseqüentemente, o trabalho em saúde tem uma dinâmica muito peculiar, que faz com que o mesmo esteja sempre em estruturação sobre o que é o padrão de seu produto final. Sobre essa dificuldade, Barboza e Fracolli (2005) dizem, referenciando-se em Mehry (1998):

Num centro de saúde, diferentemente de uma fábrica, não é possível obter estratégias organizacionais, plenamente competentes, que consigam ‘capturar’ o trabalho vivo. A ‘captura’ total do autogoverno dos trabalhadores, nas práticas de saúde, não só é muito difícil, como impossível, pela natureza tecnológica deste trabalho (BARBOZA; FRACOLLI, 2005, p. 1038).

Portanto, a ideia da necessidade de desenvolvimento tecnológico das ferramentas leves tem êxito quando o conceito de cuidado é atualizado para a prática do cotidiano dos profissionais de forma a gerar sentido para a vivência do processo de saúde-doença. Assim, não é apenas com o equilíbrio das tecnologias – tecnociências da saúde para Ayres, discutidas anteriormente, e leves, duras e leve-duras, para Merhy, como acima – que as práticas de saúde passam a ser práticas de cuidados. Segundo esses conceitos, elas aconteceriam quando as práticas de atenção à saúde tomam o cuidado como um conceito prático – e nesse sentido ambas as abordagens acima coincidem –, preocupado com a geração de sentido sobre os processos atuantes na construção da saúde e doença; então a prática de saúde se torna uma prática de cuidado.

Dessa forma, posso resumir das breves notas das abordagens apresentadas acima que as práticas de cuidado não deveriam se restringir às práticas institucionalizadas, instrumentalizadas e tecnicadas de procedimentos em saúde. Ao pensar que as práticas de cuidado são tecnologias leves ou mesmo uma das ferramentas das tecnociências da saúde, pode-se sumarizar que os fazeres e saberes em saúde estão no cotidiano dos serviços e em condição de aparição mediadas, inclusive, pelos modos de vida.

Mas não só as três perspectivas anteriores – fenomenológica-construtivista, como se intitulam Pinheiro, Mattos e Silva Júnior; hermenêutica, ou reconstrutiva, como se vê na interpretação gadameriana de Ayres; ou analítica quanto à composição do trabalho vivo em ato na saúde, como se vê em Merhy e Franco – compõem o mosaico de teorizações sobre cuidado em saúde. Evidentemente, não conseguirei – e não é o objetivo deste texto – reler todos os trabalhos e perspectivas, mas situar aquelas que, em última análise, demonstram categorias operacionais ou analíticas que dialogam com esta pesquisa é o que quis acima. Ainda assim, penso que posso, antes das considerações finais deste tópico, demonstrar mais pesquisas que problematizem o cuidado.

Em vez de fazer revisão sistemática de tudo que a literatura contemporânea tem realizado sobre esse tema, ancorar-me-ei em estudo feito em 2009, por Marcia Cruz, cuja revisão é de plena interface ao que nesta seção tematizamos: o cuidado à saúde. Esse último ponto deste tópico, portanto, não será extenso e descritivo-conceitual como o anterior, mas servirá de estratégia para retomada crítica do objeto de estudo ao final dos apontamentos dos parágrafos a seguir. Além disso, deixa pronto o “terreno” para que no tópico derradeiro deste capítulo aposte em entendimentos mais amplos para, justamente, aumentar a capacidade analítica a que me proponho no que diz respeito à crítica à saúde.

Em pesquisa realizada no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), através de dissertação de mestrado (CRUZ, 2009) – dirigida pelo pensador em Saúde Coletiva Almeida Filho, já citado neste trabalho – Marcia Cruz sistematiza análise das concepções-noções-definições do “Cuidado à Saúde” encontradas em resumo de 710 publicações selecionadas no escopo dessa investigação. A autora construiu três categorias de sentidos concernentes ao entendimento e operacionalização do cuidado à saúde, são elas: “Agentes”, “Contexto” e “Conceito”. Essas categorias de análise (ou de sentido) foram subdivididas, respectivamente, em: 1) agentes da oferta de cuidados e agentes que

demandam esses cuidados; 2) organização, modelo de atenção e gestão; 3) dimensão técnico-científica, dimensão subjetivo-relacional, dimensão sócio-política.

Dos diversos apontamentos do trabalho de Cruz (2009), alguns são aqui relatados. Sobre a relação agentes da oferta e agentes que demandam cuidados, ela analisa sobre a produção (extensa) da literatura estudada:

O Cuidado à Saúde remonta, inevitavelmente, à indicação da necessidade de encontros entre as pessoas, além de tudo o que elas trazem consigo: saberes, tecnologias, culturas, afetos... No campo da saúde, temos os encontros entre aqueles que supostamente precisam de cuidados e aqueles imbuídos da possibilidade de cuidar, sejam estes profissionais, equipes, serviços e/ou sistemas de saúde. Encontros atravessados por saberes, técnicas e subjetividades e que possuem, em geral, um caráter assimétrico da relação entre o *agente da oferta de cuidados* e o *agente que demanda o cuidado*, no qual aquele que precisa de cuidados se coloca, em algum grau, sob a responsabilidade daquele que cuida (CRUZ, 2009, p. 93, grifo da autora).

Portanto, a autora destaca que é o encontro, mediado por relações objetivas, subjetivas, conjunturais e de configuração técnica que o caracterizam. A autora também destaca que entre os agentes da oferta de cuidados há, entre os profissionais de saúde, a tendência à retenção do conhecimento e à atuação isolada em detrimento da colaboração profissional. Isso se expressa pela valorização da atenção médica especializada e instrumentalizada pela tecnologia disponível no mercado e pela referência ao médico como o profissional do cuidado por excelência. Apesar disso, nota-se, ainda que progressivamente, a reconfiguração do campo de práticas de saúde com a ampliação das categorias profissionais que constituem os chamados trabalhadores da saúde.

Em outras palavras, sintetizando a análise sobre o contexto das práticas (mediadas por encontros) e os modos de sua organização (modelos de atenção, gestão etc.), a autora diz que o cuidado realizado por pessoas – designadas e legitimadas para tal – a partir de encontros com pessoas (em situação de doença, patologia, agravo, enfermidade, falta, necessidade, sofrimento, dependência, vulnerabilidade, risco) conforma uma relação assimétrica entre aqueles que ofertam cuidados e aqueles que demandam, direta ou indiretamente, tais cuidados. Diz a pesquisadora:

[...] um cuidado à saúde enquanto uma relação a partir do encontro entre duas pessoas em que uma delas transforma um sofrer, uma insegurança, enfim, um sentir em necessidade que somente pode ser satisfeita por alguém externo a ela, socialmente determinado e legitimado (CRUZ, 2009, p. 95-96).

Confirmando, portanto, que a desigualdade das relações (de poder) entre os profissionais (e seus discursos e práticas) e usuários (e suas necessidades de reconhecimento sobre suas condições de sofrimento) são latentes.

Sobre o último eixo de discussão dos achados da literatura sobre o cuidado – as três dimensões que atravessam as concepções-noções-definições do Cuidado à Saúde: 1) dimensão técnico-científica; 2) dimensão subjetivo-relacional; e 3) dimensão sócio-política –, Cruz (2009) aponta que na dimensão técnico-científica, é possível caracterizar na literatura o cuidado enquanto aplicação de tecnologias/técnicas comprovadas cientificamente, objetivas e universais, em que as intervenções produzam os efeitos desejados, ou seja, o êxito técnico dos procedimentos científicos aplicados. Ou seja, “o cuidado à saúde condicionado pelo controle técnico das doenças e êxito técnico dos procedimentos” (CRUZ, 2009, p. 96-97). Na segunda dimensão, a dimensão subjetivo-relacional, a literatura conduz a compreensão do Cuidado à Saúde como atitude e espaço de reconstrução de subjetividades, de exercício aberto de sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem resumir-se ou reduzir-se a ela. “Cuidado à Saúde enquanto relação intersubjetiva que se desenvolve num tempo contínuo e que, além do saber profissional, e das tecnologias necessárias, abre espaço para a negociação e inclusão do saber, do afeto, dos desejos e das necessidades do outro” (CRUZ, 2009, p. 97). Por fim, na dimensão sócio-política, a análise da literatura reporta à potência associada ao cuidado à saúde no sentido de se conduzir à busca de transformações estruturais na organização social, objetivando reduzir a desigualdade social e o exercício da democracia. Aqui se perceberia o cuidado à saúde com a:

[...] possibilidade de contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas e exercício da cidadania a partir da construção de espaços de emergência de sujeitos políticos e de desejo, comprometidos com seu próprio processo Saúde-Doença-Cuidado, suas formas de andar a vida, bem como com as transformações sociais (CRUZ, 2009, p. 97).

Só essa última dimensão parece se referir aos modelos de saúde crítica ou de determinação social da vida. Como diz a própria autora, só no campo da Saúde Coletiva parece começar a emergir um modo contra-hegemônico de cuidado, “perpassado pelos valores de solidariedade, equidade, justiça, cidadania, liberdade, emancipação, autonomia, alteridade, respeito à diferença, democracia” (CRUZ, 2009, p. 97).

Além das análises nos eixos descritos, Marcia Cruz também propõe conceitualização do cuidado tanto por decorrência da postura teórica por ela adotada, quanto por toda a investigação realizada na literatura até então na área. Diz ela:

Compreendemos o Cuidado à Saúde enquanto prática objetivada através de ações, serviços e sistemas de saúde destinados a indivíduos e coletividades a partir dos encontros e relações entre pessoas, conforme necessidades e oferecimentos, atravessadas pelas dimensões técnico-científica, subjetivo-relacional e sócio-política (CRUZ, 2009, p. 98).

Posso retomar, à guisa de conclusão, que os elementos teóricos que levantei desde os tópicos anteriores permitem afirmar, sem tanto receio do erro, que a tecnificação tem distanciado a relação e produção do cuidado como ação potente nos enfrentamentos (quando destrutivos) ou apoio (nos casos generativos) das determinações sociais em saúde. Ou seja, parece haver um abismo entre o cotidiano de práticas de saúde e as condições de produção da saúde, de um lado, e os modelos dos DSS e as organizações assistenciais em saúde. O cuidado, no “entre” tudo isso, como constructo de “valor do direito à saúde”, tem se ligado menos ao “dever da ação em suas determinações” como modo de reivindicar o poder de ressignificar, criar e agir.

Nesse “entre” me parece haver, em uma inspiração das leituras de Žižek, em seu fortalecimento da dialética, uma coluna paraláctica. Nesses “entre” em que o cuidado tem se colocado e funcionado como signo – já explicado em capítulo anterior – se abre um “arsenal” (e a metáfora bélica nesse caso em específico se aplica) que parece munir situações de enfrentamento para as condições de transformações que têm sido a minha preocupação ética e política, além de científica.

O cuidado em saúde me parece detentor de um potencial revelador de movimentos que são de interesse desta pesquisa: podem auxiliar a compreender parte da dimensão técnica e suas racionalidades operadoras, assim como pode ser meio para compreender os modos em que se produzem **contradições entre o que é objeto de cuidado para as políticas e o que se cuida no cotidiano das pessoas em seu Mundo da Vida**. Há contradições? Há sínteses possíveis? O que o cuidado visibiliza e inviabiliza? O último tópico deste capítulo se propõe a analisar essas disputas fazendo uma crítica em forma de visão em paralaxe.

4.5 Algumas palavras sobre a perspectiva crítica da visão em paralaxe na saúde

Diante de tudo que já foi relido, revisado, discutido e criticado até aqui me sinto apto a começar pelas considerações finais deste tópico. A inversão textual é para que eu possa, ao contrário de muitos momentos de escrita até aqui, em vez de costurar um tecido textual e apontar os nós e enlaces ao final, aponto, já de início, o que quero e só depois insiro

mais reflexões entrelaçadas com as teorizações que me proponho. Assim, construo conjuntos de assertivas contidas nos dois parágrafos a seguir.

Além de o cuidado ser mediação de linguagem ele é orientado, no “encontro” que produz, na direção de um caminho. Esse caminho é o corpo. Se no capítulo anterior (sobre território e saúde) desenvolvi especialmente a discussão da produção social do espaço (e as categorias derivadas, como a territorialidade), avanço aqui outro passo: o território do cuidado é o corpo – esse “caminho” a que me referi acima. A hegemonia das práticas de saúde que o cuidado expressa é fundamentada no saber biomédico. Ao (des-re-)territorializar o corpo (tomá-lo como objeto principal de sua intervenção), a racionalidade sistêmica – que na saúde tem seu correlato, a biomedicina – universaliza o seu objeto, o corpo. O corpo a que se refere a racionalidade sistêmica de saber biomédico na saúde é um corpo específico: o anatômico-fisiopatológico corpo humano.

Como condição para universalização desse corpo, é preciso estruturação de saberes, fazeres, produções de sentido e significado, enfim, vozes, e assim voltamos à linguagem: a linguagem é o meio de alfabetização (ou “pedagogização”) sobre as expressões do corpo – especialmente do sofrimento, quando me refiro a “cuidado”. Os sinais e sintomas são os elementos mais básicos e poderosos dessa linguagem que se pretende universalizante sobre o humano e se tornam, por consequência, a expressão possível de leitura do vir-a-ser sujeito. A sociedade é tomada como um corpo (como numa sinédoque) e o corpo, naturalizado, passa a ser território de ação do cuidado que, ao agir no sujeito, em última análise, “cuida” da própria sociedade. Se natural, a política é despolitizar o corpo e a condição social do sofrimento. Por fim, o cuidado confirma a amálgama “corpo social” como “corpo natural” (sociedade como um corpo individual), inflacionando a razão sistêmica monológica – favorecendo o poder de administração dos corpos por parte dos governos/Estado (formas de governo dos povos) – deflacionando os significados e vozes outras dos tantos corpos possíveis na sociedade humana.

Devido ao tamanho conjunto das assertivas acima e ao dever de teorizar e, ao mesmo tempo, desdobrá-las, lanço mão da apresentação da concepção de paralaxe presente no filósofo esloveno Slavoj Žižek, especificamente na sua obra de nome sugestivo para o que propomos: *A visão em paralaxe* (ŽIŽEK, 2008). Com o conceito de paralaxe, estabeleço os marcos dos diálogos possíveis – já que, nascido da Filosofia, não se propõe a ser conceito analítico para a Psicologia ou o campo da Saúde – , localizo a visão em paralaxe em um estudo em Psicologia Social que se permite atravessar pelo campo da Saúde, em Aluísio Lima

(2010), como um dos modos de fazer a crítica em forma de visão em paralaxe e, antes disso, faço algumas pontes de entendimento a partir do texto de Da Silva (2014) por ser um importante sumário conceitual da visão em paralaxe zizekiana. Ao final, teço os desdobramentos das assertivas que iniciaram este tópico e, por conseguinte, sinalizo quais serão os elementos de análise que estabelecerei para os capítulos e partes seguintes desta tese.

Na tradução brasileira do livro *A visão em paralaxe* (ŽIŽEK, 2008), Christian Dunker, em seu prefácio, já ajuda a elucidar o conceito de paralaxe dizendo se tratar de: “um efeito de aparente deslocamento do objeto observado devido à modificação na posição do observador”. Trata-se, portanto, de um fenômeno óptico cuja apropriação conceitual se dá por matemáticos, físicos e astrônomos, especialmente no estudo sobre as especuladas distâncias estelares e a tentativa de correção dessas projeções. Evidentemente, o uso que Žižek faz do termo, apesar de as metáforas astronômicas estarem em todos os títulos e em diversos trechos do livro, é filosófico.

Já nas páginas iniciais do livro, explica a missão da empreitada filosófica em lidar com uma ponte de análise que até então, no seu modo de compreender a Filosofia, jamais era vista. Por isso diz a visão em paralaxe se preocupar com:

[...] fenômenos mutuamente intraduzíveis e que só podem ser compreendidos a partir de uma espécie de visão em paralaxe de um ponto de vista sempre mutável entre dois pontos entre os quais não há síntese nem mediação possível (ŽIŽEK, 2008, p. 14).

Nessa obra, Žižek trata de três formas de percepção dos mais variados tipos de paralaxe: a paralaxe da diferença ontológica ou filosófica, que diz respeito à concepção que o mundo ocidental tem, construída desde a Filosofia grega, sobre a realidade; a paralaxe científica, que diz das concepções (conhecimentos, cognoscibilidade) das explicações científicas sobre a realidade; e, por fim, a paralaxe política, que trata substancialmente dos antagonismos sociais e dos processos ideológico e de poder.

A filósofa Simone da Silva (2013) entende que o autor, em última análise, defende a proposta de uma crítica permanente sobre o real – a partir de visão singular que Žižek tem sobre a Dialética hegeliana e a Psicanálise lacaniana – que possibilite sempre o salto entre uma filosofia e outra, de modo consciente e reconhecendo que não há uma verdade permanente sobre o real. Real para Žižek é:

[...] considerado como uma oposição à realidade social diária, uma negação da ordem simbólica que na forma de uma Realidade Virtual destitui o ser de sua própria substância (DA SILVA, 2013, p. 143).

Apesar de temas como liberdade, verdade, a sua apropriação hegeliana do ser e nada, e modo de articulação da tríplice lacaniana (Real, Simbólico e Imaginário) não serem foco⁶⁴ aqui neste texto – que mereceria densidade filosófica que foge ao escopo deste capítulo – detenho-me a pontuar apenas alguns outros conceitos que reflitam na melhor apropriação conceitual da paralaxe. Nesse sentido, ainda assim tenho de dizer que a visão em paralaxe nasce com o horizonte filosófico de devolutiva de poder (reabilitação, em suas palavras) à análise do tipo dialética, embora a proposição zizekiana seja completamente singular. No trecho abaixo, o próprio autor defende sua aposta:

A aposta deste livro é que, longe de constituir um obstáculo irreduzível para a dialética, a noção de lacuna paraláctica é a chave que nos permite discernir seu núcleo subversivo. Teorizar adequadamente essa lacuna paraláctica é o primeiro passo necessário para a reabilitação da filosofia do materialismo dialético. Aqui enfrentamos um paradoxo básico: enquanto muitas ciências de hoje praticam espontaneamente a dialética materialista, em termos filosóficos elas oscilam entre o materialismo mecânico e o obscurantismo idealista (ŽIŽEK, 2008, p. 15).

Ou seja, é a restauração do materialismo dialético que, filosoficamente falando, vai permitir ao observador (um investigador, filósofo, crítico etc.) uma nova posição e visão do real (como definida acima), não enquanto síntese determinada, mas como um não-todo que escapa à compreensão – isso porque Žižek indica que a realidade tem um ponto cego, um ponto obscuro, “que indica minha inclusão nela” (ŽIŽEK, 2008, p. 32) – o que a torna indelével à contínua presença do ponto cego. Em outras palavras, como indica Da Silva (2013): “a paralaxe refere-se ao pensamento da diferença, o pensamento que tem por função afirmar as antinomias que existem na realidade, sem tornar-se uma nova posição ou ainda fazer defensiva a uma das posições contrárias” (DA SILVA, 2013, p. 143).

Mas não se trata apenas, nessa perspectiva, de promover “paralaxes” através do deslocamento do ponto de vista do observador – que, claro, gera uma nova perspectiva da realidade. A preocupação é pensar nas diversas colunas paraláticas que se formam nas distintas visões. Não se pode esquecer que a alteração é apenas aparente e que essa mudança recai, conseqüentemente, sobre o sujeito que a observa. Essa mudança do sujeito surge a partir de uma visão materialista dialética, pois, como afirma Žižek, a torção reflexiva não é apenas

⁶⁴ Recomendo para a melhor apropriação do pensamento de Žižek – além do próprio *A visão em paralaxe* e da leitura da que é considerada a obra seminal e recém-lançada (2016) no Brasil, *O sujeito incômodo: o centro ausente da ontologia política* – a leitura do posfácio elucidativo de *Bem-vindo ao deserto do Real* escrito por Vladimir Safatle. Um artigo mais simples, especificamente sobre *A visão em paralaxe*, é o aqui citado “A Antinomia Fundamental: um Estudo sobre a Visão em Paralaxe de Slavoj Žižek”, de Simone Carlos da Silva.

subjetiva, ela reflete também que a realidade que se vê nunca é inteira. Sobre isso, nas palavras do próprio pensador:

Só há uma conclusão capaz de explicar essa lacuna: não existe realidade ‘neutra’ dentro da qual ocorram lacunas, dentro da qual molduras isolem domínios de aparências. Cada campo da ‘realidade’ (cada ‘mundo’) é sempre-já emoldurado, visto através de uma moldura invisível. A paralaxe não é simétrica, composta de dois pontos de vista incompatíveis do mesmo X: há uma assimetria irreduzível entre os dois pontos de vista, uma torção reflexiva mínima. Não temos dois pontos de vista, temos um ponto de vista e o que foge a ele, e o outro ponto de vista preenche o vazio do que não podemos ver do primeiro ponto de vista (ŽIŽEK, 2008, p. 47).

Nas palavras de Da Silva (2013), um significativo apontamento sobre a diferença da dialética hegeliana da zizekiana:

Em Hegel, as partes opostas são tidas como idênticas, mas mantidas na sua singularidade, fenômeno que possibilita a compreensão da totalidade e ao mesmo tempo a negação das partes contrárias numa forma de conciliação. Em Žižek, a paralaxe representa a própria afirmação das diferenças, sendo esta afirmação a síntese esperada entre as posições contrárias, ou seja, a *lacuna paraláctica* ou *antinomia fundamental* que nunca pode ser dialeticamente mediada. Isso se explica pelo fato de que, para Žižek, duas ou mais posições não podem ser afirmadas ao mesmo tempo, no momento em que uma estiver em evidência a outra estará servindo apenas como pano de fundo para que seja possível a liberdade diante da compreensão do todo (DA SILVA, 2013, p. 158, grifos da autora).

A visão em paralaxe, além de ser o objeto de inquietação do sujeito, permite a almejada restauração do materialismo dialético, na medida em que esse objeto (que está agora sob outro ponto de vista, após o deslocamento produzido na paralaxe) leva o sujeito a uma tensão com seu próprio significado diante das posturas que assume (DA SILVA, 2013).

Pontuada então a visão em paralaxe à luz do próprio Žižek, fico próximo ao uso que quero dar neste trabalho. Como modo intermediário entre a forma que descreverei abaixo e o modo apresentado pela perspectiva zizekiana, apresento a ideia de utilização da visão em paralaxe na Psicologia Social. Em Lima (2010), a ideia de paralaxe é absorvida, no prisma da Psicologia Social crítica, a partir da concepção do reconhecimento pós-convencional, fruto de sua adição conceitual ao sintagma identidade-metamorfose-emancipação – que, a partir de sua releitura, passa a ser pensada aos marcos da identidade-metamorfose-emancipação-reconhecimento.

Em dois momentos estratégicos da tese de Lima, aparece a concepção de visão em paralaxe. Em um primeiro instante, na descrição teórico-metodológica de sua pesquisa em Psicologia Social crítica com base na narrativa de história de vida, quando se filia à perspectiva do filósofo esloveno e diz que um dos “verbos” utilizáveis numa investigação que parte desse prisma é mesmo “explicitar”:

Acreditamos que a palavra ‘explicitar’ é a que melhor se encaixa para descrever aquilo que faremos no decorrer da tese, pois concordamos com posturas como a Slavoj Žižek que no momento atual não se trata mais de ‘desvelar’, ‘descobrir’, ‘desmistificar’, ‘desalienar’ etc. O problema é o do exercício hegeliano de negação da negação daquilo que está aí: a aparência. Esse difícil exercício, como bem assinala Žižek, ‘não nos leva a uma mera e simples afirmação: assim que as coisas (começam a) parecer, não só parecem o que não são, criando uma ilusão, como também podem parecer apenas parecer, ocultando o fato de que são o que parecem ser’ (LIMA, 2010, p. 29).

O segundo e crucial momento é na sua discussão e análise da pesquisa, em debate sobre as narrativas de um dos sujeitos da pesquisa, em que define o conceito de paralaxe a partir das palavras do próprio Žižek⁶⁵ e propõe o uso conceitual da paralaxe para a ampliação dos processos de reconhecimento social (advindo da teoria de Axel Honneth) para um reconhecimento pós-convencional em que o reconhecimento do outro se daria a partir da diferença e não da “igualdade” entre os pares. Nas palavras do próprio autor:

Portanto, para a personagem anamórfica ser considerada o ponto preciso, é necessário um tipo de lógica de reconhecimento de uma outra ordem, um reconhecimento que poderíamos chamar aqui de pós-convencional, ou como assinala Žižek, seria preciso um reconhecimento efetuado a partir da própria diferença, o que significa não adotar nem o próprio ponto de vista nem do ponto de vista de outros, encarando a personagem anamórfica como uma paralaxe (LIMA, 2010, p. 149).

Foge ao foco debater o conteúdo desta tese e arcabouço conceitual por Lima proposto, mas devo dizer que o uso da paralaxe também sofre uma adaptação para a melhor aplicação ao campo da Psicologia Social, extrapolando seu uso ao filosófico (ou o originário, astronômico-físico-matemático).

Mais que isso, no debate final, comentando a última paralaxe da obra de Žižek – a paralaxe política – estabelece um uso dessa “visão” como estratégica para a Psicologia Social que lida com a saúde, já que percebe que essa visão seria capaz de não mais aceitar que os sofrimentos que os sujeitos estão às voltas atualmente sejam desatrelados das condições sociais da sua produção. A citação de Lima (2010) é desse trecho da obra de Žižek em que caberia a uma profissional de Psicologia – mas podemos extrapolar também ao pesquisador em Psicologia Social ou pesquisador crítico – não aceitar:

⁶⁵ A citação de opção de Lima (2010) está contida na página 32 do livro de Žižek em que afirma que paralaxe “é o padrão de deslocamento aparente de um objeto (mudança de sua posição em relação ao fundo) causado pela mudança do ponto de observação que permite uma nova linha de visão”.

[...] a tarefa de colaborar com políticos e administradores para aliviar os descontentamentos e sofrimentos contemporâneos, mas antes se perguntar como esses descontentamentos subjetivos são gerados pela própria ordem social (LIMA, 2010, p. 224).

Realizado esse panorama, posso descrever minha apropriação do conceito de paralaxe para uma Psicologia Social que se debruça em questões da saúde e que tem por objeto os processos de linguagem na produção do cuidado. Uso o prisma da visão em paralaxe com o seguinte fim: para perceber que signos, conceitos, objetos (como queiram) são disputados e são utilizados em diferentes ângulos.

Em Žižek, paralaxe se faz entre o ôntico e o ontológico, entre a episteme e o epistemológico, entre o político e a política. Para mim, há uma paralaxe entre o cuidar e o cuidado. Aposto na potência da visão em paralaxe entre o corpo anátomo-fisiopatológico e o corpo social, entre o território corpo e o território social, entre a política de cuidado e o cuidado político. Feita essa afirmação, posso retomar as assertivas com que comecei o tópico e desenvolvê-las, adicionando em críticas e conceitos elementos de análise acumulados até aqui.

A “coluna paraláctica”, na acepção zizekiana, nas práticas de saúde, é justamente a diferença territorial entre o discurso e a prática das racionalidades sistêmicas. Em outras palavras, os modos de operação dos jogos de linguagem que transitam no circuito de práticas de significação do cuidado, no cotidiano dos serviços de saúde, tornam o corpo biológico, como análogo ao corpo social, o objeto da linguagem médica hegemônica.

O corpo, não obstante, não é só biológico, visto que é ele mesmo um signo de disputa ideológica. A sociedade, por sua vez, não é só um correlato do organismo biológico em suas determinações genéticas e filogenéticas, senão a expressão de complexidades sígnicas em constantes contradições, colonizações, disputas, resistências e produções de novos. A paralaxe, em termos de análise sociopsicológica dos processos de linguagem, são os distintos territórios que se buscam dominar, nas práticas de cuidado, como se fossem os mesmos, impondo-se a mesma linguagem como se fossem os mesmos fenômenos ou objetos.

Diante do que disse no capítulo específico sobre os processos de linguagem na saúde, posso agora avançar ao dizer que a prova cabal da diferença paraláctica entre as linguagens do Mundo da Vida atualizado (reapropriado) pelos usuários são as elipses e anáforas que negam ou desviam o curso de sentido que os sujeitos produzem sobre seu próprio sofrimento. A expressão da imposição de uma linguagem sob a outra são as metonímias e as sinédoques no cotidiano de significações dos processos de sofrimento. O

signo em disputa no cuidado, portanto, é o corpo. Sintetizo: a coluna, em termos de paralaxe, que se cria nessa disputa é ocupada pelo cuidado. A visão em paralaxe – aquela já citada neste capítulo, que se refere ao efeito de aparente deslocamento do objeto observado devido à modificação na posição do observador – permite perceber esta coluna-espaco-território.

O que proponho é que o enfrentamento do processo de colonização que se dá na disputa sígnica dos “corpos em cuidado” deva restabelecer o corpo como político: o cuidado não remete à reparação das funções biológicas em déficit; o corpo não pode ser reduzido a determinação anátomo-físio-patológica; a sociedade, mais que “organismo vivo”, é produção humana que tem no político o ordenamento da direção do cuidado. Assim, as resistências parecem se dar na reconstrução de linguagens que atualizem e reapropriem o sentido do bom viver para as esferas que superem o domínio da determinação do biológico ou do corpo administrado. **E a reconstrução, agora posso apontar com mais propriedade, passará pela produção de novos territórios de cuidado, por novos territórios-corpos, territórios-sociedade.**

Os signos precisam criar outros territórios para reconstrução do Mundo da Vida descolonizado. O cuidado precisa exigir outros territórios. O cuidado parece resistir e recriar o Mundo da Vida a partir dos deslocamentos daquelas que tradicionalmente têm sido as condições de possibilidades de padronização/redução das práticas de saúde: a individualização do adoecimento, a psicologização do sofrimento, despolitização das condições de vida, desarticulação entre modo de vida e construção das condições sociais do viver, da exclusão da esfera política da vida individual, territorialização do corpo com sinonímia do tecido social, univocalização sintomatológica da expressão do padecer.

Cuidar não pode ser reduzido ao agir no corpo naturalizado e ao ajustar de uma moral. As práticas de saúde parecem estar mais associadas à produção de vida quando (des-)territorializa os possíveis modos de vida, quando propõe signos que superam a saúde para além da adaptação e ajustamento: saúde parece ser produzida quando ampliação de modos de vida são irrompidos de dadas formas de vida; quando se criam outros modos de reapropriação.

A paralaxe da saúde acontece no instante em que se flexiona o cuidar e o cuidado. No entre verbo e substantivo. No acontecimento que não se alfabetiza em um só vocabulário e que não reduz significados a uma só voz, a um só modo de agir. É quando a polissemia é condição para o agir. E o agir em saúde implica na construção das condições de possibilidades de despertar potencialidades e criar novas formas de agir na vida e no mundo.

Não é contraditório considerar válido o modelo biomédico como eficiente para boa parte das doenças infectocontagiosas ou mesmo admitir, baseado em um número *x* de estudos, que funciona para agravos que necessitam de intervenções biológicas mais específicas (como as que precisam de recuperação hospitalar) ou uma parte das crônicas degenerativas. Entretanto, a questão se dimensiona de outra maneira quando se pensa nos novos quadros de morbi-mortalidade, devido à transição epidemiológica no país (e mesmo no mundo): os agravos em saúde mental, os desdobramentos em saúde devido à violência urbana (trânsito, ferimentos por armas de fogo etc.), doenças crônicas (como diabetes, hipertensão, e mesmo o transmissível mas crônico HIV), lidam mais diretamente com os modos de vida, e não com problemas isolados em certas configurações de corpos humanos isolados – debate que já explorei ao longo do capítulo.

Quero dizer (reafirmando e corroborando os autores já citados), ao mesmo tempo que concluo esse longo capítulo acima exposto, que do modo que a intervenção em nível anátomo-patológico se organiza, com o modelo clínico médico individual, centrado nos serviços hospitalares, não dá conta da nova complexidade de morbi-mortalidade e requer, por consequência, um ordenamento não só do modelo assistencial, mas dos modelos explicativos em saúde-doença-cuidado. Mais que isso, e daí as discussões que proponho na tese, entre a organização “estrutural/estruturante” de modelos assistenciais e o cotidiano “em processo” de cuidado, há mediações de linguagem (construção de sentido, disputas de signos, articulações de formas de vida) que dão o caráter estratégico à dimensão intersubjetiva.

A linguagem, nas relações de cuidado, de um ponto de vista sociopsíquico, pode auxiliar na exposição dos processos constitutivos de disputas sógnicas que operam a construção cotidiana dos modos de perceber e agir em saúde. A visão em paralaxe, nesse aspecto, parece fortalecer o resgate da potência de compreender dialeticamente o cuidado enquanto disputa dos territórios corpo e tecido social no Mundo da Vida.

De um ponto de vista dos processos de racionalização (técnica e política), a linguagem parece tornar visíveis as colonizações sistêmicas do Mundo da Vida e evidenciar a construção das instrumentalidades nas mediações das relações do cuidado. Já do ponto de vista territorial, os processos de linguagem evidenciam os modos de ocupação, habitação, as horizontalidades e verticalidades, além dos fluxos que determinados arranjos espaciais da cidade produzem no mundo local em resposta ao mundo global. Expressa, na verdade, os modos de vida local, diante das formas de vida impostas em processos globais.

A linguagem parece-me não a mais importante das dimensões, mas sim cara à Psicologia para a construção e crítica dos modelos de cuidado em saúde porque revelam as condições de possibilidade do emergir das subjetividades na construção dos modos de vida. A linguagem, do modo como propomos entendimento, parece que torna mais visível (como uma denúncia teórica) a distância criada entre o macropolítico “estruturante” e o “devir” micropolítico. Essa dimensão de análise (a linguagem), enquanto modo de pesquisar-intervir em saúde, parece (isso sim) diminuir o espaço “simbólico” da vida social e os determinantes sociais da saúde. Portanto, é processo. Configura-se como categoria “mesopolítica” nas relações de cuidado.

Estou de acordo com Almeida Filho (2004) quando este aponta que, para um “modelo” (de análise ou intervenção) que responda à complexidade dos processos de cuidado na contemporaneidade, é necessário entrelaçar três circuitos dialéticos fundamentais para a compreensão do processo saúde-enfermidade em sociedades concretas – o trabalho, a reprodução social e o modo de vida – e construir o que ele chama de “teoria do modo de vida e saúde”. Não farei da teoria de Almeida Filho (2004) a minha, mas concordarei que a forma de análise dos processos de cuidado precisa ancorar a compreensão dos modos de vida, e minha lente de análise é a linguagem. Com o capítulo que concluo agora, tentei realizá-lo, especialmente se adicionado o acúmulo dos debates dos capítulos anteriores sobre racionalização e Mundo da Vida (Capítulo 1) e linguagem e as disputas sígnicas (no segundo).

Para fechar este capítulo, preciso voltar ao seu início. A quinquicentenária denúncia de Erasmo de Rotterdam em *O Elogio da Loucura*, que em epígrafe o trouxe aqui, em minha perspectiva já era uma forma, à sua época, de exposição do denominado “ponto cego” que Žižek aponta. A loucura apontava para aquilo que, ao olhar “para fora”, o homem branco, cristão, europeu ocidental não reconhecia em si mesmo. A loucura acabou por ser enquadrada em um destino que nem Rotterdam imaginara: exclusão social, enquadramento no estatuto do adoecimento, “*fora-luído*” enquanto voz de si, nos sujeitos. “[...] toda vez que olhar para dentro de si, não poderá deixar de experimentar o desgosto de ser o que é, de se achar aos próprios olhos imundo e disforme, e, por conseguinte, de odiar a si mesmo”. Assim, o que Rotterdam apontava aparentemente como distopia era uma perspectiva crítica em paralaxe (entre o “discurso da loucura” e o “discurso sobre a loucura”) que evidenciou estupenda sincronia em ler o seu tempo. Nada mais atual, portanto.

PARTE III – TERRITÓRIOS RECONSTRUTIVOS

*“No descomeço era o verbo.
Só depois é que veio o delírio do verbo.
O delírio do verbo estava no começo, lá onde a
criança diz: Eu escuto a cor dos passarinhos.
A criança não sabe que o verbo escutar não funciona
para cor, mas para som.
Então se a criança muda a função de um verbo, ele
delira.
E pois.
Em poesia que é voz de poeta, que é a voz de fazer
nascimentos —
O verbo tem que pegar delírio.”*
“Livro das Ignorâncias - I Parte: uma didática da
invenção”, de Manoel de Barros (2013).

A Parte III deste trabalho, como explicitarei na apresentação da tese, diz respeito à imersão teórica e prática nos territórios dos cuidados desenvolvidos pelos profissionais e usuários dos serviços de saúde. Nos dois capítulos a seguir, que compõem os “Territórios Reconstitutivos”, produzo a análise do material qualitativo da tese.

Nesse prelúdio dos capítulos de análise, julgo pertinente fazer alguns apontamentos de síntese do método para retomar com o leitor as ideias centrais que nos guiaram, em um ponto de vista metodológico. Tento não ser repetitivo, mas, ainda assim, sumário com esquemas ainda não apresentados o modo metodológico da discussão dos materiais qualitativos da pesquisa e já introduzo as categorias que foram eleitas.

A inspiração teórico-metodológica da tese é praxica e reconstrutiva. Isso implica em uma vertente crítica (a partir das teorizações dos processos de racionalizações e diagnóstico das tensões do Mundo da Vida e Sistema – expressa nas análises dos processos de linguagem) com proposições de articulações com o campo da *sociopraxis* (que entende a implicação com o campo e a intervenção na própria esfera da pesquisa como crucial – expressa as análises das intervenções no campo). Será “guia” no que se chama de inspiração crítica e praxica: a) processo de investigação no qual se questionam valores e pressupostos correntes; b) desafia as estruturas sociais convencionais; c) almeja desenvolver novas formas de entender, as quais sirvam de guia para a ação efetiva; d) mais que descrever o mundo, busca transformar o próprio mundo que é colocado em interrogação.

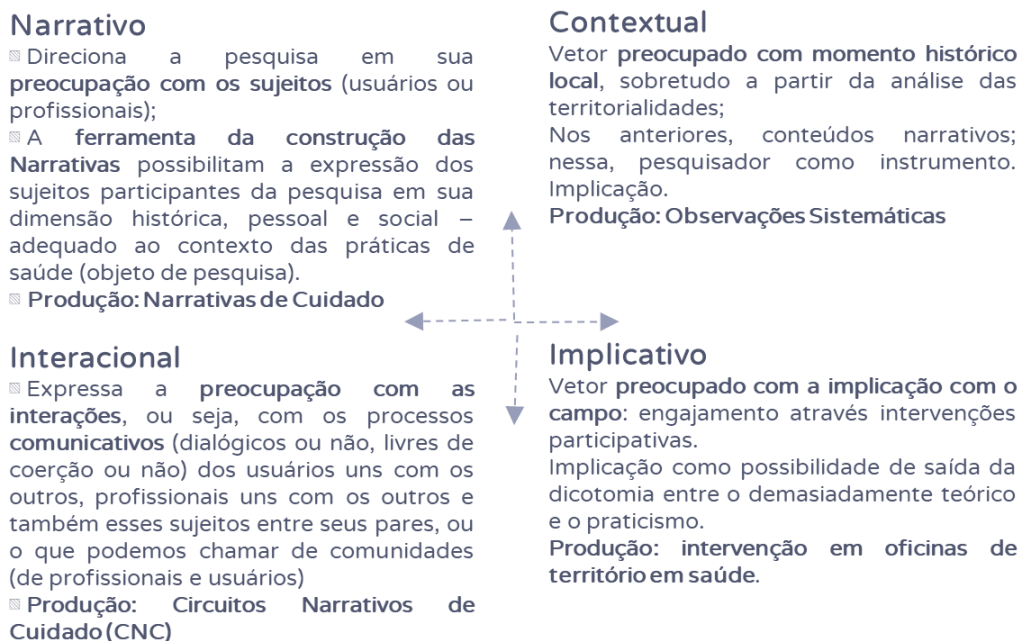
Por ser um método de “reconstrução”, a categoria reconstruída aqui é a “racionalidade”, nas acepções habermasianas já apresentadas (e criticadas) em extensão no capítulo metodológico, mas as relembro sinteticamente aqui: Habermas propõe que a tarefa de reconstruir racionalmente conceitos, teorias ou hipóteses inicia-se com uma espécie de

conhecimento pré-teórico e intuitivo presente no horizonte de inteligibilidade, que ele denomina de Mundo da Vida. Aqui o objeto a ser compreendido e reconstruído é a linguagem, ou melhor, os processos de linguagem nas relações de cuidado em saúde. Em síntese, a reconstrução racional acontece em um movimento ao passado de sentidos de uma dada comunidade de falantes, adicionado às fundamentações (que também são intuições) teóricas, que o pesquisador social se dispõe a fazer.

Como admito a dimensão de *sociopráxis*, isso remete à tarefa metodológica de absorver os conteúdos praxiológicos e implicativos em pé de igualdade ao Comunicacional e Interativo (de linguagem, na inspiração reconstrutiva supracitada). Na análise abaixo se expressará em inserir nos debates que seguem: a) os contextos sociais (institucionais, por exemplo – especialmente nas unidades APS e nos CAPS) das produções da esfera comunicativa – e não só individuais, num sujeito em específico; b) admite também a dimensão ideológica na orientação dos processos de construção do cuidado (atento às disputas sógnicas já expostas que estão presentes na relação nessa esfera).

Tudo isso implica uma trama emaranhada dos seguintes componentes analíticos: 1) sujeitos; 2) interações; 3) contexto; e 4) o próprio pesquisador. E, por fim, como apresentado anteriormente, utilizamos um desenho de análise vetorial para poder absorver as dimensões apontadas pela reconstrução e *sociopráxis*, além dos quatro “componentes” acima descritos. Em cada “vetor” de análise, assumo um componente, ferramentas para construção das informações, e entrelaço as dimensões de aposta na pesquisa. Os vetores – a saber, Narrativo, Interacional, Contextual e Implicativo – foram construídos por cada uma das técnicas já expostas para a construção do material qualitativo da pesquisa, e os exponho a seguir de modo esquemático para melhor visualização:

Figura 9 – Esquema gráfico dos vetores metodológicos



Fonte: Autoria própria.

Em termos operacionais, o material resultante das Narrativas de Cuidado (NC) – por meio das 15 entrevistas –, dos Circuitos Narrativos de Cuidado (CNC) – quando estabelecidos os 2 CNC, 1 em cada serviço pesquisado, na unidade de APS (UAPS) e no CAPS –, das Observações Sistemáticas ao longo da pesquisa e da Oficina de Território e Saúde (OT) produziu os seguintes materiais empíricos, descritos em síntese como a base qualitativa da análise: 1.120 minutos (18 horas e 40 minutos) de gravação de áudio advindos das 15 entrevistas citadas e 190 páginas de transcrição referentes a essas entrevistas de NC; e 33 páginas de diário de campo (referentes às Observações Sistemáticas). Além disso, 128 minutos de gravação e 18 páginas de transcrição advindas da oficina citada, com 2 “miniplanos de ação territorial em saúde” feitos em papel-madeira, devidamente fotografados – oficina essa com 12 participantes (dos quais, 2 também participaram da pesquisa como entrevistados e outros 10 como participação única) – o que gerou, então, 241 páginas de transcrições.

Assim, 25 foram os participantes da pesquisa, como já anunciado no capítulo em que apresento o método da pesquisa. Ainda assim, para fins de sistematização e retomada, relembro a disposição desses participantes conforme o campo de atuação na saúde e respectivo Círculo Narrativo de Cuidado que organizei com os conteúdos das Narrativas de Cuidado: o primeiro CNC contou com 5 profissionais da UAPS (sendo 1 gestor médico, 1 ACS, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 dentista) e 2 usuários UAPS (um de cada sexo). O segundo

CNC contou com 4 profissionais CAPS (sendo 1 gestor assistente social, 1 redutor de danos, 1 psicólogo, 1 pedagogo) e mais 4 usuários CAPS (4 homens). E a oficina, com seus 12 participantes, era composta exclusivamente por profissionais.

Das transcrições do material que compuseram os 2 CNC – portanto os 15 envolvidos, entre usuários e profissionais da UAPS e RAPS – realizei, para melhor condução da análise, uma etiquetagem⁶⁶ (inscrição de “tags”) temática dos conteúdos narrados pelos participantes, após leitura e releitura do material. Essa etiquetagem (ou “teguiamento”, se substancializarmos a palavra em inglês “tags”) apontou 720 marcações ao longo das 241 páginas transcritas⁶⁷. Foi a partir dessas tags que consegui estabelecer a categorização empírica do material que contou com 8 títulos (categorias empíricas). Dessas categorizações empíricas, foi possível estabelecer junções das categorias a serviço da viabilização da análise do material em relação qualitativa com os dados.

As duplas de categorias empíricas (advindas das categorizações dos temas etiquetados) e suas respectivas categorias analíticas (que expressam, por sua vez, a relação com as teorizações que me auxiliam a “ler” o material empírico) formaram-se assim: as categorias empíricas “Serviços e Demandas” e “Processo de Trabalho” compuseram a categoria analítica Racionalidade Sistêmica (Biomédica) e Racionalidade Mundana (Cuidadora); as empíricas “Casos e Descasos de Cuidado” e “Símbolos e Cenas (de cuidado) em Linguagem” compuseram a analítica Linguagem e Signos do Cuidado; as empíricas “Território e Comunidade” e “Ações, Práticas e Técnicas” compuseram a terceira analítica Produção de Territorialidades; já a sétima e oitava categorias empíricas, “Críticas e Concepções” e “Necessidades e Determinações Sociais”, compuseram a última categoria analítica Paralaxe em Saúde.

As quatro categorias analíticas acima dão as condições de explicitar a divisão da análise dos materiais categorizados em dois capítulos de discussões. Ou seja, os dois capítulos a seguir representam, cada um, as duas grandes duplas de categorias teóricas que vieram

⁶⁶ A etiquetagem consistiu, após primeira leitura de todo o material transcrito (e que havia sido obtido por mim, já que todas as entrevistas, sem exceção, foram realizadas por mim), em formular “títulos” aos temas de cada um dos assuntos que eram falados ao longo das narrativas dos profissionais e usuários. Após a lista dessas tags (etiquetas) estabelecidas, padronizei-as para evitar sobreposições de etiquetas. Por exemplo: “início do trabalho na unidade de saúde” e “início dos atendimentos do serviço” viraram “inserção do profissional no serviço”. Dessa forma, em vez de etiquetas sem parâmetros, tinha todas elas, quando se referem ao mesmo assunto, com a mesma linguagem para facilitar busca de material.

⁶⁷ Elaborei planilha com as etiquetas criadas e as respectivas categorizações atribuídas a cada conjunto dessas tags, conforme se vê no Apêndice E.

sendo construídas ao longo da escrita das duas partes anteriores da tese e que agora ajudam a compreender o material de campo. São estas as categorias teóricas: I - Racionalidades e intersubjetividades (RI); II- Espaços e Determinações Sociais em Saúde (EDSS).

O Capítulo 5, cujo debate sistematiza o eixo teórico I e que desdobra as categorias analíticas já apresentadas acima (Racionalidade Sistêmica/Racionalidade Mundana; Linguagem e Signos do Cuidado) com seus respectivos elementos empíricos, conduzirá as discussões sobre a racionalização social que induz as relações de saúde. Racionalidades essas que dão as condições de viabilidade de certas organizações do processo de trabalho em saúde na UAPS e CAPS estudados e expressam mediações de linguagem por meio de alguns signos e símbolos no cotidiano do serviço, tanto com os usuários quanto nos profissionais e na relação desse com aquele e vice-versa. Como é de se esperar devido ao método vetorial, dou início à discussão com a contextualização das práticas, com a descrição do estado atual das políticas e serviços em que se situam os profissionais e apresento em mais detalhes os sujeitos, e aí sim resgato o conteúdo sobre as organizações do cuidado no cotidiano. Ou seja, o Capítulo 5, antes das discussões decorrentes das categorizações empíricas e analíticas, inicia-se com a atualização do vetor contextual e interacional por meio da descrição e análise crítica das políticas e serviços sobre a qual a pesquisa realiza o estudo.

Em cada um dos tópicos que sucedem a “contextualização do campo”, etapa seguinte do capítulo, serão resgatados os conteúdos narrativos dos profissionais e usuários e, ao final, faço um panorama das tensões entre as racionalidades sistêmicas biomédicas em saúde e relações do cuidado desenvolvido no cotidiano Mundo da Vida. Além disso, como forma de compreender as articulações intersubjetivas que compõem os processos de linguagem na atenção de base territorial, descrevo as metáforas e “jogos (ou circuitos) de linguagem”, além de seus efeitos, que pude encontrar na relação entre os sujeitos diante dos contextos de cuidado na UAPS e CAPS.

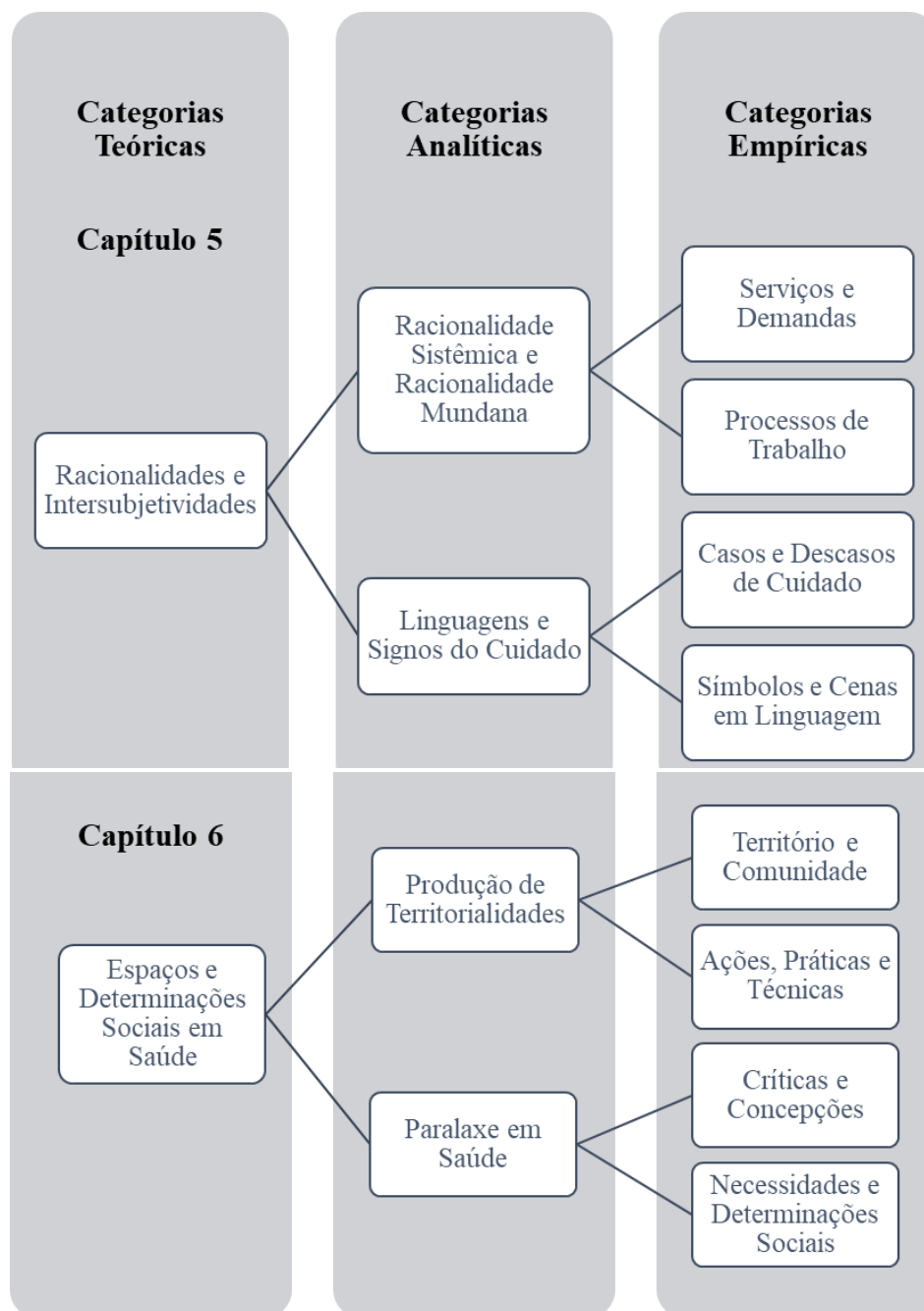
No Capítulo 6 a sistematização do eixo teórico II – também em desdobramentos das respectivas categorias analíticas já apresentadas acima (Produção de Territorialidades e Paralaxe em Saúde) – trarão, a partir dos tópicos de resgate das narrativas dos participantes da pesquisa, os modos como têm sido construídas as territorialidades nas estratégias assistenciais da UAPS e do CAPS e como se constroem as técnicas de cuidado que expressam essas territorialidades ao mesmo tempo que as reconstroem. Desse modo, conceitos como horizontalidades, verticalidades, fluxos e comunidade são resgatados da teorização já realizada em outros momentos deste trabalho. Além disso, a discussão sobre o vetor

implicativo, que se expressou em “concreto” através da condução da oficina e elaboração de um plano de ação territorial em saúde, será retomado nesse capítulo com mais ênfase.

O debate final resgatará em termos empíricos a dimensão da paralaxe em saúde a partir do debate sobre as tensões que habitam as narrativas dos profissionais e mesmo dos usuários dos serviços sobre o próprio cuidar cotidiano no que diz respeito a certo hiato entre as necessidades em saúde e as determinações sociais da saúde. Atualizo, assim, o debate sobre a coluna paraláctica entre a anatomia fisiológica e a topografia tomada uma pela outra na produção do território em saúde. Enfim, nas últimas considerações do Capítulo 6, retomo apontamentos do Capítulo 5 e realizo apontamentos integrados sobre desafio reconstrutivo das práticas de cuidado no que diz respeito à dimensão intersubjetiva e territorial das relações humanas, a partir do contexto localizado em que desenvolvi o estudo.

Para facilitar a compreensão das categorizações dos conteúdos narrativos que citei acima e elucidar a organização da discussão que seguirá nos capítulos 5 e 6 desta tese, exponho fluxograma na Figura 10, a seguir, com as divisões entre as categorias empíricas e suas pertencentes categorias analíticas, além da divisão das categorias teóricas a que se vinculam e o capítulo em que serão melhor debatidas.

Figura 10 – Fluxograma com descrição das categorias teóricas, analíticas e empíricas, segundo a divisão dos capítulos da tese



Fonte: Autoria própria.

Já a partir daqui deixo claro que a divisão acima apenas serve para, com alguma sistemática, discutir os materiais e melhor expor os distintos níveis de análise de que aqui lanço mão, diante das fundamentações que construí. Mas os materiais vetoriais e categorizados empírica e analiticamente aparecem, na verdade, integrados. Em outras palavras, essa integração dos materiais é expressa pelo próprio procedimento metodológico da

vetorização (narrativa, interacional, contextual e implicativa), já que incorpora os conteúdos narrativos que foram obtidos de diversas fontes em um único material qualitativo analítico. Isso porque a preocupação que quis expressar sobre a integração dos materiais qualitativos e interdependências das categorias produzem dois efeitos na escrita que quero deixar pontuados: 1) as diversas fontes dos materiais (entrevistas, observações, oficina) aparecem na discussão de modo integrado e sem distinção de nível, embora marcadas (codificadas) de onde advieram (codificação que explico logo abaixo); 2) as discussões realizadas em cada uma das categorizações portam elementos uma das outras, haja vista que não são partes separadas, e sim elementos de um todo apenas circunstancialmente postos em relevo. Assim, os vetores do desenho metodológico e seus conteúdos estarão transversais nos capítulos a seguir, assim como as discussões nas categorias serão complementares e retomarão também alguns pontos discutidos nas teorizações, aprofundarão alguns pontos e apresentarão outras (por vezes novas) articulações.

Sobre o modo de resgate e escrita dos conteúdos transcritos que serviram para articulação das discussões, destaco: todos os trechos de narrações, sejam dos profissionais ou usuários nos CNC, de minhas notas sobre a Oficina de Território e Saúde, ou mesmo as minhas Observações Sistemáticas das idas ao campo de pesquisa, foram indicados da seguinte forma: as narrativas dos profissionais foram precedidas com a letra “P”, sendo adicionadas as letras “APS”, se são vinculados à Unidade de Atenção Primária à Saúde, ou “CAP”, se são profissionais pesquisados que eram vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial; além disso, foram adicionados números ao final desse código para diferenciá-los. Assim, contei com “PAPS1” a “PAPS5” e “PCAP1” a “PCAP4” no universo de profissionais; a codificação dos usuários obedeceu a mesma lógica, mas foi trocado o identificador “P” pelo “U” para diferenciá-los dos profissionais, de modo que foram apresentados de “UAPS1” a “UAPS 2”, e “UCAP1” a “UCAP4”, respectivamente, os participantes da pesquisa usuários dos serviços da unidade APS e CAP; já os materiais advindos do Diário/Notas de Campo das Observações Sistemáticas foram codificados como “DOS”, e aqueles que foram resgatados das Notas de Facilitação da Oficina de Território e Saúde foram apresentados como “NOT”.

Para facilitar a visualização das codificações acima relatadas e, ao mesmo tempo, facilitar a visão panorâmica dos participantes da pesquisa na sua relação com as fontes de obtenção dos materiais qualitativos, o quadro abaixo os explicita conforme a divisão dos cenários de pesquisa (as unidades de saúde da atenção primária e os CAPS da saúde mental):

Quadro 3 – Codificação dos participantes da pesquisa conforme fonte dos materiais qualitativos e cenário de pesquisa

Participantes e Fontes de Materiais Qualitativos / Cenários de Pesquisa	Usuários	Profissionais	Oficina de Território e Saúde	Observações Sistemáticas
Atenção Primária à Saúde (UAPS)	UAPS1 e UAPS 2	PAPS1 à PAPS5	-----	DOS
Saúde Mental (CAPS)	UCAP1 à UCAP4	PCAP1 à PCAP4	NOT	DOS

Fonte: Elaboração própria.

Mas, ainda nesse longo prelúdio de apresentação da Parte III do trabalho, preciso lembrar o leitor que, além dos capítulos de discussão do material qualitativo construído, constitui o corpo desta parte também um “poslúdio” ou “pós-análise”. Nele é exposta de modo conceitual a proposta de uma *poiesis* crítico-política-dialógica da vida, como modelo compreensivo-crítico e reconstrutor do cuidado em suas expressões linguísticas. Por se tratar de uma primeira extrapolação da tese e fruto das repercussões de dois conceitos propostos nos capítulos 5 e 6 (respectivamente, “gênero do cuidado” e “esfera *glocal* da saúde”), a ideia não foi “empiricizar” as análises já realizadas ao longo dos capítulos que o antecederam, mas avançar em forma de ensaio na direção da produção e sustentação dos “novos” em cuidado.

Não o considero um capítulo de análise propriamente dito, mas um *post scriptum* (P.S.) que me permite atualizar a máxima de Manoel de Barros (2013) que diz, como trazido na epígrafe deste prelúdio: “Em poesia que é voz de poeta, que é a voz de fazer nascimentos — O verbo tem que pegar delírio” e assim permitir-se e abrir-se para criação.

Por fim, em termos práticos, finalizo esta apresentação da terceira parte da tese julgando importante, para retomar a sistemática da discussão, diante do desenho metodológico vetorial e seu compromisso com respostas a problematizações feitas a um objeto de pesquisa, retomar como os objetivos da tese foram buscados e suas interfaces com as categorias utilizadas. O quadro a seguir elucida a sistematização da relação entre objetivos, vetores metodológicos e categorias elaboradas:

Quadro 4 – Relação entre Objetivos, Categorias e Vetores/Ferramentas na Pesquisa

Objetivo Geral: Entender como as formas de organização da linguagem instrumentalizam as práticas de cuidado em saúde na assistência de base territorial		
Objetivos específicos	Vetores / Ferramentas	Categorias Analíticas (teóricas em abreviação)
Identificar os processos de construção de linguagem no ato de cuidado entre os profissionais na AP e ESF e os usuários dos serviços	Narrativo / Narrativas de Cuidado (entrevistas)	Linguagens e signos do cuidado (RI)
Compreender as racionalidades envolvidas no cuidado em saúde nas relações de territorialidade	Contextual e Implicativo/ Observações Sistemáticas e Oficina de Território e Saúde	Racionalidades Sistêmicas e Racionalidades Mundanas (RI) / Paralaxe em Saúde (EDSS)
Descrever os elementos que constituem as territorialidades nos profissionais e usuários dos serviços da AP e ESF, no cotidiano das práticas de saúde	Interacional e Implicativo / Circuitos Narrativos de Cuidado e Oficina de Território e Saúde	Produção de territorialidades (EDSS)

Fonte: Elaboração própria.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa e por eu mesmo, como pesquisador, deixar-me “flagrante” em todas as discussões neste trabalho, minha expectativa é que os territórios reconstrutivos que ousar apontar nesta derradeira parte da tese seja um meio de demonstrar articulação das teorizações e críticas levantadas, mas também meio de sugerir pesquisa implicada como ferramenta de intervenção e criações de possíveis “novos” nas tensões dialógicas do Mundo da Vida.

5 RACIONALIDADES E INTERSUBJETIVIDADES: RACIONALIDADES BIOMÉDICA E MUNDANA E OS SIGNOS DO CUIDADO EM CIRCUITOS LINGUÍSTICOS-DIALÓGICOS (CENAS DE DIÁLOGOS)

*Achar
a porta que esqueceram de fechar.
O beco com saída.
A porta sem chave. A vida.*
“Quarenta cliques em Curitiba”, de Paulo Leminski
(2013).

Para alcançar os objetivos do capítulo, o texto a seguir segue o seguinte fluxo, a partir da divisão em tópicos: no 5.1 faço exposição “contextual” das políticas e organizações institucionais, seja elucidando a atual configuração da APS, seja na explicitação da RAPS que articula os CAPS, de modo a retomar dados das políticas que configuram atualmente o ordenamento assistencial dos serviços citados; no 5.2 caracterizo os cenários dos sujeitos pesquisados (participantes da pesquisa) em mais alguns detalhes, tanto por meio da exposição mais detalhada do serviço campo da pesquisa (UAPS Lineu Jucá e CAPS AD Alto da Coruja) como também pela retomada de elementos relacionais dos sujeitos que participaram das entrevistas – dando relevo aqui aos conteúdos implicados de suas vidas (profissionais e usuários) na relação de cuidado, de modo a ajudar o leitor da pesquisa a compor o vetor contextual e interacional dos cenários; no item 5.3, verso sobre o processo de trabalho constituído na UAPS e CAPS pesquisados, a partir dos relatos da inserção dos profissionais no serviço, da constituição de suas agendas, da organização da demanda e carga horária etc., além da relação do serviço com a demanda a partir da dinâmica do acesso ao serviço, tanto na voz dos usuários quanto dos profissionais, a caracterização da denominada “clientela” (perfil dos usuários) dos serviços e os modos de como se constroem as relações de cuidado.

No item 5.4 já é possível debater como opera, no âmbito APS e saúde mental, a colonização da racionalidade biomédica nos meios linguísticos que significam o cuidado; em seguida, no item 5.5, são debatidos elementos simbólicos e sógnicos que habitam cenas de diálogos e mediações no campo da linguagem, no recorte estudado, para compreender, assim, as organizações das construções metafóricas que operam na atenção nos serviços de base territorial. Assim, trago alguns casos (e, em algumas situações, descasos) que nada mais são que exemplos de ações de cuidado narrados pelos profissionais e/ou usuários a partir de seu cotidiano; ao final, no item 5.6, faço a articulação entre as cenas de diálogos do cotidiano assistencial com os seus efeitos colonizadores (e de resistências) das racionalidades nas

relações de cuidado, além de sintetizar as discussões sobre as metáforas que expressam as disputas no Mundo da Vida na significação do cuidado.

5.1 Algumas percepções contextuais sobre o campo da atenção primária e saúde mental em Fortaleza: políticas de cuidado em disputa

Algumas informações e contextualizações sobre o contexto de saúde pública (política e organizativamente falando) em que se localizam a APS e RAPS de Fortaleza se fazem necessárias, ainda que de modo muito sumário, para entender o contexto das práticas de cuidado. Por isso, algumas linhas a seguir são tecidas de modo descritivo, mas também crítico e implicado. Além disso, relembro ao leitor que mais informações operacionais sobre os serviços constam no capítulo metodológico localizado no início da tese. Abaixo, portanto, algumas considerações que já fazem parte do próprio escopo de análise.

O sistema público de saúde da cidade é habilitado na modalidade gestão plena⁶⁸ – o que significa que a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza é considerada uma unidade autônoma política de gestão, ordenada pelas políticas ministeriais, com financiamento estadual e principalmente federal), sendo responsável – e com capacidade instalada – pela oferta de serviços de saúde nos níveis de atenção primário, secundário e terciário. Assim, conta com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como forma de articulação desses níveis de atenção.

Possui, segundo o Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES⁶⁹), 2.130 estabelecimentos de saúde inscritos nesse sistema (excetuando-se as pessoas físicas cadastradas e incluindo-se nesse quantitativo, portanto, empresas privadas, entidades sem fins lucrativos, unidades públicas, organizações internacionais); das unidades exclusivamente públicas municipais, existem Unidades de Atenção Primária (UAPS) e Centros de Atenção Psicossocial, campos de enfoque em que foi realizada a pesquisa, além de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento de Urgência (SAMU), Policlínica, Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Farmácias Polos, Central de Distribuição de Medicamentos no Terminal (CDMT), Serviços de Atenção

⁶⁸ Fortaleza foi o primeiro município a adquirir essa autonomia, entre as capitais brasileiras, já em 1989 (FORTALEZA, 2009).

⁶⁹ Consultado no *site* <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>, com acesso em 06 mar. 2018.

Especializada (SAE), Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST) e os Hospitais secundários e terciários. A política sobre droga, com seus equipamentos de saúde – ainda que não mais pertencentes à coordenação dos serviços de saúde mental/atenção psicossocial, questão mais à frente problematizada – conta com o Centro Integrado de Referência Sobre Drogas e Unidades de Acolhimento.

Quanto à APS, é composta por 108 Unidades, e a Rede de Atenção Psicossocial é composta por 14 Centros, sendo seis CAPS do tipo GERAL, seis CAPS do tipo AD – Álcool e Drogas e dois CAPS do tipo Infantil⁷⁰. E sobre mais características da rede em que está localizada a UAPS desta pesquisa, assim como o CAPS, descrevo abaixo, iniciando por breve histórico da política da APS e, em seguida, da Saúde Mental.

Até 2005, o modelo organizativo da atenção primária era a considerada “atenção básica”, operacionalizada por estratégias em paralelo: Centros de Saúde de Atenção Básica (CS), Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACs) e Programa Saúde da Família (PSF). Segundo Frota (2009), a atenção primária encontrava-se com inúmeros problemas ligados à condução assistencial do sistema de saúde, principalmente relacionados ao acesso da população aos serviços de saúde. Na época, mesmo dispondo de 89 unidades básicas, nem todas eram consideradas Centros de Saúde da Família (CSF – CS com adesão ao PSF), e a cobertura populacional do PSF no município era de apenas 11%, com 101 equipes (FROTA, 2009). O advento do concurso público para provimento de cargos de profissionais de saúde na APS do município em 2006, conforme indica a tabela abaixo, modifica a realidade de cobertura da política do PSF – então transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF) –, triplicando o número de profissionais e equipes, conforme se vê:

⁷⁰ Números obtidos no próprio *site* da prefeitura de Fortaleza, consultado no endereço: <<https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/categoria/saude/servico/65>>, com acesso em 06 mar. 2018.

Tabela 2 – Distribuição quantitativa das equipes de saúde da família, por Secretaria Executiva Regional, antes e depois da convocação dos concursados em 2006

SER	Nº de equipes antes do concurso, 2006	Nº de equipes depois do concurso, 2007
I	16	36
II	11	38
III	22	63
IV	12	33
V	20	64
VI	20	70
FORTALEZA	101	304

Fonte: Oliveira (2013).

Até 2007, ano marco para organização mais massiva da ESF no município⁷¹, foram efetivados 300 enfermeiros, 210 médicos e 250 cirurgiões dentistas (FROTA, 2009). Além disso, realizou-se seleção pública para contratação de 2.627 agentes comunitários de saúde, tendo como um dos critérios a moradia na microárea de implementação da ESF. Durante o ano de 2010, novas convocações de profissionais de saúde aprovados no concurso de base municipal de 2006 foram realizadas pela SMS e findou por ampliar a cobertura da população assistida. Ademais, houve a convocação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – também resultado de seleção pública específica, paralela ao concurso público de 2006 – e aditivo de enfermeiros, médicos e dentistas, conforme tabela abaixo:

Tabela 3 – Número de profissionais de acordo com as convocações por categoria profissional

Ano	Categoria Profissional	Nº de profissionais
2010	Médico	25
2010	Dentista	25
2010	Enfermeiro	50
2010	ACS	1160

Fonte: Célula da Atenção Básica/Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Fortaleza, 2011.

O município de Fortaleza contava, enfim, com 321 equipes (completas e incompletas) da ESF de janeiro a junho de 2010 (FORTALEZA, 2011). Em julho de 2010,

⁷¹ Oficialmente a adesão à ESF, e anteriormente ao PSF, ocorrera desde a formulação da referida Estratégia e Programa, entretanto o modelo não era majoritário, como comprova o Relatório de Gestão de 2009 (FORTALEZA, 2009).

com a convocação de parte dos ACS convocados da seleção, a existência de ACS que não estavam inseridos nas equipes da ESF e um número considerável de equipes incompletas por falta do profissional médico, houve a implementação da reformulada Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) – antigo PACS – no âmbito da APS de Fortaleza, passando a contar com 91 equipes da referida Estratégia. Assim, ao fim de tal ano, contavam-se 364 equipes em APS, sendo 263 equipes da ESF e 101 equipes da EACS, distribuídas conforme a tabela abaixo:

Tabela 4 – Distribuição do número de equipes da ESF e EACS por Secretaria Executiva Regional em dezembro de 2010

SER	Nº de CSF	Nº de Equipes ESF	Nº de Equipes EACS	Total
I	12	36	18	54
II	11	32	12	44
III	16	42	23	65
IV	12	29	8	37
V	20	63	18	81
VI	20	61	22	83
	91	263	101	364

Fonte: Célula da Atenção Básica/Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Fortaleza, 2011.

Estava já, desde aí, o uso de estratégias distintas de organização da APS – como na adoção de estratégia suplementar à ESF, com a EACS –, o que viria a tornar o ambiente desse nível de atenção ainda mais complexo em 2013, com a descaracterização dos Centros de Saúde da Família (prioritariamente compostos pela ESF), convertendo-se em Unidades de Atenção Primária – como já estava nomeado em diversos momentos deste texto. Com a mudança da gestão municipal, a estratégia organizativa da APS tinha a teorização da formulação das Redes conforme proposta por Mendes (2012, 2015) e o eixo ordenador da APS sem apoiar-se mais, centralmente, na ESF.

A partir de 2013, sistematicamente, as unidades modificam o seu processo de trabalho, que era baseado na territorialização da atenção e longitudinalidade do cuidado, características fundantes da ESF indicadas na literatura (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2006; OHARA; SAITO, 2008) e na política vigente de atenção primária (BRASIL, 2011), para o desenho da APS centrada na estratégia de rede para o modelo de “cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde”, ainda que intitulando-se uma derivação da ESF (MENDES, 2012, 2015).

O modelo instaurado na APS, como se vê nos próprios documentos oficiais da Secretaria de Saúde de Fortaleza (2016), já não era a centralidade organizativa da “Estratégia de Saúde da Família” (BRASIL, 2011), para aderir ao modelo das condições crônicas citado (MENDES, 2012). Denominados, novamente, de “postos de saúde⁷²” ou Unidades de Atenção Primária (UAPS), caracterizam-se pelo órgão da administração pública municipal⁷³ como se vê abaixo:

Os postos de saúde oferecem atendimento médico, odontológico e de enfermagem para usuários com hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose e HIV. Também são disponibilizados acompanhamento de gestantes, puérperas, crianças e idosos; coleta de exames laboratoriais; procedimentos ambulatoriais; prevenção de câncer de boca e ginecológico; dispensação de medicamentos; teste rápido HIV e sífilis; emissão do Cartão SUS, entre outros.

Ainda assim, a ESF continua sendo, para fins de financiamento e comprovação de cobertura assistencial da população municipal, o parâmetro em que consta a divulgação dos dados de gestão da saúde municipal. Assim, no documento que expressa as ações de saúde – o Plano Municipal de Saúde – consta 47,4% de cobertura assistencial da população por meio das UAPS, considerando nesse cálculo o quantitativo de equipes completas da ESF, com o referencial de 3.450 pessoas por equipe e a população estimada pelo IBGE em 2016 de 2.609.716 habitantes (FORTALEZA, 2016).

A tabela acima demonstrada seria abaixo atualizada com os seguintes números sobre a configuração numérica da assistência no município de Fortaleza, segundo os modelos vigentes de organização da APS:

⁷² Como em todas as peças publicitárias da prefeitura, registrados em DOS, e também como disponíveis no *site* da prefeitura (<https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/categoria/saude/servico/65>).

⁷³ Consultado no *site*: <<https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/categoria/saude/servico/65>>, com acesso em 06 mar. 2018.

Tabela 5 – Distribuição do número de equipes nas estratégias de organização da APS, segundo as regionais, no município de Fortaleza, 2016

SER	Nº de CSF	Nº de Equipes ESF	Nº de Equipes EACS	Total de equipes
I	14	67	14	81
II	12	46	9	55
III	17	72	14	86
IV	13	46	7	53
V	24	94	16	110
VI	28	119	22	141
	108	444	82	526

Fonte: Adaptado de Lima (2016).

Estratégias como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, instituído como política nacional de fortalecimento da ESF em âmbito nacional a partir de 2008 (BRASIL, 2010a), que tencionava por meio da inserção de equipes multiprofissionais ampliar a integralidade do cuidado, foram também sendo desarticuladas no formato que vigente entre 2009 e 2012. À época de meu mestrado, inserido nesse campo, contabilizei, de acordo com os dados oficiais de secretaria naquela circunstância, 25 equipes e 191 profissionais envolvidos nas 7 regionais e na integralidade das UAPS (CSF, naquele contexto) (OLIVEIRA, 2013).

É preciso dizer, no entanto, que a gestão em saúde municipal, ao implantar o modelo do cuidado de enfrentamento às doenças crônicas, não o fez sem fundamentação na literatura ou baseado na experiência de outros municípios (MENDES, 2010, 2012). Pelo contrário, para Mendes (2011), um modelo que responda à atual tríplex carga de doenças que representam o quadro epidemiológico do Brasil⁷⁴ precisa ser um modelo de atenção à saúde que consista em um sistema lógico (estruturado em redes) para atenção às condições agudas e às condições crônicas. Ou seja, esse modelo instaurado pela prefeitura em 2013, a partir de normativas municipais (FORTALEZA, 2016), instalou o funcionamento das redes de atenção municipais, articulando as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias

⁷⁴ A literatura especializada epidemiológica relata atualmente uma tríplex carga – quase igualmente distribuída, a depender da região de análise – de doenças transmissíveis e infecciosas-contagiosas (como malária, dengue e outros exemplos); agravos decorrentes de causas externas (como a violência de trânsito com atropelamentos ou violência urbana com as armas brancas e de fogo); presença marcante de condições crônicas (como agravos cardio-respiratórios e outros, doenças respiratórias e convivência com neoplasias) (PONTES *et al.*, 2009; SCHRAMM *et al.*, 2004).

e considerando a visão prevalente da saúde, as situações demográficas e epidemiológicas vigentes. O modelo considera que há necessidades em saúde diferentes no que diz respeito a condições crônicas e condições agudas⁷⁵, levando em conta que a mesma pessoa possa desenvolver episódios que envolvam ambas as necessidades ao longo da vida, mas, enquanto modelo lógico sanitário, deve-se escolher um deles como prioritário do ponto de vista organizativo, sendo o de doenças crônicas o escolhido pelo município (LIMA, 2016). Mais à frente, após a exposição contextual do campo da assistência municipal em saúde mental, retomo crítico e de modo implicado o modelo acima.

Quanto à Saúde Mental em Fortaleza, principalmente entre os anos de 2006 e 2010, mesmo período em que se assistiu ao incremento da ESF descrito acima, também se implantou com mais ênfase a Rede Assistencial em Saúde Mental (RASM – posteriormente chamada de rede de Atenção Psicossocial – RAPS)⁷⁶, com base nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica⁷⁷, a partir da construção dos serviços estratégicos dessa reforma, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁷⁸. Se os modelos de APS vinham sendo disputados há anos, o

⁷⁵ Em síntese dos apontamentos feito por Mendes em diferentes obras (MENDES, 2010, 2012, 2015), Claudia Lima sistematiza a definição dessas condições agudas e crônicas e aqui tomo como referência: “As condições agudas, em geral, são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto (inferior a três meses de duração) como dengue e gripe, ou de doenças infecciosas também de curso curto, como apendicite ou amigdalites, ou de causas externas como traumas, com tendência de se autolimitarem. As condições crônicas são condições de longo curso (acima de três meses) como gravidez ou doenças de longa duração, como diabetes, hipertensão entre outros que às vezes são permanentes e definitivas” (LIMA, 2016, p. 55).

⁷⁶ Salienta-se que o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Fortaleza foi inaugurado em 1998 e, três anos depois, mais dois CAPS foram construídos, justamente no ano em que o Brasil promulgou a Lei 10.216, considerada a Lei da Reforma Psiquiátrica. Aqui tomo a construção estruturante da Rede como feita, 4 anos mais tarde, em 2006 como uma nova etapa da reforma da assistência à saúde mental do município, apoiando-me na história recontada por Sampaio e colegas (2011). Por não ser o objetivo deste momento da tese a rediscussão da história da Reforma Psiquiátrica no Ceará, julgo apenas importante indicar a tese doutoral de Tais Bleicher (2015) como importante documento histórico, crítico e conceitual nesse campo.

⁷⁷ É possível dizer, conforme Paulo Amarante, que a reforma psiquiátrica brasileira é um conjunto de alterações jurídico-normativas, ético-políticas, assistenciais e culturais no modo de a sociedade lidar com a loucura. Entretanto, do ponto de vista jurídico-legal, o grande marco de mudança é expresso na citada Lei Federal nº 10.216 de 2001. Isso porque, além de direcionar o modelo assistencial em saúde mental, dispõe sobre a proteção de pessoas portadoras de transtornos mentais – fato histórico no país. Na lei são estabelecidos os direitos do portador de transtorno mental no que diz respeito ao acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades, ademais, de ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo do benefício de sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. E para isso tudo, ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

⁷⁸ Já defini nas primeiras palavras deste trabalho a função estratégica do CAPS para a Reforma Psiquiátrica. Mas a título de nota, vale citar que mesmo antes da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, os CAPS vinham sendo construído por legislações estaduais ou municipais no país. Mas em 2001, assim como com a Lei da Reforma, a Portaria nº 336 define e operacionaliza o funcionamento dos CAPS em âmbito nacional. Estabelece que ele deve estar capacitado para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. No parágrafo 2º diz que os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária

período acima foi decisivo para a adesão a um modelo específico (a ESF); na saúde mental a literatura aponta que foi tardia a adesão a um modelo organizativo em saúde mental que não fosse o asilar (SAMPAIO *et al.*, 2011; QUINDERÉ *et al.*, 2010). Na verdade, mesmo com a implantação do modelo da RAPS, é possível afirmar que o modelo asilar coexiste com o modelo psicossocial desde então (QUINDERÉ *et al.*, 2010).

A capacidade instalada da rede dispunha, em 2010 (ano em que se concluiu a implantação da RAPS, com essa configuração atual), de 333 profissionais, sediados em 14 CAPS – desses, 6 gerais e 6 “AD”, um em cada uma das SER, sendo um dos gerais recentemente transformado em CAPS III, e dois CAPS infantis, um na SER III e outro na IV (FORTALEZA, 2012). Além dos CAPS, existem os chamados “Serviço Residencial Terapêutico” (SRT) – estabelecidos pela Portaria 106/2000, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), que introduziu os SRTs no Sistema Único de Saúde para egressos de longas internações. Esses constituem-se como lares para esses pacientes egressos de longa internação psiquiátrica e têm por objetivo garantir a reinserção social. Na cidade são três Residências Terapêuticas, localizadas nas regionais I, II e V, atualmente contando com 35 moradores.

A RAPS instalada há cerca de 10 anos, em relação à configuração da atual, não mudou significativamente no que diz respeito ao quantitativo de serviços, conforme indicam informações do *site* oficial da prefeitura municipal⁷⁹. Entretanto, teve o acréscimo de dois equipamentos que têm relação direta com o campo histórico da saúde mental, mas gerenciados por uma coordenação política à parte da saúde mental – a política especial sobre drogas. Trata-se dos serviços já apresentados na descrição dos equipamentos de saúde municipal acima – Centro Integrado de Referência Sobre Drogas (CIRD) e Unidades de Acolhimento. Este último consiste em um serviço com regime de internação de médio prazo (3 a 6 meses) para proteção, garantia de assistência intensiva e abrigamento de pessoas em situação de uso abusivo de substâncias psicoativas. Aquele primeiro é definido como um serviço de orientação, acolhimento e encaminhamento para tratamento para pessoas em situação de uso abusivo de substâncias psicoativas – serviço esse que concorre com o CAPS AD e, diferente deste, não trabalha nos princípios da Reforma Psiquiátrica, podendo

que funcione segundo a lógica do território; além disso, indica que os CAPS só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

⁷⁹ Consultado no *site*: <<https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/categoria/saude/servico/65>>, com acesso em 06 mar. 2018.

encaminhar pacientes para internamento em comunidades terapêuticas – fruto de muita polêmica e contradições na assistência à saúde mental no campo “AD” (álcool e outras drogas).

Por outro lado, foram extintos os serviços do “Consultório de Rua” – projeto temporário que funcionou até 2013, por meio de financiamento direto do Ministério da Saúde, com cobertura da população em situação de rua da Regional II, entendida como a região com maior número de moradores em situação de rua expostos a maior vulnerabilidade ao uso de álcool e outras drogas – e o “Consultório na Rua” – com mesma finalidade do Consultório de Rua, mas com financiamento da atenção primária municipal e cogestão com a saúde mental.

Na mesma direção desses equipamentos citados, no campo das parcerias com movimentos sociais de saúde mental e articulações intersetoriais favoráveis à saúde mental, o convênio entre o Movimento Social de Saúde Mental do Bom Jardim foi reformulado e o CAPS que era sediado em um equipamento do movimento mudou-se para outro endereço; e as ocas comunitárias – equipamentos de saúde comunitária administrados pela Coordenação de Saúde Mental de Fortaleza – têm passado por diminuição no escopo de ações e constantes dificuldades no estabelecimento de quadro de funcionários, já que desde a fundação nunca foram regulamentadas oficialmente.

O documento oficial “Plano Municipal de Saúde”, lançado em 2012 e que analisava as ações e serviços de saúde ao mesmo tempo que apontava as metas a serem atingidas pelas gestões atual e seguinte, indicava alguns pontos que chamam muita atenção no que diz respeito ao caminho tomado nos anos seguintes. Nas metas a serem construídas pela saúde mental, além de qualificação do CAPS e elevação de tipo (de II para 24 horas, ou seja, tipo III) de alguns serviços gerais e AD, indicavam as seguintes necessidades estruturais na rede: implantar uma Emergência Psiquiátrica no Frotinha do José Walter; implantar uma Unidade de Saúde Mental no Frotinha do José Walter com 20 leitos; implantar uma CAT – Casa de Acolhimento Temporário, conforme portaria ministerial, com 20 leitos de acolhimento para usuários de drogas; implantar um Centro de Convivência e Cultura em Fortaleza; organizar a oferta de 12 leitos para internamentos psiquiátricos e desintoxicação na rede hospitalar de Fortaleza para crianças e adolescentes; implantar um Centro de Referência do *Crack* Intersetorial (FORTALEZA, 2012). Todos esses equipamentos têm algo em comum, apesar de a lista ser longa: têm por diretriz a Reforma Psiquiátrica e orientação da atenção à saúde do modelo psicossocial. O que chama atenção é que, além de nenhum serviço

dos apontados acima ter sido operacionalizado, a política sobre drogas focou em outro modelo de atenção para embasar-se.

Tanto a APS quanto a SM se encontram, então, em pleno processo de disputas (e conflitos) de modelos assistenciais. De um lado, a APS instala um modelo de cuidado a doenças crônicas que, mais uma vez, estabelece o foco no adoecimento como mote organizativo das estratégias e ações de atenção à saúde, contrariando a própria missão da ESF que aponta a superação do modelo centrado na doença e caminha na direção da promoção da saúde (PAIM, 2001; WESTPHAL, 2012). Assim, subvertem-se as concepções propostas de determinação social em saúde, como detalhado nas interlocuções com Breilh (2006) em capítulos anteriores ou em outros autores (PAIM, 2003; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), em que se entende como central a adesão ao paradigma da promoção da saúde e se operacionaliza por estratégias de ações intersetoriais e nos territórios de vidas dos sujeitos e coletividades, nas condições econômicas, estruturais e políticas de produção do estado de saúde. O modelo retoma o sistema lógico de enfrentamento à doença como prioridade na ação dos determinantes das condições de agravos e cronicidade (MENDES, 2010, 2012). A fala do profissional abaixo cita o modelo anterior, e a fala em seguida expressa síntese do modelo atual:

A organização do meu processo de trabalho era centrada nesse processo de acolhimento pra organização da atenção clínica, vamos dizer, e na parte, vamos dizer, da atenção coletiva centrada nesses dois pontos, práticas coletivas e educação em saúde (PAPS2).

Onde hoje nós estamos dando 32 horas onde oito é pra educação continuada [...]. Dessas 32 horas, nove horas eu estou pra demanda espontânea, que é... com essa demanda espontânea na realidade a prefeitura quer que a gente faça uma mini UPA. [...] além dessas nove horas nós somos obrigadas a junto com a demanda programada, [...] somos obrigados também junto com ela, em cada [turno de] atendimento, fazer uma demanda espontânea. Ou seja, encaixar pacientes (PAPS3).

Se antes já existia crítica na cobrança por atendimento, apesar de outros eixos organizarem a agenda (OLIVEIRA, 2013), no atual modelo, o quantitativo de pacientes e abertura ao pronto-atendimento (denominada de demanda “espontânea”) viraram marcas da APS atual.

Do outro lado, na SM os modelos de atenção psicossocial (inspirados, em tese, nas lógicas de cuidado das atuais reformas psiquiátricas brasileira) disputam espaço no campo da gestão e da operacionalização dos equipamentos de saúde. Ao mesmo tempo, o município

conduz a política sobre drogas com encaminhamentos e parcerias com as Comunidades Terapêuticas – associados ao modelo asilar e excludente pela literatura⁸⁰ (TRAPÉ; CAMPOS, 2017) – e também estabelece os CAPS (incluído o AD) como serviços de substituição da lógica asilar, embora com troca constante de profissionais e falta de insumos e apoio logístico para o funcionamento. A primeira narrativa de um profissional do CAPS mostra a síntese da condição precária a que o serviço acaba por submeter o usuário em SM e, na narrativa seguinte, um usuário evidencia sua crítica aos modos de gestão da política, foco também da primeira fala do profissional.

O problema é que entre político e sai político e essas coisas são cortadas. E aí você pega um paciente extremamente carente e aí ele vincula contigo, vínculo com ele e aí ele vem para cá, [...] pode tomar encher a barriga e tem dois vale-transporte, às vezes tem até o almoço aqui. Lá no [outro] CAPS que eu trabalhava também tinha um almoço para os pacientes. [...] Porque muitas vezes, esse paciente não tem nem o que comer, meu povo, diferente de mim, sabe? Aí como é que você vai ver recuperação, cara? Como é que vai haver redução de danos? O cara chegou aqui, aí não tem mais vale-transporte, não tem mais a merenda, quando ele for voltar para casa, ele vai dar um jeito de pegar o ônibus (PCAP3).

Diante de toda essa conjuntura, [pesquisador], a instituição funciona sim. O problema é só essa raça, essa corja [os políticos], que não deixa vocês trabalharem, porque boa vontade, eu sei que de vocês não faltam (UCAP4).

O fundamento teórico-prático da atenção de base territorial, como discutido na apresentação da tese e aprofundado nos capítulos 3 e 4, tem a ver não só com a autonegação da política assistencial como “territorial” – caso da saúde mental e atenção primária – mas quando alguns critérios se realizam, a saber: não se concentra o saber e fazer em uma só instituição (no caso da saúde, uma UAPS, CAPS ou hospital não são o centro do fazer); tem a organização comunitária local como meio de articulação das práticas; entende o espaço como vivo e socialmente construído; dialoga com a determinação social enquanto esfera de domínio dos processos constitutivos e constituintes em saúde. Ora, os conflitivos modelos em questão

⁸⁰ Comunidades Terapêuticas (CT) consistem em serviços, geralmente, ligados a administração filantrópica e privada, em sua maioria ligada a movimentos religiosos e que não seguem os princípios assistenciais e de direitos dos usuários preconizados pela Lei da Reforma Psiquiátrica, e têm sido denunciadas por diversas instituições e movimentos, como o liderado pelo Conselho Federal de Psicologia e o Movimento da Luta Antimanicomial (CFP, 2013). A crítica tem sido tão clara por órgãos de controle social na saúde que as CT sequer são reconhecidas como equipamentos de saúde, como se vê na histórica carta aberta de entidades ligadas aos movimentos sociais de luta antimanicomial e direitos humanos, que denuncia as CT ao Ministério Público Federal, conforme disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/06/Carta-aberta-ao-Minist%C3%A9rio-P%C3%ABlico-Federal.pdf>>.

parecem deixar as tradicionais lógicas centradas na doença (APS) e asilar (SM) muito próximas, o que seria oposto ao modelo territorial.

Entretanto, a estância de aparição e efetivação da prática territorial está na organização do processo de trabalho e nas articulações e relações diárias estabelecidas pelos profissionais. Quando afirmo isso, digo que, longe de afirmar quaisquer “diagnósticos” sobre as redes (que fugiria ao objeto da pesquisa), a contextualização e críticas acima apenas reivindicam o papel central dos processos cotidianos (de linguagem) que formam o cuidado diante de dados contextos – esses, sim, em processos de conflitos e contradição como expus acima. Na direção de afunilar a contextualização, o próximo tópico avança em direção ao cenário específico da pesquisa com os seus sujeitos (profissionais e usuários) e o serviço de saúde (UAPS e CAPS).

5.2 Elementos interacionais dos sujeitos participantes da pesquisa: os cenários dos CAPS e UAPS estudados

Se no item anterior os elementos que revelavam as bases contextuais, em termos de políticas públicas que ordenam os níveis de atenção estudados e as atuais tensões da execução local (municipal) dos modelos assistenciais, tentei situar profissionais e usuários em dado tempo histórico e espaço de tensões assistenciais em saúde. Já neste item a caracterização é mais precisa quanto aos cenários dos sujeitos participantes da pesquisa. Detalho, assim, mais dados específicos da UAPS Lineu Jucá e CAPS AD Alto da Coruja, como também descrevo algumas primeiras características “relacionais” dos grupos pesquisados (outro vetor importante nos métodos – já que acima está exposto o “contextual”). Farei essas descrições de modo crítico e implicado e assim já o faço resgatando conteúdo das observações em campo e dando relevo a aspectos metodológicos que reverberam as tais relações entre os sujeitos presentes no campo.

A Unidade de Atenção Primária Lineu Jucá fica situada no bairro Barra do Ceará, extremo oeste da cidade de Fortaleza, fazendo parte da Regional I (SER I). Ao lado do município de Caucaia, tem a divisa natural intermunicipal na barra do Rio Ceará, o que justifica o nome do bairro. A população do bairro, segundo o censo de 2016, aproximou-se dos 80 mil habitantes, crescendo significativamente em relação ao censo de 2010, quando tinha pouco mais de 72 mil habitantes, configurando-se como o terceiro bairro mais populoso da capital. A unidade de saúde foi construída há mais de vinte anos e passou por diversas

estratégias organizativas de cuidado, que a fizeram modificar seu nome algumas vezes para “Posto de Saúde”, “Centro de Saúde”, “Centro de Saúde da Família” e, atualmente, Unidade de Atenção Primária à Saúde, que revela a estratégia já exposta na seção anterior.

Como unidade vinculada à APS do município, está organizada a partir de 7 equipes de Saúde da Família, que atendem a todo o bairro, mas cobre, em especial, aproximadamente 30 mil habitantes, a partir das microáreas pelas quais os 35 Agentes Comunitários de Saúde são responsáveis, por meio de suas respectivas equipes. Formam o quadro de profissionais 69 profissionais e 5 residentes de medicina de família e comunidade, com profissionais de nível superior, médio e fundamental, entre eles: médicos, enfermeiros, cirurgião-dentista, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, técnico em imunização, recepcionista, funcionários de serviços gerais, vigilantes, auxiliares administrativos.

A estrutura da unidade conta com oito consultórios, mais uma sala de procedimentos médicos (ginecologia, obstetrícia etc.), um consultório de odontologia, uma sala de reuniões, uma sala para curativos, laboratório de coleta de sangue, uma sala de estar dos ACS e Agentes Comunitários de Endemias (ACE – que não são do quadro da unidade, mas da regional), uma sala de vacina, uma pequena copa, expurgo, “escovódromo” (ou sala de educação em saúde bucal), sala de recepção, Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC) e coordenação.

Quanto ao “cardápio” de atividades, diante da regulação municipal vigente (FORTALEZA, 2016) – com algumas diferenças da nacional (BRASIL, 2011) –, são ofertadas ações conforme divisão interna de tarefas entre as equipes, garantindo, em comum, algumas atividades que compõem a oferta de serviços à comunidade: acolhimentos com avaliação de risco (classificação em risco da demanda apresentada pelo paciente e encaminhamento ao profissional responsável, ou outro serviço, se for o caso); pronto-atendimento de demandas diárias, consideradas agudas, e de resolução de APS, pela equipe de acolhimento – médico, enfermeiro e dentista; consultas individuais ambulatoriais (de médicos, enfermeiros e dentistas) aos pacientes das áreas cadastradas diariamente (primeira consulta ou retorno de consultas prévias); ações programáticas multiprofissionais de APS, como atendimento de hipertensos, diabéticos, hanseníase, tuberculose e testagem de HIV. Longitudinalmente nos serviços, também por meio das equipes multiprofissionais, realiza-se o acompanhamento de gestantes (seja realização de exames, consulta ou todo o pré-natal), de puérperas e de crianças, além do atendimento aos idosos; realizam-se coletas de exames

laboratoriais, como o Papanicolau (prevenção do câncer de colo uterino) e outros, além de ações de prevenção de câncer de boca; realiza-se dispensação de medicamentos; e se fazem atividades educativas com a população assistida e acompanhamento em termos de prevenção e ação de promoção em saúde por meio dos Agentes Comunitários de Saúde.

O outro cenário da pesquisa, o CAPS AD IV – Alto da Coruja, é um serviço de natureza pública, comunitária e de média complexidade na saúde, orientado pela Lei 10.216 e pela Portaria 336 do Ministério da Saúde, já indicadas em nota neste texto. Funciona de segunda a sexta das 8h às 17h e tem como objetivo, em consonância com as legislações vigentes, articular a saúde mental no território, que em sua abrangência cobre 19 bairros da cidade, na referida Regional IV. Enquanto CAPS da especificidade “AD”, lida com as demandas de sofrimento e adoecimento mentais/psíquicos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) em maiores de 16 anos – já que abaixo disso configura-se perfil do CAPS infantil.

O serviço conta com 25 profissionais, entre eles, profissionais de nível superior de formação e níveis médio e fundamental, quais sejam: psicólogos, assistentes sociais, farmacologista, terapeutas ocupacionais, médico psiquiatra, cozinheira, zeladores, vigilantes, técnicos de enfermagem, assessor de coordenação e coordenadora. Já a estrutura conta com 6 consultórios, mais uma sala de observação (para hidratação e repouso dos pacientes), sala de reuniões, uma sala para curativos, farmácia, sala de grupos, pequena copa, coordenação.

O acesso pode ser espontâneo, sem encaminhamentos, ou referenciado por equipamentos de saúde ou pelo Poder Judicial. O serviço conta com o seguinte quadro de profissionais: quatro vigilantes desarmados, dois zeladores, uma farmacêutica, três auxiliares administrativos, três técnicos de enfermagem, duas enfermeiras, dois psicólogos, duas assistentes sociais, duas terapeutas ocupacionais, um médico psiquiatra, uma cozinheira, uma assessora de gestão e a coordenadora do serviço.

Quanto ao “cardápio” de atividades, diante da regulação vigente⁸¹, são ofertadas ações conforme o quadro profissional, quais sejam: acolhimentos e atendimentos individuais diariamente (com rodízio do profissional de referência a executá-los em cada dia da semana –

⁸¹ A Portaria nº 336 prevê que os CAPS devem ter ao menos as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros); atendimento a grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social.

psicólogos, enfermeiras, terapeutas ocupacionais ou assistentes sociais). Quanto aos grupos terapêuticos ofertados no serviço, há “Terapia Comunitária”, “Psicoterapia Grupal”, “Grupo de Terapia Ocupacional”, “Grupo de Redução de Danos”, “Grupo de Direitos Sociais”, “Grupo de Autocuidado e Família”. Os profissionais também realizam, semanalmente, visitas domiciliares voltadas para os casos em que se faz necessário esse contato, seja com o próprio usuário ou com sua família. E quanto às atividades realizadas pela equipe destinadas a ela mesma, os profissionais, com exceção do médico, reúnem-se semanalmente às sextas-feiras de manhã para discutir casos, assim como para programar intervenções na comunidade ou atividades comemorativas, compartilhar conflitos e dificuldades, propor soluções ou possibilidades, dar informes sobre a rede de saúde em geral etc.

O serviço, conforme Projeto Institucional que obtive nas visitas do campo e também confirmado nas conversações com os profissionais, orienta-se a partir da perspectiva de Redução de Danos (RD), na qual o foco situa-se na defesa da vida e filia-se ao paradigma da promoção da saúde. Ou seja, seu objetivo maior é ampliar as possibilidades de vida – e não unicamente diminuir os riscos e efeitos do uso abusivo das substâncias psicoativas. O CAPS AD aponta atuação na direção da (re-)inserção social dos sujeitos “usuários de drogas” na sociedade, o que o torna um equipamento contextualizado com a Reforma Psiquiátrica. Ainda teórico-normativamente, esse CAPS AD cenário da pesquisa é também um serviço de “baixa exigência”, ou seja, daqueles “serviços que acolhem usuários de forma mais tolerante, como uma alternativa para as abordagens tradicionais de alta exigência, aquelas que, tipicamente, exigem a abstinência total como pré-requisito para a aceitação ou permanência do usuário” (MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006, p. 813).

Já havia descrito acima que 25 foram os profissionais participantes da pesquisa, sendo 12 os profissionais participantes da oficina e 15 os entrevistados (dois entrevistados estavam na oficina) e que as entrevistas foram organizadas seguindo os CNC, descritos metodologicamente no início deste trabalho. Aqui cabem alguns detalhes implicativos da construção do CNC.

A inserção primeira na pesquisa se deu na APS, devido à minha história de vinculação já naquela UAPS, desde a época de residente e depois como preceptor e profissional da Psicologia. A facilitação desse acesso ao serviço me deu a oportunidade de, com algum grau de fluidez, conversar paulatinamente com os profissionais. Os profissionais foram sendo entrevistados em uma ordem – questão importante devido à analogia aos círculos hermenêuticos que os CNC portam – na qual a primeira profissional foi uma ACS, em

seguida o cirurgião-dentista, seguido da profissional da enfermagem e, por fim, os dois médicos. Os usuários foram indicados, uma pela ACS e outro pelo médico. Os profissionais, devido à mudança da organização da gestão cotidiana do serviço (transição que se consolidara à época de minha entrada no campo, em 2016), não acompanhavam mais tantos grupos (como hiperdia, gestantes e ações longitudinais de assistência) o que dificultou as indicações dos usuários com o perfil que pedia: vínculo com a unidade e com os profissionais, além de capacidade de discutir sobre o próprio território/comunidade de moradia. Consegui os 5 usuários, como tinha por meta, mas acabei, devido a outras questões (como agenda que conciliasse disponibilidade minha e dos usuários) conseguindo duas entrevistas que compuseram os CNC. Devido ao importante conteúdo de ambas, somadas as observações do serviço e narrativas dos profissionais, findei por dar-me por satisfeito.

Retomar esse debate que aparentemente é “metodológico” aqui nas discussões diz respeito ao fio condutor que foi se delineando nas narrativas dos profissionais: o modo de inserção do serviço como desenhado pela inserção da própria ESF como política ordenadora da APS na época de entrada dos profissionais na assistência pública municipal. Todos os profissionais tinham como vínculo de trabalho o regime estatutário (servidores de carreira, admitidos por concurso público) e, desde a ACS até os dois médicos participantes, intervenções em nível político eram presentes. A ACS já havia sido representante de bairro, de associações e mesmo organizava-se politicamente na luta sindical dos agentes comunitários; o cirurgião-dentista e a enfermeira eram do sindicato de suas categorias profissionais; um dos médicos havia sido representante dos residentes (na época em que cursava a especialidade) e depois seguira como profissional, assim como o outro médico havia sido da gestão municipal. Portanto, o perfil “político” dos profissionais era marcante e não necessariamente previsto no início da pesquisa. Os usuários, por sua vez, eram moradores de longa data do bairro e tinham em seu histórico a implicação com as lutas locais-comunitárias – esses usuários foram indicados pelos profissionais, embora ao final os profissionais não saibam quem, efetivamente, participou ou não como garantia de sigilo desses usuários.

No fragmento abaixo, comento em meu Diário a minha sensação ao ir percebendo o perfil que se delineava dos profissionais entrevistados:

Achei legal efetivamente encontrar profissionais ligados a algum tipo de ‘militância’. Fiquei com a impressão que ajuda a fazer um debate crítico sobre o próprio fazer em saúde dá mais pistas do que tenho procurado na pesquisa. Mas, eu não quero encontrar respostas prontas, mas esses sujeitos implicados mostram

caminhos que parecem ser mais promissores pra pesquisa. Então isso foi muito bom e eu me senti muito a vontade de entrevistar o [nome do profissional] (DOS).

O CNC desenvolvido no CAPS, que aconteceu ao longo de 2017, após etapa da pesquisa na APS, também teve como facilitador de acesso meu vínculo prévio com o serviço. Por ser responsável pelo ensino das disciplinas teóricas e práticas de saúde mental na UECE (universidade de meu vínculo profissional-docente), os estágios acadêmicos desse e de outros CAPS ficavam em minha responsabilidade, e lá já era um lugar de minhas visitas, reuniões e pactuações de ações conjuntas desenvolvidas entre estagiários-profissionais. Diferentemente do perfil dos profissionais da APS, todos os trabalhadores do CAPS eram temporários, admitidos por meio de seleção pública (sem carteira assinada, mediada por contrato de prestação de serviço) e assim, não sem motivo, o traço comum desse grupo e das narrativas tanto dos profissionais quanto usuários dizia respeito a essa condição de trabalho (precária e temporária).

A narrativa de um dos usuários participantes da pesquisa é emblemática no que diz respeito a esse elemento tão presente na dinâmica da produção do cuidado no CAPS – a relação precária e temporária de trabalho.

Olha, o serviço aqui ajuda, tá. E todos os profissionais são..., isso aqui é, nem a família da gente acolhe a gente como acolhe aqui. Aqui em ... tô desde dois mil e oito e certo que aqui só diminuiu os funcionário, né. Diminuiu as atividade. Porque antes quando eu vinha pra cá tinha muita atividade e aqui a gente não ficava de mão abanando, não. Tinha aqui atividade e a gente fazia uma pela manhã, e fazia outra à tarde, e no outro dia era do mesmo jeito. E tinha tudo, tinha tudo agora hoje tá mais ... Agora aqui eu só acho ruim porque é o seguinte: contrato de dois ano. E quando a gente tá, aqui mas muda de profissional e a gente tem que começar tudo de novo. Aí vem outro profissional e vai começar tudo de novo. Aí lá vai a gente vai repetir tudinho aquilo que a gente já tava acostumado a fazer. Aí o que a gente pode fazer, isso aí é a política da prefeitura, né (UCAP1).

Entre os quatro profissionais do CAPS, na ordem de entrevista, estava o assistente social (por ser, assim como a ACS na APS, o profissional estratégico que abria as portas para as demais entrevistas e, além disso, um dos poucos que estavam há mais tempo no serviço – há 5 anos), em seguida o redutor de danos, o psicólogo e, por fim, a pedagoga do serviço. À medida que os profissionais realizavam as entrevistas narrativas, por ser um serviço ambulatorial com presença mais constante e assídua do usuário no serviço, as indicações dos usuários foram mais fluidas, e as 4 entrevistas narrativas foram realizadas com mais facilidade que a APS (sem dúvida, ao revés do que imaginara na montagem da pesquisa). Apesar da vinculação precária no que diz respeito às relações trabalhistas, foi nesse serviço que mais claramente foi solicitada a intervenção da oficina que propunha (melhor discutida no próximo capítulo). O motivo disso, em meu julgamento, era uma relação

interpessoal (de equipe) mais constante entre os profissionais do CAPS que da APS, também o contrário do que eu imaginava, já que os profissionais da APS trabalhavam juntos há anos, mas visivelmente estavam em um processo de transformação do processo de trabalho que os deixava mais ilhados quanto às ações de equipe.

Outro elemento que chamou a atenção e que também decorre do próprio método – método como meio que dá relevo ao fenômeno – foi o fato de os profissionais remeterem o seu modo de cuidado com a própria história de vida; e assim o faziam especialmente destacando desde a história de inserção na comunidade (tanto profissionais como usuários), seja destacando o seu próprio adoecimento (especialmente no caso dos usuários), seja destacando a história profissional, seja relacionando o seu autocuidado com o que oferece ao outro. Quando digo que esses elementos foram favorecidos pelo método, isso diz respeito à característica aberta da entrevista que se iniciava já indicando ao sujeito que só dois momentos constituiriam as conversas que produziram as narrativas: o primeiro momento em que se perguntava “quem é você?”, “como cuida das pessoas?”, “como você já havia sido cuidado” e “como você deseja ser cuidado?”; e o segundo momento, outro bloco, com as perguntas “que necessidades em saúde e demandas sociais você percebe no seu território/comunidade?” e “que comunidade/ território é esse que você vive (ou atende, se profissional)?”.

O primeiro bloco produziu efeitos, nas narrativas construídas, de momentos de emoção (sobre o autocuidado), de autorreflexão sobre as práticas de cuidado consigo mesmo, de autocrítica e implicação com o cuidado e trabalho em saúde, respectivamente, como se vê nas narrativas abaixo:

Eu não me sinto cuidada. Nem... é como eu te disse, a gente acaba se fechando. Então eu cuido mais do que eu mesmo me cuido né (emoção, choro) (PAPS1).

Então assim, eu não me cuido em termos de saúde... você vê que eu não sou uma pessoa vaidosa, essas coisas eu não... eu nem ligo. Cuidado é aquele que tu tens que... eu num sei nem o que que seria essa palavra de cuidado nesse momento (risos) (PAPS2).

Eu acho que eu poderia me cuidar mais do que eu me cuido. A minha forma de me cuidar é falar, então eu não tenho dificuldade de falar o que eu sinto, das minhas impressões em relação ao que eu vejo fora de mim e dentro de mim, então eu acho que isso de uma certa maneira facilita um pouco o meu cuidado (PAPS5).

E eu me cuido, me cuido. Agora na recaída que é difícil né, não tem jeito eu não me cuido de jeito nenhum na recaída (UCAP1).

O que me motiva estar viva no meu trabalho é o compromisso que eu tenho com a minha profissão, é o compromisso ético/político que eu tenho é o que ainda me sustenta, porque o cenário não contribui (PCAP1).

Cuidar não é sufocar, então eu sou assim eu não gosto de ser, detesto, eu não produzo sobre pressão (PCAP4).

Foi também flagrante como os conteúdos das relações de cuidado moviam os conteúdos das próprias histórias de vida. O profissional abaixo mostra como as formas de fazer a atenção à saúde em suas diversas mudanças produziram o cuidar em posturas distintas ao longo do tempo:

Tive uma mudança grande porque a gente tinha um contato praticamente quase que diário com a equipe né; com o enfermeiro, com os agentes comunitários e com uma inserção muito grande com a comunidade: visitas, tinha o dia das visitas, mas qualquer dia a gente ia também; aparecia a necessidade a gente ia pro território; tinha umas atividades de grupo que a gente fazia também na comunidade. Mas, eu acho que o cuidado que mudou é porque eu mudei um pouco naquela visão individual do médico pra equipe né [...]. Então assim, a gente começou a, eu pelo menos comecei, a pensar nas pessoas né e tentando fazer um projeto terapêutico individual, pensando no trabalho em equipe, então eu vejo que teve muito essa (PAPS5).

Hoje aqui assim eu já consigo ver o cuidado um pouco mais amplo né do território (PAPS5).

Já no campo da saúde mental (especialmente por tematizar a questão das drogas), na narrativa abaixo, um dos entrevistados indica que sua relação com o objeto de intervenção (relação do usuário com as substâncias psicoativas) tomou outro contorno quando o problema já não era com o “desconhecido” usuário, mas com o próprio filho, e isso tinha repercussões no seu próprio fazer:

Eu era um cara era muito diferente, eu era um cara muito difícil. Eu tive problema com meu filho usuário e eu já tava.... pô, não tirei de letra não porque você sofre pra caramba. Mas, cara, se eu não tô na área eu não sei como teria sido aquele processo, mas graças a Deus eu soube lidar com a situação com a ajuda de alguns profissionais aqui (PCAP2).

Outro profissional também indica que a questão do uso abusivo de substância também esteve presente em sua família e o influenciou na entrada no campo da saúde mental. O relato abaixo demonstra o que ele percebia no problema com a família:

A minha família teve problema muito sério com o alcoolismo que foi o meu pai né. Antes até um ano de nascido ele tinha problema com álcool muito forte mesmo de agressão e de tudo né, até que minha mãe religiosa e sempre tentou levar ele pra igreja e tal até quando eu tinha mais ou menos um ano de nascido ele mudou de vida radicalmente, radicalmente mesmo (PCAP3).

Os usuários, por sua vez, associavam mais diretamente sua história de vida organizada pela história das ocupações que tiveram e associam a história de vida/trabalho ao

adoecimento (como consideravam o alcoolismo e outras relações abusivas com as substâncias psicoativas) como se vê na narrativa abaixo:

Comecei a trabalhar cedo. Comecei a trabalhar na [nome da empresa privada] logo quando eu saí do Senai. Eu estudava no Senai pela manhã e à tarde ia pra fábrica né – porque naquela época que ainda era ditadura, né, aí a gente quando era novo botava a gente logo pra né – e quando a gente tava no último semestre lá no Senai (porque lá era dois anos né, era de graça e ninguém pagava nada) – e faltando o último semestre – eles já escolhia aqueles melhores já escolhia o campo pra ele ir se adaptando com as indústria, né. E eu comecei na [nome da empresa], terminei o Senai e assinaram a minha carteira na época e tudo. De lá pra cá eu vinha trabalhando só em metalúrgica naquela época né antes de fazer o concurso do [órgão federal que era concursado]. E fiz o concurso do [órgão federal que era concursado], né. Passei. E naquela época era mais fácil os concurso e eu tinha já tinha terminado o segundo grau, porque naquela época era admissão né e tinha terminado admissão e tinha feito curso. Trabalhei, faz uns trinta ano. Aí tudo bem trabalhei e tudo e naquele tempo era melhor da gente trabalhar, porque quando a gente chegava nos canto, aí a gente ganhava a nossas diária, né. Mas aí a prefeitura dava tudo, né. Porque ia trabalhar pra prefeitura, então pronto; dava almoço, janta, merenda e mais a hospedagem né e a diária ficava livre no bolso aí pronto, aí eu fui conseguindo e onde eu chego eu faço amizade e tudo boas amizade e bebendo também. Agora a bebida eu comecei a beber devagarinho, comecei a beber e me controlava mesmo e eu só bebia quando terminava o serviço. Aí chegou o tempo que o álcool ele é progressivo, né. Aí pronto, comecei bebendo Rum Montilla com Coca naquela época e era bom e tudo e fui passando pra cachaça, passei pra cerveja e tudo e foi aumentando, aumentando (UCAP1).

E o que todos esses elementos acima descritos – desde a configuração mais específica dos serviços estudados e de informações detalhadas e implicativas das configurações dos CNC que compunham os profissionais e usuários da UAPS e CAPS – respondem ao título deste tópico 5.2? Discutamos abaixo.

Como mais alguns apontamentos provisórios que acumulo paulatinamente ao longo deste capítulo de discussão, destaco que os elementos que constituem as “histórias de vida” (conforme o método operado nesta pesquisa indica) e relação de cuidado nos grupos dos profissionais (seja na APS, seja na saúde mental) fazem refletir o cuidado a si mesmo, além de evidenciar que os modelos organizativos assistenciais produzem ativamente formas de fazer e pensar a saúde com efeitos no próprio sujeito (implicada e afetivamente, e não só em sua lógica técnica de agir). Já nos usuários os conteúdos das histórias de vida e cuidado remetem à história de sofrimento e adoecimento, e menos à sua própria prática de cuidado (embora apareça de modo crítico e ligado ao modelo biomédico, majoritariamente) – diferentemente dos profissionais, portanto.

O que há de conteúdos interacionais aqui que quero apontar? O cuidado como mediador de relações e de regras do que se pode comunicar e agir, que podem fazer ser viáveis ou não dados modos de relacionamento intersubjetivo. Os serviços, ao se organizarem de qual ou tal maneira, como exposto nesses dois primeiros tópicos, permitem ou viabilizam

determinadas formas de cuidado. Equipes e formas de organizar a agenda e o processo de trabalho (melhor discutidos no tópico a seguir) podem favorecer ou não ampliação do cuidado.

Aqui é possível apontar que a APS tem, por uma parte, a longitudinalidade a seu favor, profissionais (especificamente os que participaram da pesquisa) com nível de ativismo significativo e notório, mas, por outra parte, uma fragmentação do atual modelo que reverbera na relação de cuidado: profissionais se implicam com o que produzem em termos de cuidado, todavia parecem estar na direção de distanciamento dos usuários, que por sua vez parecem reconhecer a presença territorial dos profissionais nas comunidades, mas já com menos ênfase nas relações vinculares. O momento de tensão de modelos de cuidado (já anunciado no item anterior deste capítulo) se atualiza nas discussões deste tópico ao deixar em relevo que o atendimento à demanda é a guia intersubjetiva das condições de produção das técnicas de cuidado desenvolvidas no serviço de APS.

No CAPS parece ficar evidente que os vínculos precários têm colocado a própria pauta da temporalidade do cuidado e, por outro lado, a própria demanda do objeto cuidado nesse serviço (a relação dos sujeitos com as substâncias psicoativas) remete a conteúdo das próprias histórias pessoais dos profissionais com o seu cuidado e decisões dos espaços onde decidem estar para atuar. Demandas dos profissionais e usuários parecem se fundir em torno da proteção diante das relações vulneráveis ou aspectos “carentes” (melhor trabalhados no item 5.5) e que mediam as relações intersubjetivas no CAPS.

Diante desses dois primeiros tópicos que formaram o bloco das descrições críticas dos vetores contextuais e interacionais da pesquisa, segue abaixo a discussão a partir das categorizações empíricas que configuraram a análise do conjunto do material empírico.

5.3 Racionalidade sistêmica biomédica e racionalidade mundana cuidadora: construção dos processos de trabalho e organização das demandas e serviços de saúde

As discussões que seguem expõem como os profissionais e usuários articulam o seu cotidiano de práticas de saúde. Ou seja, representam as construções sistematizadas nas categorias empíricas “Processo de Trabalho” e “Serviços e Demandas”, em que se versa sobre os modos como foram construídos os processos de trabalho na UAPS e no CAPS pesquisados, assim como as formas como é relatada a organização da demanda e dos modos de cuidado nos serviços de atenção primária e saúde mental. Destacaram-se narrativas no que

diz respeito à construção do sentido sobre o cuidado, sobre a inserção dos profissionais na prática daquele serviço (campo de estudo), a construção da agenda assistencial (conjunto de práticas articuladas ao longo de uma semana, construindo-se uma “rotina de ações”). Paulatinamente, com a exposição dos conteúdos narrados (aqui neste tópico e no seguinte ainda mais presentes), realizo algumas articulações teóricas e aponto, enfim, pontos que evidenciam as racionalidades do cuidado, objeto desta seção do capítulo.

Início a exposição de conteúdos narrativos a partir do que os próprios profissionais da UAPS referem como a marca de suas inserções na atenção primária municipal: a territorialização. Para eles, como se vê no relato de um dos profissionais abaixo, a territorialização realizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) foi importante para estabelecer uma lógica da ordenação das práticas de saúde:

Então quando houve a entrada dos servidores em 2006, uma característica que eu recordo bem é o fato de que o processo inclusive de imersão, de entrada nos serviços ele se deu junto realmente. A equipe de saúde bucal, os dentistas na verdade né, não toda a equipe, porque o concurso na época não foi feito para os demais integrantes da equipe de saúde bucal, ou seja, auxiliares e técnicos de saúde bucal. Mas assim o dentista, como componente da equipe de saúde bucal, junto com enfermeiros e médicos né. [...] no começo... obviamente que houve uma distribuição das equipes, uma separação das equipes de saúde da família e saúde bucal pelo território. E na verdade a gente chegou no território tendo que fazer um processo de reterritorialização porque existia uma territorialização, vamos dizer assim, formal... sem muito critério realizada há um tempo antes. Então a gente começou fazendo um processo de territorialização efetiva. [...] A gente tentou construir na época alguns processos inclusive de acolhimento da comunidade, da população, de forma unificada, unida e tudo. Mas, como eu disse, com o tempo o próprio processo de trabalho foi de certa forma se fragmentando, separando as formas de acolhimento, de recepção né. Então, como é que se organizava o atendimento... a parte clínica, vamos dizer assim? A gente fazia... a proposta não existia nenhuma... nenhuma, vamos dizer assim, organização da equipe ou das equipes pra recepcionar, nenhuma forma de acolhimento pra receber as pessoas (PAPS2).

Outros profissionais confirmam a mesma sensação de ordenamento que fez a territorialização na inserção inicial dos profissionais da ESF em seus processos de trabalho, dando destaque à estratégia de equipe e da visita nas comunidades de abrangência da unidade de saúde, na primeira narração, e também com destaque do efeito nas “ações clínicas” dos profissionais e também na “gestão do trabalho” a partir de um processo considerado mais “democrático”:

[...] aqui em Fortaleza mudou. Teve uma mudança grande porque a gente tinha um contato praticamente quase que diário com a equipe né, com o enfermeiro, com os agentes comunitários e com uma inserção muito grande com a comunidade, visitas, tinha o dia das visitas, mas qualquer dia a gente ia também, aparecia a necessidade a gente ia pro território, tinha umas atividades de grupo que a gente fazia também na comunidade (PAPS5).

Mas assim, eu sentia que havia um desejo de boa parte dos membros das equipes de saúde da família e bucal de atuarem no território, de usarem e utilizarem... de terem como referência certos espaços no território como uma forma de organizar seus processos de trabalho, principalmente, o aspecto clínico mas também preventivo da sua atuação no território, ou seja, seu processo de trabalho no território (PAPS2).

[...] dentro desse processo de trabalho, como eu falei, além da ida ao território tinha, por exemplo, as rodas de equipe, o processo de gestão do trabalho que de certa forma eram mais democrática, com as limitações que eu já citei antes... mas abertos à possibilidade da discussão da equipe com sujeitos do território, dentro da roda de gestão, mas principalmente dentro do conselho local que se organizou e se estruturou (PAPS2).

Com o passar do tempo, gestões em saúde foram modificando processos de trabalho. Para os profissionais, é o momento de mudança de modelo de atenção (modelo de cuidado às doenças crônicas em relação à anterior ESF – nesse instante, desconfigurada), discutido no primeiro tópico deste capítulo, em que se dá uma maior fragmentação do processo de trabalho, como se relata abaixo:

A gente tentou construir na época alguns processos inclusive de acolhimento da comunidade, da população, de forma unificada, unida e tudo. Mas, como eu disse, com o tempo o próprio processo de trabalho foi de certa forma se fragmentando, separando as formas de acolhimento, de recepção né. Então, como é que se organizava o atendimento... a parte clínica, vamos dizer assim? A gente fazia... a proposta não existia nenhuma... nenhuma, vamos dizer assim, organização da equipe ou das equipes pra receber, nenhuma forma de acolhimento pra receber as pessoas (PAPS2).

A mudança ocorrida em 2013, com advento de nova gestão, de outra base e coligação partidária, reconfigurou a ESF e, para os profissionais entrevistados, a mudança desfez a característica da organização do processo de trabalho anterior. Um dos profissionais explicita de modo mais claro a expressão dessa mudança na organização da agenda com claro efeito na carga horária destinada à ação clínica de atendimento às demandas consideradas agudas (ou pronto-atendimento):

Hoje nós estamos dando 32 horas [de carga horária de trabalho assistencial], onde oito [das restantes, do total de 40 horas] é pra educação continuada. Dessas 32 horas, nove horas eu estou pra demanda espontânea, que é... com essa demanda espontânea na realidade a prefeitura quer que a gente faça uma mini UPA. [...] somos obrigadas a junto com a demanda programada [pacientes agendados, programas de assistência na APS] que fica... quantas horas? Nove horas... fica 21 horas [23 horas] né? 21 [23] horas pra demanda programada e dessas 21 [23] horas nós somos obrigadas também junto com ela, em cada atendimento, fazer uma demanda espontânea. Ou seja, encaixar pacientes. [...] se alguém faltar na demanda... faltar algum enfermeiro na demanda espontânea nós somos obrigadas a cancelar nossos atendimentos aonde os pacientes vão ter que voltar ou então vai passar pela triagem e ver se vai conseguir atendimento. Então nesse contexto quem entende em relação à saúde da família, a Estratégia Saúde da Família, foi totalmente desvirtuada, a verdade é essa. Então, resumindo diminui-se mais um tempo em relação à demanda programada (PAPS3).

Um dos participantes que havia participado da gestão da saúde reforça em sua narrativa o sentido atribuído pela atual política pública de saúde ao que seria prioridade e mediador da relação de cuidado – a ampliação da cobertura, a necessidade de atendimentos. Em seu relato abaixo, explica a orientação das práticas para o modelo almejado e tentativas de aperfeiçoamento entre 2013 e 2016:

[...] essa questão das práticas a gente tinha muita visão de garantir o atendimento só que isso com o tempo foi até mudando e durante uns três anos a própria Secretaria amadureceu, porque no início era muito assim tem que atender, tem que atender e garantir só que a própria gestão viu que, por exemplo, o número de gasto com o medicamento e com exame aumentou muito porque ficou muito no esquema da consulta-ação (PAPS5).

Já foi apontado anteriormente e aqui cabe retomar: determinados modos de organização do trabalho em saúde favorecem determinadas formas de cuidado. No relato abaixo se vê como a organização da demanda e relação com oferta do serviço operam determinadas posturas ao realizar o ato clínico:

Outra coisa grande que levou essa demanda espontânea [pacientes em busca do pronto-atendimento] foi [, por exemplo,] pacientes hipertensos. Eles, antigamente, eles sabiam que se faltasse o grupo de atendimento, né, no dia que tava sua consulta marcada, ele tinha que dar um jeito pra vim ou então falar que seria remarcado. Hoje em dia não, eles não querem mais vir pros atendimentos. Eles acham que chegou no acolhimento, tá sem medicamento, então vou receber meu medicamento e ‘pp’ [expressão desconhecida], não dá importância pra todas as orientações que são altamente necessárias [como eram realizadas nas consultas programadas e por grupos de atendimento] (PAPS3).

O processo de trabalho na APS, então, pode ser expresso em termos de objetivos (apesar de não se reduzir a isso) do lidar com a demanda na expressão da organização da agenda. Ela é sistematizada na fala dos profissionais abaixo, de modo a clarificar que cotidiano assistencial é esse:

Isso é na segunda, na terça, eu faço o que? Atendo pré-natal mais demanda espontânea, aí demanda espontânea... atendo três horas de demanda espontânea e mais três horas de pré-natal. Quando é na quarta, já fica difícil, na quarta... aí eu vou, já tem o ‘Cresça com o Seu Filho’, outro programa que a gente tem que acompanhar. Aí mais tarde que é um programa novo né, pra poder acompanhar o desenvolvimento intelectual da criança. Isso tem que ter o número de horas, o número de horas não é a gente que escolhe o número de horas, eles botam e dizem ‘você tem quatro horas no mínimo pra atender a criança’. [...] Aí quinta-feira é visita domiciliar, uma visita, tento fazer reuniões e ainda tenho o [Programa Social] Bolsa Família e também tem gestante pra mim atender porque fica... é meio corrido né, porque se não a gente não consegue encaixar as gestantes. Aí na sexta fico com a puericultura, hipertenso, planejamento familiar e se aparecer alguma outra coisa, também atendo, né. Não vou deixar a minha paciente... chegou perto de mim, foi minha referência, eu tento ajeitar a vida dela porque a importância é dar... é esse laço, esse vínculo que ele saber por quem vai procurar e ‘eu tô com problema, por quem é que eu vou procurar?’. Então é importante a gente ter o vínculo com a comunidade em relação a isso (PAPS3).

A necessidade de se atender e cobrir em forma de ações em saúde a população com agravos crônicos (meta do modelo de cuidado, apesar do marcante tempo de atendimento à demanda aguda) se expressa da forma a seguir:

[...] a gente tem, como eu falei, alguns horários reservados pra essa população prioritária né, que aí é a puericultura, o pré-natal... e aí assim, o que a gente costuma chamar de ‘hiperdia’ classicamente, mas assim, lá na nossa equipe eu tô tentando mudar o nome para ‘condições crônicas’. Porque dentro desse grupo não estão só hipertensos e diabéticos, são os clássicos né. Estão ali também os pacientes com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), estão ali também os pacientes de saúde mental, principalmente aqueles de saúde mental que já são um pouco mais velhos ou idosos. A gente tem um grupo de idoso também, que aí a gente faz um foco voltado pro risco de queda, questão de prevenção de doenças demenciais (PAPS4).

Entretanto, o desafio diário parecia ser, no relato dos profissionais, a mediação constante com os atendimentos “não marcados” – aqueles que são configurados como “demanda livre” ou atendimento às condições agudas, que requeria novos manejos da demanda não só pelos profissionais de nível superior, mas também agente de saúde e toda a equipe (mesmo com as fragmentações já apontadas):

[...] a gente tem 25 vagas pra marcação de consultas e a gente tem 15 marcadas né. Então assim, mas isso é hoje. [...] Mas via de regra a gente tenta ao máximo... quando a gente vê, por exemplo, e aí tem época que realmente lota. Então assim, lotou? A gente tenta dar vazão pra essas demandas então, ‘oh, você não conseguiu ficha hoje, mas qual é a sua queixa?’ – isso quem faz a marcação são os agentes de saúde e eles são orientados a quem não conseguir marcar consulta perguntar o que é que tá sentindo. Se for uma coisa urgente, uma coisa que tem que ser resolvida logo, que o paciente entenda isso e o agente de saúde também faça essa interpretação... a gente entende que ele tem essa capacidade, ele pode orientar ‘não, pois o [nome do médico] vai tá fazendo o atendimento do acolhimento no posto no dia tal, vá lá’. E aí a gente sempre tenta garantir esse atendimento da nossa equipe, pra tentar realmente garantir essa cobertura e tudo mais (PAPS4).

Mais que revelar que o centro do processo de trabalho atual tem o atendimento à condição aguda (também denominado de “demanda livre” ou “pronto-atendimento”), mediado pelo método da queixa-consulta, aqui já aparece a questão da “cobertura” como a diretriz da APS. A cobertura aqui é significada pelo profissional não só como ação de gestão para garantir assistência da população pela política de saúde daquela prefeitura ou quaisquer unidades governamentais, mas como operador de relações de cuidado. Esse conteúdo é tão relevante que discuto mais à frente como tal significante opera relações de mediações de linguagem no cotidiano da APS; mais que isso, que é uma das potentes metáforas (como chamarei à frente e debato em mais detalhes no fim deste capítulo) que conduzem as relações do cuidado nesse nível de atenção. De todo modo, aqui já deixo clara a presença da

“cobertura” na mediação cotidiana do serviço com a fala abaixo que considero representativa dos modos como se opera, enfim, o cotidiano da APS:

Então a gente tenta trabalhar de uma forma de garantir o atendimento da demanda, mas ao mesmo tempo garantir também o atendimento daqueles grupos que a gente entende que são grupos de risco, são grupos prioritários. A gente trabalha hoje com uma cobertura de cerca de mais ou menos três mil pessoas né, é uma população muito favorável né. Apesar de ser uma população de risco um, ou seja, que a maioria da população faz uso do sistema de saúde em termos de assistência né (PAPS5).

Ora, garantia do cuidado em saúde era significado em termos de garantia de cobertura e, por isso, eram necessárias ações em termos de ampliar oferta, número de equipes e mesmo homogeneizar os serviços, afinal, a racionalidade instrumental, já foi apontado, define fins por meios e tem a tecnificação das ações como seu horizonte. Os dois trechos de dois profissionais da APS a seguir, com os respectivos grifos, são característicos dessa lógica da cobertura como operação de uma dada lógica sistêmica de racionalidade dos insumos e modos organizativos (amparada em discursos biomédicos):

Eu acredito, olhando desse ponto de vista, que a *ampliação da oferta* de serviços pela ampliação do número de equipes isso teve um impacto direto na questão da ampliação do acesso da saúde (PAPS2).

[...] inicialmente na Secretaria o que a gente tentou organizar num primeiro momento era *garantir vamos dizer o aumento do acesso da atenção* às pessoas e como eu trabalhava em Fortaleza desde dois mil e seis realmente eu sabia que tinha que mudar, porque eu acho que o primeiro ponto a se mudar é a questão do *funcionamento mais homogêneo* das unidades no sentido de ter um horário pra abrir e ter um horário pra fechar, ter uma garantia que aquele dia vai ter atendimento (PAPS5, grifos meus).

Já na saúde mental, com imersão profissional marcadamente distinta da APS, sem territorialização nem um processo conduzido por alguma estratégia organizativa da gestão de saúde municipal, o início da organização do processo de trabalho se deu com estratégias singulares feitas pelos próprios profissionais ou equipes com o conjunto de técnicas e saberes que o profissional se sentia apto a mediar nas relações com a própria instituição (CAPS) e com os usuários. A territorialização não foi, assim, fio condutor da inserção dos profissionais na SM, enquanto ordenador do processo de trabalho. A fala a seguir expressa esse processo anunciado:

Antes de chegar aqui eu trabalhava no CAPS AD da Regional II, que é no Centro e referência população em situação de rua. Então quando eu vim pra cá eu vim com essa vantagem também, né. ‘Olha, eu vim de um CAPS que é referência numa população difícil e que eles me abraçaram, eles me adoraram do jeito d’eu fazer’. Claro que toda regra tem exceção. Teve usuários que não gostaram da minha proposta [de atividades grupais], mas a maioria gostou da minha proposta e os profissionais lá também eu tive que conquistar sabe (PCAP4).

Pelo contrário, o dilema mais presente era que a organização do processo de trabalho parecia constantemente atravessada pela finalização dos contratos e quadros de profissionais a cada dois anos e consequente contratação de novos, e em número sempre decrescente em relação ao quadro de profissionais anterior. As duas narrativas de dois distintos profissionais do CAPS expressam essa dinâmica da fragilidade do vínculo como constitutivos do processo de trabalho em SM de Fortaleza:

O que prejudica é a questão da dificuldade de se construir processos de trabalho que visem uma educação continuada, uma educação permanente, que desenvolva um vínculo do profissional com o serviço, com a instituição, com o usuário, com a comunidade. E tudo leva tempo e hoje se encaixota esse tempo em dois anos. Então, a cada dois anos toda uma equipe praticamente de profissionais de nível superior, que estão mais diretamente ligados ao projeto terapêutico dos usuários, elas mudam a cada dois anos. Então isso gera quebra de vínculo, isso gera cansaço, isso gera desmotivação, isso gera imediatismo. Eu consigo vislumbrar essas [...] problemas: é o imediatismo, é a desmotivação, é a quebra do vínculo (PCAP1).

[...] é muito complicado porque são uns vínculos totalmente fragilizados, né. E como eu já tinha te falado também, você passa um ano dentro do serviço e no próximo ano você já tem que pensar no seu futuro e isso complica um pouco. E aí combina com a comodidade que é você tá dentro do serviço, né (PCAP3).

Apesar dos distintos problemas de fixação e das organizações das imersões dos profissionais e consequente ordenação do processo de trabalho, o efeito da produção da atividade clínica como sendo o principal eixo das atividades também aparece no CAPS. Nos relatos dos profissionais isso se dá pelas dificuldades que se encontram de organizar o processo de trabalho de outra lógica. A agenda abaixo descrita por um profissional do CAPS demonstra a centralidade do atendimento clínico individual ambulatorial:

[...] eu tenho aqui atualmente quatro turnos de atendimentos individuais né. Antes de mim só tinha uma psicóloga que ela trabalhava mais com os grupos terapêuticos mesmo, e não me engano tinham três ou quatro grupos e não fazia tanto atendimento individuais. Quando eu cheguei meio que veio essa demanda pra cima de mim né ah tem muito usuário precisando e tal aí isso meio que me sugou um pouco né é tanto que a agenda tá até bem preenchida em relação a isso (PCAP3).

As demandas da comunidade e presentes nos territórios às voltas do CAPS são sentidas, mas nem sempre, com o modo em que se organizam os processos de trabalho, é possível a organização de ações na direção comunitária-psicossocial ou territorial. O relato de uma das profissionais abaixo demonstra, por meio da expressão “miniterritórios”, a centralização da oferta de atividades centralmente no serviço:

O que eu acho é que as pessoas – as pessoas que eu falo [são] os profissionais – que estão nos miniterritórios, que estão nas instituições, eles deveriam realmente utilizar o território como uma grande potência de cuidado. Porque eu penso que a gente faz a micropolítica, mas tem a macropolítica e muitas coisas nós dependemos da

macropolítica. Nós dependemos da gestão maior, no entanto, nós fazemos a gestão do cuidado, nós fazemos a gestão do cuidado aqui no miniterritório. E muitas vezes a impressão que eu tenho é que os profissionais se acomodam, se acovardam ou não têm mesmo a intenção de fazer o território. [...] Como é que eu tenho do meu lado um posto de saúde com cinco equipes e eu não faço nada, eu não conheço um médico, minimamente um médico ou os profissionais da recepção pra tentar facilitar, ajudar, melhorar esse acesso dos usuários. Então que Lei é essa que me proíbe de fazer isso? Que aval é esse que eu preciso ter. Então, a impressão que eu tenho é que muitos profissionais não atuam no território ou é pelo total desconhecimento do que seja o trabalho no território ou porque não sei se é uma acomodação, se achar que o que eu ganho é só pra isso aqui mesmo (PCAP1).

Se na APS são flagrantes as necessidades sociais em saúde (tema mais desenvolvido no próximo capítulo) pela própria condição da localização espacial do serviço fincado no território de dada comunidade, na saúde mental, no CAPS AD pesquisado a presença dessas necessidades no processo de trabalho é também marcante, corroborando a necessidade da configuração da Atenção de Base Territorial. Os profissionais, diante do modo de organizar o processo de trabalho (fundamentalmente mediado pela produção de atenção ambulatorial no consultório) e as necessidades sociais pelas quais passam/sentem os usuários, conseguem perceber que outras tecnologias do cuidado, como acolhimento e escuta, grifados abaixo, devem constituir as práticas em saúde mental:

Eu acho que a diferença é grande [entre o que os usuários precisam/demandam e os serviços ofertam]. Mas dependendo de como o serviço funciona com os profissionais que estão aí inseridos e tal eu acho que pelo menos o essencial pra garantir, entendeu? Por mais que precise de muitas outras coisas, mas o *essencial que é o acolhimento, o cuidado, a escuta* dependendo de como o serviço está eu considero que seja o principal, isso tá garantido né. Mas, realmente existem muitas outras demandas que o serviço não dá conta principalmente questões sociais e econômicas né. Porque tem muitos usuários que tão no [CAPS] AD no controle de substâncias, mas quando a gente vai conhecer a pessoa, o cara tem seis filhos; a esposa dele também é usuária; ele não tem emprego; ele é deficiente ainda. E aí, o cara, o dinheiro que ele consegue no sinal, ele paga as contas e depois, pra não ficar brigando com a mulher dentro de casa, vai fumar um baseado e tomar cachaça. E aí já teve muitos casos que a pessoa vinha pro atendimento psicológico por causa de uso e tinha diversas outras dificuldades (PCAP3, grifo meu).

A relação da construção do processo e trabalho é mediada, com muita ênfase, na relação com os usuários que frequentam o serviço ou na suposta “clientela” (ou perfil de clientela) do serviço. Em saúde mental, entretanto, a análise do processo de trabalho segundo a demanda também deve ser atravessada por aqueles (usuários, familiares, diversos sujeitos) que não estão no serviço, o que torna o processo ainda mais complexo. Afinal, devido aos processos de estigma, preconceito, exclusão social, alguns beneficiários do serviço ou “público-alvo” do atendimento podem não ir ao serviço. Essa dinâmica é expressa na fala da profissional abaixo:

Uma realidade desse serviço é a ausência de adolescentes e de mulheres, né. [a demanda] É predominantemente de homens adultos né. Quando eu cheguei aqui eu vi logo escancarada essa ausência. E onde estão essas pessoas? E a equipe levantou essa bandeira, né, da gente fazer alguma coisa no território, né, pra cuidar dessas adolescentes e dessas mulheres que não estão aqui né. Os poucos que chegam aqui não permanecem e as que ficam, as mulheres, né, que são poucas, se resume ao atendimento médico exclusivamente. E aí a gente fica se perguntando por quê? Por que, por que, né. E aí nossas intervenções são baseadas nas prioridades né, prioridade a quem já está aqui e em segundo lugar quem não está aqui por que, né? Porque não estão aqui, não tem grupo de mulheres, não tem grupo de adolescente, eles não ficam, não se vinculam e porque não tem (PCAP4).

Ora, o próprio serviço, como o profissional relata, pode ser o responsável pela negligência da oferta de serviço, e não só os usuários por não “buscarem” o serviço. Assim, pode não só não organizar um processo de trabalho que caminhe na direção do acesso a todos os possíveis beneficiários, como corre o risco de repetir os processos de exclusão que a atenção psicossocial em saúde mental deve combater.

Até aqui, quis demonstrar o processo de trabalho constituído pela objetividade das condições de infraestrutura das unidades (seja UAPS ou CAPS – como apresentadas no tópico 5.2) e também pela dimensão política – que tem a capacidade de ordenar formas organizativas de equipes, lógicas de atendimento e fornecimento de instrumentais e insumos (apresentados no tópico 5.1 e mais fluidamente ao longo das últimas páginas deste tópico 5.3). O último parágrafo acima já nos advertiu que a caracterização da clientela e estabelecimento do perfil é também demanda política (inclusiva, socialmente falando) e subjetiva, já que eminentemente, diz respeito à concepção – apesar de enrustir-se de objetividade. Assim os parágrafos a seguir falam da outra categoria empírica presente neste tópico: “serviços e demandas”.

Na APS alguns profissionais, ao remeterem a caracterização da população assistida, remetem-se à história da comunidade, como se vê na narrativa a seguir, em que se articula a história do local com as necessidades sociais em saúde dali surgidas na decorrência do processo de habitação e ocupação da cidade:

[...] um pouco da história da comunidade: é uma comunidade que... de pessoas que a maioria delas veio [para o bairro, vieram] do interior, né, assim do estado, e obviamente foram jogadas pras áreas mais periféricas da cidade. Então assim, em sua grandessíssima maioria uma população realmente pobre assim, economicamente com muitas necessidades. Tem grupos lá de pessoas que obviamente viviam em situações extremamente precárias [referindo-se às Dunas]. Muitas das casas lá foram construídas por ocupação, ou seja, uma luta pelo direito à moradia. Então assim, o que eu sentia era que no final das contas a atenção à saúde representava mais um obstáculo, era mais uma dificuldade que as pessoas enfrentavam na difícil vida que elas já enfrentavam né do dia a dia, na dificuldade com relação ao emprego, em relação, principalmente, à garantia do direito à moradia (PAPS2).

Nesse sentido, os relatos dos profissionais e usuários são aproximados, o que faz parecer que a história da comunidade tem potência de unir horizontes de entendimento sobre

as necessidades sociais. A narrativa abaixo de usuário da UAPS fala do processo de ocupação da Barra do Ceará:

A gente chegou nessa Barra só tinha nossas barraquinhas aqui, em 84. Ainda tinha umas barracas do outro lado. Essas barracas aqui pouca que era dunas, 100% dunas, um muro de contenção de um metrozinho mais ou menos. Um muro pra proteger a duna pra não vir pra avenida e as entradas específicas (UAPS2).

Por outro lado, quando o modo de configurar o entendimento sobre a “demanda” passa pelo estabelecimento de critérios técnicos (geralmente numéricos) em que se detém a polissêmica concepção de cobertura e ampliação de atendimentos, a história da comunidade e suas especificidades não são os elementos primordiais para ação em saúde. A longa narrativa a seguir, que peço licença ao leitor para reproduzir e só depois comentá-la, ilustra o processo instrumental de ampliação da cobertura sem uma lógica de atenção territorial mais clara, a partir da perspectiva histórica do profissional que estava implicado com a construção e operacionalização do novo modelo:

O primeiro momento [da gestão da mudança do modelo organizativo da APS] que a gente teve foi mais quantitativo e não era muito de quali. Era de garantir – e não que eu defenda essa estória de [funcionamento das UAPS's das] sete às sete – mas de garantir um horário e aí como tinha uma linha do prefeito de querer mudar de sete às sete, ficou de sete às sete. Mas pra mim poderia ser de oito às cinco, sete às cinco, mas o importante é que toda a unidade de saúde a população sabia que aquela unidade ia tá funcionando naquele determinado período e não tinha horário de almoço, por exemplo, que uma equipe entrava e outra saía e isso num certo ponto, e em relação a um certo aspecto, dá uma segurança pras pessoas e é uma melhoria da qualidade do acesso. Então, no primeiro momento foi isso: [1] *foi aumentar acesso; aumentar as equipes; aumentar a cobertura*. Só que a gente sabia que isso por trás precisava de uma qualificação, né. Que também, por exemplo, na questão dos médicos era complicado porque muito movimento, médico recém-formado, mas não tinha outro jeito era o que tava posto e só dava certo se for assim. Então, assim, essa questão das práticas a gente tinha muita visão de garantir o atendimento só que isso com o tempo foi até mudando e durante uns três anos a própria Secretaria amadureceu, porque no início era muito assim: *tem que atender, tem que atender e garantir*. [2] *Só que a própria gestão viu que, por exemplo, o número de gasto com o medicamento e com exame aumentou muito porque ficou muito no esquema da consulta-ação, vamos dizer assim, que era a atenção*. Aumentou, porque na hora que você aumenta o acesso a qualidade, a percepção de qualidade das pessoas aumenta, então quem não tinha, por exemplo, uma unidade de saúde e que foram, né, dezoito ou dezenove unidades ou mais, de noventa e pouco passou pra cento e dez e quase vinte unidades que abriram e as outras reformados e com horário disponível. Então, essa primeira impressão é um aumento de qualidade só que depois que as pessoas têm o primeiro acesso aí as pessoas já começam a cobrar que aquele atendimento seja bom. Então aí que a gente começou a ver também que... e aí fomos tentar organizar os processos na atenção primária. Então, todo o meu trabalho na qualidade, [3] *a gente voltou numa etapa muito fundamental que foi organizar os mapas, processos, e começou com a territorialização*. Só que, assim, na minha visão o que faltou muito foi a comunicação com os profissionais, porque era assim a gestão: ‘vamos dizer assim fazendo mundos e fundos, tentando com consultoria’ ... e aquele negócio todo, oficina e gastando um recurso importante pra e ... vamos dizer assim, achar que tá abafando e lá na ponta as pessoas não terem essa percepção. Então isso meio que chegava até o gestor e o gestor não passava pra..., entendeu?

Então isso meio que murchou, [4] *mas a ideia do ... foi meio que organizar porque tinha muita coisa básica que era território, era cadastro, era organizar as condições crônicas e fazer estratificação de risco das pessoas, então era aquela visão muito mais assim do sistema de saúde né.* E isso foi mudando, é tanto que assim no último ano a gente investiu na formação de grupos né, voltou pra questão do coletivo né porque aquela demanda inicial também reduziu e as coisas foram se acomodando, eram muitas coisas novas, era posto inaugurado, era funcionamento de sete às sete (PAPS5, grifos e numerações minhas).

Os grifos e números que inseri na narrativa de cunho discricional-histórico acima dizem dos destaques que agora quero tecer. No primeiro grifo percebe-se que finalidade tinha a ampliação de cobertura – aumento de acesso ao serviço, viabilizada também pelo número de equipes, disponíveis de maneira tal que o horário de funcionamento era primordial para o efeito de público da ação; no segundo grifo remete-se ao limite da própria lógica implantada pelo modelo assistencial: se são ofertados atendimentos em lógica queixa-ação (como já adjetivado pelo profissional em outro relato acima descrito), a resposta é igualmente proporcional ao método – aumento de consulta gera aumento de medicação, ou melhor, foco na queixa sintomática (produção diagnóstica), resposta na anulação dos sintomas (intervenção medicamentosa).

No terceiro grifo se vê, então, o retorno à lógica territorial, já que o modelo implantado, apesar de levar em conta, teoricamente, as necessidades em saúde, não tinha em seu bojo método para territorialização da demanda e da assistência; o quarto grifo destaca a tentativa de, sem abrir mão do modelo proposto, formar uma série de critérios estatísticos de classificação de risco que não dialogava nem com a comunidade assistida, tampouco com os profissionais da assistência (como também relatado ao longo da narrativa), o que mostra que o princípio instrumental (na conceituação que utilizamos neste trabalho) continuava sendo o guia da condução do cuidado em saúde.

Mas não é só em nível discursivo e conceitual que se pode remeter críticas ao modelo de cuidado estabelecido pela APS. Os próprios usuários expressam elementos que coadunam com a lógica do modelo proposto. Ora, se consulta-ação, como foi dito, o que esperar se não relatos dos usuários como o realizado abaixo:

Só fui no médico [no último dia que foi a consulta de pronto-atendimento na unidade] porque fui dizer que eu não dormia e aí ele passou uns remédios para mim. Vou até passar ali pra saber se já tem os remédios. Tavam faltando (UAPS1).

Mas o mesmo usuário conhece e tem acesso a outras formas de cuidado na unidade, como as metodologias grupais e educativas realizadas a determinadas demandas, como já as expus acima. Ou seja, esse mesmo usuário supracitado, quando procura o mesmo

serviço em uma outra configuração assistencial (oferta de grupos terapêuticos para demandas específicas), requer outras demandas – deixando evidente que demanda é socialmente construída, como já afirmavam Pinheiro e Mattos (2005). O relato descontraído abaixo mostra a busca para além da oferta de ações biomédicas (queixa-ação, pronto-atendimento com foco na terapêutica farmacológica), expressa no vínculo e relação pessoal com os membros do grupo:

Tem pessoas que já me conhecem, porque eu sou conhecido como [diz seu nome] ..., mas eu converso pouco, só com aqueles que frequentam comigo ali. Até inclusive eu já saí para beber com alguns deles, ... com as pessoas do grupo (UAPS1).

Na outra esfera da assistência, a saúde mental, a lógica de entendimento sobre a demanda e caracterização da clientela passa por outros processos. A complexidade do estabelecimento do que é demanda passa pela própria configuração complexa do objeto de cuidado nas relações nos serviços como CAPS AD – a relação significada como problemática ou abusiva com as substâncias psicoativas. Se na APS o estabelecimento do que é conteúdo patológico é mais claro (supostamente), na saúde mental, nem tanto.

O conteúdo subjetivo-relacional dos critérios do “adoecimento” abre possibilidades, por um lado, para a moralização do critério por parte de uma determinada lógica proibicionista das drogas e, por outro, a abordagem relativista em que, ao final, pode-se não saber o que é maléfico ou não para o usuário e quando a relação com as drogas é só efeito ou a própria condição do sofrimento. A complexidade da configuração do público/clientela do serviço pode ser expressa abaixo, especialmente no trecho grifado:

Nós trabalhamos aqui no serviço voltado para o uso problemático ou o uso abusivo de substâncias psicoativas né que vão desde as drogas lícitas e ilícitas e a gente inclui também a questão das medicações de uso controlado que também causa dependência. Então assim, eu acho que *um grande desafio pra nós profissionais é entendermos o quanto aquela substância que a pessoa tem uma relação problemática traz o alívio, traz o bem-estar, traz o conforto* pra aquela pessoa naquela determinada situação ou muitas vezes é a maneira da pessoa conseguir estar nesse mundo é através do uso daquele artifício mesmo ali, como você diz pra estar assim anestesiada, né (PCAP1, grifo meu).

A lógica da Redução de Danos teoricamente estabeleceria o fiel da balança entre os extremos moralizante e relativista acima e se estabeleceria na dialogia entre os critérios de sofrimentos referidos pelos próprios usuários e aqueles estabelecidos pelos saberes acumulados pelo campo da saúde como o mediador. O foco deixaria de ser a substância e passaria a ser os meios de produção de vida e suas formas de expressão (prazer/repertórios sociais, como apresentados na fala abaixo):

O intuito do serviço é tentar que essas pessoas tentem refletir essa relação que estão tendo com a determinada substância, perceber o que causa de bom e o que não tá sendo muito legal e de que maneira essas pessoas possam se cuidar ou fazendo uso ou reduzindo o uso ou não usando. E aqui a gente não tá pra tirar a substância de ninguém não. Eu acho que é interessante a pessoa tentar refletir e ver que de repente pode encontrar prazer ou pode encontrar meio que uma anestesia mais legal até em outras questões da vida né. São pessoas que têm um repertório social muito escasso, não têm lazer, não têm espaço de cultura, lazer, não têm muitas vezes nem o que manter de sua subsistência e às vezes a única coisa que você se agarra é minimamente naquilo que lhe dá algum bem-estar (PCAP1).

Mas outras caracterizações dos usuários são feitas pelos profissionais, como as mais sociais e relacionais, ou mesmo que leva em consideração o acesso à cidadania nas formas de recuperar-se de dada “apatia social” e superar processos de fragilização “social”. Assim, algumas características não só de um adoecimento de nível anatômico-fisiopatológico são expressas como signos de cuidado na saúde mental, para essa demanda, como se vê abaixo:

Percebo a demanda que chega ao serviço, as pessoas que vêm ao serviço a impressão que eu tenho é que são pessoas que têm assim um nível de informação muito precária. Informação no sentido de conhecer os seus direitos, conhecer os seus deveres, entender o que é realmente ser cidadão, o que é o exercício de cidadania. São pessoas que chegam aqui muito fragilizadas, muito adoecidas não só fisicamente, mentalmente, mas até socialmente. São pessoas assim que estão num repertório social muito escasso, muito empobrecido. É a impressão que eu tenho de como essas pessoas chegam aqui e ao mesmo tempo com um nível de apatia fora do comum. Então, eu acho que a gente saiu de uma ditadura concreta, mas a gente continua com essa ditadura subjetiva mesmo dentro de nós, a dificuldade de falar, de dizer o que quer, o que precisa e até pensar se realmente o que precisa é o que realmente está tendo como necessidade, então a impressão que eu tenho é que essas pessoas chegam aqui muito nessa situação sem perceber que elas também têm muita força, elas também têm muita condição na medida do possível de mudar algumas questões do seu dia a dia, ao seu entorno (PCAP1).

Uma das grandes questões que se coloca “no entre” o modo como o serviço se organiza (em termos de demanda e modelo de cuidado que reproduz) e o que os usuários demandam em suas necessidades – que aqui posso chamar também de Mundo da Vida – é a distância entre o cuidado técnico e o que se busca como sentido para resolução de conflitos da vida concreta. A série de diálogos, na entrevista com usuária do CAPS abaixo descrita, pode ser elucidativa nesse ponto:

UCAP2: Até hoje aí eu tive uma briga lá na minha rua com a menina. Ela vive me chamando de drogada, direto. Quem já passou por isso nessa vida não gosta que a pessoa fique falando das coisas do passado. A gente fica muito revoltado, porque a gente já tá fazendo um esforço para sair, aí a pessoa fica lembrando. Aí, eu fui perguntar para ela por que ela ficava me chamando direto de drogada. Ela fica dando piada de mim direto. Aí eu fui perguntar, veio foi a família dela todinho para cima de mim. [...] A mãe dele deu na minha cara. O filho dela pegou foi no pescoço, ficou essa ‘marcona’ [hematoma]. Só por causa que ela solta piada para mim direto. Ela botou o pai dele, bateu, eu fiquei com o olho roxo, inchado. [...] Aí quando foi nessa

semana, aí chegou essa carta. O marido dela me ameaçou. Disse que ia botar eu e ela, ia ficar nós três, ele ia ficar com uma pistola. Aí quando for na audiência, vou dizer né? Que ele ficou me ameaçando, né? Aí a casa dela é do lado da minha mãe, é desse lado. Aí eles ficam soltando piada em mim 24 horas, direto. Não posso nem sair lá fora. Fica botando a rua inteira contra eu. Sei que eu tô muito magoada. [...]

Pesquisador: Você tá sendo orientada em como ir na polícia?

UCAP2: Aí eu ia na polícia, eu peguei e não sei. Aí como ela vai me dar o seu papel para mim coisar, Mas eu não sei como dizer lá. [...]

Pesquisador: Aqui te orientaram a procurar a promotoria da mulher?

UCAP2: Eu fui procurar um negócio, a delegacia da mulher. Eu fui por conta própria, mas não é lá. Só se eu brigasse com pai dele. Só se fosse agressão.

Pesquisador: Tem mais alguma coisa que você acha que possam te ajudar?

UCAP2: Quando eu fui pro médico, ele só me deu a receita e a tia pegou e me deu esse papel.

Pesquisador: Tem mais outra consulta com mais outro profissional nesse período?

UCAP2: Eu acho que não, só essas coisas do grupo que tem.

O objetivo do resgate desse longo trecho não é a avaliação ou quaisquer julgamentos sobre a prática de algum profissional do serviço. Afinal isso fugiria do objetivo da pesquisa, além do risco ético da incursão em debate moralizante sobre condutas “A” ou “B” a serem feitas no difícil caso acima. Para os fins desse tópico, o relevo que se dá é ao papel da construção das relações de cuidado que se estabeleceram a partir das demandas objetivas relacionais e sociais que a usuária do serviço parecia ter. O uso das substâncias era situado nesse contexto de conflitos e violência e a terapêutica parecia dar ênfase aos processos sintomáticos da usuária. A consulta médica, em especial (embora a crítica se estenda a outras profissões presentes em serviços substitutivos), parecia reduzir o escopo da demanda para expressão sintomática de um quadro que era flagrantemente complexo e multideterminado.

Próximo a concluir este tópico, mais algumas palavras precisam ser proferidas. Ficou claro que as dinâmicas desafiantes da construção da demanda na APS e na saúde mental são distintas. Na primeira, a caracterização dos problemas de saúde em uma lógica técnico-estatística parece assentar-se numa concepção de adoecimento nada nova à qual o modelo biomédico responde com a já clássica queixa-conduta como método de ação. Na saúde mental, os CAPS são atravessados pela complexidade da definição do que é o próprio objeto de sofrimento, que de um lado abre possibilidades para ações de redução de danos e promoção da vida e, de outro, para a imprecisão do que seriam as necessidades sociais da condição concreta de vida. Afinal, por vezes, o problema do uso abusivo das substâncias está imerso em contextos em que a droga é só um elemento pequeno diante de tão grande quadro de vulnerabilizações e precariedades sociais.

Os modelos de saúde, quando se pensa na ação das determinações que os produzem ou promovem, seja na APS ou na saúde mental, parecem precisar responder à esfera dos modos de vida e contextos de aparição dos fenômenos e condições de sofrimento.

Sem grande risco de imprecisão, é possível dizer que a racionalidade médica, equivalente aos modos sistêmicos e instrumentais da razão sistêmica do capital, impõe a técnica (especialmente a medicação, quando do exercício da medicina – mas com outras ferramentas nas demais profissões) como fim em si mesma nos horizontes relacionais do cuidado. Se o Mundo da Vida, para além do pano de fundo não problematizável, na concepção de Habermas (2012a, 2012b), é também o mundo dos sentidos e sofrimentos das relações humanas – a esfera linguística de produção de sentido na relação eu-mundo – fica clara a distância entre a finalidade técnica cuidadora e as necessidades do mundo vivido. Se a ação cuidadora que a última usuária citada acima relatava fazer a si mesma era a defesa de seus direitos (de não ser violentada) e desejo de poder circular livremente na sua comunidade e aí sim fazer a “terapêutica” do seu uso abusivo das substâncias, a racionalidade biomédica entende no mediador “remédio” o fim ou redução do sofrimento.

O que quis este tópico, então, foi compreender como a organização dos processos de trabalho às voltas da produção do cuidado passa pela necessidade de, especialmente os profissionais, descreverem suas inserções nos serviços, as mediações que fizeram e fazem para construir as agendas diárias dos serviços e de lidar com a demanda que lhes chega. Viu-se que passa, enfim, pela construção da demanda e o lidar em forma de oferta de serviços pela caracterização do que seria o perfil da clientela (e isso foi feito na voz dos profissionais, mas também dos próprios usuários). Essas relações parecem estar no cotidiano de mediações das relações de cuidado no cotidiano dos serviços em saúde de APS e SM pesquisados.

5.4 Linguagens, símbolos e signos operados nas distintas racionalidades em disputa na saúde

Remeter à dinâmica das disputas de racionalidades pode parecer o privilégio da dimensão macro à micro/mesopolítica – já que expressa salto das cenas cotidianas (relações de cuidado em nível local) ao processo de racionalização social (produção social da realidade e das sociabilidades). A ideia é contrária. Os apontamentos já realizados sobre os processos de racionalização social na primeira parte da tese fundamentam a ideia de que os processos de racionalização também são permeados de relações de linguagem e essas operam não só nos mundos objetivos e social, senão também no subjetivo (HABERMAS, 2012a, 2012b). Assim, a relação cotidiana de linguagem por meio da ação comunicativa (como em Habermas) ou pelas cenas de diálogos (como em Bakhtin) tem a capacidade de indicar processos

intersubjetivos, que por sua vez expressam certas dinâmicas contextuais-relacional (que remeti metodologicamente ao vetor contextual) como também social e institucional (político, organizativo, do funcionamento das equipes).

Uma pequena retomada conceitual aqui se faz necessário já que nesse tópico e no seguinte, 5.5, a presença das “cenas” é aqui mais evidenciada. Um dos autores do campo da linguagem que melhor debate o conceito é Dominique Maingueneau (2004). Sua perspectiva teórica, diferente daqui tenho desenvolvido nessa pesquisa, é mais ligada a pragmática linguística (pragmática-enunciativa) francesa – especialmente desenvolvendo importantes estudos sobre a análise de discurso, a partir de suas ideias sobre enunciado e enunciação. Assim, o uso aqui será específico e circunscrito.

Refiro-me as ideias por ele desenvolvida de “cena enunciativa”. Nessa abordagem conceitual seus fundamentos revelam uma preocupação, em metáforas que dialogam com o teatro, em que o espaço produzido “para” e “por meio” dos enunciados são localizados pelos sujeitos. Em citação conhecida: “um texto não é um conjunto de signos inertes, mas o rastro deixado por um discurso em que a fala é encenada” (Maingueneau, 2004, p. 85). Essa geografia teatral das cenas em que se produzem as narrativas (categoria utilizada nessa tese, diferente da categoria “discurso” em Maingueneau) são estratégicas para o que quero: a compreensão das cenas de diálogos em saúde como pertencentes a uma cenografia e contexto de emergências das enunciações.

Indo direto aos seus conceitos que aqui são dialogados, para o autor (MAINGUENEAU, 2004), a cena enunciativa é constituída por três elementos: a primeira, uma “cena en-globante”, que corresponde ao tipo de discurso que se produz em dado contexto; segundo, uma “cena genérica”, que corresponde a um gênero de discurso – que apesar de não ter a mesma conotação conceitual bakhtiniano, guarda algumas semelhanças; e, terceiro, a “cenografia”, que corresponde a uma cena (na tal analogia com o teatro) constituída pelo texto e que está ligada à atuação (verbal ou de qualquer outra ordem) dos falantes que se efetua via enunciação.

Ao remeter aqui a ideia de “cena de diálogos”, refiro-me mais especialmente a ideia de cenografia supracitada. Na analogia teatral do termo, a ideia da cena é “inscrita” (grafada – e por isso cenografia) porque acredita-se que os enunciados proferidos nos diálogos não são “quadros” que emolduram dados discursos. Na verdade, são os próprios processos que instauram as condições de fala. Mas um alerta é necessário: cenografia não é cenário. Neste as falas emergiriam a partir de um espaço já construído independente do sujeito,

naquele o sujeito constrói as condições para o espaço existir. É a enunciação que constituiria em seu próprio desenvolvimento o esforço para que a própria fala possa ter sentido localizado.

A cena enunciativa seria, então, o conjunto de condições/ elementos que legitimam o enunciado. Participam dessas condições o enunciador, co-enunciador, tempo e lugar. O uso aqui da concepção de cena de diálogo, conectado a ideia de cenografia em Maingueneau (2004), compreende que as narrativas desenvolvidas (sejam eles indutores de monologia ou promotores de polifonias, ou mono e equipolência dos signos do cuidado) pelos sujeitos pesquisados são cenografias que refletem e refratam (BAKHTIN, 2014) formas de uso da linguagem na saúde. Ora, é o plano da cenografia que produz a correspondência particular (nesse caso as mediações de cuidado), que põe em contato os sujeitos e os mantém em relação.

Explicitado a perspectiva da cenografia (pertencente a cena enunciativa) e a perspectiva das cenas de diálogos, volto aos elementos contextuais das emergências das práticas colocadas em questão nas narrativas dos pesquisados.

As mudanças de gestão da APS, com a desconfiguração da ESF – ainda que não totalmente, como outros trabalhos já apontaram (OLIVEIRA *et al.*, 2012; OLIVEIRA, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2017) – remeteram a desafios específicos no cotidiano do processo de trabalho e das relações entre usuários e profissionais, como citado em diversos trechos acima. Ou seja, o grande mediador do trabalho em saúde passou a ser, na APS, a cobertura assistencial. O dilema era a implantação de determinado tipo de parametrização (instrumental-normativa, com intuito homogeneizante) da atenção pela organização do acesso à demanda, por meio da diretriz da assistência continuada ao adoecimento crônico.

O horizonte da organização do fazer (portanto, do pensar e agir) era a organização dos indicadores e padronização das ações das unidades com fortalecimento dos atendimentos da livre-demanda, por método assistencial já clássico chamado de “queixa-conduta”, “queixa-ação” ou “procedimento-centrado”. Diminuíram-se: ações coletivas e preventivas; as ações no território e promoção da saúde; desfez-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF – estratégia de equipes multiprofissionais que ampliavam a integralidade do cuidado). Não se tinha, então, por horizonte os marcos da ESF (que, pelas portarias e trabalhos acadêmicos na área, orienta a inserção no território e efetivação do cuidado integral em nível primário, além de reivindicar-se ordenador das demandas de todas as demais redes de saúde), embora críticas também fosse passíveis, como feitas por Franco e Merhy (S/D). O trecho abaixo representa uma das questões sumariadas nesse parágrafo:

Uma dificuldade grande que a gente teve é porque a gente teve um desmonte do NASF né em Fortaleza, então trabalho multi ficou muito prejudicado, muito fragilizado e foi uma das minhas angústias (PAPS5).

Por outro lado, na organização da atenção à SM no CAPS, o foco era o atendimento nos serviços, com paralelo modelo da CPOD – coordenação de política sobre drogas municipal, que não era gerida pela mesma política de saúde mental organizadora da RAPS – de fortalecimento da assistência ao usuário intensivo de substância com oferta de internação na unidade de acolhimento; mais se assemelhava aos modelos subsidiários de instituições como as Comunidades Terapêuticas. O CAPS AD parecia estar esvaziado em termos de quantidade de usuários frequentes; teve todo o seu corpo profissional trocado pela terceira vez em um intervalo de 6 anos, sem diretrizes claras da gestão da RAPS em relação à organização da agenda, como acontecia na APS.

Um traço era comum entre ambos os níveis de atenção (APS e SM): ou a territorialização era algo normativo que dava conta da cobertura assistencial, ou dependia das motivações dos profissionais, o que denota não ser o modo organizativo da atenção como se espera na APS e RAPS. Na atenção primária se viam diretrizes e parametrizações mais claras (embora criticadas pelos profissionais). Na saúde mental, com ações difusas e com disputa interna do modelo organizativo (uma secretaria específica para drogas e sem diálogo claro com a SM e os CAPS AD agindo, pretensamente, na lógica da Redução de Danos – RD), parecia depender mais da perspectiva ético-política de alguns profissionais do que da racionalidade de gestão do cuidado construída pela rede local em SM.

As tensões de racionalidades não apareceram apenas no campo da gestão (cujas racionalidades eram diversas, mas ligadas, ainda assim, ao modelo biomédico), mas também em como os usuários significam as práticas de cuidado. Ações como de acolhimento da demanda (referida pelos profissionais como ação de aproximação das necessidades e possibilidades de humanização ou, no outro extremo, de tecnificação por vias da classificação de risco) pareciam ser sentidas pelos usuários como elo com os serviços. Além disso, ações no território e ações com metodologias grupais pareciam também aproximar o Mundo da Vida dos usuários aos horizontes técnicos do cuidado dos profissionais. Mais flagrantes ainda eram os processos de construção conjunta das ações da unidade ou mesmo do fomento institucional da participação social, como se vê abaixo:

O momento político naquele instante de certa forma, apesar de todo formalismo e burocratismo dos processos de participação popular que de certa forma existiam e permitiam que atores sociais importantes da comunidade pudessem intervir, participar... obviamente que de forma limitada, extremamente limitada, mas que existia um espaço aberto de certa forma, limitada mas existia a participação de

sujeitos da comunidade, pessoas da comunidade nas atividades, nas discussões. [...] isso impactou positivamente na questão do acesso à saúde e também na organização da própria comunidade em relação aos problemas sociais outros (PAPS2).

E essas experiências em específico, de participação popular, de atuação em espaços formais como o conselho local e informais como os fóruns comunitário... ou seja, repito, apesar do aspecto pontual muitas vezes dele e tudo, eu acho que, olhando pra mim né, pra mim foi extremamente importante tanto pelo sentido da aproximação e mais do que isso, pelo sentido da compreensão principalmente da história da comunidade e a importância que a história da comunidade tem pra compreensão dos processos de saúde-doença da comunidade (PAPS2).

Aqui concordarei com Habermas e os estudiosos que aplicaram a teoria da ação comunicativa e das racionalidades sociais aplicadas ao estudo da saúde quando indicam que o fomento à ação participativa em saúde é fortalecimento da lógica instrumental (sistêmica e hegemônica) do fazer em saúde e fomenta a abertura ao Mundo da Vida, a outros horizontes de sentidos (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2012). A ação técnica é indiscutivelmente necessária na saúde, seja SM ou APS, mas o problema parece ser o anular das vozes dos sujeitos em nome de dada racionalidade que não opera sentidos construídos coletivamente, senão tentativas de administração social do sofrimento. A esfera participativa não é a esfera de domínio do mundo da vida na saúde, mas a aberta à comunicação e, diria mais, de diálogo no mundo dos saberes e fazeres em saúde. Outras vozes, que não são só signos da administração social, podem operar quando se montam encontros em que o sujeito que fala é legítimo e possível de reconhecimento.

E as vozes, ao serem reconhecidas, podem ter frutos para ambos os envolvidos na relação, ou, dizendo de outro jeito, para ambas as racionalidades envolvidas no horizonte das práticas de saúde. A produção de cenas potentes de diálogos passa, portanto, pelos interesses esclarecidos (via entendimento), na perspectiva habermasiana, ou pela presença efetiva de outras vozes no discurso dos sujeitos envolvidos (portanto, instalação de múltiplas vozes em dadas cenas dialógicas). A cena a seguir, no meu modo de análise, é clara no que diz respeito ao reconhecimento dialógico do papel do profissional de saúde para além da razão sistêmica biomédica, mais conectada ao Mundo da Vida dos sujeitos coletivos envolvidos no projeto descrito na narrativa de diálogo com a comunidade:

[...] o pessoal me chamou porque me identifica como um mediador, como uma forma assim... 'doutor, venha aqui participar dessa reunião e tal porque a gente tá com umas dúvidas, num sei o que...'. Então eu fiz a revisão do contrato que a prefeitura... foi. Eu fiz a revisão do contrato de parceria pra garantir pra eles eu aquilo dali não ia abrir margem pra prefeitura tomar o espaço. E hoje tá acontecendo muita coisa lá e a própria associação saiu fortalecida. Hoje em dia eles conseguem levantar verbas de colaboração da comunidade né. Olha só, eles ajeitaram o espaço do atendimento lá, eles fizeram uma rampa pra deficiente. Eles fizeram... porque tinha uma rampinha pra rua, só que era uma rampinha meio quebrada, eles

ajeitaram, e a porta da sala onde a gente fazia os atendimentos tinha um degrau, aí eles elevaram o piso na frente e fizeram uma rampa, nivelaram, e fizeram uma rampa até o portão de entrada (PAPS4).

A cena é tão inédita na prática do profissional que ao longo de sua narrativa chega a pensar que sua ação não é de saúde e logo em seguida se corrige, percebendo que é de “promoção da saúde”, de aproximação da comunidade e dos interesses dela, como se vê abaixo:

A gente pode ajudar? Pode, mas assim, não foi a saúde que fez isso. Talvez a saúde no sentido de reconhecer a importância de você ter acessibilidade pra você garantir o acesso desses deficientes e esse reconhecimento, e aí eu acho que tá muito dentro da promoção da saúde, isso pode ser disseminado porque dá assim esses insights do pessoal tomar atitudes. Mas foi uma coisa que partiu totalmente da comunidade (PAPS4).

Reconhecer que os profissionais atribuem ao processo de trabalho boa parte das possibilidades (ou não) de ampliarem suas possibilidades de ações, suas “agendas”, sua “oferta de serviços”, é importante no sentido de não reiterar algumas perspectivas críticas em saúde que acabam por atribuir reiteradas vezes a reponsabilidade apenas aos sujeitos envolvidos (profissionais e/ou usuários) em estabelecer outras formas de agir e de modificar as racionalidades às voltas do campo da saúde. Os profissionais dão a pista para essa pesquisa de que os modos de articulação dos processos de racionalidade e linguagem no campo do cuidado são também favorecidos segundo os processos de trabalho em saúde – embora sozinhos não modifiquem por si só as relações. As tensões estão nas esferas das políticas de saúde (foram demonstradas contradições das políticas divergentes que habitam os campos da APS e SM), da gestão do cotidiano (com as premissas e direções do que seria prioritário na assistência à saúde) e também nos circuitos locais de organização das práticas, todas mediadas por linguagens (comunicação, diálogos).

A racionalidade sistêmica na saúde, que costuma ser chamada de biomédica, centra-se no sintoma como expressão do sofrimento. Ação finalística e técnica será a redução sintomatológica do sofrimento. As racionalidades mundanas que agem por meio de “cuidados” apontam outros mediadores na relação do sofrimento: as necessidades apontam a direção da construção dos sentidos cotidianos, ou mesmo de ações concretas em formas de problemas sociais comunitários (como no último exemplo acima em que o profissional foi chamado para resolver um problema de relação com a prefeitura para garantir a construção de uma rampa em um equipamento comunitário). Acontece que as necessidades (em uma parte das vezes, substantivadas como “sociais”) e sintomas (quase sempre lidos como “corporais”) por vezes aparecem em sintonia, e aí a racionalidade médica é resolutiva, indiscutivelmente.

Quando não são coincidentes ou divergentes – necessidades e sintomas não estabelecem pontos claramente comuns – as racionalidades mundanas não parecem ter demandas de cuidado por parte dos aparelhos e instrumentalidades da racionalidade sistêmica biomédica.

E o problema maior não é só esse narrado acima. Mas quando a racionalidade biomédica acaba por colonizar o que seria efetivamente o sofrimento, dá estatuto de legitimidade àquilo que efetivamente aparece em forma-sintoma, deslegitima aquilo que aparece como vida-em-necessidades. A colonização do Mundo da Vida no que diz respeito às práticas de saúde parece operar assim: ou a vida-em-necessidade se enquadra na forma-sintoma, ou não se trata de um problema a ser cuidado em um sistema de saúde operado por essa racionalidade. Não à toa, o acesso ao poder financeiro faz com que aquele que pode pagar (por um plano privado de saúde, por exemplo) tenha mais capacidade de negociação sobre o horizonte da prática e dos fins do cuidado, como relata um usuário:

Outra coisa que é muito importante também: quando você tem uma situação financeira que te proporciona uma vida é legal, a chance de você ter uma recuperação (UCAP4).

Essa operação acontece não só a partir de uma leitura interpretativa que realizei do episódio narrado pelo usuário, no trecho supracitado. A principal fonte de aparição dos processos de colonização da razão sistêmica-instrumental no cotidiano se dá nas organizações de linguagem, como já discuti teoricamente na primeira parte da tese. O que a razão sistêmica biomédica faz é não só impor seu conjunto instrumental de ações em saúde, mas silenciar as diversas vozes e disputar os signos de visibilidade das linguagens que estão circulantes cotidianamente no Mundo da Vida. Afinal, já foi apontado no primeiro e segundo capítulos deste trabalho: o sistema opera linguisticamente, e o faz por meio da disputa das cenas dialógicas (ou despontencializadoras de diálogo) e não só pela “força” da ação técnica-instrumental baseada em lucro e poder.

É assim que sigo os demais tópicos deste capítulo: debatendo algumas pistas e evidências das articulações de linguagem que formam o cuidado e expõem os seus signos e também os símbolos que estão mediados nas relações operadas pela racionalidade biomédica. A seção seguinte versa sobre casos e descasos em cuidado e, antes, debate símbolos e cenas de linguagem no cotidiano da saúde de base territorial.

Permito-me apenas uma observação ao leitor: a dimensão das ações (que também constituem o processo de trabalho), por fins metodológicos e de melhor exposição da discussão proposta, será melhor aprofundada no Capítulo 6. Mas já adianto aqui, provisoriamente, já que estão em análise as tensões das distintas racionalidades, que há um

hiato entre necessidades em saúde e oferta de ações e serviços, mediado pela concretização da organização da agenda. Essas distâncias ou distorções podem também ser interpretadas como as diferenças entre a condução da racionalidade biomédica sem tantos encontros com o Mundo da Vida dos usuários – que tem como “necessidades sentidas”, geralmente, os problemas de ordem social, econômica, que versam sobre conflitos comunitários e processos concretos de vida.

5.5 Signos do cuidado: casos, descasos, símbolos e cenas de diálogo

No tópico 5.3 foram expostas e discutidas as categorias empíricas “processos de trabalho” e “serviços e demandas”. Neste tópico a discussão versará sobre as categorias “casos e descasos de cuidado” e “signos e cenas”. A condução da escrita nesse tópico traz alguns casos (e, em algumas situações, descasos) que nada mais são que exemplos das práticas de cuidado e diálogos entre os sujeitos, narrados pelos profissionais e/ou usuários, a partir de seu cotidiano. Ao fazer, então, a discussão da categoria analítica “Linguagens e Signos do Cuidado”, avanço da discussão das tensões entre racionalidades para as disputas sógnicas.

Um dos processos de significação presentes no cotidiano da assistência à saúde e que compôs a categorização empírica de “signos e símbolos às voltas das cenas de cuidado” foi o modo como profissionais e usuários se relacionam com a denominada “demanda do serviço”, além de caracterizar/significar a denominada “clientela” (conjunto da população que seria frequente e usufruiria do serviço) e apontar as lógicas que operam o modo de organização do cuidado. Agora a discussão sai do foco “processo de trabalho” para os signos às voltas dessa organização do cuidado, e assim se segue.

Como anunciado na seção anterior, tem sido evidenciada uma diferença entre vida-em-necessidade e forma-sintoma como elementos constitutivos das distintas racionalidades (sistêmica e do Mundo da Vida, respectivamente). Para explicitar que o sintoma não é apenas uma alteração corporal que anuncia, em forma de sinal (sua alteração ante um estado supostamente normal), mas um meio simbólico que serve de artefato linguístico nas relações de saúde, aponto que ele funciona como mediador comunicativo e, ao mesmo tempo, signo na relação usuários-profissionais, profissionais-usuários. Nessa direção, a autocrítica que o profissional da unidade de APS narra é significativa:

A gente fica refém do sintoma. Então, quando eu consigo não estar refém do sintoma eu vejo que a minha prática terapêutica vai bem, eu acho que pode até ser que ele não perceba que essa prática vai trazer benefícios pra ele, mas às vezes quando a gente consegue refletir um pouco sobre ele percebe né e é uma luta o dia a dia, é uma luta do dia a dia (PCAP1).

E diz mais:

Eu acho que eu amadureci em relação a isso: a propor, a discutir sobre a atividade e não dizer eu vou lhe colocar nessa atividade aqui; eu não sei nem se o outro quer. ‘Tu quer testar? Tu quer tentar?’ E tentar, com muita dificuldade, sair mais dessa questão biomédica. Porque é um ranço que nós temos mesmo. Temos e nós temos que admitir isso e toda vida: que eu consigo fazer uma ação que eu não vou priorizar; o que eu vou ter como fim a questão medicalocêntrica? Eu vou apostar em outras alternativas que muitas vezes vão dar um resultado bem melhor, aí eu digo oba eu tô conseguindo (PCAP1).

Se o sintoma é o principal objeto de intervenção na mediação do cuidado, os usuários, nas suas demandas em formas de vida-em-necessidade, operam ativamente essa relação. A crítica que aponto aqui não caminha em nenhum momento na direção de apontar que os usuários apenas apaticamente lidam com essas práticas sociais. Ao contrário, o que narrativas apontam é que uma das formas de mediação de diálogos é o artefato simbólico “atestado médico” (ou os diversos derivados dos documentos formais declaratórios e certificatórios expedidos pelas distintas profissões em saúde, especialmente a medicina).

Quando me refiro ao atestado como símbolo é para dizer que além de sua função operacional – expressar um estado de saúde, hipotético diagnóstico, possível afastamento do trabalho ou indicação de benefício social – ele serve para responder a eventuais interesses dos usuários e mediar relações de poder entre profissionais e usuários. Assim, atrelado ao normativo, o papel do atestado é de mediação de interesses, portanto utilizado cotidianamente nas cenas dialógicas de cuidado, seja na UAPS, seja no CAPS. Na narrativa a seguir, vê-se expressão do fenômeno comentado:

A maioria da população vem não que esteja doente, mas vem mais atrás de um atestado. Então, pra burlar a [nome da empresa multinacional em que o usuário trabalha], [digo assim:] ‘eu tô de ressaca’. ‘Então eu vou inventar uma doença, o médico me dá um atestado e tá tudo bem’. E às vezes isso se torna rotina... não sei se eles acham por abuso né (PAPS3).

Em narrativa sobre os fluxos e barreiras para o usuário conseguir o atestado, um médico participante da pesquisa também cita:

[Em dada situação estava] o controlista de acesso fazendo uma palestrinha pros pacientes que tavam indo lá [para recepção do serviço] pra demanda espontânea, né, pro acolhimento, e aí dizem assim: ‘olhe, quem veio aqui pro acolhimento eu vou dizer logo que o médico não dá atestado, que o médico não faz isso, que o médico não faz aquilo...’. Eu escutando e dizia ‘rapaz eu não vou fazer nada então hoje’

(risos). Então assim, isso por quê? Provavelmente outro profissional já falou que não faz, entendeu? Aí já fica aquela situação... quando na prática, você não vai poder podar... o acolhimento na sua natureza é você escutar o paciente. Se você vai conseguir resolver a demanda dele ou não, aí são outros quinhentos né. Mas você tem que escutar, ou resolver ou dar alguma proposta de resolução. ‘Olha, o senhor vai vim outro dia... o senhor vai marcar uma consulta... é interessante que o senhor faça esse exame... olhe, o atendimento prioritário do senhor não é aqui...’ (PAPS4).

A busca por atestado, inclusive, chega a influenciar a organização da demanda da UAPS, como se vê abaixo:

Todo dia chegam com essa história, dor de barriga... muda, às vezes. Ou o paciente com o pico hipertensivo, mas a maioria vem com essa... realmente se você disser se fosse realmente... eu não posso dizer que é mentira desse povo, mas na maioria das vezes a gente vê na cara. Que eu nunca vi uma pessoa se sentir mal e tá muito bem obrigada. Lá fora é conversando e quando chega na sala é morrendo, passando mal. Então é nesse estilo. [...] Também eu acho que tem um pouco de influência a liberação de atestado. Então, querendo ou não, o atestado ele influencia muito a demanda aumentar. Se o médico facilita dar atestado... não vou dizer que num seja porque é conduta profissional e ninguém tem nada a ver com isso né. Mas... não sei. Então o fácil acesso leva a desencadear (PAPS3).

A cena que se monta através da consulta que tem por fim o pedido de um atestado pode, de um lado, expressar a relação de poder do profissional e, mais que isso, a anulação da voz do usuário que tem suas necessidades expressas no atestado, uma possibilidade de negociação de pequenas esferas de sua vida que representa o seu horizonte de sentido e interesse (seja um dia sem trabalhar, seja a obtenção do atestado como mais um documento para junção de um processo trabalhista, entre tantas outras funções que o atestado tem). O profissional, nessa direção, narra:

Na prática a gente tem muito, hoje em dia: você chega, o médico tá com uma demanda de mil pra atender e aí você chega pra pedir um atestado. O cara não vai ver o seu histórico todinho pra fazer um atestado[!]. Ele vai olhar pra você... o que ele lembrar ele bota, o que ele não lembrar, tchau (PAPS4).

Por outro lado, o atestado é também uma forma de ação política quando serve para denunciar relações de exploração do trabalho. Assim, um dos profissionais em forte relato sobre o efeito de proteção da saúde do usuário narra:

O paciente vem pra mim sentindo dor por conta da vida que ele leva, que ele não tem outra opção, aí eu vou medicá-lo pra ele parar de sentir dor e continuar naquela vida. Eu tô ajudando quem nessa história? Eu tô ajudando... ao sistema de trabalho que está explorando ele. Eu ajudando a ele se manter semi-explorado. Assim, é uma conclusão muito cruel porque você se sente... você tá ajudando a pessoa mas ao mesmo tempo você tá se sente mal porque você tá ajudando ela a continuar sendo explorada. E o que eu tenho feito muito, sinceramente, certo? Quando o paciente chega pra mim que eu olho na cara dele e eu vejo aquele sofrimento transparente... eu digo assim, ‘olhe, o remédio da senhora é eu lhe dar um atestado e a senhora passar um mês em casa, ou o senhor passar um mês em casa’. ‘Não, mas o meu trabalho e num sei o que’, e eu digo ‘o senhor é carteira assinada?’ e ele diz ‘sou’,

‘pois então meu amigo, se dê esse luxo, se não você vai se acabar. E você vai ganhar o que com isso?’ (PAPS4).

E segue:

Veja por outra eu recebo caso paciente que retorna pra mim dizendo assim ‘doutor, aquele atestado que o senhor me deu, deu certo. Inclusive o médico do INSS achou ótimo o atestado do senhor. Disse que o senhor fez muito bem o atestado, que ficou muito explicado, que num sei o que, que num sei o que lá’ (PAPS4).

A narração acima mostra, de forma contextualizada, a serventia da prática médica (e de outras profissões da saúde) em um sistema social e econômico que indica a posição do saber biomédico na sociedade: tem por função anestesiá-los os sujeitos para que as dores do “corpo-capaz-de-mão-de-obra” não reduza sua capacidade produtiva. A ação indicada acima pelo médico é de denúncia ao sistema e, ao mesmo tempo, de inserção da voz do paciente na negociação contra a razão cínica e fria do sistema de exploração do capital. O que a cena acima narra é a possibilidade de, com os instrumentos que o profissional detém, fazer o usuário proteger-se dos agravos provocados pela situação social do trabalho. Diálogo, em consonância com o que foi discutido na teoria bakhtiniana (BAKHTIN, 2011), não se trata do simples gesto de emissão de falas por parte de um dos interlocutores de uma conversação, senão a inserção efetiva da voz (e suas necessidades expressas em uma conversação, ou consulta médica, no caso acima descrito) do usuário para recuperar-se de dano já gerado pelo trabalho.

Em prisma complementar de análise, conforme as discussões citadas no tópico anterior (5.4), as cenas enunciativas também podem incrementar a discussão da questão acima sobre a disputa do uso do atestado. Antes, uma retomada conceitual de conceito importante em Bakhtin (2011). Se um gênero discursivo para esse autor é formado pelos conteúdos temático, de estilo e de construção composicional em um dado enunciado, é possível dizer – e sustento esse debate específico do gênero no capítulo 7, com mais detalhes – que há gêneros que se estabelecem especificamente no campo da saúde, nas operações discursivas do cuidado. Isso porque para a perceptiva bakhtiniana os gêneros do discurso seriam enunciados mais ou menos estáveis construídos pelas práticas da língua, ainda que em algum momento de análise dos textos ou falas esses gêneros sejam vistos a partir de um sujeito específico.

Dito isso, retomar a concepção dos três elementos que compõem a cena enunciativa como em Maingueneau (2004) é para dizer que é possível compreender a cena englobante como mais facilmente distinguível se analisado como correlata aos gêneros de discursos em que direcionam o campo dos enunciados a um campo específico que se situam

as falas. A cena englobante que compõe a cena acima é justo o técnico-científico (que ordena majoritariamente as narrativas em saúde). Já a cena genérica é o endereçamento da cena: a produção de alguma forma de cuidado diante da queixa (sintoma ou problema da vida em suas diversas esferas) que os usuários dos serviços apresentam. O debate realizado por Gomes e Cano (2015) deixa claro a dinâmica das cenas englobantes e os gêneros do discurso e relaciona a cena genérica e cenografia nos processos em processos de dinâmicas instáveis e mudanças (que acho os chamo de disputa). O trecho abaixo é elucidativo:

É por meio de um gênero do discurso que se instaura uma cena genérica possível, pois é quando os primeiros traços de uma cena de enunciação podem ser percebidos mais concretamente, além da iminência do enunciador como representação discursiva. Desse modo, a cena genérica é o que o discurso projeta, e faz com que as pessoas "atuem" de uma forma específica – assumam uma posição. Ela é propiciada pelos gêneros do discurso, um dispositivo que une um texto específico a essa cena englobante, e que, no desenrolar da enunciação, se constrói por uma cenografia na qual, de fato, ocorre a interação, fazendo construir imagens que se interagem e se reconstróem. Tanto cena englobante como cena genérica, e mesmo o gênero do discurso, possuem certa estabilidade constituída sócio-historicamente, mas é na cenografia que percebemos a carga dinâmica do desenrolar da enunciação (GOMES; CANO, 2015, p. 507).

O que seria o elemento de instabilidade e que, justamente, tem função de remontagem do próprio construir (fazer-se) cena é a busca pelo atestado como caracterizada em distintas intenções entre profissional e usuário: profissional media suas narrativas pelo signos e textos do discurso biomédico; os usuários procuram seus direitos (benefício do INSS, afastamento do trabalho sem descontos do salário). A cenografia nesse caso não é fixa – pelo contrário, evidencia mudanças – justo porque as narrativas não exigiram papéis estáveis dos sujeitos da cena. A cena de diálogo acima representa justo a mediação das tensões que produzem os cenários em saúde: apesar da tentativa de torna-los estáveis, é dinâmica e viva devido aos distintos interesses e presenças (nas formas de linguagem) de significações diferentes sobre o benefício do atestado.

Dizendo de outro modo: a cenografia montada pelo usuário (presente no relato do profissional) constrói uma cenografia em que a ela confecção do atestado o torna um perito e astuto na relação técnica (ainda que seu interesse pelo atestado não seja técnico, senão garantidor de direitos); a cenografia construída pelo profissional é da prática de saúde como combativa às mazelas sociais (militante) e não anestesiadora. Cenografias que não são fixas, que não são as tradicionais em um diálogo no consultório médico. Apesar de distintas cenografias construídas, ambas não remontam ao “cenário comum” na saúde do médico (sabedor e dono de técnicas de cura) e o paciente (passivo quanto aos seus interesses e em

situação de receptor de uma técnica). Essa tensão de cenografias, entretanto, não montaram uma monologia (sobreposição de uma voz sob a outra), pelo contrário: evidenciou negociação.

É possível também, em mais uma outra forma de análise, compreender que o que revela a busca por atestado (ou também por exames, como na primeira narrativa abaixo), tão presente no discurso dos profissionais, é a necessidade de diálogo, ou como os profissionais conceituam, “escuta qualificada”, como no segundo trecho abaixo.

As pessoas esperam poder chegar no serviço de saúde e ter uma pessoa que elas possam conversar e ter uma escuta. Acho que, na verdade, é a questão do cuidado. Então, lá [na unidade de saúde], por exemplo, a gente tinha todo dia de sete às oito da manhã não tinha ninguém marcado. Era acesso livre né, então, qualquer problema que a pessoa tivesse ia lá e procurava. Então, eu acho que essa barreira, que às vezes a gente cria no serviço – da pessoa conseguir chegar porque a agenda já tá cheia – já tá... ‘e com quem eu falo?’ e ‘só consegue daqui a tanto tempo’. É isso que eu acho que talvez um maior problema que eu consigo ver, na grande maioria das vezes, a pessoa não ter uma pessoa que cuide dela e não ter por como procurar e não tem com quem falar. Então, por exemplo, lá as pessoas tinham acesso livre. Esse acesso de manhã que a gente fazia de uma hora era livre pra isso mesmo: se uma pessoa tinha um exame pra mostrar e queria conversar porque o marido tá bebendo; queria falar porque o filho fez isso; ou então queria ir lá dizer que apareceu; então, era assim, qualquer problema que ela tinha né, ia pedir uma visita, né, então eu notava que isso dava uma possibilidade (PAPS5).

A principal demanda seria essa de ser escutado (PCAP3).

Como já relatado na seção anterior, o modo como se organizam os processos de trabalho induz a determinados tipos de objetos de cuidados serem ou não privilegiados. Quando os profissionais conseguem superar a barreira do sintoma e das mediações que reduzem a voz do sujeito, os diálogos parecem favorecidos a acontecer:

A gente ainda tinha uma centralização no médico e no remédio. Então assim, mesmo quando centrava no médico ainda centrava no remédio, no medicamento, entendeu? A própria enfermeira que trabalhava lá comigo, apesar dela ser uma pessoa extremamente qualificada – fez mestrado e fez residência multiprofissional – ela ainda centrava no médico, então ela centrava, ela centrava no médico. [...] Uma parte delas [das pessoas em busca de atendimento] realmente procuravam o remédio, né. Traziam ‘quero um remédio pra tomar’, naquela intenção que o remédio cura. E uma parte queriam um médico, e ainda mais quando tem um reforço. Aqui, ‘ah tem o médico’, então ficava, né (PAPS5).

Ou seja, ainda que se supere (ou tente superar) a ação em saúde como ação nos sintomas, a centralização do fazer no profissional médico acaba por favorecer a lógica curativista, já que os próprios usuários acabam por comungar desse modo de significar a ação em saúde. Uma bola de neve ou conjunto intrincado de significações historicamente construídas difíceis de superar em uma ação isolada.

Um outro conjunto simbólico (e metafórico) trazido na narração abaixo, advinda das práticas da SM, parece ser rico para o que pretendo de debates também nesse tópico: a

relação dos usuários com as “drogas” em analogia à prática do *bungee jumping* e as funções terapêuticas na mediação da liberdade do uso, além das relações dos “limites”. Um usuário do CAPS narra e de modo muito elaborado indica na narrativa a metáfora:

Já pulou de *bungee jumping*? Já pulou de paraquedas? Então assim, quando você vê aquele vácuo, você sabe que o paraquedas vai abrir ou não vai? Mas o *bungee jumping* eu sabia que eu estava amarrado naquele elástico super resistente que eu ia. Mas quando você desce, [é] a sensação de quando você tá em uso [de drogas], tá sofrendo. Porque tem a fase de usar e curtir, tem a fase de você começar a se perturbar e aí tem a fase de você usar e sofrer, que é puro anestésico, deu para entender? E aí é onde se tu não toma uma atitude, bicho, você fica depauperado. A corda tora, né? E você quebra e morre. O paraquedas não abre e você estoura lá, é como um suicídio. Então assim, quando tu tá usando, tu tá em queda livre o tempo todo. Outra coisa, você não tem certeza se o paraquedas vai abrir ou se a corda vai estourar. E aí é onde o terapeuta te puxa. É onde tu te vincula. Deu pra entender? Agora se o paciente, se eu, [nome do paciente], não busco no terapeuta esse vínculo e não faço por onde, entendeu, nada disso adianta (UCAP4).

A complexidade da analogia feita entre o salto, a corda e as sensações de queda livre e segurança do elástico compõe uma cena metafórica de muita potência para revelar alguns elementos da relação de cuidado no Mundo da Vida, mediado pelas relações de linguagem, a saber: a liberdade das escolhas (simbolizada pelo salto); o limite e enlace com as regras da vida social e manutenção da própria vida (representados pela corda elástica); o furor de emoções promovidas pelo salto (indicado pelas sensações de queda livre); a função terapêutica exercida pelo profissional que é esperada pelo usuário (representado pelo fim da corda ou pelo tamanho da corda que o puxa de volta na hora evitando algum acidente e, no caso do paraquedas, do eficaz gatilho que solta o paraquedas).

É possível pensar que a relação de cuidado se faz, ao usuário narrativamente remeter ao enlace do vínculo, quando a relação entre salto, liberdade e limite não é imposta pela prescritividade da ação presumidamente saudável da racionalidade biomédica. Em forma de artifícios metafóricos, o usuário reivindica que as ações serão decididas por ele mesmo em seu horizonte de sentido, em sua busca de liberdade, e dimensiona o cuidado na ética da escolha (sobre práticas sociais que darão ou não prazer, reconhecimento etc.), no limite da ação (e seus efeitos). Nega, enfim, que o tipo de esporte radical eleito (ao escolher livremente o *bungee jumping*, já que também poderia ter sido o paraquedas) passe pela mediação do profissional (representante do saber biomédico), mas sim que após a escolha posiciona na relação de cuidado o saber disponível para proteção e promoção da vida.

E não há romantização do uso das substâncias psicoativas no jogo metafórico construído pelo usuário, na narrativa acima. Ele entende que há o furor de boas sensações do salto, mas há o processo de sofrimento, que é a inexorável dúvida da abertura (eficiente) do

paraquedas ou do funcionamento da corda. A opção por alguns modos de uso e tipo de material (metáfora que continua a confirmar o esporte radical como análogo ao uso das substâncias psicoativas) pode ser decisiva na imposição de danos a si ou garantidora de proteção da vida no decorrer do salto (do exercício do esporte radical que é metafórico à vida em situação de uso). Em cada investida há a assunção dos danos possíveis. Em cada investida há uso de saberes previamente acumulados para a melhor execução e segurança. Mas é o sujeito que sempre decide o que fazer e que saber usar. Essa ética, parece-me, tem total relação com a possibilidade de resistência do cuidado mundano à racionalidade sistêmica instrumental.

O jogo de linguagem metafórico acima articulado faz indicar que a resistência aos modos sistêmicos de articulação das racionalidades hegemônicas não se faz pela negação do saber prévio e útil (em um ponto de vista técnico) acumulado (como o saber técnico-científico da saúde). Fazem-se sim as resistências, quando de um lado a escolha dos sistemas de ação e seus respectivos saberes é feita pelas pessoas em sua situação de vida e, de outro, quando há formas de tornar o processo racional sistêmico e mais uma linguagem do mundo, não a única, não a mais importante, que tem no ato ético do sujeito as condições de possibilidade de escolha.

Já havia apontado no segundo capítulo deste trabalho, apoiando-me em Bakhtin (2010) e seus comentadores (AMORIM, 2009), e tendo em vista a diferença entre ação (reiterada, técnica, não necessariamente nova) e ato (expressão da criação e da assinatura do sujeito em determinado pensamento ou ação), que o limite ético da ação, ao contrário do ato, é justamente a retirada do sujeito do processo do pensamento; a retirada do sujeito nas cenas de cuidado, produzindo monologias em detrimento das dialogias. A ação, especialmente na racionalidade técnica-instrumental, representada pelo paradigma biomédico, majoritariamente diz respeito à preocupação com os fins, sem a responsabilidade da “assinatura” que se produz no meio – a voz do sujeito na negociação do agir, do produzir o ato de cuidado.

O agir em saúde que não busca o ato de cuidado tem potencial reiterativo e serve ao fim instrumental da racionalidade. O ativar da ética das escolhas nos processos de condução da vida estaria ligado ao ato, que não estaria só no pensamento, mas no agir, levando em conta as vozes singulares dos que assinam seu ato. O cuidado como ato, na direção apontada pela metáfora, é gesto ético no qual os sujeitos (nessa cena, o profissional e o usuário) se revelam e se arriscam por inteiro. No ato de cuidado, diferente da ação em saúde, os sujeitos da cena dialógica têm responsabilidade sob o que fazem, pensam e dizem.

Diante desses elementos discutidos, avanço à categoria empírica “casos e descasos em cuidado”. No trecho abaixo discutimos mais alguns “exemplos” citados pelos profissionais e também pelos usuários. E, para melhor capacidade de articulações, retomo o conceito de jogos de linguagens em práticas de cuidado que desenvolvi no final da Parte I desta tese.

Naquela altura do desenvolvimento deste manuscrito, fiz a apresentação dos jogos em analogia às figuras de linguagem, dizendo que processos comunicativos em saúde produziam espécies de zeugmas e elipses negatizando (excluindo) alguns conteúdos da esfera do fazer em saúde (como na ação clínica, por exemplo) quando alguns conteúdos eram omitidos no “texto”/discurso dos usuários para com os profissionais no processo de entendimento do sofrimento do outro. Assim, disse que a metonímia era um efeito mais amplo nas relações de linguagem em saúde onde o conjunto sintomático e adoecimento eram tomados como o sujeito em sua globalidade. Já o efeito positivo (em termos de inclusão de conteúdo) era representado pela figura de linguagem denominada “anáfora”, que diz respeito à repetição quase exaustiva do “linguajar” em saúde (presente cotidianamente nos meios sociais e culturais, como nos veículos de imprensa, nas redes sociais, nas publicidades) que nada mais, nada menos, é do que a expressão do hegemônico modelo anátomo-fisiopatológico de compreensão do corpo que adocece.

As proposições conceituais não tinham outra função senão ampliar a capacidade analítica de detecção de que, por meio de circuitos cotidianos de linguagem (comunicativos e dialógicos - por vezes monologizante, por vezes polifônico), produzem-se, em algumas situações, jogos de reconhecimento perverso. Esses jogos ajudam a elucidar, nas práticas de cuidado à saúde, a distorção do que seriam as necessidades em saúde sentidas na vida concreta dos usuários dos serviços diante daquilo que o processo de trabalho em saúde (em seus condicionantes estruturais e políticos) parecem favorecer no cuidado aos sujeitos. Assim, eis alguns casos.

Um dos diversos exemplos trazidos como cenas de negociação de cuidado com os usuários é de uma paciente grávida assistida pela APS. A gravidez é um dos objetos de cuidado presentes na APS (e em algumas especialidades em saúde, evidentemente) que coloca em questão as mediações sógnicas do modelo biomédico hegemônico: gravidez não é adoecimento. A partir da narrativa abaixo, teço comentários a seguir:

Tem gente que acha que o atendimento se resume a dar medicação e a gente sabe que é muito mais além, né. [...] A gestante não quer vir, mas não tem aquela referência, né. A gestante se sentiu mal vem pro acolhimento, não tenta nem

procurar a sua equipe, porque aí ela – a equipe – vai saber o que aconteceu com ela [gestante], ver o que é que pode fazer, né; ter um olhar mais profundo em relação àquela paciente.... que conhece aquela paciente e sabe da necessidade dela; porque muitas vezes ela veio por uma medicação e às vezes nem é o que ela precisa, ela precisa de outras coisas (PAPS3).

Se não é doença, o que resta a se cuidar no modelo hegemônico de cuidado: a prevenção do adoecimento da gestante e feto/bebê? O que remediar na condição de gestação? A própria narrativa acima demonstra que o acolhimento é peça-chave da condução do cuidado. Conhecer a história da paciente, como remete a profissional; entender o que ela deseja; superar a busca pela medicação, são todos elementos que a própria profissional reconhece. A própria profissional, então, percebe que o modelo queixa-ação produz a necessidade quase “obrigatória” da medicação, mas nem sempre se aplica quando, por exemplo, a necessidade é de acompanhar a construção da produção da saúde para si e para a criança vindoura. Entretanto, ainda assim, em muitas situações o linguajar biomédico conduz todo o processo de pré-natal em uma lógica na qual o que é incluído são os sinais de alterações (que podem ser preditores de agravos) e o que parece excluído é a condição social de produção da maternagem, do lidar com as alterações corporais (simbólicas, e não só físicas), com os projetos de vida e um longo etc.

Mesmo nos casos em que o objeto mediado no cuidado são sinais e sintomas que revelam alterações adoecedoras do corpo, como nos casos das enfermidades cardíacas-circulatórias que se expressam por meio das alterações pressóricas, a conduta assistencial não pode deter-se ao “controle pressórico” por si só, como se fosse possível a intervenção no coração (ou qualquer órgão humano) sem que o corpo e as relações do sujeito com o mundo não fossem inseparáveis. No caso abaixo, as dinâmicas familiares têm claro efeito no estado de saúde (refletido nos índices pressóricos circulatórios) da paciente relatada:

Tem um caso recentemente conversando com uma senhora hipertensa, [que] não consegue controlar a pressão. Mas por quê? Não consegue dormir direito porque o filho vive saindo de casa; sai e deixa a porta aberta aí só chega de manhã... prestando a atenção se não vai carregar nada lá de dentro de casa, às vezes carrega até os brinquedos das crianças (PAPS3).

Ou seja, se de modo elíptico o coração for contornado como órgão que adocece sem a mediação do corpo relacional, do sujeito social, a própria prática curativa é completamente incapaz de solucionar o problema. Mais uma vez, o efeito perverso se opera quando o profissional, diferentemente do caso acima, prescreve a solução do problema relacional-familiar como se fosse uma ação técnica: solicita solução, como se o sujeito

produzisse os sintomas sociais em uma mesma linguagem que o código anátomo-fisiopatológico significa a doença.

Um outro caso complexifica ainda mais o que se tem dito até aqui sobre o reconhecimento dialógico do objeto do cuidado, em superação à metonímia clássica da doença enquanto o sujeito como um todo. O longo caso relatado abaixo pelo profissional da APS evidencia que além da prática dialógica (que se vislumbra como ampliadora do objeto tradicional do cuidado no modelo biomédico) não diz respeito à relação com o sujeito atendido (o paciente), mas com o conjunto de profissional, serviços e políticas sociais. O caso a seguir reverbera a dimensão Intersetorial da determinação da saúde:

Eu tenho uma paciente minha que assim... eu ia pra casa dela, fazia visita lá... Fazia, não, faço. E ela tinha uma situação de saúde mental que a gente não sabia exatamente o que era porque ela conversava bem... Assim, ela tinha uma depressão, que foi tachada como uma depressão, mas que na verdade é fruto das condições da casa dela. Porque ela tem dois filhos, esse sim, um esquizofrênico e o outro tem uma esquizofrenia também, mas não é uma esquizofrenia paranoide como esse daqui, é uma esquizofrenia que o cara não se comunica. Mas ele faz tudo, ele trabalha, num sei o quê e tal, mas aí ele fuma a pedrazinha dele, certo? Mas aí ele não faz mal pra ninguém. Agora, esse daqui que é agitado, esse daqui meu amigo, é a confusão dentro de casa. Aí ela entra em conflito com ele porque quer que ele pare de usar droga, quer que ele se trate direito, num sei o quê. E ele, pela condição de saúde que ele tem – que não é bem acolhida né – o serviço não consegue dar conta de deixá-lo tranquilo, digamos assim, né. Não tem condição: ele precisa de alguém que cuide dele e a mãe não é possível de cuidar dele. E ele também tampouco é possível de cuidar da mãe. Então o conflito entre os dois ali é o que faz mal um pro outro. E aí você não consegue tirar ela de dentro da casa porque a casa é dela. Não consegue tirar ele porque não tem pra onde ir. Você não tem um outro suporte familiar, porque os outros filhos aparecem lá muito, de vez em quando e... fazem ouvido de mercador. No sentido de você dizer assim: ‘olha, sua mãe precisa porque é difícil e tal, num sei o que...’, ‘ah tá bom doutor, eu vou ajudar’. Fica nessa promessa aí e não resolve. Então o que foi que eu fiz? Rapaz, eu vou ter que acessar o conselho do idoso, o serviço social e tal. Liguei pro conselho do idoso... não, o conselho do idoso não. Como é? O... não, é tipo um conselho tutelar, só que é do idoso, que é tipo contra os maus-tratos do idoso, um negócio assim. Aí eu liguei pra lá e o pessoal: ‘não... mas a gente não pode ir não. A gente só recomenda o senhor pra quem que o senhor deve...’. ‘E o trabalho de vocês é o que?’. ‘Não, o trabalho da gente é desenvolver as ações de prevenção né, de estimular as pessoas a denunciar os maus-tratos’. ‘Ah...entendi... Certo, vocês dizem pra gente denunciar, mas a gente não denuncia pra vocês’. Foi aí que eles: ‘não, vocês denunciam e a gente orienta o que vocês fazem, mas a gente não vai lá’. Beleza – ‘E aí, o que é que eu faço?’. ‘Não, você vai ligar pra SMS que lá tem um negócio lá de condições crônicas e atenção ao idoso’. ‘Ah, tá bom, beleza.’. Liguei pra lá: ‘mas você ligou pro conselho?’. ‘Liguei e ele mandou eu ligar pra vocês’. ‘Ah, não tá certo. Pois aí você tem que acionar o CRAS’. Aí eu digo, rapaz... é difícil mesmo. Aí eu digo, ‘olhe, mas a situação é assim, assim e assado e tal, num sei o que’. E ele: ‘é, realmente essa situação é muito complicada’. Aí deu vontade de dizer assim ‘É... mesmo...cara...? Eu tô te ligando por isso. Eu não tô te ligando pra fazer terapia comigo mesmo não’. Aí assim, fica um negócio de um passa pro outro, um passa pro outro... e aí beleza, eu liguei pro CRAS. Eu digo ‘olhe, a situação lá é assim, o pessoal lá orientou eu ligar pra vocês e tal, num sei o que’. ‘Ah, não, vamos lá fazer a visita’. Eu digo ‘Opa!’. Beleza. Eu disse ‘olhe, meu telefone é tal, eu sou o médico da equipe, quando vocês vierem fazer a visita vocês me liguem pra eu ir junto’. Ligaram? Não. Foram pra visita? Foram. Mas aí chegaram lá na visita sabe o que foi que fizeram? Aí a agente

de saúde foi (coincidentalmente estava passando em frente), viu, aí acompanhou. Então o pessoal foi, aí chegou lá sabe o que foi que fizeram? 'Não, é que a gente recebeu uma denúncia aqui que a senhora tá sendo maltratada pelo seu filho'. Isso a senhora lá e o filho lá dentro ouvindo, macho. Cara... aí assim, a agente de saúde ouviu isso aí e ela disse assim: 'não, minha filha, não foi isso não... a gente ligou pra vocês pra vocês darem um suporte pra ver...'. Olha só, ela não sabia que isso ia acontecer. Por sorte ela viu e aí ela entrevistou. Aí disse assim 'não... a gente ligou porque a gente queria saber se ela não poderia receber algum auxílio, porque ela não recebe bolsa família, ela não recebe nada'. Aí ela disse 'ah, não, mas é porque a denúncia... que diz que tem um filho dela aqui que é doente mental...'. Aí a senhora lá, a Irene disse que ela já ficou nervosa... aí disse: 'não, pelo amor de Deus... que meu filho é muito bom pra mim, que num sei o que'. E o resultado? Pêia. O filho meteu a surra na mãe. Então cara, assim, sabe?

Frustrações, dificuldades materiais, insuficiência de insumos, problemas de comunicação, demandas sociais diversas, modelos de gestão Intersetorial de cuidado, tudo isso parece estar junto no caso acima. O caso que parece resumir-se a mais um de "saúde mental na atenção primária", mais que hibridez da demanda, revela que o modelo queixa-consulta e a linguagem biomédica centrada nos sintomas são rigorosamente insuficientes tanto para explicação dos sofrimentos e adoecimentos envolvidos quanto como forma de intervenção.

A concepção do idoso como sujeito de direito e não só em déficit, de família como arranjo relacional mutante e circunscrito a funções e afetos que se colam por teias multiníveis e multidimensionais, a ideia de saúde mental como culturalmente definida e ação Intersetorial não como ação de diversos serviços sem projetos e comunicação comum são os desafios recorrentes do cotidiano assistencial em saúde e que têm a potência de revelar fissuras dos modelos técnicos hegemônicos. Por sua vez, os modelos técnicos portam visão de sujeito e mundo e operam intersubjetividades. Ao final, por não conseguirem responder à complexa demanda, acabam por piorar objetivamente os arranjos de apoio mútuo já frágeis. Em poucas palavras e quase que em um tom coloquial: "pouco ajuda e ainda atrapalha". Por vezes é como se ao cuidar dos casos, ainda que com empenho, o modelo revelasse o descaso à ampliação do objeto de cuidado.

Mas não só de dificuldades e de insuficiências estão postas aqui as cenas de cuidado. Um dos casos que mais me chamou a atenção na pesquisa é do profissional do CAPS abaixo, em que o modo de mediar o vínculo e a ampliação do cuidado superaram o sintoma ou o horizonte abstêmico com a droga:

O [nome do paciente], ele passava todo dia em frente o contêiner e eu era o primeiro a chegar o contêiner, quem abria o contêiner era eu, eu ia tomar um banho e tal e vi aquele cara e na terceira vez que ele passou Pedro aí eu digo hoje quando ele passar eu chamo ele. Ele passava olhando e eu sentia que ele tinha curiosidade de chegar, mas ele tinha algum receio porque aquilo era pra eles e até que ponto eu sei que isso

é pra mim né. Aí eu chamei ele e ele disse eu posso passar? Eu disse pode, e eu levei ele lá e comecei a conversar com ele, disse que era um projeto e saber o que ele, aí ele foi bem sincero. Da primeira vez ele foi super sincero comigo. Eu trabalho na feira e todo dia eu vou comprar minha droga... beleza e todo dia, ele veio frequentar o contêiner e todo dia tomava banho, mas também quando eu tava e ele disse que quando não me via ele passava direto, porque às vezes tinha o dia de folga e eu tinha folga uma vez por semana e quando eu não tava. Aí quando foi um dia ele chegou e eu senti que ele tava mal. Ele chegou e disse preciso falar com o senhor. E como o contêiner é desse tamanho e pra gente ter esse contato é complicado, aí eu vamos lá pro seu ponto e fomos. Aí ele mostrou a foto do filho dele que morava... devido o uso dele, de lidar com o que ele usa e ele disse que o problema do uso dele é tranquilo e eu via que ele... de lidar com essa situação. Aí comecei a dizer assim: 'tu já tentou...' – o pai dele tinha um ponto na feira e o pai dele também tentava ajudá-lo. Eu disse: 'vamos fazer assim, posso conversar com seu pai?'. 'Pode sim'. Na mesma hora fui conversar com o pai dele e conversei com ele... ele disse: 'o que você conseguiu'. E o que é conseguir?... é um processo lento. Eu cheguei André você vai continuar usando, mas você vai diminuir? O que você vai fazer? ... pois, você vai fazer isso. 'Confia em mim? – Confio'. 'Pois, vá. Chego lá hoje ainda' e foi. Cara, pois simplesmente com dois meses desse processo ele sumiu, também uma semana gente ele não tá mais vindo não, aí eu fui bater no pai dele, ele tava lá e só vem dia de quarta-feira pra cá que eu ajudo ele, aí ele vem pra feira me ajudar e tá pra lá. Tá bem. Aí quando foi com quinze dias ele passou lá eu quero falar com o senhor e me deu um abraço; mostrou a mulher dele que tava com ele; mostrou outras foto. Cara você não sabe como aquilo me deixou e por isso que eu digo assim deixa a gente... [emoção] (PCAP2).

O elemento mediador da relação foi a substância psicoativa e o respectivo uso abusivo, mas não com uma concepção prévia de relação de abstinência como horizonte último da relação de cuidado. O serviço oferecer escuta devido ao uso de droga e o usuário se permitir conversar sobre o uso e as demais condições de sua vida foi o vinculante da relação do usuário com o profissional. A partir do momento em que a “confiança” habitou o diálogo, revelou que ambas as vozes eram ouvidas e incorporadas/encarnadas nos discursos vivos um do outro.

A relação do emprego e as mediações afetivas com o pai do usuário foram ao mesmo tempo o mediador e produto da relação. A sintomatologia em quase nada esteve presente, a não ser na retaguarda do serviço. Mas as necessidades sociais da vida do sujeito foram abertamente cuidadas. O caso evidencia uma cena dialógica em que, apesar da preocupação com a saúde, o cuidado não era uma metonímia sintomatológica do sujeito, mas uma possibilidade de construção de outras metáforas da vida.

5.6 Metáforas e as possíveis reconstruções do cuidado

Se no tópico anterior foram debatidos elementos simbólicos e sígnicos que habitam cenas de diálogos e mediações no campo da linguagem, foi para melhor compreensão deste tópico, que visa ao entendimento das construções metafóricas que operam o pano de

fundo do cuidado na APS e SM. Artigo, logo abaixo, a partir das repercussões dos efeitos colonizadores do cuidado criticado ao longo do capítulo, as potências das resistências e possíveis construções de outras racionalidades via metáforas que expressam as disputas do Mundo da Vida na significação do cuidado.

Por que outra figura de linguagem, além das já retomadas acima? Por que mesmo metáfora? Para responder a esses dois questionamentos, que podem ser inevitáveis a essa altura das construções teórico-empíricas deste trabalho, trago sumária discussão das ideias de George Lakoff e Mark Johnson (2015) em célebre livro no campo da semiologia e linguagem que se chama, na tradução portuguesa, *Metáforas da Vida Cotidiana*. Apesar de não ser adequado fazer quaisquer resenhas ou longas discussões teóricas de sua obra, alguns apontamentos me servem para articulação, em seguida, das metáforas que anunciarei como presentes na APS e SM, no campo pesquisado.

Lakoff e Johnson (2015) afirmam que a metáfora não só constitui a linguagem cotidiana como também caracteriza nosso pensamento e nossa vida. Uma das preocupações apontadas pelo livro na versão espanhola (à qual obtive acesso) é adverter a importância, em qualquer tratamento teórico da metáfora, das considerações históricas sobre sua aparência, consolidação ou desaparecimento – portanto, a condição relacional e histórica como fundamental para sua melhor compreensão. A aposta dos autores é que as metáforas estão vivas, como toda a língua, movem-se no tempo e sofrem mudanças relacionadas à validade ou vitalidade em um determinado momento.

E o que me importa e justifica o uso aqui nesta seção da ideia de metáfora é que nosso sistema conceitual (e ousaria dizer, ampliando o que disseram Lakoff e Johnson, o nosso sistema de mediação informal-comunicacional-dialógico cotidiano) é metafórico e, portanto, consiste em conceitos metafóricos entre os quais se estabelecem relações sistemáticas. Mais: o fato de que essas relações metafóricas que formam sistemas de linguagens geralmente passam despercebidas é justamente devido à natureza cotidiana da metáfora, que, por sua vez, pode ser vista nos exemplos de expressões linguísticas dadas pelos falantes – como faço abaixo. Isso não faz pensar que tudo em linguagem é metáfora, mas que todo sistema social tem correlato em maior ou menor medida metafórico (LAKOFF; JOHNSON, 2015).

Ao longo do capítulo fui deixando claro que alguns elementos da organização do processo de trabalho e dos símbolos mediados no cuidado em saúde tinham potência metafórica. E dos elementos que apontei, a “cobertura” na APS e a “carência” na SM, mais

que significantes em disputas, revelaram-se como metáforas da assistência prestada e dos modos de cuidado articulado em cada um desses níveis de assistência à saúde. Advirto que há elementos de “carência” nas mediações linguísticas que se fazem na APS, mas ela é mais proeminente na SM, assim como há também o uso da metáfora da cobertura na SM, mas é mais referenciada na APS. Por isso, nas linhas abaixo as metáforas são melhor trabalhadas.

A cobertura, na narrativa dos profissionais da APS, aparece de diversas maneiras, sob diversos significados, sob várias formas de conceituar e operar. Uma delas se refere à cobertura como responsabilidade sanitária, como se vê nos dois trechos dos profissionais a seguir:

Assim, a região que a gente, a unidade de saúde tinha, vamos assim dizer, garantia ou tinha responsabilidade por cobertura, que as equipes que atuavam na unidade de saúde tinham responsabilidade pela cobertura (PAPS2).

Aqui teria que ter cobertura de 100%, não temos cobertura de 100% (PAPS3).

Uma outra forma de aparição da “cobertura” é significada como meio de garantia de acesso, independentemente, inclusive, de a responsabilidade sanitária ser ou não a peça-chave organizativa:

O importante é que toda a unidade de saúde a população sabia que aquela unidade ia tá funcionando naquele determinado período e não tinha horário de almoço, por exemplo, que uma equipe entrava e outra saía e isso num certo ponto e em relação a um certo aspecto dar uma segurança pras pessoas e é uma melhoria da qualidade do acesso. [...] Então, no primeiro momento foi isso, foi aumentar acesso, aumentar as equipes, aumentar a cobertura (PAPS5).

A metáfora da cobertura é utilizada como a motivação das “metas da organização da assistência à saúde”, sob uma lógica de organização do processo de trabalho, como se expressa abaixo:

[...] a gente sempre tenta garantir esse atendimento da nossa equipe, pra tentar realmente garantir essa cobertura e tudo mais (PAPS4).

Uma outra forma de expressão, embora guarde algumas semelhanças com a ideia de responsabilidade sanitária, é a ideia de “referência” terapêutica e sanitária, diante de um território de abrangência:

Então assim, vamos falar em termo de cobertura né, se você tem uma unidade de saúde e aí você faz uma analogia com os sistemas universais pelo mundo né, Portugal, Espanha, Inglaterra... não existe isso de você ter o médico lá da sua equipe ou então que é seu médico de referência, por exemplo, na Inglaterra que você tem o médico por carteira e não por localização... e aí tem um dia da semana que ele não tá lá (PAPS4).

Encarar a cobertura como metáfora é compreendê-la como um termo que em sua polissemia revela, mais que padrão de significação, seus usos. Revela que práticas sociais são significadas em seu nome; que cotidianos são justificados a partir dela. Responsabilidade sanitária, garantia de acesso, metas organizativas/assistenciais e referência terapêutica foram alguns dos índices que consegui perceber ao longo da pesquisa. Enquanto metáfora, oculta um perigoso poder – já que remete a práticas de cuidado também disponíveis às racionalidades sistêmicas – a capacidade de ubiquidade dos processos de administração social por meio do cuidado.

A ubiquidade social é a própria condição dos processos de racionalização sistêmica. O que essa racionalidade tem apontado, segundo os teóricos com que dialogo nesse trabalho, é o poderio de administração dos corpos e gestão do sofrimento, sem necessariamente ter por meta a emancipação. O sujeito passível de cobertura é o sujeito descoberto, sem-cuidado, in-acessado.

Se a responsabilidade sanitária é ato político de compreensão da saúde como corresponsável pela produção de saúde em dados territórios, a metáfora da cobertura pode trazer a potência de ampliação da esfera da participação de mais sujeitos, territórios, ações para o escopo de dados serviços – a coberta que acalenta e protege. Em compensação, se entendida como ampliação do escopo técnico de dados modos de agir e pensar em saúde, a cobertura pode servir como amplificadora da capacidade de penetração dos sistemas técnicos de cuidado hegemônico – a coberta que sufoca e prende.

Já na SM, são marcantes as falas que remetem à “carência” como elemento presente na prática de cuidado. Por parte dos profissionais, a carência é remetida de diversas formas, e uma delas é quanto a certa carência de “cognição”, como expresso de modo claro e explícito abaixo:

Eu acho que as pessoas ainda são muito carentes de informação (PCAP1).

Mas também aparece de modo indireto:

Percebo muito assim a falta de esclarecimento da população, percebo muito a dependência que as pessoas têm às instituições, percebo a dificuldade que as pessoas têm de usufruir o que tem na instituição e entender que você vai usufruir não é de uma boa vontade, mas é de um direito. Eu percebo isso e percebo o quanto as pessoas estão sendo agressivos consigo e com o outro. É a impressão que eu tenho do público que chega aqui, mas também percebo que essas pessoas têm muito potencial né tem muitas coisas que essas pessoas têm condições de descobrir e trazer pra si pra gerar um bem-estar, uma melhoria na sua vida na medida do possível, mas eu percebo que pra se chegar a essa melhoria a impressão que eu tenho no geral é que isso é um processo de médio/longo prazo (PCAP3).

Mas não só nos profissionais a carência aparece. Nos próprios usuários a expressão da carência é assim remetida:

O que eu preciso é de atenção né, porque eu moro só, tá com dez anos que tô solteiro e sou muito carente de atenção. Tenho dois amigos que quando eu tenho cinco minutos de atenção eu já saio vibrando, uma atenção verdadeira. É como aqui, quando eu faço a terapia eu saio vibrando. A minha família ajuda também, mas depois de um tempo eles se afastam, e eu me sinto carente (UCAP3).

Ou seja, o sujeito carente é o sujeito a quem falta algo – como o próprio usuário se refere por sua carência.

Já em outro usuário, ele entende a carência a partir da necessidade do uso de substâncias psicoativas e generaliza a sua condição à dos demais:

Outra coisa é a carência que você tem. Porque eu tenho certeza absoluta que todo usuário de droga é extremamente carente. Ele tem um oco dentro dele (UCAP4).

Mas, como disse anteriormente, as metáforas não aparecem em um só campo da assistência (SM ou APS), mas também em outros em paralelo a outras metáforas. Na APS a carência é assim situada por um profissional:

Em relação à a Estratégia Saúde da Família tem tanta carência...[...]. Por exemplo, eu tô fazendo agora no momento um curso de terapia comunitária, onde eu vejo muitas vezes quando eu entro na demanda espontânea e atendo todo mundo eu vejo a carência das pessoas. Muitas vezes não é carência com relação à doença em si, mas é mais a doença psicológica mesmo. O ambiente, o contexto, as condições sociais da população... Então eu acho que ouvir a população ajudaria muito mais do que dar um medicamento ou liberar... porque muitas vezes vem poliqueixosa, aí ‘a mulher chata e tudo’, mas vamos ver o contexto? Como é a vida dela? Com quem ela mora? Como é que tá a estrutura familiar? Como é que tá a estrutura financeira? Então... ‘n’ questionamentos onde a gente deixa passar e eu acho altamente importante pra saúde daquele paciente né, porque as pessoas acham que saúde é só a doença e não é, se você olhar o contexto, o social eu acho mais importante do que a própria doença em si porque se você consegue melhorar o social daquela pessoa... claro, se ela entra em depressão e tudo você sabe que as defesas vão tudo cair e com isso... não quero dizer que ela esteja mentindo com relação às doenças, mas... você sabe melhor do que eu que isso influencia e leva ela a desencadear algumas doenças que poderiam ser evitadas (PAPS3).

Perceber os sujeitos como carentes mais que demonstrar concepções sobre as dinâmicas sociais de pobreza e individualização de fenômenos sociais (redução de dimensões complexas sociais, políticas, econômicas e culturais ao próprio sujeito) pode revelar práticas e organizações cotidianas em que se tutela o sujeito como garantia de um bem maior. Pedro Demo (1995) já tinha indicado que as práticas tutelares são antigas e revelam o modo de construção da cidadania no país. Mais que isso, a tutela, disfarçando-se de assistência, reduz ou aniquila a subjetividade e singularidade do sujeito. Despotencializa a ação política. E a tutela não é apenas exercida pelo profissional no alto de seu poder. Ela pode ser demandada

pelo próprio usuário do serviço como meio possível de reconhecimento dos direitos, como advertiu Marita Beaklini (2001) em relação ao campo assistencial em saúde mental.

Mais que isso, a preocupação que essa metáfora da carência revela é o casamento conveniente entre a concepção de “adicção” (ou adição) que paira na saúde mental (no campo AD, especialmente), em que os sujeitos são compreendidos como dependentes das substâncias, e a necessidade de relação com o serviço é a tentativa de barrar os efeitos da adicção. O sujeito carente adicto, portanto, parece ser um sujeito cujas necessidades remetem a um caminho difícil de superação já que tautológico: sempre lhe falta algo, e a droga substitui a carência, “viciando-o” devido à própria carência, que gera mais necessidades, e o caminho circula nesse circuito necessidade-carência-adicção.

Mas outras metáforas coabitam paralelamente os circuitos linguísticos de cuidado na APS e SM. Três delas me chamaram a atenção não pela crítica que posso fazer, mas pela resistência que produziram ao se ter consciência dos seus efeitos, quais sejam: 1) ações que esterilizam; 2) práticas que anestesiaram; 3) sistemas que mortificam. Ao longo das entrevistas e conversações com os profissionais e usuários, eram inevitáveis as críticas ao sistema de saúde e sistema social (que serão melhor trabalhadas no próximo capítulo) e uma das críticas e ações de “furo” ao sistema já foi descrita acima, mas vale a repetição aqui:

Veja por outra eu recebo caso paciente que retorna pra mim dizendo assim ‘doutor, aquele atestado que o senhor me deu, deu certo. Inclusive o médico do INSS achou ótimo o atestado do senhor. Disse que o senhor fez muito bem o atestado, que ficou muito explicado, que num sei o que, que num sei o que lá’ (PAPS4).

Já havia anunciado na análise acima que a narração desse trecho mostrava a serventia da prática médica (e de outras profissões da saúde) como meio de anestesia dos sujeitos para que as dores do “corpo-capaz-de-mão-de-obra” não reduzisse a capacidade produtiva do sujeito. Mas é à potência da ação, ao metaforizar sua prática como “anestésica”, que aqui quero dar último destaque, afinal, a ação reflexão do médico a partir da constatação da “anestesia do corpo” dizia da operação subversiva ao sistema e da inclusão da voz do paciente na negociação dos horizontes de cuidado.

Apesar de as metáforas apresentadas se entrelaçarem com as razões sistêmicas e parecerem servir aos fins instrumentais, na verdade, a metáfora, como já destaquei em Lakoff e Johnson (2015), tem capacidade de reconstruir práticas porque os significados são conjunturais e são passíveis às mudanças conforme o conjunto de mudanças dados coletivos humanos almejam.

“As metáforas têm capacidade de criação e imaginação”, dizem Lakoff e Johnson (2015, p. 181). Ela pode reiterar, mas pode modificar. A metáfora pode revelar não ditos e

expor jogos implícitos, mas pode também usar palavras como arsenal bélico verbal contra os sujeitos, desqualificando-os ou deslegitimando-os. As metáforas são campos abertos e, como tal, possíveis de reconstrução, visto que as possibilidades de criação de novas metáforas podem ter valor de mudança de cultura (LAKOFF; JOHNSON, 2015, p. 181).

Algumas últimas palavras são necessárias para o encerramento deste capítulo. Tematizar as racionalidades que habitam o cotidiano de modo que não seja apenas por pura teorização é tarefa complexa. Já havia indicado na primeira parte deste trabalho que era um dos desafios da pesquisa social ora desenvolvida (que tematiza as racionalidades) trazer essa categoria-dimensão para o campo empírico. Os materiais que foram construídos a partir das narrativas de cuidado (e outras estratégias metodológicas) não tematizavam a própria racionalidade em si (em termos de perguntas aos participantes da pesquisa, por exemplo, sobre o que se compreenderia por ela), mas a partir dos atos de produção do cuidado, as próprias cenas de diálogos nos processos de cuidado. Cenas que se constituem e se montam seja nas relações cotidianas de agir no mundo realizadas pelos profissionais, seja realizadas pelos usuários dos serviços de saúde, ou mesmo na retomada contextual que elucida o pano de fundo político-organizativo para condições de emergências de formas de cuidado.

A aposta teórico-metodológica feita foi que nas expressões do Mundo da Vida seria possível – por meio das técnicas que operam as práticas, dos saberes que constituem o universo de sentidos e significados dos sujeitos na partilha do mundo e por meio das relações de linguagem no cuidado – apreender fragmentos que revelam as racionalidades sistêmicas, racionalidades mundanas, processos de linguagem e as devidas cenas de disputas sógnicas e usos das vozes no cotidiano dessas relações sociopsicológicas.

A crítica à racionalidade social e aos modos de organização se fez especialmente via teoria dialógica da linguagem, de modo que a opção neste capítulo foi pela persistente atualidade dos apontamentos bakhtinianos, quando associados a uma teoria social que admite linguagem como constitutiva e constituinte das relações humanas e aplicados a temas relevantes nas atuais dinâmicas culturais contemporâneas. A aposta é pela potência reconstrutiva da linguagem, já que não é fim em si mesma (como das racionalidades sistêmicas), mas meio de criação das possibilidades de comunicação, das possibilidades de diálogo, das possibilidades de também ser, de também criar. As formas de linguagem, no cuidado, que potencializam as vozes ou que criam as condições de elas emergirem são formas de resgate político e ético do agir (os atos de cuidado) – transformando o mundo, criando mundos.

A reconstrução apontada é caminhar na direção do entendimento do que o próprio Bakhtin, como retoma Faraco (2009, p. 76) denomina de “simpósio universal”. Mais que um “ideário” dialógico, é a construção de um pano de fundo mediador da vida em que a linguagem emerge em todos os poros do viver humano:

Viver significa tomar parte no diálogo: fazer perguntas, das respostas, dar atenção, responder, estar de acordo e assim por diante. Desse diálogo, uma pessoa participa integralmente e no correr de sua vida: com seus olhos, lábios, mãos, alma, espírito, com seu corpo todo e com todos os seus feitos. Ela investe seu ser inteiro no discurso e esse discurso penetra no tecido dialógico da vida humana, o simpósio universal.

Restituir de linguagem a teoria social comunicativa habermasiana e compreender as disputas sógnicas ideológicas às voltas da concepção de cuidado foram os dois exercícios que fiz teoricamente na Parte I da tese e neste capítulo da terceira parte, de conteúdo empírico, tentei atribuir/restituir potência polifônica, dialógica-linguística, ao cuidado à saúde no Mundo da Vida por me parecer a operação reconstrutiva que anunciava como intento dessa parte da tese, e que articulei ao longo da discussão. A poesia de Leminski (2013), que iniciei esse capítulo, que remete a uma porta que nunca se fecha – a vida – pode ser aqui reescrita numa metáfora: a vida que toma parte do diálogo. Essa é a porta que promove sinais de abertura do viver.

6 ESPAÇOS E DETERMINAÇÕES SOCIAIS EM SAÚDE: PRODUÇÃO DE TERRITORIALIDADES E A PARALAXE EM SAÚDE

“Eu morro ontem. Nasço amanhã. Ando onde há espaço. Meu tempo é quando.”

“Poéticas I, Nova antologia poética”, de Vinicius de Moraes (2013).

Se no capítulo 5 decidi iniciar a discussão contextual sobre os cenários da APS e SM que compuseram os campos de pesquisa, neste capítulo a exposição contextual inicial dos conteúdos dos CNC, por meio das categorias analíticas “produção de territorialidades” e “paralaxe em saúde”, debato dos tópicos 6.1 ao 6.4 os conteúdos empíricos que remeteram aos debates sobre as territorialidades, além das determinações sociais em saúde, as críticas e concepções sobre o cuidado e elementos correlatos, a partir dos relatos dos profissionais (mais marcadamente) e usuários da SM e APS. No tópico 6.5 trago à luz as discussões a respeito da Oficina Território e Saúde (OS) por dar um importante conjunto de conteúdos para o debate que também interessa a esse momento da tese, além de poder fazer vir à tona a questão da minha implicação com o campo pesquisado, já que a existência e condução da oficina é a materialização de minha implicação.

No final deste capítulo, serão realizados debates em forma de arremates finais não só das discussões aqui dispostas, mas também retomando de modo conclusivo questões abertas no Capítulo 5. Portanto, no tópico 6.6 retomo as questões que anunciávamos de modo teórico sobre o hiato entre as necessidades em saúde e as determinações sociais da saúde, atualizando, assim, o debate sobre a coluna paraláctica entre a anatomia fisiológica e a topografia tomada uma pela outra na produção do território em saúde.

6.1 Territórios e territorialidades no campo da APS e SM

A expressão central do primeiro e do segundo tópico é compreender como as territorialidades são construídas no cotidiano da vida com o espaço (também produzido na intervenção humana) no fazer-saber em saúde. A análise do material empírico evidenciou, por um lado, que diversas perspectivas de território (e, por vezes, entrelace com a própria ideia de comunidade) são as próprias condições para operar um conjunto de abordagens de cuidado e, por outro, são as próprias expressões da territorialidade, ela mesma representativa das heterogeneidades e das contradições sociais.

Assim, em vez de falarem sobre espaço ou lugar (tema debatido, inclusive, na Oficina de Território e Saúde), a categoria que remete a espaço-temporalidade nas práticas de cuidado mais presente no cotidiano dos serviços de saúde é o “território”. Ou seja, ao longo dos diálogos e narrativas estabelecidas, especialmente pelos profissionais, o território é o representativo do “contextual”, do “cenário” de atuação. Nos usuários, essa mesma expressão contextual diz respeito à concepção de comunidade (moradia em regiões cuja característica coletiva da vida é flagrante).

As aparições do “território” se dão, portanto, de diversos modos e sob várias perspectivas. Em alguns casos, como no profissional da APS abaixo, o olhar é considerado amplo, já que o espaço é vivo e histórico, como se vê:

O que eu compreendo por território, a partir da minha experiência concreta, né, lá no local... então, assim, sem desmerecer obviamente o conceito, até porque eu vou falar deles aqui também... mas assim: o território tem a ver com, o território tem relação direta com a história de um povo, de um grupo populacional, de uma... vamos dizer, de um grupo populacional, de um setor, de uma parte da população, tem a ver com a história social dela, tem a ver como ela nasceu. Então o território tem relação direta para além das questões espaciais e tem a ver... eu ia dizer também para além das temporais, mas na verdade tem tempo também, tem uma história e história tem a ver com tempo e tempo tem a ver com terri...tem a ver com o espaço também. Mas assim, o aspecto do... o aspecto histórico ele é fundamental pra definição do que nós entendemos, a percepção que nós temos do território (PAPS2).

O território não só não é centralmente geográfico, em um sentido físico topológico, como é quase fundido à ideia de história. O local, como território, é a história expressa de um coletivo que ali se estabelece.

É também o território expressão das heterogeneidades e das contradições sociais que operam os grupos humanos em dado local, como se vê neste outro trecho:

[Território] pra mim não é um conceito de espaço homogêneo onde... pelo contrário, é bastante heterogêneo. Mesmo em comunidades na região periférica de Fortaleza, você chega numa comunidade da periferia da cidade, você tem ali várias condições de vida, condições econômicas e sociais que tão lá misturadas muitas delas. [...] Você tem uma percepção de que na grande maioria dos territórios que estão inseridos as equipes de saúde da família tá lá uma realidade de sofrimento, de dificuldade, de desigualdade social violenta, gritante, em comparação com as áreas centrais da cidade, principalmente. Lá [no território de sua atuação como profissional] se desenvolvem as pequenas desigualdades que a nível, quando a gente olha, a nível do espaço, do território maior, do município ou do Estado. Aí você consegue obviamente captar mais fortemente as várias desigualdades que permeiam e que caracterizam a nossa sociedade (PAPS2).

Outro profissional, ao comentar sua concepção de território, aponta que saúde e território são produzidos e a separação dessas produções sociais expressa territorialidades que fazem com que os serviços de saúde se compreendam como fora da própria comunidade ou

realidade local. Ou seja, aponta aqui o que Saquet (2015) aponta como multiplicidade e multidimensionalidade dos territórios ou mesmo para a constituição de relações de poder, como já se vê em Haesbaert (2017). A narrativa do profissional evidencia a presença multiterritorial e a relação com a saúde:

Eu acho assim que na verdade a unidade de saúde ela, às vezes não faz, mas é pra fazer parte do território, né. Muitas vezes ela ainda tá fora do território. Você tem uma unidade que tem uma área muito grande e aquela equipe tem um território, então, na verdade, é pra tá. Então, assim, eu acho que a produção de saúde é totalmente dependente daquela organização daquele território (PAPS5).

E segue, ao entrelaçar o território com as dinâmicas de poder do Estado:

Acho que a saúde daquela comunidade ali é totalmente dependendo [dependente] dos reflexos das condições de vida. Porque muitas vezes, assim, não é que seja culpa das pessoas que estão ali, mas é reflexo do modo de vida que elas têm, né. Assim, do que elas fazem que às vezes falta o poder do Estado na verdade de promover a saúde naquela [comunidade], né (PAPS5).

Concepções de território em uma perspectiva de ordem mais funcionalista também habitam as narrativas dos profissionais. O trecho abaixo é representativo:

O território é uma área de abrangência onde uma equipe faz todo um atendimento, certo? Em relação é isso que eu... o que eu aprendi (PAPS3).

Isso é, no caminho do que já apontei no Capítulo 3, autores do campo da saúde coletiva já haviam apontado de certa apropriação “sanitarista” do território, associando-o ao meio da condição da aparição do adoecimento ou, no máximo, como divisão de área de abrangência para divisão estatística e operacional dos atendimentos em saúde (MONKEN *et al.*, 2008; MORAES; CANÔAS, 2013; BACKSCHAT; LANZA, 2014). Em vez da compreensão do espaço ele mesmo produzido, ainda habita em concomitância a ideia de território como variável de produção do oposto da saúde, o meio de propagação da doença; o lugar de atuação, racionalmente dividido, para impedir ação de vetores patogênicos e, por isso, necessário à razão sanitária.

Entretanto, na maior parte das narrativas, os profissionais são críticos à concepção reduzida do território (como área de abrangência de um dado serviço de saúde) e falam do imperativo de os serviços agirem para além dos “próprios muros”, de agirem fora da unidade de saúde. Nessa direção, recorrentemente, profissionais da SM dizem que o território é o que está fora do próprio serviço e a grande questão é a saída da unidade:

A gente precisa todo tempo estar com ele para além dos muros do serviço e estar também o profissional fora do serviço. Eu acho que essa é a maior dificuldade que hoje todos os serviços enfrentam. Se fala em rede, se fala em rede, mas as pessoas

não se movimentam. Não movimentam a rede e a rede você não precisa ter algo formal pra que ela se articule. É sair mesmo da sua casa e visitar o vizinho, perguntar o que ele faz, o que ele tem (PCAP1).

Uma outra profissional da SM remete a questões afetivas (medo) como constituintes dos entraves da relação com o território na sua análise sobre a decisão de estar mais voltada às práticas de base territorial:

Eu não tenho medo do território, tem gente que morre de medo de ir pro território eu não tenho medo. Gosto de fazer visita, gosto de tá no meio do povo, quanto mais perto do povo melhor porque eu alcanço, porque eu fico imaginando o território assim às vezes a gente critica nós da saúde mental AD nós criticamos a postura das comunidades terapêuticas né, que a maioria, noventa por cento é de cunho religioso né, mas são eles que tão no território (PCAP4).

A profissional acima aponta mais: que serviços como as comunidades terapêuticas ou outras instituições religiosas conseguem estar mais próximos dos usuários devido à inserção territorial. Ou seja, é condição para outras possibilidades de vínculo, presença na comunidade e produção de novas lógicas de agir a dimensão territorial em saúde, sobretudo no caso da saúde mental (campo de que parte a profissional acima). A ação de se inserir no território é refletida na fala como um passo além do que apenas “compor” o território.

No que diz respeito ao se inserir no território a denominada territorialização é destacada pelos profissionais. Vale retomar o que já descrevi em capítulo anterior: para Saquet (2015), territorialização tem a ver com a apropriação social de um fragmento do espaço a partir de determinadas relações sociais, que podem ser expressas em regras e normas, nas condições naturais, no trabalho, nas técnicas e tecnologias, nas redes que constituem dada localidade, além de evidenciar diferenças e desigualdades, bem como identidades e regionalismos. Na saúde, todavia, revelam-se concepções de territorialização mais ligadas a uma descrição, ainda que crítica, de dadas regiões ou conjunto de lugares de uma área sanitária.

A territorialização como aproximação local de uma realidade para qualificação da assistência é descrita na narração abaixo, realizada por profissional da APS:

Por isso a importância de ter um posto de saúde ou então um local aonde a equipe esteja mais próximo possível da tua comunidade. Porque ficando próximo é mais fácil você sair, certo? Deslocar, pra poder ver algum paciente e voltar pra sua unidade. Então é em relação a isso que isso tudo facilita e isso é o que a gente falta aqui nesse (PAPS3).

A visão da territorialização como meio de facilitar o acesso (tema abordado com mais extensão no Capítulo 5) se destaca na fala acima.

Já a compreensão da territorialização como imersão no território vivido pelos usuários se destaca no relato abaixo:

Foi uma experiência muito importante, muito significativa também eu diria. Eu considero que eu comecei a ter, a compreender melhor certas particularidades das relações e do funcionamento das relações dentro da comunidade a partir desse contado, dessa ida realmente ao território (PAPS2).

Acima, portanto, vê-se a territorialização como um marco de compreensão do universo de sentido da própria comunidade. Uma aproximação do que talvez se possa relacionar com a ideia do espaço não só como concebido, mas vivido, como na conceitualização de Lefebvre (2013).

A respeito dessas dimensões espaciais, Lefebvre (2013) fala da composição triádica da aparição do espaço em nível experiencial, em termos de condição de expressão: o percebido, o concebido e o vivido. Essa tríade não é só individual, mas social na medida em que é constitutiva da autoprodução do homem e da autoprodução da própria sociedade (SCHMID, 2012). Na direção dessas multiplicidades do produzir-se espacialmente a categoria território apresenta-se associada ao modo de vida de dadas comunidades, como se vê no relato abaixo:

As pessoas se agrupam, vivem, moram, vivem e constroem suas vidas em um espaço e aí tem a ver com o espaço, óbvio, e que, vamos dizer assim, determina ou condiciona aquela unidade de pessoas, aquele grupo populacional são essas... obviamente, inicialmente tem a ver com a história delas, com a origem, de onde veio, vieram e etc. e tal. Obviamente que, e aí são determinadas pelas condições de vida mesmo, ou seja, como nasceram e como se desenvolveram os grupos, como eles se organizaram pra viver. Então o território tem a ver com isso, tem a ver com... você vai encontrar no território modos de vida e condições de vida (PAPS2).

E segue o mesmo profissional, em narrativa que trata da trama complexa da territorialidade enquanto dimensão da produção espacial (social) da vida:

Em muitos territórios tem pessoas que vivem numa forma e outras que vivem de uma forma totalmente diferentes. Até porque isso tem a ver também com as várias divisões sociais que tem dentro do próprio território. Pra mim não é um conceito de espaço homogêneo onde... pelo contrário, é bastante heterogêneo. Mesmo em comunidades na região periférica de Fortaleza – você chega numa comunidade da periferia da cidade – você tem ali várias condições de vida, condições econômicas e sociais que tão lá misturadas, muitas delas (PAPS2).

Assim, os profissionais, quando superam a ideia de território como um artefato funcional da assistência à saúde e o compreendem como dimensão do espaço, como categoria estratégica para compreender as condições do desenvolvimento local, articulando identidades, diferenças, desigualdades, produção técnica e tecnológica em dadas condições global e local são atualizadas. Território e as territorialidades como modos de expressão das singularidades

parecem ter efeito importante na superação de dada instrumentalidade do conceito de território em saúde. Territorialidade e multidimensionalidade da produção da vida parecem andar juntas se essa concepção é dilatada.

Nesse caminho, outro profissional da APS comenta que a grande questão de uma saúde que se faz territorial é agir nos determinantes sociais em saúde. E, mais que isso, apropriar-se do território como espaço vital e não só um reflexo “frio”, passivo, das ações de um Estado distante. A narrativa abaixo é elucidativa:

Fazer com que as pessoas entendam que os condicionantes, os determinantes sociais de saúde, não dependem exclusivamente de uma intervenção do Estado. Assim, você não precisa que o Estado vá lá e diga ‘rapaz, aqui é proibido jogar lixo’. Rapaz, aqui é proibido jogar lixo porque isso aqui vai trazer mal é pra nós, né. Não é pro prefeito, não é pro Estado que vai fazer mal. Vai fazer mal pra nós. Rapaz, se a gente continuar poluindo aqui o rio isso aqui vai fazer mal pra nós, porque é nossos filhos que tomam banho aqui. Então, é... a visão que eu tenho do território (PAPS4).

E ainda explicita a ideia de que é a partir das dinâmicas territoriais que se é possível pensar em “cidades saudáveis”. Assim, território, relação das comunidades e Estado necessitam de integração, como se vê no trecho:

Às vezes tem algumas coisas que realmente depende do estado. Por exemplo, essas ‘Areninhas’ [campos de futebol comunitários, construídos pela prefeitura], que a gestão atual tá fazendo, tem muitas coisas que o pessoal de uma certa forma... você tá ali colocando um espaço de.... né. Porque, assim, sempre tem...o doutor [nome de um político]: ‘Ah porque isso é ...’. Pro povo, né. Mas, na verdade, é o lazer e você tem a necessidade. E essa necessidade é real. Tudo bem que precisa de outras coisas, mas eu vejo muito assim como uma cidade que é saudável: um território saudável que propicia hábitos saudáveis (PAPS5).

Territórios e as expressões das territorialidades aparecem, portanto, de modo múltiplo. Por ora como área de abrangência, por vezes como uma paisagem ou uma descrição topográfica, por vezes como vivo (embora quase abstrato) e em trechos importantes como uma expressão das produções sociais locais contextualizadas em processos mais amplos. A territorialidade aparece quando a atividade de agir e dimensionar o território no cotidiano das práticas e dos serviços evidenciam a construção do território pelos próprios sujeitos (profissionais de saúde), e não só pelo alheio outro (o usuário distante, outro que não o profissional). Saquet (2015) é diretivo em sua definição de territorialidade quando afirma que significa troca de energia e informação entre os sujeitos sociais de um dado local e, ao mesmo tempo, posse de uma porção do espaço. E assim, as territorialidades parecem estar em plena construção nos profissionais de saúde, como tentei mostrar nas diferenças discursivas evidenciadas nas narrativas acima.

6.2 Horizontalidades e verticalidades nas condições de produção das práticas, ações e técnicas de cuidado na saúde

Neste tópico, ainda reverberando a categoria analítica “produção de territorialidades”, destacamos as narrativas que descreviam e debatiam as práticas/ações/técnicas de cuidado que os profissionais julgavam construir e exercer. Aglomerar essa discussão neste segundo tópico diz respeito à perspectiva de inseparabilidade do conjunto das ações (ou sistema de ações, como refere Milton Santos) do meio técnico e, portanto, do território.

Para Milton Santos (2014), cada técnica pode ter sua história particular de um ponto de vista mundial, nacional ou local, e esse sistema técnico, já advertimos na segunda parte da tese, seria a história contada a partir do momento de sua instalação em um determinado ponto habitado pelo homem, pelas coletividades, pela sociedade em seus diversos agrupamentos e segmentos. Assim, os sistemas de objetos são inseparáveis dos sistemas de ações, e é o meio técnico que os unifica em condições territoriais específicas. O território é produzido na tensão, portanto, das relações dos objetos, ações, sociedade humana em seus valores e contingentes. Nesse caminho que trilho, a saúde (enquanto campo) produz ela também condições de territorialidades, já que implanta sistemas de objetos e ações em dadas localidades.

Mesmo com perspectivas, vivências e experiências de territorialidades tão diversas, o fazer em saúde e o cuidado se associavam ao contexto territorial da APS e SM nesta pesquisa. Ações descritas pelos profissionais como “territoriais” são as que responderiam à demanda complexa dos sujeitos em seus modos de vida nas comunidades. Nessa direção, a fala de um dos profissionais da APS é emblemática e conceitual:

O trabalho em saúde ele se dá exatamente na forma como as populações, as pessoas, produzem e reproduzem as suas relações, os seus modos de vida. A intervenção da saúde é essa aí mesmo. E que tem clara relação com o território, a forma como o território se organiza, como as pessoas se organizam no território, como o território se organiza ou compõe a vida das pessoas (PAPS2).

A perspectiva territorial de análise das práticas abre condições para que os profissionais, em suas narrativas, percebam vínculos entre as ações de saúde e a dimensão sócio-política da organização comunitária, que tem o território como o mediador (o meio onde a produção se perpetua). A narrativa abaixo é clara quanto a isso:

Objetivamente a mudança na realidade social ela obviamente depende de uma série de ações e políticas do Estado. Se não são guiadas por uma política, se não são

guiadas pra mudar efetivamente uma realidade, as condições de vida, estruturais e etc., e materiais da comunidade, ela não contém impacto. Assim, não vão mudar significativamente (PAPS2).

E complementa:

Quando a gente diz que as questões da saúde elas são inseparáveis das demais questões sociais, a luta pela saúde é uma questão inseparável das outras lutas sociais em geral (PAPS2).

O mesmo profissional segue em uma análise de conjuntura que situa a ação em saúde como integrante de uma teia complexa de articulações e disputas das políticas públicas:

Nós vamos precisar da mobilização da classe trabalhadora, da juventude, nos movimentos organizados e na defesa das várias políticas que tão sob ataque. Não é só a saúde que tá sob ataque. Ela é uma das principais, mas nós temos aí a educação atacada fortemente, a previdência como um alvo de ataque direto (PAPS2).

Na SM, o campo de práticas em Redução de Danos (RD) sofre modificações segundo as configurações da comunidade em seus atravessamentos loco-territoriais. Parece que isso tem a ver com o mais claro entrelace entre a ação nos determinantes sociais em saúde que na ação instrumental hegemônica em saúde (reduzir sintomas). Como já disse em capítulo anterior, a RD tem muito mais por objetivo ampliar as possibilidades de vida do que unicamente diminuir os riscos e efeitos do uso abusivo das substâncias psicoativas (embora essa ação também seja importante). Uma das expressões da ação em RD diz da “negociação” direta com os traficantes sobre as possibilidades de proteção da vida do usuário. Ação complexa e que requer outros modos de encarar a realidade local:

Uma ação que a [nome da médica colega de serviço] fez: chegou pra galera que vendia a droga lá e disse assim ‘oh, meu amigo, quando for gestante não venda. Não venda. E se a mulher tiver doida, mande falar comigo que aí gente tenta algum tratamento pra diminuir a fissura dela’ (PAPS4).

Ações de pequena instrumentalidade, mas de alto grau de mediação intersubjetiva (negociação, estabelecimento de diálogo) parecem caminhar na direção da (re-)inserção social dos sujeitos “usuários de drogas” na sociedade, lema das práticas de base territorial nos serviços substitutivos (CAPS) e também na APS (cenário em que aconteceu a prática acima).

Nos serviços de SM, a adaptação de todo o conjunto da lógica técnica que as racionalidades biomédicas induzem à ordenação do serviço precisa ser questionada para que o usuário e a realidade local sejam efetivamente contemplados no caso do trabalho na perspectiva da RD. Ou seja, desde o horário de trabalho do usuário até o manejo do cuidado de que o profissional pode dispor e questões burocráticas podem ser impeditivos de outras formas de organizar as práticas, como se vê no relato abaixo:

Mas eu preciso do dinheiro [salário] e no dinheiro preciso de um trabalho, mas o trabalho nem sempre o trabalho se adequa com a minha realidade, né [referindo-se ao usuário que frequenta o serviço]. Ou por questões técnicas mesmo da profissão, questões de horário, por conta dos efeitos do uso da substância. Então, eles sempre disseram assim: eu quero trabalhar, eu sou um profissional de mão cheia, mas existe consequências do uso que tá me atrapalhando nessa questão, aí a gente tenta juntos se adequar né à realidade que ele tem (PCAP4).

Como características (configurações) de potências que geram mais possibilidades de ações em SM, a interdisciplinaridade aparece como marcante no campo. O fato de lidar em equipe e com ampliação do que seria o objeto em saúde (necessidades dos usuários, e não só a “doença”) caracteriza a narrativa abaixo:

Eu acho que a melhor ferramenta que a gente tem pra lidar com isso mesmo é essa questão da interdisciplinaridade mesmo, né. Porque muitas vezes tem coisas que às vezes os diversos profissionais ali não tão dando conta. Mas quando a gente senta pra uma reunião de equipe pra tentar ver algumas coisas surgem novas possibilidades, né. E aí eu acho que também o sentimento de que a gente, de certa forma, tá junto ali tentando resolver aquela situação é um conforto, tá entendendo? Por mais que no final das contas a gente não consiga (PCAP3).

Para os autores desse campo, a maioria das produções científicas sobre o assunto (interdisciplinaridade, transdisciplinaridade, interprofissionalidade e correlatos) versa, via de regra, sobre atuação multiprofissional (esfera do fazer) (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013) ou sobre as estruturações interdisciplinares do conhecimento (esfera do saber) (FURTADO, 2007). Também para esses autores, o próprio conceito-objeto-campo saúde (BREILH, 2006) seria a condição primordial do estabelecimento do horizonte interdisciplinar nesses fazeres em saberes.

Não só na SM esse aspecto da interdisciplinaridade está presente. Um outro profissional na APS segue a mesma linha:

[...] eu acho que a gente teria um potencial muito grande de intervir se a gente tivesse intervenções agregadas (PAPS4).

O relato acima converge ao que a literatura aponta no sentido de indicar que, na maioria da literatura existente sobre inter e transdisciplinaridade, encontra-se certo consenso sobre a ideia de que a especialização fracassou, que seria urgente a recomposição dos saberes fragmentados e que seria fundamental superar as barreiras edificadas em torno de diferentes áreas do conhecimento (FURTADO, 2007). A interdisciplinaridade, nas palavras de Furtado, representaria justamente “o grau mais avançado de relação entre disciplinas, se considerarmos o critério de real entrosamento entre elas” (FURTADO, 2007, p. 242). Ou seja, ela se caracterizaria pela horizontalização das relações entre os saberes e, no julgamento dos estudiosos, facilitaria, por consequência, a colaboração entre as profissões. Mais que isso, por

não se tratar apenas de “colaboração interprofissional” (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013; D’AMOUR *et al.*, 2008), admite o próprio saber circulante nas realidades locais também como fundamentais para a compreensão do fenômeno saúde.

Algumas das ações citadas no campo das práticas interdisciplinares eram as ligadas ao apoio matricial – ou “Matriciamento”, como os profissionais denominam. O apoio matricial respondia a questões principalmente relacionadas à ordenação do cuidado e da tematização clínica aos processos de saúde-doença mental, como também aponta a literatura da área (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007). Segundo os autores que propunham a concepção matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007), o apoio matricial é um trabalho compartilhado, conduzido por uma equipe de referência, destinado a uma equipe generalista (de APS, por exemplo) (CAMPOS, 1999), que deve acontecer em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. Dito de outra maneira, apoio matricial consiste em uma metodologia de ação compartilhada entre referência e retaguarda especializada em que se realizam intervenções conjuntas, gerando, em cada um desses espaços de apoio, a integração entre as práticas clínicas e os conhecimentos de cada profissional. Portanto, uma metodologia de gestão do cuidado e com a finalidade de ampliação da clínica (CAMPOS, 1999).

Na prática à qual os profissionais se referiam, o efeito da retaguarda técnico-especializada fornecida pelo apoio matricial do CAPS às unidades de APS era operacionalizada como uma forma de dar conta das questões sociais do território (não só em questões das dinâmicas de saúde-doença que geralmente a “clínica” é convocada a responder). O trecho a seguir remonta essa questão:

Antigamente existia um programa aqui que a gente fazia muito bem e eu sinto falta que é o Matriciamento. Então o que seria esse matriciamento? Era... vinha um pessoal do CAPS aqui pra unidade, certo? Onde a gente conversava casos que... pra ter uma orientação com relação a isso, o que é que a gente poderia fazer com certos pacientes. A gente sabe que muitas vezes quando se fala em condições financeiras a gente não pode fazer muita coisa, mas... social a gente pelo menos tenta. Por onde levar, o que fazer. Então Pedro, pelo menos tinha uma orientação em relação a isso (PAPS3).

Em um outro trabalho teórico realizado por mim e outros colegas (OLIVEIRA *et al.*, 2012), já percebíamos que o apoio matricial era uma das estratégias mais utilizadas como meio de ampliação do escopo tradicionalmente clínico e técnico da ação em saúde. Naquela situação já apontávamos, para melhor compreensão analítica e prática dos fazeres em saúde no campo da atenção de base territorial, que outros “apoios” (notadamente interdisciplinares) constituíam os fazeres psicossociais. A ampliação da proposta do apoio (do matricial para

outras direções) levava em consideração que os fatores contingentes das relações de cuidado e os determinantes sociais da vida dizem respeito não só aos processos de gestão dos modos de cuidado ou de ampliação do escopo da clínica, mas também à ampliação das próprias estratégias do processo de trabalho⁸².

Nessa direção, grupos assistenciais, como uma forma de outros modos de apoio nas práticas interdisciplinares (em equipe), também foram relatados pelos profissionais:

[...] quando a gente atendia no grupo ficava mais fácil como era dentro da minha área... então facilitava de chamar aquela pessoa e tem até assim, dificuldade de ambular, ou então uma mãe com o bebê sadio ia pra lá... ele tinha mais facilidade de adesão, era mais fácil até de chamar ‘fulano... por que tu não vai pra casa de fulano ver o agente de saúde e ver o que foi que aconteceu porque ela não veio’ (PAPS3).

Outras ações, como as “educativas”, também foram descritas pelos profissionais como potente instrumento de compreensão da realidade local por parte dos próprios profissionais, além de servir de melhor meio de diminuir a própria lógica medicamentosa que assola os serviços de saúde:

Ação educativa é altamente importante, principalmente pra adesão do programa, dos atendimentos. Hipertensos, do mesmo jeito, precisa mais de uma orientação educativa do que a própria medicação. Porque não adianta eles tomarem um medicamento se não tiver toda uma orientação, os cuidados que eles irão ter. Vão tomar mas não vai resolver o problema. Daqui a pouco precisa de mais medicamento, né. Eles terem noção e compreender as complicações se ele não aderir ao programa, os atendimentos e ‘n’ fatores (PAPS3).

⁸² Por fugir do objetivo deste capítulo versar em mais detalhes sobre a concepção teórica da quadrvetorização do apoio em saúde, aqui sintetizo a perspectiva e indico, a seguir, o referido trabalho para melhor aprofundamento. O “apoio” (prática interprofissional e de ampliação da clínica e de processos de gestão do cuidado) precisaria pensar-se matricialmente (aquela ação assistencial conjunta, mas também em práticas pedagógicas cujo foco é a equipe) e, claro, “assistencialmente” (clínica direta aos usuários dos serviços ou outras ações ofertadas direta e tecnicamente aos usuários dos serviços para cuidado de um agravo emergente, e também conjunto de ações em grupo de usuários), mas também de um vetor “institucional” e “comunitário”. O apoio institucional versaria sobre a cogestão dos processos de gerência local dos serviços de saúde, bem como seria também esse apoio um proponente de mecanismos de autoanálise dos processos de trabalho para que o campo do modo organizativo institucional também fizesse parte da agenda do cuidado. Por fim, o apoio comunitário consistiria em atuar juntamente com as equipes de referência no conhecimento da dinâmica da comunidade, nos processos contínuos de (re)territorialização, de inserção comunitária e desenvolvimento de ações coletivas de cunho mobilizador-político, terapêutico ou educativo. Ou seja, seria o vetor do apoio que mais diretamente viabilizaria a ação nos determinantes sociais da saúde. Assim, em síntese, a proposta amplia o apoio a quatro vetores: Matricial, Institucional, Assistencial e Comunitário. Mais informações em: OLIVEIRA, P. R. S. *et al.* Psicologia e a Estratégia Saúde da Família: o Apoio como ferramenta de reformulação das Práticas de Cuidado em Saúde. In: BARBOSA, R. M. R. (Org.). *Pesquisas e intervenções psicossociais*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2012. p. 71-94.

A construção de ações de cunho participativo surgiu como uma das narrativas que mais chamaram atenção nesse tópico, no que diz respeito à superação do modelo sistêmico biomédico:

Seria [necessário] pensar em serviços de saúde que sejam na medida do possível construídos também pelos usuários, né. Porque a gente, principalmente aqui na rede de Fortaleza, a gente tem pessoas – falando da [área da] saúde mental – tem pessoas [referindo-se aos próprios profissionais] dentro da saúde mental que não têm a menor noção do que tá fazendo, de quem são as pessoas que tão atendendo, e são as pessoas que estão na gestão, gestão do CAPS, gestão do posto de saúde, gestão de diversas outras coisas (PCAP3).

O que chama atenção na narrativa acima é que, diferentemente do comum, o profissional direciona a necessidade de participação não no sentido de os usuários estarem mais presentes nos serviços, mas de os profissionais participarem das dinâmicas dos serviços e espaços decisórios para que eles melhor entendam as necessidades em saúde que revelam os usuários. Ou seja, a participação no relato acima é a convocação aos profissionais para a maior contextualização e reordenação de tomadas de decisão sobre o cuidado.

Outro elemento que chamou a atenção nesse tópico (sistematização da categorização analítica) foi a presença da “atuação em rede” como fundida (quase tomada como sinônimo) com a atenção territorial. As atuais conceitualizações ligadas à saúde coletiva versam sobre redes como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010b). Já para autores que tematizam o território, rede é inseparável das formas de construir esses mesmos territórios, entretanto são concepções diferentes. Em Santos (2014) se diz que toda rede é social e política, já que a composição é não só de “infraestrutura e fluxos de matéria, energia ou informação”, mas de mensagens, valores e pessoas. Em passagem mais direta, remetendo aos conceitos de horizontalidades e verticalidades explorados na teorização do Capítulo 3, Santos (2014, p. 270) define: “redes são um veículo de um movimento dialético que, de uma parte, ao Mundo opõe o território e o lugar; e, de outra parte, confronta o lugar ao território tomado como um todo”. As redes seriam, dizendo de outra maneira, os modos de viabilização da operacionalidade das verticalidades (fluxos de interesses dos sistemas econômicos e de governo) e expressão das contradições das horizontalidades que habitam os locais.

No relato dos profissionais, a rede se conecta à perspectiva como direcionada pelos saberes normativos em saúde. Entretanto, há, ainda assim, uma certa ideia de “fluxo” que se leva em conta na “atuação em rede” em saúde, como se vê abaixo:

O CAPS ele é o articulador da saúde e eu não digo só da saúde mental, é o articulador da saúde como todos os equipamentos, mas pra isso eu preciso conhecer os outros equipamentos, então eu vejo que muitas vezes as pessoas jogam pra gestão maior algo que elas têm condição de fazer (PCAP1).

A profissional chega a remeter à questão da rede inclusive em seus efeitos terapêuticos:

Então, quanto mais redes a gente formar, de cuidar, melhor pra nós e menos adoecimento vai chegar. E o adoecimento não é físico só, [nem] psíquico só (PCAP4).

Outra fala destaca o ponto do desejo de atuação na perspectiva da rede, embora quase sempre seja difícil realizá-la:

A gente consegue ficar [mais] dentro do serviço mesmo do que na rede. Porque muitas vezes a gente acaba tentando trabalhar isso com outros serviços da rede e o usuário. Acaba frustrando, né. E acaba sendo antiterapêutico de novo, né (PCAP3).

Para além de certa concepção de que a rede é o território (o fora da unidade de saúde), a insatisfação acima pode ser compreendida como um não querer ser replicador técnico de certas formas hegemônicas de (re)produzir as práticas. A horizontalidade habita, por meio das contradições, os lugares. Ora, se as verticalidades são vetores de uma racionalidade hegemônica (SANTOS, 2014), as horizontalidades são o teatro do cotidiano, ao mesmo tempo o lugar da cegueira e também o lugar da descoberta. A narrativa pode ser compreendida também como uma denúncia: estar dentro do serviço, sem respirar os ares das localidades, é também estar cego às vidas que pulsam e formações que se fazem no cotidiano, e não só construídas nos sistemas técnicos de cima para baixo.

Se a produção das territorialidades são conexões com os processos de contradição (verticalidades e horizontalidades que compõem os fluxos e fixos locais o expressam) direcionar as práticas de encontro às formas sistêmicas é desenvolver outros meios técnicos e outros objetos de intervenção. Nessa direção, especialmente na SM, os profissionais relatam fazeres não biomédicos, como a Terapia Comunitária:

O que eu faço é a terapia comunitária no território porque é a que se adéqua a qualquer lugar [espaço físico fornecido para a sessão], qualquer número de pessoas, a qualquer público, né. E ela é muito humanizada. Então ela é bem aceita independente do... do religioso também, como a gente já tentou fazer em igrejas, né. Então, aqui eu faço porque aqui eu sei fazer, né. E a que a gente poderia agregar, como a gente tá numa tentativa, agora, que a gente propôs é fazer o grupo de mulheres no território e um grupo de adolescentes também no território. Um grupo de cuidado, né, e aí a gente tá mobilizando equipe pra gente planejar isso (PCAP4).

A Terapia Comunitária (TC) consiste em, segundo o seu formulador – um professor e pesquisador da Saúde Comunitária do Ceará, Adalberto Barreto – mais que uma

terapia de processos grupais, um conjunto de técnicas de mediações para o fortalecimento de relações comunitárias (BARRETO, 2005). O horizonte ético do grupo, a partir da mediação da TC, deve ser o aprendizado coletivo significativo, poder compartilhado, saberes múltiplos em relação de igualdade. Ou seja, em vez de foco no sintoma ou mediação do cuidado a partir dos processos de adoecimento, a relação de fortalecimento de apoio comunitário vira o foco e o processo pelo qual se desenvolve a prática.

Apesar de a TC ter sido implantada como política de práticas integrativas de cuidado em saúde na saúde pública fortalezense, tanto na APS quanto na SM, após 2008 (FORTALEZA, 2009), é no serviço de SM que os profissionais mais relataram sua presença. Julgam os relatos dos profissionais que essa prática executa o cuidado na perspectiva da inclusão social e valorização do território:

A terapia ela é favorável pela inclusão que ela faz e quando ela inclui a rede já é automaticamente feita, é automático porque é inclusão total (PCAP4).

A profissional relata, ainda a respeito da TC, sua função entre as ações e serviços ofertados no CAPS:

Ela [a TC] é barbara. Antes eu só ouvi falar da terapia, mas eu não conhecia. E quando eu fui fazer a formação, e que eu vi o que era, eu disse: ‘ah, amei, amei, é isso mesmo que eu quero. É isso que eu quero’. Eu quero ajudar as pessoas a pensarem e por isso que eu me identifiquei com a terapia porque a terapia não dá resposta pra ninguém, ela não dá receita, né. Ela não dá certeza de nada. Pelo contrário, ela bota todo mundo pra duvidar das suas certezas, né. Nada é certo na terapia; eu não sei qual o tema que eles vão propor; eu não sei quais estratégias; ninguém é excluído; nenhuma estratégia mesmo que seja aos olhos da maioria ser negativa, mas nenhuma estratégia dita por eles é descartada, né (PCAP4).

A “adesão” (grande quantidade de participantes e tempo de existência da proposta grupal) da TC por parte dos usuários evidencia, para além de uma análise da técnica por si, uma potência de dar vazão ao “lugar” como categoria que media articulações de cuidado no cotidiano. Quando se fala em valorização de saberes locais, de apoio comunitário, de inserção social, dá-se destaque não à técnica em sua eficácia, mas ao lugar como articulador de novas configurações tecnológicas e com possibilidades de resistências por meio de suas horizontalidades.

O território como produtor de lugares desvela a potência dele como capaz de resistir às hegemônicas territorializações (imposições sistêmicas de racionalidades e modos de pensar, agir, sentir). A lição da abordagem dialética dos territórios é decisiva: os lugares redefinem as técnicas. Os conjuntos de objetos ou ações que se instalam em dadas realidades, dialeticamente, inserem-se em tecidos preexistentes e seu valor real é encontrado no

funcionamento concreto do conjunto, de modo que sua presença também pode (ao menos em potência) modificar os valores e formas de expressão que já preexistem (SANTOS, 2014).

6.3 Críticas e concepções em práticas de saúde na APS e SM

Neste tópico e no seguinte, passo a discutir a categoria analítica “paralaxe em saúde”, que é dividida nas categorias empíricas “críticas e concepções” e “necessidades e determinações em saúde” (tópico 6.4), que emergiram do conteúdo empírico. Expostas as ações e sua relação com os territórios, a partir de agora se destacam as críticas que esses profissionais têm ao seu próprio fazer. Elas foram emergindo ao longo da construção das narrativas e revelaram a disposição dos profissionais de olharem de modo crítico o seu próprio fazer e as suas próprias concepções de saúde.

Inevitavelmente, pensar as críticas às práticas dizia das concepções de saúde que estavam como pano de fundo no horizonte de sentido dos profissionais (não só deles, mas aqui o foco diz mais dos profissionais que dos usuários participantes da pesquisa). Já foi dito anteriormente que Breilh (2006) propõe a multidimensionalidade da saúde a partir de três níveis inseparáveis, mas didaticamente definidos, a saber: ontológico (do “ser” da saúde), epistemológico (as suas conceitualizações) e prático (as suas diferentes formas de prática). A que mais se viu refletida nesse tópico da análise foi a dimensão praxiológica – ou os modos de expressão das práticas na saúde.

Um dos profissionais da APS de modo crítico comenta que por faltar amplitude às grandes ações em saúde e por seu foco se dar nos processos de adoecimento, produzem-se limites às ações (e às concepções envolvidas), a partir do exemplo das ações que em sua unidade de saúde eram organizadas:

Os impactos sociais [das ações de saúde] foram limitados, limitados ao tamanho do que era, do que poderia ser disponibilizado pelo formato da equipe e da organização da equipe dentro do território (PAPS2).

Outra profissional aponta nessa mesma direção, entendendo que as ações de saúde do ponto de vista curativo são insuficientes e não promovem melhora do nível de vida de maneira mais sistemática e articulada:

Saúde mesmo a gente não tá dando à população, porque é muito complexo, [a] saúde. Saúde não quer dizer que a pessoa esteja bem. Eu num sei. Outra coisa, tem que mudar ‘n’ fatores culturais, com relação à alimentação e tudo, então... o Governo deixa muito a desejar e não são os profissionais que vão mudar. Eles [os

profissionais] apenas vão dar um pouco do seu conhecimento, mas resolver, resolver, tá muito além (PAPS3).

A direção da definição crítica de saúde descrita acima parece ter alguma semelhança com a que já trabalhamos conceitualmente em Breilh (2006) e Almeida Filho (2000). Quando se pensa a partir dos marcos da determinação (não do determinismo), a saúde é a simultaneidade do movimento de gênese e reprodução que emerge dos percursos dos processos individuais e coletivos que se articulam invariavelmente. Ou seja, não se “dá saúde”, não se percebe ou faz saúde com o outro “bem”, mas também não se faz apenas na doença, tampouco só no “indivíduo”. Agir por esse prisma torna o agir em saúde complexo e com algo de intangibilidade, já a práxis em saúde se dá justo no “entre” do movimento generativo e reprodutivo dos sujeitos, coletivos e sociedades.

Mais uma vez o território aparece como caminho de novas possibilidades do agir em saúde. Apesar das dificuldades de realizá-las (e no tópico anterior esse aspecto ficou claro), quando articuladas, parecem potentes e parecem caminhar em outras concepções de saúde (menos atreladas à saúde como oposta à doença):

Eu acho, a interpretação que eu faço do meu serviço, é que meu serviço em alguns momentos consegue realizar o trabalho no território, mas não é algo que seja sistematizado. Geralmente eu tenho que contar com a intenção do meu profissional, não que eu não possa fazer porque eu faço também, eu vou, eu articulo. São ações pontuais. Não são ações sistemática. Mas mesmo essas ações pontuais eu percebo que gera um certo conforto, um certo bem-estar aquela pessoa que vai usufruir dessa ação intersetorial que o serviço propôs (PCAP1).

Na articulação teórica realizada no Capítulo 4, foram apontados três circuitos dialéticos fundamentais para a compreensão do processo saúde-doença-cuidado, nas sociedades concretas: trabalho, reprodução social e modo de vida (ALMEIDA FILHO, 2004). Algo nessa direção é apontado na densa e longa narrativa do profissional da APS abaixo, ao articular críticas entre as relações de alienação produzidas no trabalho e a mercantilização da vida, em que o trabalho em saúde se situa no meio, imbricado. Assim, o profissional destaca que a ação em saúde que não questione a si mesma e a seu caminho demasiada e quase exclusivamente instrumentalizado pode produzir riscos à potência da produção do cuidado:

A sociedade capitalista ela vive da oferta de produtos, de mercadorias, oferta e procura e tal. Então obviamente que o trabalhador transformado em mercadoria entre nessas relações, ou o consumidor, entra nessas relações aí, sem a condição de sujeito dele, de como ele poderia interferir ou intervir efetivamente pra mudar isso. Então ele já entra de forma alienada. Em essência todas as relações dentro do capitalismo elas são nesse formato. Obviamente que isso faz com que a consciência dos trabalhadores da saúde, limitada por esse processo de alienação. Obviamente quando eu tô falando de alienação eu tô falando nos vários sentidos e não, obviamente, do sentido comum da alienação como é levada do senso comum com

relação à questão da falta de consciência. Não tem a ver com isso, tem a ver com a alienação de todo o processo de trabalho, inclusive do próprio trabalhador, de como ele é inserido na relação social. Enfim, obviamente que a maioria dos trabalhadores em seu processo de trabalho é um processo que tá dentro, inseparável, das relações, das práticas que as relações de saúde subsistem no sistema capitalista. O que é o processo de trabalho em saúde no capitalismo? É um processo de troca, de serviço, de venda de serviço ou de troca. Ou seja, de oferta de um serviço em troca de alguma coisa. É uma relação eminentemente comercial onde o Estado paga a um trabalhador pra oferecer um serviço, ofertar um serviço, usar dos seus conhecimentos, seus conhecimentos técnicos e instrumentais pra ofertar pra população o serviço em troca. Ou seja, é a forma como o Estado devolve aquilo que a população paga através dos seus impostos, etc. A relação é basicamente essa. Tem um sentido. Obviamente que na prática dos trabalhadores de saúde predomina uma compreensão de que: 'ofereci meu serviço, instrumental ou técnico, fiz minha parte, já cumpri minha obrigação'. Isso é um fator, um obstáculo gigantesco pra compreensão de tudo isso, né. Do peso dessas relações alienadas na mudança da realidade, na mudança individual dos sujeitos daquela relação e tudo. Eu acho que são obstáculos gigantescos e têm a ver com toda a estrutura do próprio trabalho em saúde (PAPS2).

Portanto, além da complexidade social do conjunto dos determinantes que operam as condições do trabalho em saúde, a dimensão do sujeito social trabalhador que age para construir a saúde é fundamental na fala do profissional acima. O profissional, claramente alinhado com o pensamento materialista histórico e dialético, ainda complementa a sua análise do trabalho remetendo à imaterialidade do “produto saúde”:

O produto do trabalhador da saúde é um produto que não é material, na realidade. Em grande parte, ele é um produto, vamos dizer, subjetivo. Ele é abstrato. Ou seja, tem a ver com a percepção dos sujeitos do que tá sendo produzido. Ou seja, de como a pessoa apreende que tá sendo cuidada ou não e o outro sujeito, que é o trabalhador, como ele percebe, se ele tá oferecendo um cuidado tecnicamente eficiente ou não (PAPS2).

E, apesar de certo determinismo social por força da mediação estatal, o profissional aponta uma indissociabilidade da saúde com as intervenções sociais.

Fazer uma intervenção em saúde, uma intervenção social em saúde é impossível de ser feita atuando somente no setor saúde. Eu tô falando uma coisa que parece óbvia porque isso tá escrito lá na Constituição. Aliás, na Lei 8080, na legislação do Sistema Único de Saúde, né. Que eles chama de condicionantes de saúde, determinantes, etc. Mas a realidade é que assim, olhando por aí, a gente tem a certeza de que fazendo essa relação disso, do Estado, da organização do Estado, do serviço de saúde pelo Estado e no dia a dia das unidades de saúde no território, aí a gente faz a relação dos dois e pensa o seguinte: as limitações obviamente, a definição das limitações, a determinação das limitações da intervenção em saúde começam daqui do Estado quando ele define o formato, a organização, como vão se dar os serviços e chegam até a ponto, obviamente, limitadas. Seja estrutural, pelas carências de financiamento, pelo modelo de gestão que não é... É o oposto do que deveria ser um modelo, né. Aí os modelos dos serviços, da atenção, então tudo isso obviamente coloca uma grande parede, um grande muro nas possibilidades (PAPS2).

Trabalho, como máxima condição da reprodução social, as condições históricas de desenvolvimento conceitual e prático da saúde e os modos em que se operam e articulam as dinâmicas de vida (articuladas em signos, significados e práticas) que dizem dos circuitos dialéticos da saúde-doença-cuidado em Almeida Filho (2004) e parecia que era sobre esses ciclos de reprodução social que se engendra o cotidiano da saúde que os trechos acima remontaram. Processos de proteção e promoção da saúde relacionados aos fatos sociais da vida, do crescimento, do sofrimento e da morte são o cotidiano que aparece nos serviços de APS e que, se o profissional não tem leitura das dinâmicas sociais de produção e reprodução, parece dar as condições para o tecnicismo e instrumentalismo permanecerem como hegemônicos no campo da saúde.

Os próprios pacientes tecem críticas às contradições da assistência em saúde (no caso abaixo, em específico, na SM) realizada nos serviços, já que a tensão entre os modos e a organização de cuidado e financiamento dos serviços e das políticas são visíveis.

Essa coisa de você trazer o paciente para cá, de ressocializar ele, com a questão do, da redução de danos, todo movimento terapêutico de terapia de grupo, terapia comunitária, a prevenção, e aí também o tratamento dos codependentes que a instituição faz, tudo funciona. O problema é que falta vontade política, né bicho? Vocês são mal remunerados, vocês não têm uma estrutura. Agora não porque aqui já cansei de ser atendido no calor da porra, do inferno, agora não, eles colocaram isso aqui, esse ar condicionado. Mas isso aqui sempre funcionou, pelo menos esse CAPS aqui, sempre funcionou, aos trancos e barrancos (UCAP4).

E segue mais contundentemente:

A instituição funciona, a ideia é perfeita. A reforma psiquiátrica é uma coisa que foi um grande passo na política de saúde mental, de saúde pública no Brasil, porém ela é extremamente desrespeitada (UCAP4).

A precarização apontada pelo usuário (fruto das tensões políticas) é confirmada pelo exemplo dado pela profissional da SM:

Pra tu ter uma ideia a gente não tem nem soro, né, assim pra administrar intravenoso. Porque, às vezes, uma hidratação dessa resolveria muita coisa. Uma medicação ali sem precisar a pessoa ir pro hospital mental em Messejana, num território super distante; ligar pro SAMU, esperar minutos, horas. Então vai, tá entendendo? E se tudo tivesse dentro do CAPS a comunidade seria muito mais bem cuidada, né. Uma mãe que tá nervosa, correr pro CAPS, né, porque o filho tá em crise e ela sabe que não pode intervir e ela chegar a gente ir e não tem carro pra gente. Temos os profissionais, temos enfermeiro, temos médico, temos técnico de enfermagem, temos os medicamentos e temos isso e temos aquilo, mas não o carro que nos leve até o local aonde o usuário tá em crise; tá psicótico, tá lá amarrado à mãe; a esposa amarrou ele e a gente tentar não tem. E a gente queria, mas nós não temos (PCAP4).

Entretanto, reivindicar a condição material do trabalho não quer dizer, necessariamente, a redução do cuidado com as mediações do trabalho morto (MEHRY, 1998). A produção do cuidado, por meio do trabalho no setor saúde (como no campo da pesquisa, APS e SM), dá-se notadamente a partir do trabalho vivo em ato, claro. Mas o trabalho em saúde é uma complexa composição técnica, como aponta Merhy (1998): o equilíbrio entre o trabalho morto e vivo, mediado pelas tecnologias duras, leves e leve-duras. A grande questão é que o cuidado será efetivado a partir da assunção do encontro de diferentes subjetividades e campos de saberes e práticas, baseado em intencionalidades e disposto à construção de sentidos. Dessa forma, dialeticamente, a diversidade desses encontros pode produzir diferentes formas de organização do processo de trabalho e de operacionalizar o cuidado em um mesmo serviço de saúde.

A crítica à instrumentalidade imposta pelas gestões em saúde pode ser interpretada como uma sobreposição de uma forma de trabalho em saúde em que os instrumentais (tecnologias duras – expressões de trabalho morto) se sobrepõem ao vivo (o encontro, a possibilidade de produção do cuidado). Essa sobreposição das tecnologias leves às duras parece aprofundar a distância entre as ações dos profissionais e as necessidades em saúde dos usuários dos serviços, como pode ser relatado abaixo:

Você não trabalha de acordo com o contexto da sua comunidade e sim com o que eles [as gestões] acham que é generalizado. Principalmente uma Fortaleza com a população imensa que temos, onde cada bairro de Fortaleza é um município. Então os contextos são diferentes, as condições financeiras da população é diferente (PAPS3).

Esse apontamento da composição do trabalho em saúde na direção ao cuidado (ou crítica à impossibilidade dele) também aparece no debate já explorado no capítulo anterior sobre a medicalização na ação em saúde. No relato abaixo, esse problema (medicalização) já é sentido desse a formação:

Qual é o nosso objetivo dentro da nossa formação? A gente é formado pra medicalizar, apesar de que a gente sabe que deve ir muito além disso. Mas, a princípio, seria medicalizar. E às vezes o mínimo que se precisa ali é de um remédio, né (PAPS4).

A saída, segundo o relato do profissional da SM, seria a prática “integrada”, tanto entre os serviços como entre os profissionais, com foco na realidade local-comunitária, como se vê no relato abaixo:

Às vezes CAPS maiores já não funciona de forma tão livre como os CAPS menores, né. Porque quando a coisa é grande demais tem que ter mais limites de certa forma pra poder fazer aquilo funcionar. Eu não sei como é que seria possível. Eu acho que

seria interessante pensar num serviço que atendesse à demanda da população e funcionasse de certa forma integrados, né. Agora eu acho que existem outras possibilidades de se integrar mesmo com o serviço atuando em espaços diferentes, mas é porque a gente não tem, não nos permite a condição de fazer isso, né (PCAP3).

E continua:

Eu acho que a melhor ferramenta que a gente tem pra lidar com isso mesmo é essa questão da interdisciplinaridade mesmo, né. Porque muitas vezes tem coisas que, às vezes, os diversos profissionais ali não tão dando conta. Mas quando a gente senta pra uma reunião de equipe pra tentar ver algumas coisas, surgem novas possibilidades, né, e aí eu acho que também o sentimento de que a gente de certa forma tá junto ali tentando resolver aquela situação é um conforto, tá entendendo? Por mais que no final das contas a gente não consiga (PCAP3).

Ou seja, a saída crítica às práticas que tendem à instrumentalização é justamente a orientação de novas composições de saberes – e nesse sentido, semelhante ao apontado no tópico anterior, a interdisciplinaridade. Um saber desarticulado, isolado, que tem a doença como objeto parece ser evidente para os profissionais como um impeditivo de ampliação dos níveis de saúde.

E sobre isso os profissionais, ao pararem para refletir de modo crítico sobre o seu próprio fazer, parecem estar em consonância com os autores até aqui debatidos que compreendem que práticas de cuidado não deveriam se restringir às práticas institucionalizadas, instrumentalizadas e tecnicizadas de procedimentos em saúde. O novo, entretanto, não emerge apenas da crítica, mas de possíveis aberturas a fazeres e saberes em saúde que emergem do cotidiano dos serviços e em condição de aparição mediada, inclusive, pelos modos de vida – e nos devidos enfrentamentos criativos a dadas hegemonias desses modos.

6.4 Necessidades em saúde e determinações sociais entre convergências e divergências

Percorrido longo caminho até aqui, neste tópico tematizo possíveis hiatos (divergências) ou caminhos de convergências entre o que os profissionais percebem, leem e agem em termos de necessidades em saúde e o que compreendem como determinações sociais em saúde. A discussão entre necessidades e determinações apareceu já após o material empírico construído. Ela reapareceu ao reler o resgate teórico que fiz baseando-me em Almeida Filho (2004) e Breilh (2006) – trazidos no Capítulo 4 – em que a ideia de necessidade era a “pista” para compreender o vetor (aquilo que dá força, sentido e direção) da ação em saúde.

Toda ação, consegui perceber ao longo da pesquisa, responde a um sistema de símbolos (inclusive linguístico) de valores e racionalidades que legitimam as práticas. Assim, a concepção de determinação (que apoio na tese, em oposição aos conceitos de determinismo ou indeterminismo) tem a ideia de necessidade (em saúde) baseada no princípio de que a vida é multidimensional e expressão de contingências e forças de condicionantes – portanto, expressão de processos generativos e determinações. Em outras palavras, necessidades em saúde têm menos a ver com perfil diagnóstico, semiológico, patológico ou de morbimortalidade (embora também possam ser expressas assim), e sim mais a ver com o fundamento da vontade de vida ou condição de aparição de situações-críticas de vida e morte que produzem capacidade ou incapacidade de estar (viver) no mundo.

Os vários profissionais de saúde participantes orientam suas práticas por dadas concepções, entre elas a das necessidades em saúde. Elas variavam em significações. E, mais que isso, usuários e profissionais tinham fundamentações distintas. Essas divergências e, por vezes, convergências foram pano de fundo das paralaxes do cuidado em saúde. Diante do exposto, abaixo relaciono, enfim, as práticas ao que os próprios profissionais e usuários julgavam serem as necessidades em saúde.

Minha constatação é que há um hiato entre necessidade sentida e ação em saúde, e ele revela que o mundo técnico se distancia do Mundo da Vida. Ou melhor, produz territorialidades distintas entre os profissionais da saúde e as comunidades assistidas. Quer dizer, o conjunto de meios técnicos e relações de poder que configuram o agir em saúde se distanciam do que os usuários esperam por ação em suas determinações múltiplas das condições de vida.

Uma usuária é clara sobre o que seriam suas necessidades sentidas em seu Mundo da Vida:

Meu primeiro irmão mais velho ele é casado com duas mulher mas ainda tem uma amante e isso é uma barreira pra gente. Porque querendo ou não a gente tem que tá apagando o fogo direto com elas duas se degradando e acaba colocando, né. Então, antigamente, ele não bebia até os 24 anos, depois dos 24 anos ele começou a beber. Não bebe tanto que nem meu pai bebia e isso é positivo, né, não bebe tanto que nem meu pai bebia mas... bebe. E quando bebe muda a cabeça, com um monte de filhos, a dinâmica dos filhos dele já é mais difícil do que a nossa, porque nós a gente tinha que viver na nossa dinâmica com meu pai, meu pai era meu pai e não vamos dividir ele com ninguém (UAPS2).

Ou seja, a delimitação do que é problema para a usuária mostra que o foco, nessa situação, tem a ver com as dinâmicas familiares e as organizações sociais de apoio às voltas do que ela significa como questão central. O uso do álcool foi um agravante, mas não o centro

do problema ou a “doença” a ser combatida. Ao longo de todo o debate, já destaquei que em diversas situações o foco nos sintomas é o objeto de intervenção da ação de saúde.

A Agente de Saúde entrevistada também narra processos em que não se sentiu cuidada pela lógica da organização do cuidado na APS – seu campo de trabalho. Mesmo sendo profissional de saúde e com suposta maior facilidade de acesso, a lógica da compreensão do que seria o objeto de cuidado produz um emocionado relato sobre a situação de aborto pela qual passou:

No ano de [X – retirado para garantir sigilo] eu tive um aborto. Isso eu tentei falar com a minha equipe. Ela não me apoiou na época, né. Então isso me deixou um pouco assim... achava que queria ser protegida nesse momento, mas... Aí eu tive um em [um ano antes] e [ano X], duas vezes. Mas em [ano y] foi o que eu cheguei pra um médico da equipe, a enfermeira [também], aí eu disse né que acho sabia que tava grávida e que tinha feito o exame, aí eu estava sangrando. Ele disse: ‘não, é normal...’. Não deu tanta dose; só fez dizer que era normal; que era os primeiros dias, né (PAPS1).

O papel do ACS, destaco, tem algo de hibridez já que, ao mesmo tempo que profissional de saúde, também é morador do território, pertence à própria comunidade assistida pelas equipes da APS. O conflito entre ser o cuidador de dada área/comunidade e ser cuidado pela equipe é fruto de um processo histórico, já que o próprio surgir da função (o atuar como ACS) tem a ver com a criação da lógica da ESF. Esse tipo de APS (a ESF) requer do ACS a criação de elos de diálogo entre os serviços de saúde e a comunidade, invertendo a lógica da atenção à saúde e criando laços de solidariedade comunitária em busca da construção de níveis de saúde mais elevados (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

Pesquisas preocupadas com a saúde mental dos ACS já revelavam que a proximidade entre campo de trabalho e lugar de moradia é um dos fatores de sobrecarga dos profissionais, além de outras questões, como informalidade de alguns vínculos, falta de treinamentos específicos, entre outras (ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012; MARTINES; CHAVES, 2007; NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000). Foge ao nosso escopo dissertar sobre a questão da saúde mental dos ACS, mas destaco que ele é sujeito estratégico no desvelar das distâncias entre as necessidades por ele mesmo sentidas e também na comunidade em relação ao que se oferta de cuidado. Ou seja, essa hibridez (NUNES *et al.*, 2002) faz a profissional com mais clareza sentir as necessidades dos usuários.

Em seu relato: “Quando você conhece os dois lados da moeda fica mais fácil de entender a população, ver suas angústias, né” (PAPS1). E também a dinâmica conflitiva entre o “território profissional” e o “território assistencial” se expressa na continuidade da narrativa abaixo:

[...] como eu engravidei pela primeira vez pra mim foi um baque, né. Até então porque eu não podia tomar anticoncepcional, essas coisas. [...] Aí eu procurei a equipe e a equipe não quis se... porque assim, isso é fato: eles cuidam da comunidade, mas do profissional eles não cuidam. Às vezes também eles não são obrigados a cuidar, né. Então quando começou o IPM [Instituto de Previdência do Município de Fortaleza, que assiste as questões de saúde dos servidores públicos do município] pra gente isso foi positivo. Porque se eles não cuidam aqui [UAPS] a gente corre pra cá [IPM]. [...] Então você falar assim, ‘doutor, eu quero falar com você pra me consultar’, eles não consulta. Eles acham que é favor, ‘ah, deixa pro final que já tá cansada’ (PAPS1).

Mas não só nos ACS (por sua função híbrida já destacada) é possível perceber as diferenças entre o que seriam as necessidades e as consequentes ações. Um outro profissional também é claro nesse aspecto:

Temos uma grande possibilidade, eu tô falando das possibilidades, uma grande possibilidade de intervenção. Mas como elas se dão muito mais, obviamente, no campo técnico e biológico, existe uma limitação clara pras possibilidades de mudar a realidade porque nossa intervenção política e social é limitada, né (PAPS2).

E segue narrando o que, a seu ver, seria o foco de um processo de mudança das práticas de saúde, indo ao encontro do que debati anteriormente em Breilh (2006), no Capítulo 4, no que diz respeito à presença dos determinantes políticos também na esfera das práticas de saúde:

Eu acho que... mudar, qualificar, melhorar os processos de atenção à saúde precisarão de uma mudança nas condições matérias de trabalho, principalmente na ampliação do financiamento, na democratização das relações de gestão do trabalho... mas precisarão, principalmente, que a discussão da saúde seja integralmente permeada pela discussão das condições sociais de vida da população. Sem isso nós não vamos conseguir realmente mudar a realidade e tudo (PAPS2).

O profissional acima dá destaque, portanto, à questão das condições de trabalho como uma das formas de favorecer tal ou qual modelo de saúde. A ação no que ele chama de “condições sociais de vida” requereria a recomposição das condições de trabalho (e consequente recomposição técnica do trabalho em saúde) como já havia sido debatido com outros autores (MERHY, 1997; 1998; MERHY; FRANCO, 2003).

Outra profissional fala das distâncias entre o que se oferta de ações em saúde e as necessidades sociais dos usuários assistidos em termos coletivos ou comunitários:

[...] você não trabalha de acordo com o contexto da sua comunidade e sim com o que eles [os gestores] acham que é generalizado. Principalmente uma Fortaleza com a população imensa que temos, onde cada bairro de Fortaleza é um município. Então os contextos são diferentes, as condições financeiras da população é diferente. [...] Poxa, porque que eu não posso fazer a minha agenda de acordo com a minha necessidade e a necessidade da minha comunidade? (PAPS3).

A tensão aqui exposta já denuncia, por outro lado, não só a composição material das condições de trabalho, mas os modelos de gestão que subsidiam o cotidiano dos profissionais, impondo-lhes metas, formas de agenda do profissional e conduzindo o cardápio de ofertas (arsenal de práticas) possíveis em uma dada unidade de saúde.

Já no campo da SM, outro profissional relata de modo elucidativo sobre o papel das demandas sociais (por ele tomado como sinônimo das necessidades sociais) na influência na dinâmica do serviço no CAPS – ao menos de modo idealizado no modo como articula o argumento:

[...] são as demandas sociais mesmo que ditam o ritmo das coisas mesmo, né. O centro de saúde que é um reflexo disso. [...] acho que parte muito também dessa questão de como eu acho que, não sei se eu posso fazer uma afirmação tão grande, mas como o SUS foi se perdendo mesmo nessa trajetória que ele teve inicialmente, né. Porque hoje se a gente for pegar pelo menos as que eu já presenciei as conferências de saúde e tal são coisas altamente burocráticas sem a participação da população e que é totalmente diferente de como o SUS foi construído (PCAP3).

Para esse profissional, fazer o debate das necessidades em saúde e do modo como os serviços deveriam se adaptar ao que efetivamente as comunidades demandam (para além da oferta tradicional de ações curativas) resvala, inevitavelmente, na abordagem quantitativa de lidar com as consultas e atendimentos nas unidades de saúde. Em sua perspectiva, o lidar com tecnologias leves – como vínculo, ou a produção imaterial da relação de cuidado – necessita de outros modos de articulação do cotidiano dos serviços:

Eu acho que seria mesmo ter a noção de que o trabalho na saúde envolve essa questão do vínculo, do cuidado. E que não adianta você fazer cinquenta atendimentos se você não tiver um ritmo de qualidade com os usuários e saber que, porque às vezes você tem que ter um público e que você não vai atender, pra pensar em estratégias mesmo de como atender à demanda da população, dos usuários. Eu acho que é mais no sentido de realmente ter esses momentos de construção, né, que não se tem mais do que pensar em grandes conglomerados aí de atendimentos (PCAP3).

Outra profissional no campo da SM revela a questão apontada já pelo profissional acima citado dando dimensão concreta-operacional em termos de condução do cuidado a um usuário em situação abusiva de substâncias:

Então, como que a gente vai conciliar o que você quer e o que você precisa e o que você pode? Porque às vezes o que a gente [profissional] quer é uma coisa, mas nem sempre a gente pode [disponibilizar ao usuário do serviço], né. O organismo, tem que respeitar o organismo dele, o tipo de substância, o tempo de uso, a frequência, né. E o que pra ele tem sentido de prazer na vida dele, né. Talvez se eu disser pra ele abstinência total da substância a vida dele vai findar, né. Porque era ela que tá motivando ele a viver, a trabalhar, a ter família, a estudar, trabalhar (PCAP4).

Ou seja, é sempre uma difícil conciliação a mediação entre as necessidades dos usuários, as ofertas de que os serviços dispõem e o que o profissional consegue mediar de horizontes de cuidado e sentidos desse cuidado.

E os profissionais, percebo, não têm exatamente “dificuldades em ler” as “necessidades sociais” às voltas das comunidades ou as necessidades que os usuários demonstram ao requerer ações em saúde. Por vezes a falta é de compreensão dos modos de agir e articular sentido a essa ação como uma ação adjetivada como “de saúde” (uma ação em saúde). O relato abaixo evidencia a percepção do profissional quanto a uma certa “sociogênese” de parte importante dos agravos em saúde e dá destaque especial ao território em sua configuração como o cenário de atuação dos condicionantes:

Um dos problemas que a gente via, por exemplo, paciente com tuberculose que é extremamente ligado à questão de moradia, de condição socioeconômica, né, que envolve nutrição, envolve uso de substâncias né psicoativas, álcool, droga; crianças com problemas de cuidado por conta de mães adolescentes, né, que não tinham um cuidado; e lá a gente tinha muito usuário né de *crack* e tinha dependência química; a questão também do cuidado dos idosos né e os idosos meio que morando só ou mal cuidados pela família porque a questão financeira. Então, assim, a gente via lá o que pegava muito era questão de moradia, né. Que ali era um pessoal que morava na beira do rio e o rio fazia enchentes mais frequentes (PAPS5).

Outro relato, agora na APS, também indica grandes questões sociais como atravessadoras do cotidiano da assistência de saúde. No relato abaixo as equipes não se sentiam potentes em agir no campo do que ele denomina de “violência”:

Quando eu entrei a questão da violência era muito... tava muito agravante, certo? Apesar de que a gente ficava muito limitado pra tentar achar uma estratégia de intervenção. Porque, qual era a realidade? Jovem morrendo. A realidade era essa. Aí como é que a gente faz essa intervenção né? Então assim, eu como tinha pouco tempo na área eu ficava muito sem saber como intervir (PAPS4).

Inclusive, o profissional relata tentativa, junto a outra profissional de grande inserção e vinculação na comunidade, de intervenção no campo da violência urbana envolvendo juventude e o tráfico de drogas:

A [nome da médica referida], que foi nesse sentido de tentar trazer a paz entre os que estavam se matando, né. Porque não era o Governo que tava matando, não era a polícia... não. Eram eles que estavam se matando. Era jovem matando jovem por território, por disputa de venda de droga e tal. Então a [nome da médica referida], com o envolvimento dela no território ela pôde de uma certa forma influenciar isso aí [com ações de promoção de cultura de paz, ações em grupo, diálogos participativos com a comunidade]. Mas assim, era uma influência também muito frágil porque na hora que eles cismavam um com o outro... aí, meu amigo, não tinha acordo de paz que desse jeito. E, assim, isso aí também tem um pano de fundo, né. Tem a questão social, né... Fazer com que esse seja o único caminho. Então eles diziam, ‘ah, eu não posso estudar porque a escola não funciona... eu não consigo um

trabalho porque eu ainda tenho 13 anos então eu não posso trabalhar... então eu vou vender droga' (PAPS4).

A narrativa acima é composta de força da ampliação do olhar no que diz respeito à percepção de que faz parte do setor saúde a intervenção nos determinantes sociais que produzem saúde. Por outro lado, é composta também de um determinismo sobre as vidas dos jovens que naquele contexto se encontram. Um misto entre necessidade de agir nos determinantes, mas de conceber as vidas como determinadas ou mesmo condicionadas unilateralmente pelo próprio contexto. Uma contradição, na verdade, das concepções entre determinação complexa e determinismo unicausal ou unidirecional.

O debate entre determinação e determinismo é sempre tênue e não seria surpresa que esse conteúdo habitasse de modo confuso os relatos dos profissionais que se preocupam com as determinações sociais. No determinismo se diria que qualquer tipo de evento provém diretamente de uma causa e que, dada a causa aceita, o evento ocorrerá dela, invariavelmente. Já na determinação se fala de processo, contingência e possibilidade (BREILH, 2006). Portanto, determinação anuncia que há relações multiníveis para além do causa-efeito e que a vida não é apenas devir, mas condições de possibilidades contextualizadas. Saúde em contexto de violência não poderia ser diferente, embora não autorize a crença de que o jovem (ou qualquer outro morador desse cenário de vida) está fadado ao tráfico.

Certas perspectivas deterministas em política podem confundir-se com o papel autoritário do Estado e mesmo fundir o controle das doenças com controle social. A narrativa da profissional abaixo é figurativa desse aspecto ambíguo do poder de “controle” das políticas de saúde, especialmente na APS, por meio da Estratégia de Saúde da Família:

A Estratégia Saúde da Família não surgiu por acaso. Uma necessidade a partir do momento em que viu-se que se você tiver uma equipe controlando aquela comunidade vai prevenir certas complicações pra não chegar no hospital. Então, se você consegue controlar ou pelo menos minimizar os problemas daquela comunidade essas pessoas vão adoecer menos. Então é por isso a importância da Estratégia Saúde da Família na prevenção. Nunca olhar de curativo e sim na prevenção. Aí é que tá a diferença (PAPS3).

Ou seja, apesar de parecer uma narrativa que aponta a superação da prática “curativa” em direção a uma prática de “prevenção”, o risco da confusão entre controle de agravos em saúde e controle da própria população em seus modos de viver é forte, como acima se vê.

E não só as dinâmicas da questão da violência urbana expressam, especialmente no segmento juventude (como debatido anteriormente), as marcas das dinâmicas territoriais de imersão dos serviços de saúde. A própria divisão territorial do trabalho configura as

expressões dos processos de saúde e doença, de modo que nem sempre é possível, segundo o julgamento dos profissionais, intervir nessas determinações. As demandas que chegam aos profissionais de saúde da APS aparecem como, por exemplo, “pedido de aposentadoria” ou “afastamento do trabalho”, mas o próprio profissional percebe – como no relato abaixo – que há algo que diz mais respeito à lógica do trabalho e às facetas da exploração que ao “sintoma de adoecimento” de forma isolada:

E aí assim, a questão do trabalho, a questão de renda, por exemplo, eu tenho muita demanda de pessoas pra querer se aposentar, auxílio-doença, muitas, muitas mesmo. Pessoas que trabalharam, sei lá, durante 20 anos como costureira, a gente tem muito confecção de costura, sapataria... e assim, a galera trabalha num regime de escravidão praticamente (PAPS4).

E continua, sobre essa questão do trabalho e a vida nos territórios:

[A trabalhadora da facção] não pode levantar pra ir pro banheiro; a cadeira é totalmente desconfortável; aí com pouco tempo tá com problema de coluna. E aí, assim, você... sabe? E aí você, como é que você vai intervir? Então, assim, hoje eu posso dizer que a gente não tem uma intervenção qualificada nessa área. Porque, assim, as opções de trabalho, principalmente pras mulheres, são muitas as mulheres que trabalham nesse sentido, não têm outra opção (PAPS4).

As convergências entre necessidades e ações, como quis demonstrar neste tópico, dizem respeito aos diversos relatos que privilegiam a interface entre as relações de cuidado com a dimensão sócio-política, tal qual Cruz (2009) reivindicava como uma das dimensões constitutivas do cuidado, já que a dimensão técnico-científica (instrumental) se sobrepunha, contemporaneamente, mais frequentemente. Entretanto, o próprio realizar das ações e o impacto dos grandes temas sociais (violência, drogas, desemprego, divisão do trabalho) evidenciaram que o aparato técnico-científico, ainda que permeado da dimensão subjetiva-relacional (CRUZ, 2009), não dá condições para efetivação de dados fazeres e de significá-los como ação em saúde sem confundir-se com uma ação política (*latu senso* ou político-panfletário).

As ações em saúde em meio às necessidades e determinações sociais encontram-se em franco processo de disputa entre o Mundo da Vida significado pelos usuários e coletividades e a razão sistêmica biomédica de horizonte instrumental. As formas de cuidado estabelecidas pelos sistemas de ações dos profissionais (na vertente hegemônica biomédica) parece tentar configurar o território de modo tal que os objetos de cuidado pertençam às técnicas do setor saúde, enquanto que as próprias relações sociais evidenciam que são os determinantes que produzem as possibilidades de expressão de vida e, sob esta última, a ação do cuidado encontra-se insuficiente.

6.5 A Oficina de Território e Saúde (OT) e as concepções, vivências e ações em saúde sob a lógica territorial

Já descrevi em detalhes o quantitativo e perfil dos profissionais participantes, além do método de facilitação e etapas da oficina, no início da tese, quando apresentei o desenho metodológico da pesquisa por inteiro. Para que não se repita e deixe o leitor exausto, aqui vou direto à discussão das principais questões levantadas durante a oficina.

O primeiro momento tinha por objetivo, aos moldes de um círculo de cultura freireano (MONTEIRO, 2010), discutir as concepções de “espaço-lugar-território” a partir do que os próprios profissionais significavam, diante de suas experiências prévias (tanto de vida quanto profissional). Dos principais debates desse momento, destaca-se uma associação mais forte do espaço com uma geografia física aleatória, paisagem ou mesmo o espaço sideral como algo imagético do vazio e das grandes distâncias. O lugar foi, em boa parte da partilha de sentidos, associado a algo de “proximidade”, como o “meu lugar” ou o “espaço da intimidade”, da “pertença”. Lugar deixava de ser uma categoria de certa “morfia”/forma de algo e passava a ser o conteúdo do espaço (o próprio quarto de dormir e um ponto específico de uma sala de estar da própria residência eram apontados como exemplo de lugares).

Já o território por vezes era fundido com o espaço, por vezes remetido ao lugar. Entretanto, o mais evidente foi a associação entre limites e divisão. Esses dois atributos eram as principais características de um dado território, a exemplo do próprio bairro em que se encontrava o CAPS como um território, e mesmo o serviço, ele mesmo, como um território. O exemplo do serviço mesmo como um território abria a discussão para a característica relativa “escalar” do território (variável segundo que nível de escala geográfica e política se analisa dado espaço social) e também dizia das relações que constituem um espaço como definidor de territórios. Assim, foi possível, ao mesmo tempo, compreender os significados prévios das três categorias abordadas e explorar a dimensão de meio técnico que constitui os territórios, assim como as relações de poder. A materialidade e imaterialidade do território foi algo que soou como novo ao grupo nessa primeira etapa da oficina, já que, associado ao lugar ou espaço, costumava ser significado como “concreto”.

O momento seguinte da oficina tinha por meta descrever as “necessidades em saúde” que se demandavam no serviço e quais as ações que se realizavam no sentido da qualificação dos níveis de saúde da população assistida. Ou seja, de um lado o debate requereu do grupo acurar o olhar sobre o que, na realidade loco-comunitária, demandavam os

usuários, os coletivos que influenciavam o serviço e a comunidade do entorno e abrangência do CAPS AD pesquisado. Do outro lado, refletia-se criticamente sobre o escopo das ações e se elas eram coerentes com o que os próprios profissionais referiam como demandas.

Após a formação de 4 trios entre os presentes, a síntese foi realizada com confecção de dois cartazes (um para cada dupla de trios – 6 membros cada, portanto), cuja fotografia está em anexo (Anexos A e B). Entre as necessidades em saúde, os profissionais de uma das duplas de trio descreveram:

- “Questões clínicas” (ligadas a quadros de enfermidades e comorbidades ligadas ao abuso das substâncias químicas);
- A necessidade de “vínculo e afeto”, mediados pela “escuta e diálogo”;
- Questões sociais como emprego e “trabalho” (expressas no cartaz como “desemprego”);
- Necessidade de melhora nas “relações familiares”;
- Necessidade às voltas dos efeitos do “preconceito/ exclusão/ isolamento”.

Esses mesmos profissionais elegeram algumas ações em saúde mental como formas de enfrentamento às necessidades em saúde que foram caracterizadas anteriormente. As ações para cada um dos níveis de necessidades seriam as seguintes:

- Na clínica, ofertar com mais sistemática as ações clínicas: “verificação de pressão, glicemia, fracionamento e orientação medicamentosa, hidratação oral”;
- Em relação ao vínculo e qualidade da atenção prestada: “acolhimento, escuta, construção do PTS [Projeto Terapêutico Singular]”;
- Na relação com a rede, qualificar os: “encaminhamentos e orientações”;
- Na relação com os familiares: “grupos nos CAPS e na Comunidade”;
- Na relação com o território-comunidade, no que diz respeito ao enfrentamento à exclusão: “visitas”, realização de atividades “esportivas”, “confraternizações” com a comunidade e “assembleia” de usuários como forma de fortalecer a cultura de participação social.

A outra dupla de trios produziu outros cartazes com “respostas-sínteses” às mesmas questões acima. Entre as necessidades em saúde, os profissionais de uma das duplas de trio descreveram:

- No campo relacional: “Afeto” e “Escuta”;
- No campo das sociabilidades e proteção, destacaram: “Conflitos familiares”;

- No campo social e econômico: “Pobreza” e também a necessidade de “Trabalho” e “Educação”;
- No campo do preconceito e exclusão, típicos em SM, citaram a necessidade de: “Aceitação/compreensão”.

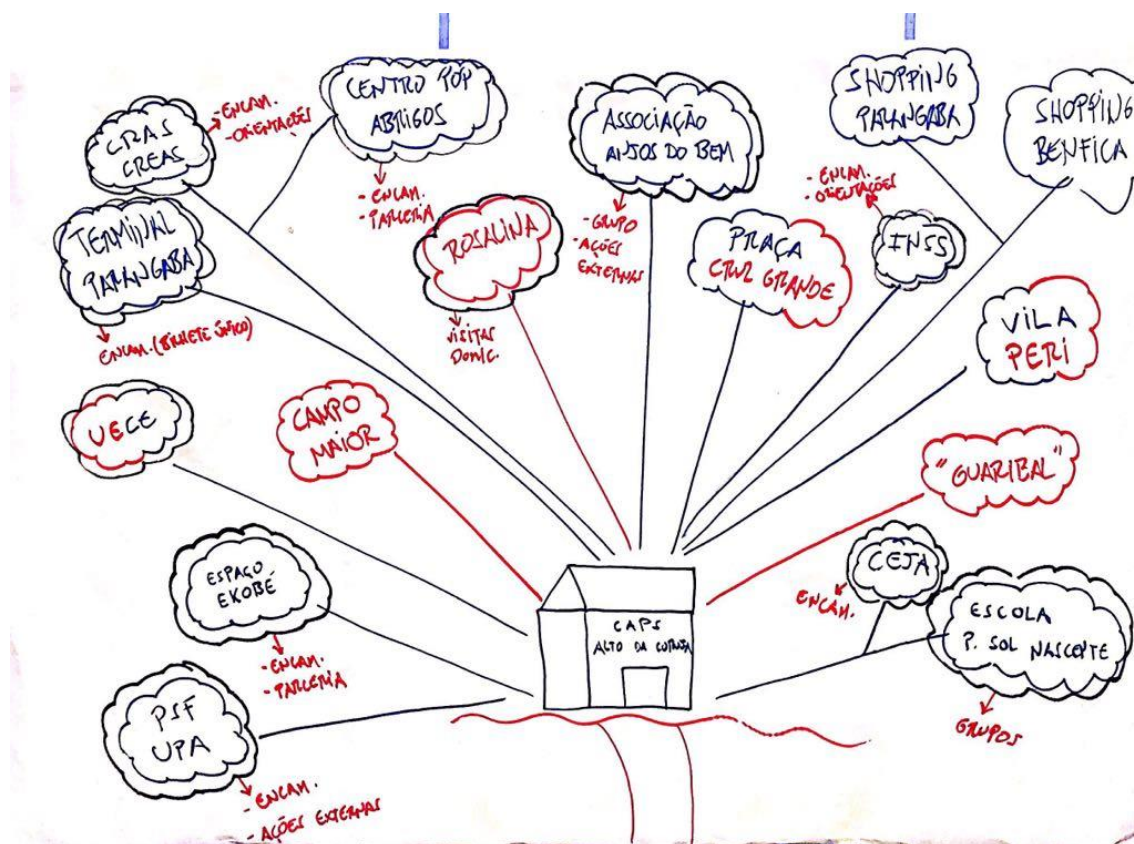
Esses outros seis profissionais (junção de duas duplas que debateram em tempo prévio) elegeram também algumas ações em SM como formas de enfrentamento às necessidades em saúde acima descritas. As ações de enfrentamento às necessidades foram as seguintes:

- Para o fortalecimento do campo relacional, ações de “Acolhimento/vínculo”;
- No campo das sociabilidades e família: “Grupos de família/mediação de conflitos”;
- No campo social e econômico, ações mais difusas como: “Orientações/encaminhamentos” e “Ações externas”;
- Já no campo do enfrentamento ao preconceito, exclusão e construção da cidadania, ações como “Apropriações dos direitos e cursos profissionalizantes” e atividades realizadas em “Salas de espera e atividades socioeducativas”.

Na etapa seguinte, a terceira do método, o objetivo foi “mapear” o território em suas forças e fragilidades (em seus pontos de “vulnerabilidades” ou em “processos de vulnerabilizações” e as “potências”), no sentido de articular as necessidades descritas na etapa anterior (necessidades e ações) com aquilo que se apresentava no “mapa”, de modo a criar “territorialidade” para as ações pensadas e necessidades descritas. Com algumas características do método do mapa-afetivo (AUGUSTO; FEITOSA; BOMFIM, 2016; FURLANI; BOMFIM, 2010), essa etapa, em concreto, desenhou um mapa de fragilidades e forças do território às voltas do CAPS AD e descreveu o que poderia ser qualificado ou fortalecido no território de ação do serviço pesquisado.

A imagem – com a devida representação gráfica do CAPS AD no território e a relação com os serviços, equipamentos, associações, bairros, partes do bairro, centros comerciais (como *shopping centers*) e terminais – vale a pena compor o corpo principal deste texto, em vez de ser citada como anexo. Abaixo, como se percebe na foto desse cartaz elaborado pelos profissionais, foram mapeados e marcados com linhas azul-escuras (potência) ou vermelhas (fragilidades/vulnerabilidades) segundo a relação que se estabelecia com o CAPS e seus usuários e profissionais.

Figura 11 – Mapa do território do CAPS AD e suas relações de potência e fragilidade segundo os profissionais do serviço



Fonte: Elaboração própria.

Como pontos protetivos foram citadas: as próprias unidades de saúde do entorno (“PSF” e “UPA”); o Serviço Terapêutico de Práticas Integrativas e Complementares denominado “Espaço Ekobé”, vinculado à Universidade Estadual do Ceará (UECE); os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), especialmente com relação ao que diz respeito aos seus encaminhamentos e orientações sociais; Centros de Proteção à População de Rua (Centro-Pop) e seus abrigos; Equipamentos ligados à política pública de seguridade social, o INSS; as escolas, especialmente a próxima ao serviço, parceira de longa data; equipamentos comunitários, como a Associação Anjos do Bem; centros comerciais como os *shopping centers* considerados próximos aos serviços e frequentados pelos usuários e profissionais; e os terminais de ônibus, especialmente o da Parangaba.

Um dos lugares associados a vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, como proteção foi a própria UECE, já que, segundo os profissionais, esperam mais da instituição, mas pouco veem de efetividade dela na ação de promoção da comunidade do entorno. É também citada como ambígua (entre proteção e vulnerabilidade) a Praça Cruz Grande, já que durante o dia é

utilizada para atividades físicas e também como lugar de sociabilidade e produção de urbanização, mas à noite é utilizada como lugar de venda e consumo de substâncias ilícitas. Ocupa esse mesmo espaço simbólico de proteção/vulnerabilidade a Vila Peri, já que é um bairro com incidência de violência e tráfico de drogas em alguns de seus territórios, embora com forte presença de segmentos econômicos médios.

Já em vermelho, os lugares de mais marcante vulnerabilidade e desproteção estão: o Campo Maior, região da Maraponga próximo ao Alto da Coruja em que a questão da venda e uso de drogas e também de violência urbana é flagrante; a Rosalina, uma comunidade empobrecida, considerada uma ocupação urbana em forma de favela, com problemas de saneamento básico e tantas outras questões sociais e econômicas, com muitos usuários moradores dessa região; e o Guaribal, comunidade entre a Rosalina e a região do entorno do Alto da Coruja de extrema precariedade social e econômica mais marcadamente conhecida pela venda e uso das substâncias ilícitas.

Os profissionais, no cartaz (Anexo C), ainda acrescentaram que equipamentos religiosos, como igrejas, além de grupos autônomos comunitários, como o NA (Narcóticos Anônimos) e AA (Alcoólicos Anônimos), eram potencialidades, enquanto adicionaram também às fragilidades as próprias famílias – já que por vezes é o espaço (grupo) de proteção de que o usuário precisa enquanto apoio social e afetivo e não o tem.

O que se vê são os profissionais complexificando as relações sociais entre comunidade, serviço e território. As dinâmicas multideterminadas não permitem olhar simples aos equipamentos coletivos, públicos ou privados e às regiões que constituem o território de modo funcionalista ou apenas como “disponíveis” aos profissionais ou ao CAPS. A relação é uma construção e, como tal, precisa ser atualizada cotidianamente. Mais que isso, quando os profissionais se colocaram a refletir sobre as necessidades em saúde e as relações que o serviço estabelecia com o território para fortalecer suas ações, ficou evidente para eles a sensação de que era urgente uma territorialização e de crivo participativo. Sentiram ao longo dessa etapa a necessidade de presença de momentos de discussão sobre o território com os próprios usuários.

Essas sensações e provocações que a terceira etapa sugeriu eram cruciais para a elaboração de um miniplano⁸³ de intervenções em saúde sob uma lógica territorial, aos

⁸³ “Miniplano” porque acredito, assim como pactuei com os profissionais, que ali se desenharia apenas um esboço para que a equipe, essa sim, junto com os usuários, pudesse elaborar plano mais detalhado, com tempo

moldes de um pequeno planejamento participativo comunitário em saúde (PARENTE, 2011). Estipularam-se, além das ações, o tempo para realização (curto, médio ou longo prazo) e os parceiros necessários para a efetivação das atividades. Funcionou essa etapa, portanto, como um pequeno planejamento estratégico situacional aos moldes dos modelos.

Os dois miniplanos de ação territorial ficaram para a própria instituição, a pedido dos profissionais, mas foram devidamente fotografados (com autorização dos participantes) (Anexos A e B). O que se destacou da elaboração, em primeiro ponto, foi a assunção, por parte dos participantes, da sua incompletude; além disso, a necessidade de se fazerem as ações em modo interdisciplinar (equipes) e com parcerias intersetoriais; por fim, a necessidade de mais tempo “fora do consultório” para realização das atividades.

Das atividades, destacaram-se: reterritorialização do serviço (já que era notório que as informações sobre a comunidade eram desatualizadas); planejamento de ações com a presença e participação da comunidade; realizações de grupos não só “com” a comunidade, mas “na” comunidade; fortalecimento de ações educativas sobre a questão das substâncias psicoativas e da Redução de Danos nas instituições e equipamentos parceiros; investir mais em grupos e ações educativas, preventivas e promotoras de saúde.

As ações pareciam assumir a necessidade de entrelace entre saúde e território que parece estar sempre presente nos relatos dos profissionais a partir da ideia-conceito popularizada de Milton Santos, que denomina de “território-vivo” as modificações constantes nos processos de construções sociais do espaço, especialmente quando se dá relevo às questões socio sanitárias. A perspectiva de saúde que dizia respeito ao território, por sua vez, parecia estar ligada a um campo de práticas que rompiam com a conduta enfaticamente “clínica” do fazer no campo. Parecia ligar ao que mais comumente se chama de promoção da saúde, embora nem sempre definida com clareza ou precisão pelos profissionais.

A ligação (*link*) entre construção dos espaços e produção da vida diante dos resvalos nos estados de saúde ou na própria compreensão da produção social da saúde nem sempre parecia estar clara. Afinal, o modelo biomédico e as formas de assistências serem sistematizadas nos CAPS não dão clareza sequer ao que seria uma “atenção territorial” ou

adequado para construção e sem a participação de um agente externo (nesse caso, eu como pesquisador) que poderia causar falas idealizadas ou “convincentes” do que os profissionais poderiam achar que seria a minha “real” expectativa.

“ação em rede”, quase sempre dissolvidas ou tomadas uma pela outra. Inclusive, a relação entre determinações em saúde e concepções de corpo e sociedade habitarão o último tópico deste capítulo, já que pareceu algo relevante no que diz respeito às construções das territorialidades em saúde.

Para fechar este penúltimo tópico, é inevitável não remeter a algumas questões implicativas que me habitaram ao longo da pactuação, construção e realização da OT. Em primeiro momento, a OT me pareceu uma possibilidade de deixar algum “produto” para o serviço pesquisado: uma possibilidade de romper com a ideia de pesquisa que “suga” os conteúdos dos campos, naturaliza as diferenças entre os “avaliadores” cientistas e os “operadores” das práticas, distancia as intervenções do mundo acadêmico. À medida que aumentaram o tempo no campo de pesquisa e a maturação na relação com o “objeto de pesquisa”, minha orientação teórica e o entendimento mais amplo do que seria a implicação no campo da pesquisa me fizeram modificar minha própria concepção.

Antes a intervenção parecia uma tentativa de “desobjetificar” os sujeitos das pesquisas, mas caía numa objetificação da intervenção. Com o maturar da pesquisa e de meu próprio olhar, a implicação pareceu dizer que a intervenção era também pesquisa e que a colaboração com o campo (e conseqüente desobjetificação) se dava na minha postura construtiva da realidade em papéis diferentes, mas com intenções que poderiam se fundir se negociadas dialogicamente no serviço (campo de pesquisa).

A ideia de pesquisa-intervenção, em consonância com os apontamentos de Merhy (2004) e Passos e Barros (2000), diz da noção de implicação não como resumida naquele em que se assumem as próprias vontades ou “decisões conscientes do pesquisador” (PASSOS; BARROS, 2000, p. 73). Implicação diz da assunção do lugar que ocupa o pesquisador (o meu papel no caso da pesquisa e da OT, neste caso específico, mas se aplica a qualquer sujeito que se propõe a intervir na realidade) e os riscos que essa posição acarreta. Para Merhy (2004), falar de implicação é assumir que o sujeito não é só “cognoscente” ou “epistêmico” – ou seja, aquele que é dotado de teorias e métodos que lhe permitem se debruçar e estudar certos objetos da ciência (MERHY, 2004) – mas um sujeito “cultura”. Nas palavras literais do autor: “um sujeito interessado que dá valor a certas coisas e não outras, que tem certas opções e não outras, que tem certas concepções ideológicas e não outras” (MERHY, 2004, p. 23). O sujeito que escreve a história e se posiciona é mais que interessado, é implicado.

Evidentemente que a “pesquisa implicada” tem a ver com um conjunto teórico metodológico, especialmente como desenvolvido pelos institucionalistas (Lorau e Lapassade,

ou mesmo em Tosquelles ou Guatarri), e exigiria uma outra teorização, também inseparável do método. Não tentarei resgatar esse debate já nesta parte próxima do final da tese. O que quero dizer, isso sim, é que a minha implicação foi tema e conteúdo que tentava superar a lógica tradicional de “intervenção” (como já apresentei no capítulo metodológico) e que só no processo de pesquisa me dei conta dos efeitos daquilo que eu mesmo postulava ao ter desenhado o método como o fiz. Dizendo de uma outra forma: por mais que fosse indicada na *sociopráxis* a tentativa de superação de um método demasiadamente analítico que me propunha a “reconstrução”, só tive noção de seus efeitos no próprio exercício da pesquisa.

Ao longo do trajeto, por exemplo, percebi que poderia, com a OT, modificar algumas formas de conceber os “territórios” e mesmo intervir em dadas formas de definir e agir em saúde. Mas foi a proximidade da sua realização, o passar do tempo em campo e o próprio exercício da facilitação da OT que me fez perceber de modo mais orgânico que os processos são muito mais complexos e multicontingentes ou multideterminados. Ora, o estudo dos processos de construção da linguagem me dava a “ciência” disso, mas o “ser de transformação” me operava um ponto cego (tal qual também aprendera com a paralaxe): era eu mesmo. A mudança passa por mim, no meu modo de lidar com temas, conceitos, com a realidade. Mas àquelas que dizem respeito ao outro, cabe a mim o diálogo e abertura, além da viabilização de algumas condições para tal. Mas jamais a realização, por mim mesmo, da mudança no outro.

A OT e o próprio método da *sociopráxis* reconstrutiva têm uma potência significativa para ativação de processos coletivos, de possibilidades de diálogos e críticas dos próprios coletivos direcionados ao seu saber-fazer, mas é o exercício constante dos limites da pesquisa e, principalmente, do sujeito-pesquisador de sua própria implicação que pode, além de trazer mais elementos para o conteúdo estudado, fazer crescer o sujeito disponível ao mundo diante das limitações do mundo no outro e no mundo para si.

6.6 Paralaxe em saúde e determinações em saúde nos espaços sociais construídos

O último elemento que quero destacar neste capítulo e que me chamou a atenção quando quis evidenciar a paralaxe entre o cuidar e o cuidado refere-se ao que percebo como uma tendência à “despolitização” das práticas de saúde. Essa frase é forte e carregada de conceitos que podem ser perigosos se não explicitados. Na verdade, conceituar política é tema arduo e já próximo ao final da tese pode parecer uma abertura de um tema sem o devido

fechamento ou discussão sem a efetiva fundamentação e, assim, um beco sem saída. Para não cair nesses fossos, minha alternativa é a assertividade na fundamentação e apontamentos objetivos do que quero dizer neste último tópico.

Entendo a política muito mais como possibilidades (diversas) de capacidade de governo do que uma “esfera” do poder (perspectiva substancializada do poder, como já denuncia a filosofia pós-estruturalista) ou um simples modo de “agir” perante os coletivos (como numa aproximação da visão ingênua da *polis*). A política também diz respeito, como aqui sistematizo, a um conjunto de ações que têm orientações e que, por isso, respondem a uma ética e moral. Ou seja, dizem de uma morada (*ethos*) que reflete o sentido e lugar de mundo que se quer e baseia-se em valores partilhados (dada moral).

Apesar de nem tudo que se diz político ser uma ação, toda ação tem efeitos políticos. E isso diz, então, que o governar é ação política, mas nem tudo de política se faz no ato de governar. Mas como representativo de orientações éticas e morais, é composto por elementos ideológicos. E assim, posso dizer, a dimensão política da ação pode servir para reiterar o mundo (como administrar a sociedade e os sujeitos) ou, por outro lado, para conduzir a emancipação (romper com os processos vigentes e buscar estabelecer o máximo possível de libertações no humano). Não seria condição da política, portanto, a emancipação, o que fica claro com a frase anterior.

Voltando à questão da ação em saúde, o hiato entre as necessidades e o que se age ou não nos determinantes sociais da saúde (e da vida) é o que quero chamar de déficit despolitizante (a que me refiro) da ação hegemônica em saúde. Dizendo com outras palavras, a ação despolitizante é aquela que faz da técnica o meio e fim da racionalidade operadora de dada relação.

No cuidado, a despolitização parece agir na retirada do conteúdo político (aquele que evidencia as escolhas de modos de viver o mundo e de formas de poder) de toda mediação da produção da saúde. É a anulação da dimensão social da saúde sentida no corpo fisiológico. Ou seja, se no social as determinações são múltiplas (econômicas, ambientais, jurídicas, culturais), no biológico a estância resume-se a si mesmo. Ainda que se admitindo que em toda postura e posicionamento há uma política, quando me refiro à retirada do político, trata-se da retirada do “veículo” que expõe as múltiplas determinações. Não me refiro a *des-político* ou apolítico, e sim a despolitizante, como a tendência (e só tendência, já que na realidade isto não se efetiva por completo) da retirada das multideterminações na condução do entendimento e agir no corpo (como no cuidado).

Devolver a política ao cuidado seria resgatar o conteúdo relacional-social da determinação da produção da saúde. Devolver a política ao cuidado seria resgatá-la como um ato ético e responsável nas acepções da filosofia do ato ético e responsável presente em Bakhtin (2010).

Claro que a política pode ser, já adverti há pouco, não emancipadora (reiterativa do *status quo* ou opressora, por exemplo). Mas, longe de idealizações ou simplificações, a aposta na política assumida na condição de mediação das relações de cuidado é o estabelecimento de projetos e das possibilidades de capacidade de ação nos determinantes múltiplos da saúde como ato de construção dos próprios sujeitos. Trazer a política para próximo do cuidado é trazer a esfera da criação dos novos para próximo do agir. É reconhecer o conteúdo técnico, expressão da razão sistêmica, como reproduzidor do mundo e ceifador da liberdade do encontro singular e potente do cuidado.

O que parece é que, na vida cotidiana que se faz nos saberes e fazeres dos serviços de saúde, é o estabelecimento do objeto do cuidado a própria vida. E assim o cuidado toma como meios de ação não só do sujeito individual, mas institui-se como prática social e, como tal, passa a ser mediado por técnicas, que se fazem justamente para o controle da vida. A interpretação teórica crítica me dá subsídios para entender que essas técnicas do cuidado têm servido, então, para administração das formas de vida e imposição de certos interesses sistêmicos. Quando, por meio da visão em paralaxe (de inspiração zizekiana), aponte que há paralaxe entre esses corpos, foi para falar que a coluna paraláctica compõe em um só corpo o social e o anátomo-fisiopatológico do objeto do cuidado. Mas é justamente quando tomado um pelo outro (corpo social e corpo anatômico e fisiológico) que se abre uma brecha e a linguagem parece ter força reconstrutiva: pode-se, pela linguagem, criar outras metáforas para os signos de cuidado e para os modos de vida. As paralaxes da saúde propostas são tensões no cuidado que visam a reconstruções de prática na direção da superação do modelo biomédico individualista e mercantilista de saúde.

Acabei o Capítulo 5 dizendo o que era ali definido como “reconstrutivo”: a possibilidade de construção de possibilidades de efetivação da linguagem dialógica no Mundo da Vida, no que diz respeito às práticas de saúde, nas disputas sógnicas às voltas do cuidado. Aqui me parece que é o corpo enquanto território das práticas de cuidado, como anunciei na paralaxe, o objeto da reconstrução desenvolvida no Capítulo 6. Ora, discutir uso do território (e não só o território abstrato, como critica Haesbaert, 2016) é discutir também propriedade do território. O que aponto, em outras palavras, é que o campo da saúde cria o direito das

propriedades das técnicas sobre o corpo para dominar, então, o território-corpo, a sociedade-corpo. Cria as condições, por meio dessa territorialidade, das construções das técnicas e das relações de poder que dominam os modos de pensar, fazer e sentir sobre o corpo.

A reconstrução passa pela restituição da dimensão política ao corpo e proposição da construção de novos territórios de cuidado como condição da criação das condições de possibilidades de efetivações de outros circuitos de linguagens, de outras cenas de diálogos; linguagens que são constitutivas e constituintes das espacialidades; territorialidades, como expressão analítica dessas espacialidades, que são expressão dos sistemas de ações, objetos, intenções e trabalho humano; assim, a rede intrincada de reconstruções das práticas em saúde que passam pela territorialização da prática precisa se entrelaçar com outras formas de vida, visto que território como meio técnico pode servir à efetivação da administração dos interesses sistêmicos ou reposicionamento do local como condição de resistência e criação alternativa ao colonizador.

A busca pelo local é a busca pela eventicidade, já tanto falada desde o Bakhtin (2010) nessa tese. Santos (2014, p. 144) é categórico quando afirma: “se considerarmos o mundo como um conjunto de possibilidades, o evento é o veículo de uma ou algumas dessas possibilidades existentes no mundo”, afinal, “os eventos são, simultaneamente, a matriz do tempo e do espaço” (SANTOS, 2014, p. 145). A capacidade, então, de transformação das cenas de diálogos que remetia no capítulo anterior, ou dos modos de disputa dos territórios-corpo que debati nesse capítulo, tem a ver com a capacidade de produzir novos eventos, já que neles estão contidas as potências de metamorfose entre a possibilidade e a existência (SILVEIRA, 2006). Era da eventicidade, retomo o início do capítulo, que falavam os versos de Vinicius de Moraes (2013): “onde há espaço, meu tempo é quando”, dizia a poesia.

Minha opção, quis dizer ao longo desses capítulos empíricos (5 e 6) e com toda a fundamentação teórica precedente, é que pela linguagem – já que é elemento constitutivo e gerador da vida humana, por meio das suas racionalidades e espaço-temporalidades – sejam possíveis os processos de reconstrução da potência política do cuidado como instrumento de ação nos determinantes sociais de vida, já que são esses determinantes produtores de tensões do nossos modos e formas de vida.

7 “POSLÚDIO ANALÍTICO” OU “PÓS-ANÁLISE” – RECONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM DIREÇÃO À *POIESIS* ESTÉTICO-POLÍTICA-DIALÓGICA DA VIDA

A tese foi movida por um objetivo geral: entender como as formas de organização da linguagem instrumentalizam as práticas de cuidado em saúde na assistência de base territorial. Chamar de “poslúdio” uma seção da tese é dizer que algo para além do objetivo-guia acima descrito pode ser discutido. É dizer que aqui peço licença ao leitor para uma extrapolação. Extrapolação essa não necessariamente optativa no texto; ao contrário, consequência teórica do desenvolvimento da análise empírica realizada até aqui. A ideia de construir um poslúdio ao invés de um outro capítulo de análise quer dizer que aqui não se trata da configuração de um capítulo formal para ampliar as discussões da terceira parte analítica dessa tese, mas sim um complemento da reflexão teórica que é advindo, inevitavelmente, do material empírico, mas que aqui é elevado a uma discussão de cunho conceitual e propositivo.

Sendo direto: o objetivo deste pequeno poslúdio é desdobrar livremente e propositivamente a reconstrução *socioprática* como uma proposta guia da tese. O que faço é discutir uma proposta-síntese de pesquisa-intervenção e análise crítico-reconstrutiva do cuidado de base territorial ou de atenção psicossocial. Não proponho um modelo heurístico ou uma teoria fechada, mas um par conceitual (a partir de dois conceitos/unidades de análise) adicionado a uma orientação que culmine em condições de possibilidades de visibilizar novas formas de cuidado em saúde nas políticas assistenciais que têm território como base.

Ao longo de todo o trabalho e especialmente nos dois últimos capítulos de discussão, a reconstrução foi indicada: 1) a partir de elementos que constituíam, no Mundo da Vida (social, objetivo e subjetivo), as formas de organização de linguagens que orientavam o cuidado; e 2) na análise crítica da construção/organização das territorialidades, a discussão sobre as possíveis paralaxes em saúde que habitam o campo. Essas duas dimensões me permitem propor que a operação de reconstrução pode ser qualificada a partir do que chamo aqui de análise propositiva do “**gênero do cuidado**” (na dimensão intersubjetividade) e da “*glocal esfera da saúde*” (na dimensão espaço-temporalidade). Essas categorias representam num só tempo a possibilidade de síntese conceitual do que se pode analisar nos processos de linguagens no cuidado como também a dimensão espacial constitutiva e generativa do fazer

em saúde na atenção psicossocial. O par analítico-crítico acima pode dar forças para a proposta de uma ***poiesis-estética-política-dialógica do cuidado***.

Para melhor compreensão da proposta, começo discutindo o que proponho que seja o conceito de gênero do cuidado. Com base na leitura de Bakhtin (2011), tem-se um conceito útil em sua teorização sobre análise literária que se chama “gênero discursivo”. Para defini-lo, o autor afirma que a atividade humana é permeada pelo emprego dos enunciados que, por sua vez, dão efetividade ao uso da língua, não só no texto escrito, mas no próprio contexto do uso cotidiano (oral) da linguagem. Assim, em cada campo ou situação em que se realiza uma atividade, garante-se uma constituição específica dos enunciados, bem como nessa construção se determina sua finalidade. Desse modo, entre enunciados e uso concreto da língua, o gênero discursivo é formado, de maneira indissolúvel, por seu conteúdo temático, estilo e construção composicional.

Para melhor entender essa composição: no conteúdo temático se tem o assunto/tema sobre o qual se fala (semelhante a cena genérica de Maingueneau), sobre o qual interlocutores ou mesmo um sujeito aparentemente só pode conduzir uma narrativa. Quando se fala dos recursos da língua (sejam eles gramaticais, lexicais, fraseológicos etc.) que são empregados em dados discursos ou falas, tem-se o estilo. Já a construção composicional diz respeito ao modo como esses recursos que constroem uma formação linguística são utilizados. Bakhtin (2011) afirma que os gêneros do discurso são, justamente, os enunciados mais ou menos estáveis construídos pela língua, a despeito de estes serem considerados individuais quando vistos isoladamente.

As diversas formas de atividade humana comportam repertórios variados de gêneros discursivos. Essas variedades e facetas se ampliam à medida que a própria atividade é desenvolvida e se torna mais complexa. Nas palavras do próprio Bakhtin:

A riqueza e a diversidade dos gêneros do discurso são infinitas porque são inesgotáveis as possibilidades da multiforme atividade humana e porque em cada campo dessa atividade é integral o repertório de gêneros do discurso, que cresce e se diferencia à medida que se desenvolve e se complexifica um determinado campo (BAKHTIN, 2011, p. 262).

Para melhor definição do que quero absorver da discussão bakhtiniana e discutir sobre o cuidado, dou relevo a outra especificação do debate do gênero discursivo. Bakhtin (2011) adverte que, devido à extrema heterogeneidade dos gêneros discursivos, é possível dividi-los em duas categorias: primários e secundários. Estes últimos, também definidos como “complexos” – aqueles presentes em romances, dramas, mas também presentes no meio artístico, político e científico – são aqueles que surgem nas condições de um convívio cultural

mais complexo e relativamente desenvolvido e organizado. Os primários são aqueles que foram incorporados pelos gêneros primários, considerados “simples” pelo autor, que se formam nas comunicações discursivas imediatas. Na dialética da linguagem em Bakhtin (2011), o autor afirma que um não está separado do outro, e produzem movimento de incorporação um ao outro inexoravelmente. Os gêneros se transformam no uso da língua, portanto, a partir das realidades concretas.

O que Bakhtin (2011), em sua ênfase dos estudos dos enunciados, ao desdobrar o conceito de gênero discursivo, quer dizer é que eles, os enunciados, não são um ato puramente individual oposto à língua como fenômeno social. Existe um regime social da linguagem organizado segundo as formas sociais catalogadas da fala em um domínio de atividades da língua.

Dos diversos usos e aplicações que se podem fazer do conceito de gênero discurso – inclusive alguns usos considerados inflacionados e imprecisos, conforme Faraco (2009), posto que o próprio Bakhtin adverte a hibridez de diversos gêneros –, o modo como o utilizo na aplicação teórico-prática da proposta que faço abaixo é inspirado no uso que Yves Clot (2010). Para esse estudioso francês da Psicologia do Trabalho, a ideia de gênero discursivo é adaptada e estudada, no campo do trabalho, como gênero profissional ou gênero do trabalho. Como não é objetivo aqui fazer uma revisão do uso desse conceito, detenho-me a anunciar seu modo de apropriação, a partir dos comentários de um estudo brasileiro do tema, realizado por alguns pesquisadores em parceria (PINHEIRO *et al.*, 2016), que serve para precisar a utilização e diálogo de Clot com Bakhtin.

Pinheiro e colegas (2016) afirmam que a analogia dos conceitos em Bakhtin para Clot se faz quando a concepção de trabalho prescrito funciona como o conceito de língua em Bakhtin, e o conceito de real em Clot (inspirado em Dejours) estabelece-se como correlato de comunicação. Nas palavras dos autores, a explicitação de como ocorre o diálogo dos conceitos e estabelece a definição de gênero profissional:

De forma análoga, entre prescrito e real [no campo do trabalho humano], tarefa e atividade, interpõem-se gêneros profissionais: culturas de trabalho tácitas, construídas por um coletivo, que orientam a atividade do sujeito. Além das prescrições da organização, há vários acordos implícitos que os sujeitos fazem e que são transmitidos entre os membros do grupo. Tais combinações dão suporte à atividade dos trabalhadores, determinando os modos característicos de agir daquele grupo (PINHEIRO *et al.*, 2016, p. 116).

Pinheiro e colegas (2016) afirmam que o uso do conceito de gênero em Clot serve, do ponto de vista analítico, para compreender as atividades que o sujeito realiza, mas

alcança aquilo que prescinde o sujeito em suas idiossincrasias ao realizar as tarefas no campo do trabalho. Seria por meio do gênero profissional que se garantiria “para além de uma relação interpessoal específica, a interação entre profissionais, tornando os lugares que esses ocupam instrumentos para própria ação” (PINHEIRO *et al.*, 2016, p. 117). Dizendo de outro jeito, o gênero diz das possibilidades do agir, sem dizê-lo em literalidade, segundo as situações, que deveriam existir as formas de agir para garantir a possibilidade de execução de toda maneira.

É essa característica de orientação para o agir, ao mesmo tempo com o devido peso à característica de linguagem (relação, comunicação), que quero destacar no uso do gênero no modo como quero propor o conceito no gênero do cuidado. Se em Bakhtin (2011) as falas só existem, na realidade, na forma concreta dos enunciados de um indivíduo, segundo suas relações sociais (previamente construídas), o modo orientado ao agir de Clot propõe o conceito aplicado à análise do trabalho e segue as pistas habermasianas (2012a, 2012b) de que a ação existe nas condições de fala. A minha proposta, esclarecendo, é que o cuidado, já que é categoria de ação que se faz também mediada por formas de linguagem, também possa ser entendido como gênero.

Quero propor que a categoria (ou unidade de análise) das formas de linguagem no cuidado possa ser o próprio “gênero do cuidado”. Isso porque ela tem potência de revelar os gêneros primários de constituição das falas cotidianas (os sentidos que orientam o cuidado) e ao mesmo tempo os gêneros discursivos secundários e complexos que habitam a comunicação científica – que já repetidas vezes anunciei, monta-se em uma racionalidade instrumental sistêmica hegemônica que na saúde é biomédica e tecnicista.

Os apontamentos de Faraco (2009) me auxiliam na proposta de análise do gênero advindo dos tipos de atividades que os participantes estão envolvidos. Em suas palavras:

Do mesmo modo, se queremos estudar qualquer das inúmeras atividades humanas, temos de nos ocupar dos tipos de dizer (dos gêneros do discurso) que emergem, se estabilizam e evoluem no interior daquela atividade, porque eles constituem parte intrínseca da mesma (FARACO, 2009, p. 126).

Ou seja, gênero do discurso (e aqui interesse-me pelo cuidado) e atividades são mutuamente constitutivos e isso quer dizer que o agir humano não se dá independente da interação e nem o dizer se faz fora do agir. Essa dialética me parece útil, portanto, como produção de um conceito que responde a uma unidade analítica.

Se os gêneros formam uma espécie de “etiqueta social” (PINHEIRO *et al.*, 2016) que media o convívio não só entre os profissionais, mas na relação com os usuários para o convívio mútuo, eles manejam intersubjetividades que orientam as condições de estabelecimentos de supostos objetivos de ações comuns na operação do cuidado. É a concepção de gênero de cuidado que é capaz de revelar ao mesmo tempo as normatividades e prescrições que compõem o agir orientado ao cuidado, como também os modos singulares de significar as práticas discursivas cotidianas sobre o cuidado. O gênero de cuidado não serviria para explicar as interações e diálogos dos sujeitos entre si e por si mesmos, mas seria capaz de explicitar (analisar e criticar) as formas de interações às voltas do cuidado.

O gênero do cuidado necessitaria se dividir em três partes interdependentes para a efetivação da potência crítica e propositiva. Em minha proposta seriam elas: 1) atividades; 2) interação/integração entre os sujeitos; 3) cenas de diálogo (cenas de cuidado). No primeiro bloco, a análise das atividades deve focar na descrição das atividades que constituem os fazeres de cuidado analisados. Preocupa-se com os tipos de técnicas que fundamentam as práticas e o modo como elas são utilizadas, além dos discursos sobre as técnicas.

No segundo bloco, evidenciam-se os processos de comunicação entre os sujeitos envolvidos, que podem ser usuários, profissionais (focos da pesquisa que desenvolvi, por exemplo), mas também gestores, sujeitos coletivos (como movimentos sociais), pessoas em situação de formação na área etc. Quando se pensa em comunicação entre os sujeitos, entende-se que nem toda comunicação produz interação e nem sempre as atividades integram os sujeitos em suas diferenças. Portanto, integração e interação são marcos de análise, já que podem ocorrer ou não.

No terceiro bloco, as cenas de cuidado (cenas de diálogos) dão destaque às formas que sustentam certos jogos de linguagem do cotidiano ou mesmo certas cenas de enunciação (como propostas em Maingueneau, 2004). A pesquisa aqui realizada é um exemplo ao estudar certos tipos de funcionamentos de diálogos em saúde análogos às figuras de linguagem (uso extralinguístico das figuras de linguagem) e também de como determinadas cenografias compõe as produções das cenas englobantes e cenas genéricas do cotidiano discursivo em saúde. Mais que fazer uma tipificação de formas-linguagem, essa parte da análise pode buscar compreender as formas de vida em jogo em cada uma das cenas que habitam o cotidiano; podem focar na descrição das metáforas que habitam o cuidado; podem perceber os pontos de modificação que disputam as cenografias dos processos de fala no campo da assistência à saúde.

O conceito de gênero do cuidado não só tem função crítica, mas de produção de novas possibilidades do agir. Digo isso porque como se vê nos comentários de Faraco (2009) sobre Bakhtin (2011), afirma-se: além de serem meios de ação e de conhecimentos situados e meios sócio-históricos de visualização e conceitualização da realidade, podem, por outro lado, produzir novos modos de perceber a realidade e modificar os próprios gêneros existentes. Afinal, “aprender novos modos sociais de fazer é também aprender os novos modos sociais de dizer” (FARACO, 2009, p. 131).

A segunda proposta diz respeito ao entendimento descritivo-analítico da esfera *glocal* da saúde. Para compreender esse conceito, preciso primeiro explicitar o que entendo pela expressão “*glocal*” – especialmente como utilizada em Canevacci, mas originalmente não conceituada por ele – e em seguida explicitar o que chamo de “esfera” para compreender o que isso diz da dimensão espaço-temporal da saúde. Com essas explicações, assim como na categoria gênero do cuidado, explicito os blocos interdependentes que a compõem para melhor analisar o campo das determinações dos processos de saúde.

Em artigo em periódico vinculado à Sociologia da UFC, o próprio antropólogo italiano Massimo Canevacci – um dos autores nas Ciências Humanas que mais utiliza e propaga o termo – resgata a história do conceito, atribuindo a Roland Robertson a sua criação (DIÓGENES; BENEVIDES, 2017). Este último, autor britânico estudioso dos processos de globalização, elaborara na década de 1980 o conceito como forma de analisar as emergentes práticas orientais, mais especificamente nipônicas, de *business*. Em Robertson, *glocal* “deriva da paradoxal expressão japonesa *dochakuka*, que significa ‘localização global’” (DIÓGENES; BENEVIDES, 2017, p. 350).

Canevacci (2004) utiliza o conceito para explicar os processos culturais de comunicação contemporânea em que o cruzamento é sempre local e global, inseparavelmente. Por exemplo, num dos seus importantes artigos em circulação no Brasil, em que versa sobre a Metrópole Comunicacional, a ideia de *glocal* é atualizada para explicar que os contemporâneos fluxos de consumo, competição e circulação de informações nas grandes cidades não se fazem mais pelas quantidades de mercadorias ou capacidade de estoque, mas pelos cenários tecnocomunicacionais e expo-culturais, de modo que jamais o olhar apenas localizado ou apenas global consegue dar poder às análises (CANEVACCI, 2004).

À utilização conceitual quero atribuir parte do diálogo com os usos antropológicos que o conceito tem sido atribuído, mas não se encerram nela. Penso na dimensão *glocal* na saúde como uma forma de operacionalizar a análise da dimensão espacial atualmente, pelas

configurações já exploradas ao longo da tese sobre a construção social do espaço (LEFEBVRE, 2013) e sobre os elementos da constituição desse espaço, como os pares dialéticos propostos por Santos (2014a, 2014b, 2015) – como fluxos e fixo, horizontalidades e verticalidades e, especialmente, tecnoesfera e psicoesfera – numa cadeia de determinações que são insuficientes e superficiais se pensadas apenas localmente ou apenas globalmente. Dito isso, é necessário avançar a discussão das “esferas” que compõem as territorialidades, como descritos em Santos (2014a).

Já descrevi alguns dos pares dialéticos presentes em Milton Santos ao longo do Capítulo 3, porém o par psicoesfera e tecnoesfera ainda não foi descrito e agora é estratégico seu uso e explicação. Diz o próprio autor sobre a relação homem-natureza e as interpretações que lhes foram atribuídas:

[...] a antiga distinção de um certo marxismo entre primeira natureza e segunda natureza deve, hoje, ser vista de modo menos rígido: a natureza já modificada pelo homem também é primeira natureza. Nas cidades, a produção não é mais ação do trabalho sobre a natureza, mas o trabalho sobre o trabalho. Se, de um lado, o espaço geográfico se oferece cada vez mais como abstração a ser interpretada, de outro, ele serve de base a uma vida econômica e social crescentemente intelectualizada, graças à complexidade da produção e ao papel que nela exerce os serviços e a informação (SANTOS, 2014a, p. 255).

Ou seja, as cidades configuram outros modos da relação homem-natureza, mas também modificam a relação trabalho e espaço e as relações de produção/reprodução social e o fluxo das informações que conformam, dialeticamente, o modo de o humano criar as cidades e os territórios. Ora, o trabalho (categoria central para as discussões espaciais em Santos) assume outras configurações, conforme o debate de Santos em intertexto com Ernest Gellner:

Como nosso meio ambiente é hoje constituído só de outras pessoas e de significados, o que chamamos trabalho é, na verdade, a manipulação de significados e de outras pessoas (SANTOS, 2014a, p. 255).

É de se salientar que a leitura “diagnóstica” da contemporaneidade para esse autor, em um prisma geográfico crítico, é que se vive hoje a “Era Técnico-Científico Informacional”.

Esses apontamentos sobre as novas configurações dos espaços e das relações de trabalho, na era da informação, habilitam Santos (2014a) a afirmar que na mesma medida em que se instala uma “tecnoesfera” dependente da ciência e da tecnologia, cria-se uma psicoesfera. A tecnoesfera é a esfera do espaço (material e imaterial) em que se evidenciam os mandamentos da produção e do intercâmbio de produtos, mercadorias, serviços e, dessa

forma, dão-se as condições para interesses distantes (verticais, sistêmicos, globais) se instalarem. A psicoesfera é a esfera espacial (marcadamente imaterial, mas com elementos de expressão material) em que se evidencia o “reino das ideias, crenças, paixões e lugar da produção de um sentido” (SANTOS, 2014a, p. 256). Com esses elementos, a psicoesfera se instala como ambiente do entorno da vida com as devidas regras à racionalidade e os devidos (múltiplos) imaginários.

Santos (2014a) afirma literalmente que ambas, tecnoesfera e psicoesfera, são locais, mas constituem o produto de uma sociedade bem mais ampla que o lugar. É com esse apontamento que posso dizer que aqui está o germen do *glocal*. As dimensões tecno e psico da esfera territorial são expressão, inseparável, do *glocal*. O que me interessa nessa costura é dizer que a *glocal* esfera é técnica (como constitutiva e constituinte do desenvolvimento do trabalho e divisão social do espaço) e psíquica (como racionalidades e subjetividades possíveis diante de dada configuração espaço-temporal).

A aposta com a esfera *glocal* de saúde como unidade de análise é a possibilidade de transversalização da constituição técnica e subjetiva do território em que as racionalidades, divisão do trabalho e economia, de um lado, e relações de poder, produções de sentido e imaginário, de outro, necessitem estar separadas em análises como se fossem fenômenos que não pudessem habitar o mesmo escopo de análise. Assim percebo, por exemplo, quando para alguns teóricos estudar território fosse sinônimo de estudo dos meios técnicos e para outros, quase em oposição, territórios fossem o estudo das relações de poder; no primeiro caso, a discussão identitária, e no segundo a preocupação com a diferença. A aposta é que essas formas de se debruçar sobre as territorialidades são complementares, afinal o território (nos seus usos) é melhor compreendido na multiplicidade.

Se o gênero do cuidado ajuda a compreensão sobre a condição intersubjetiva de produção de cuidado, a esfera *glocal* da saúde se preocupa em compreender as determinações sociais não mais como operadores abstratos, mas como redes que constituem as viabilizações ou impedimentos de dados processos de saúde-doença-cuidado. Se redes são operadores de fluxos e fixos, as determinações em saúde não poderiam mais ser entendidas apenas como verticalidades opressoras abstratas e distantes, e nem como horizontais, espontâneas e apenas localizadas. As determinações sociais em saúde seriam redes de determinações *glocalizadas*, portanto, que necessitam ser espaço-temporalizadas.

A esfera *glocal* da saúde necessitaria se dividir também em três partes interdependentes para a efetivação da potência crítica e propositiva. Seriam elas: 1)

tecnoesfera; 2) psicoesfera; 3) redes de determinações. Já conceituadas acima, cabe apenas dizer que no primeiro bloco a preocupação é com a descrição e análise da construção das territorialidades no que diz respeito à percepção do que seria o meio técnico, da avaliação do lugar quanto à divisão do trabalho, das divisões espaciais e devidas racionalidades constituídas. E também das verticalidades e fixos que se estabelecem em dados locais em resposta aos fluxos globais (de informação, mercadoria, serviços etc.).

No segundo bloco, a observação se dá a respeito das construções dos valores, sentidos partilhados e significados sobre as práticas e organizações sociais, além da preocupação com os processos de subjetivação em dados locais e os contingentes contextuais. Questões culturais e morais das organizações sociais aqui também são importantes e atuam como verticalidades nos processos subjetivos locais.

No terceiro bloco, as redes de determinações se preocupam com a descrição e análise crítica do que se estabelece como perfil de exposição e vulnerabilizações em agravos e adoecimentos, destacam os conjuntos sanitários de fatores protetivos ou não às coletividades, preocupam-se com o entendimento das formas de operação dos sistemas em saúde (em termos práticos, de gestão, de construção das políticas) e sua relação com os locais.

Todo esse esquema conceitual até aqui montado encontra-se sistematizado na Figura 12, abaixo. Lá está expresso uma categoria híbrida – pertencente ao mesmo tempo a dimensão intersubjetividade e a dimensão espaço-temporalidade – e a denomino de “eventos de cuidado em saúde”. Se até aqui a preocupação com a criação desses dois conceitos (gênero do cuidado e esfera *glocal* da saúde) é extrapolar a crítica em direção à produção de novas possibilidades do agir, a tematização do eventicidade, encontrada em tantos autores, mas nessa tese já relatados em Santos (2014) e Bakhtin (2010), é estratégica para o objetivo desse capítulo o resgate e afunilamento.

Já em artigo antes da publicação d’*A Natureza do Espaço*, Santos (1999) afirmava que o conceito de evento é chave para unir também as noções de tempo e espaço, que pouco apareciam como um todo único. Mais especialmente por meio da noção de tempo empírico a definição de evento seria: mundo como possibilidade de um futuro realizável, logo, a negação da ideia dos impossíveis (SANTOS, 1999). Com outras palavras, apropriando-se dos apontamentos de Milton Santos, Silveira (2006, p. 88) aponta: “o mundo só existe nos lugares, pois a história se constrói nos lugares. Entre essas possibilidades e esses existentes concretos temos os eventos”.

Essa autora, em importante definição sobre o evento e a transformação espacial relata:

São os eventos que transformam as possibilidades em existentes, mas os eventos não são alheios nem indiferentes ao que existe. Não há evento sem objeto, não há evento sem ator. [...] o evento é o veículo da história, produz a existência. E o evento surge do casamento entre o que é possível e o que existe. Não partimos do mundo das ideias de Platão, trata-se de uma dialética entre, de um lado, o que existe, o prático-inerte a configuração territorial e, por outro, as possibilidades do período. Essa é a razão pela qual nem todos os dados do período existem em todos os lugares, nem produzem as mesmas extensões. Nem todas as técnicas, nem todas as informações, nem todas as manifestações da finança chegam a todos os lugares. Os eventos transformam as essências e possibilidades em qualidades e quantidades num lugar determinado. São os eventos que operam a metamorfose entre possibilidade e existência (SILVEIRA, 2006, p. 88).

Se o conceito acima remonta o evento da dimensão espaço-temporal, é possível dizer também da categoria evento como fundamental no entendimento dos processos de singularização do sujeito, portanto de sua inventividade, como se vê em Bakhtin (2010). Se pudesse ser direto, a assertiva seria: a eventicidade do sujeito está no ato. Ato, que nas proposições do Bakhtin (2010), relembro, é o movimento do pensamento em seu vir-a-ser. O ato, diferente da ação, é responsável já que produção ética, posto que se faz em assinatura. Ou seja, o ato é único e singular e desde aí que se faz evento na produção do sujeito. E assinatura em Bakhtin (2010), já remetia no capítulo 2, é a passagem do sujeito por um dado espaço-tempo: do ser real e concreto que se apropria de seu contexto, assumindo-o em ato (AMORIM, 2009).

A categoria evento, parece ter a potência de assumir que as esferas são *glocais* e o que seu acontecimento é o meio “tempoespaço” (sem hífen, como pede Santos, 1999). Mais que isso, parece invocar a necessidade do pesquisador que assume essa categoria em atentar-se aos movimentos do devir e do sujeito concreto que se faz assinar em seus atos. É categoria que se preocupa, em síntese, com o novo na produção do sujeito (intersubjetividade) nas condições tempoespaço (espaço-temporalidade). Priorizar os eventos de cuidado em saúde é provocar-se a pesquisar não só o estabelecido pelas formas-conteúdos previamente estabelecidas e expressas em discursos, mas dar relevo as cenas de cuidado que configuram novas formas-conteúdos.

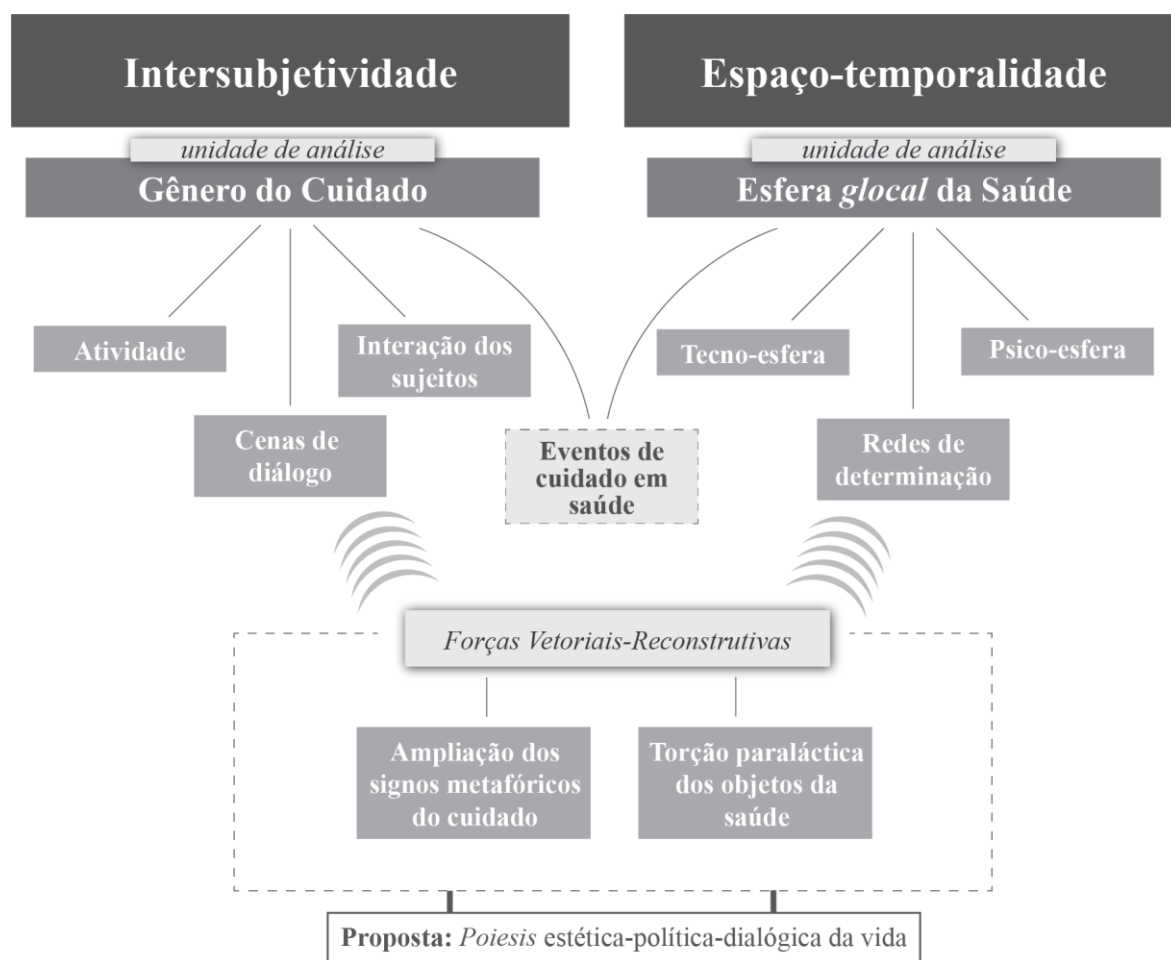
Mas, ainda assim, a missão reconstrutiva desse texto não estaria cumprida caso não fossem apontadas, além desses dois conceitos de potência analítico-crítica, as proposições dos vetores reconstrutivos (ou das forças vetoriais reconstrutivas). Como vetor, ela aponta

direção, portanto é um caminho, em minha proposição, que assume um lado, uma direção, um horizonte, como possível a ser reconstruído.

Se o conceito de gênero do cuidado responde à dimensão intersubjetiva, a proposição reconstrutiva seria: ampliação dos signos (do cuidado) e metáforas nas mediações de linguagem que se estabelecem nas relações de cuidado. Se o conceito de esfera *glocal* da saúde responde à dimensão espaço-temporal, a proposição seria: a torção paraláctica dos objetos da saúde, especialmente o domínio do corpo como se tem estabelecido no território dos saberes e fazeres em saúde.

Para que esses vetores reconstrutivos se operem, é necessário apontar o horizonte pelo qual se trilhará as possíveis construções. É essa proposta que denomino de *poiesis*-estético-política-dialógica da vida. Antes disso, como forma de expressar um esquema desses conjuntos conceituais que proponho e deixar elucidativa a proposta, exponho a figura abaixo:

Figura 12 – Compreensão crítica-reconstrutiva do cuidado de base territorial/atenção psicossocial



Fonte: Elaboração própria.

Por que chamo de *poiesis*-estético-política-dialógica da vida? Porque entendo, em um primeiro aspecto (1), que o cuidado precisa passar por reformulações, e essas reformulações, que denomino de reconstruções, podem direcionar-se à produção de outras formas de vida, ou seja, de outras linguagens possíveis às voltas do Mundo da Vida; em segundo lugar (2), aponta a inserção da dimensão ético-política na compreensão do cotidiano, portanto a implicação com a produção de novas territorialidades; e em um terceiro ponto (3), indica o agir dialógico na determinação multidimensional da vida, ou seja, leva a cabo a ideia de que são atos criativos dialógicos que dão as condições de reconhecimento mútuo entre os sujeitos envolvidos no cuidado e uma nova mirada à complexidade do mundo da vida. Desenvolvo melhor esses pontos nas linhas abaixo.

Ao longo de todo o trabalho da tese, foi apontado que as formas de vida se expressam por organizações de linguagem, a partir da tese de Wittgenstein (2014). Foi incorporada nesse entendimento uma teoria social, como realizado a partir de Habermas (2012a; 2012b), que à sua vez, foi adicionado de dimensões de disputas sógnicas na linguagem como nos direcionamentos de Bakhtin (2011; 2014). Nessa direção, a ideia do primeiro ponto diz respeito à produção de novas formas de vida. Essas formas de vida não são dadas naturalmente, mas construídas no cotidiano. Outras formas de organização de linguagem, portanto, precisam ser apontadas, não como uma idealização impossível de ser alcançada, mas como uma proposta da concretude da relação de linguagem no cotidiano das pessoas, seja no campo profissional, seja nas interações diárias, em dada comunidade, ou especialmente (como na preocupação desta pesquisa), nas relações do cuidado.

O segundo ponto leva a cabo os apontamentos que fizemos sobre a retirada do conteúdo político das relações do cuidado desenvolvidos nas últimas linhas do Capítulo 6. A determinação social da saúde, excluída na relação sujeito-profissional de saúde (sujeito em condição de sofrimento e profissional de saúde como cuidador), de um lado, e as dimensões histórico-cultural e política das contingências do sofrimento, de outro, também têm sido excluídas da mediação das relações do cuidado. Já havia sido comentada, e aqui é importante reiterar, a necessidade, portanto, de uma dada concepção de política voltar a habitar as relações do cuidado. Política não no sentido de uma pedagogia, ou de uma politização *stricto sensu* das relações do cuidado; pelo contrário: de trazer as escolhas dos modelos de racionalidade (instrumental, comunicativa, sensível, ou tantas outras racionalidades) e as orientações de projeto de sociedade e mundo para a esfera da ação, e essa ação ser

compreendida inseparavelmente de efeito político. Portanto, a ação do cuidado ser inevitavelmente entendida como política, como aquela que assume o efeito social de qualquer ato numa relação, ainda que pareça eminentemente clínica.

Essa ação é habitada por componente ético-político que, por sua vez, produz novas territorialidades, haja vista que a territorialidade acontece nas mediações de relações, e não apenas como componente material geográfico. A imaterialidade, a simbologia, a cultura, a produção de uma esfera técnica e de uma esfera psíquica, é ela mesma a produção das territorialidades, onde as relações de poder, as relações de demarcações de produções de subjetividade, fazem-se em um determinado contexto, que é histórico e espacial. Portanto, a aposta da dimensão da inserção ético-político diz respeito a isso.

E em último ponto, o agir dialógico é dar evidência à necessidade, assim como exposta na discussão do ato responsável em Bakhtin (2010), da escuta ativa do outro como fundamento do ato ético. A efetivação da dialogia, em detrimento da imposição monológica do sistema racional instrumental hegemônico, carrega consigo a necessidade da criação, como um lema na saúde, das possibilidades de superação do mundo técnico – que repete por uma mediação instrumental determinados saberes e modos de fazer. Só em dialogia é possível o exercício do reconhecimento do outro sem redução de sua voz a um conteúdo técnico. É a dialogia que amplia os sujeitos porque faz das dinâmicas das vozes a condição dos sujeitos se reconhecerem como tal e produzirem suas assinaturas, superando a identidade da técnica por via da diferença como caminho da ampliação da alteridade.

Dos três pontos desenvolvidos sinteticamente acima, a “criação” é substantivo presente reiteradas vezes e isso não é despropositado. É a compreensão dos processos de criatividade ligados à *poiesis* que subsidia o entendimento da necessidade de criação que passa pela palavra.

Desde Platão, é possível compreender diversos significados e usos do termo *poiesis*. Especialmente em *O Banquete* e em *Fedro*, o uso remete à criação, ao ato criativo, seja como aquilo que melhor expressa a natureza humana, no processo da criatividade, seja como aquilo que dá condições de criação da palavra: a oralidade como a palavra única (SANTAELLA, 1994). Mas em Blanchot (1990) um importante uso da *poiesis* auxilia na compreensão mais precisa do termo como quero utilizá-lo: seria um fazer, um fazer-constantemente-outro. Portanto, a ação em *poiesis* no cuidado seria aquela necessariamente criativa, e não só reiterativa. É uma aposta-guia que se diz também estética porque compreende a necessidade e a dimensão do sensível como componente fundamental do

cuidado. *Poiético* e estético juntos porque diz respeito à preocupação (por isso o componente estético) com os modos de aparição.

A força vetorial da reconstrução das práticas de cuidado, então, almeja um horizonte que se fundamente em uma *poiesis* estético-político-dialógica na direção da vida. Cuidado como *poiesis* ligada à estética porque pensa na criação, em suas possibilidades e condições de aparição; cuidado como *poiesis* também política, porque entende que toda ação na esfera social tem efeitos na coletividade e revela determinadas visões de mundo. E não há possibilidade de a ação de cuidado estar inteiramente fora do efeito político: é preciso assumi-lo mais claramente e reivindicar a preocupação com tais efeitos. Cuidado como *poiesis* também dialógica porque aqui é necessária a assunção da voz do outro como constitutiva da sua própria voz, e que nessa voz o sujeito se afirme como singular ao mesmo tempo em que se reconheça nas diversidades que compõem a polifonia do mundo. É condição da ampliação dos sentidos do mundo, então, a dialogicidade como ética discursiva das relações sociais.

Longe de reiterar as políticas de cuidado que produzem políticas de identidade perversas, pensa-se nesta tese a *poiesis* do cuidado – a ser desenvolvida em pesquisas no futuro, mas aqui já esboçada em modelo reconstrutivo – em um cuidado político como ferramenta de superação dos cinismos das práticas de saúde como imposições de formas de vida. *Poiesis* do cuidado como aquela que se preocupa com as cenas dialógicas em busca da eventicidade. Se cenas (especialmente a “cenografia”) são produções de arranjos, eventos são condições de possibilidades: produzir eventos pra novas cenas de cuidado, então.

Manoel de Barros (2013) foi certo em assinalar que “Há muitas maneiras sérias de não dizer nada, mas só a poesia é verdadeira”. Dialogando com ele, finalizo: os processos criativos nem sempre acertam ou encontram racionalidades previamente montadas para sua legitimação, mas a poesia revela, ao menos, as possibilidades.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS: OU ÚLTIMAS PALAVRAS E NOVAS POSSIBILIDADES

*“Sei que os meus desenhos verbais nada significam.
Nada.
Mas se o nada desaparecer a poesia acaba.
Eu sei.
Sobre o nada eu tenho profundidades.”*
“O Livro sobre Nada”, de Manoel de Barros (2013).

É lugar-comum se dizer que nas considerações finais o autor, enfim, fala com sua própria voz. A teorização bakhtiniana não me autoriza sustentar tal frase. A fala/escrita que aqui se anuncia, inevitavelmente, é um mosaico de tantas vozes por ser expressão do percurso da construção da tese, que foi marcado, justamente, pela assunção das muitas vozes que me habitavam e novas que conheci ao longo do caminho. Os deslocamentos me produziram, isto sim, possibilidades de efetivação de novas vozes em mim e nos meus interlocutores e, ao fazê-las, reterritorializaram a mim mesmo e também a própria pesquisa. “Giro linguístico e espacial” não foram só teóricos, mas do meu modo de sentir-agir-pensar a sinfonia-mundo.

Nessas últimas linhas me dedico não a repetir de modo sumário tudo que já foi dito, mas de expandir algumas reflexões e fazer, talvez, meta-reflexões – nome mais prolixo que aqui cunho para “dizer para além do escrito”. Dedico-me também a algumas outras ponderações reconstrutivas e implicadas com o campo, além de apontar alguns limites da pesquisa exposta nesse manuscrito e, por fim, apontamentos de possíveis repercussões da pesquisa na ciência em que a tese nasce, a Psicologia.

À medida que a tese foi surgindo, apesar de não ser meta inicial – mas fruto das intensas reformulações da caminhada, quase como se a tese tivesse vida própria –, percebi que articulava “intenções dialéticas” em todas as etapas da escrita, em todos os capítulos da pesquisa. Desde a escrita do método em que a aposta no reconstrutivismo acrescido da dimensão “implicativa” gerou o embevecimento na dialética, até mesmo na “crítica”, a teoria crítica social habermasiana, fiz a aposta: a dimensão dialética do Mundo da Vida poderia ser repostada com a inserção de conteúdo de disputa ideológica sógnica (de linguagem) também na compreensão do Sistema (e sua conseqüente teorização sobre a colonização do Mundo da Vida); a dialética esteve presente também na teorização de linguagem no neo-kantianismo de Bakhtin, assim como na teorização crítica que fiz sobre a dimensão espacial nas análises sociopsicolinguísticas em minhas incursões, especialmente em Lefebvre (que aposta na supressão dialética), e na incorporação da categoria território, tal como apresentada por

Milton Santos (que define esse conceito no escopo da tensão entre os sistemas de objetos e sistemas de ação, como expressão do meio técnico que produz a própria condição espacial) e Marcos Saquet; esteve também presente o “espírito dialético” na aposta da “visão em paralaxe” que propus como modelo crítico de síntese dos apontamentos teóricos que vinha acumulando sobre linguagem e território e que em Žižek encontrei solo fértil para lançar mão de uma crítica à dialética corpo-cuidado na saúde.

Não que tenha quisto fazer uma tese de resgate a alguns dos vários tipos filosóficos de dialética – como se vê muito bem resgatada a diversidade em Manfredo Oliveira (2004). Mas acabei por descobrir-me em direção, na construção do meu pensamento enquanto pesquisador, ao aprofundamento epistemológico dessa postura em relação à produção do conhecimento. Longe, portanto, de “resolver os problemas da dialética” filosoficamente falando, aqui ela apareceu como aposta e como tentativa de contribuição para os aspectos teóricos e metodológicos contidos no desenvolvimento da tese, por meio do estudo do objeto de conhecimento ora proposto. A dialética me parece encarnar em mim mesmo a máxima (quase um dito popular) que diz que o conhecimento está “inacabado” e, mais que isso, que é inacabável – na verdade, a construção do mundo é, ela mesma, inacabável.

Foram muitos os desafios teóricos ao longo do desenvolvimento da tese e, entre eles, cito dois mais marcantes: entrelaçar a teoria social habermasiana com a absorção do “giro linguístico” na tradição crítica, com uma teoria de linguagem que compreendesse o “cuidado” – objeto estudado – como signo de disputa social, tarefa na qual Bakhtin me auxiliou; o outro desafio foi absorver a “virada espacial”, presente nas filosofias contemporâneas, na direção de uma condução teórica que percebia na dimensão “territorial” do cuidado uma paralaxe – em uma tentativa de apropriação e diálogo entre território e os apontamentos filosóficos de Žižek – entre o corpo anátomo-fisiológico e o corpo social.

Foram também marcantes os limites da própria pesquisa. Em termos metodológicos, a complexidade do desenho dos Círculos Narrativos de Cuidado – e suas aberturas temáticas que davam as narrativas de história de vida/cuidado – e também do desenho singular da *sociopráxis* “aplicada” à reconstrução me exigiram não só a postura atenta da “entrevista convencional”, mas um ir e vir no material empírico construído que tornou tudo mais árduo. Foi um caminho sinuoso e sem um horizonte claro previamente definido de onde se iria chegar; além disso, o tamanho do material empírico construído me colocou necessidades de cortes do escopo da análise que me fizeram perceber que a pesquisa

qualitativa, efetivamente, é marcada pela profundidade, e não apenas pela diversidade (que às vezes pode ser confundida com quantidade). A própria logística de campo na pesquisa, que ocorreu em pleno processo de uma “transição” de modelo de cuidado gerido pela atual gestão – em aspas porque a tal transição não quis dizer saída ou entrada em racionalidades não biomédicas –, deixou a ida aos serviços de saúde com muito mais nuances e necessidade de atenção para não ser confundido com um “avaliador” em política pública ou “julgador” dos profissionais. Mas é bem certo aqui afirmar que foi esse próprio campo complexo e mutante que proporcionou as transformações do objeto de pesquisa (antes, assentado na genérica “prática de saúde” e depois reformulado para os processos de linguagem às voltas do cuidado) e a necessidade de diálogos teóricos outros diante da complexidade do que se me apresentava.

Os apontamentos que se pretendiam críticos também foram muitos. Entre eles, indiquei que as formas de vida (expressão mais próxima daquela desenvolvida por Wittgenstein que outros filósofos) são operadas desde as rugosidades (SANTOS, 2014) da vida local, até os discursos e racionalidades técnicas (HABERMAS, 2012a, 2012b) sobre as parametrizações da vida; desde as técnicas utilizadas para os tratamentos de agravos em saúde (BREILH, 2016), até os modos organizativos de imersão de serviços de saúde nos locais de moradia; desde a construção de discursos do que é saudável (CANGUILHEM, 2009), até as restrições do que se pode ou não ofertar de serviços em uma unidade assistencial. Ou seja, as próprias relações de cuidado que são expressas em mediações de linguagem (e na análise pude expor algumas metáforas desenvolvidas e símbolos mediados) são constituídas e, ao mesmo tempo, constituintes de mecanismos complexos de produção e reprodução de vida e práticas sociais (de saúde) desenvolvidos pelos equipamentos assistenciais – que, por sua vez, têm sido forte instrumento da construção de uma materialidade e imaterialidade que evidencia os atuais modos de construção das formas de vida. Quis dizer, ao final de tudo, que se a saúde é esfera de produção social, a linguagem do cuidado “educa” as relações intersubjetivas na direção de pontos cegos: uma alfabetização (des)politizante do processo de sofrimento. Mais que “medicalização”, o cuidado, como tem se constituído, impõe jogos de linguagem (como na acepção wittgensteiniana) que reduzem possibilidades de ampliação dos modos de vida.

Os modos de resistência que se articulam em cotidianos de cuidado, ressignificando o sofrimento no mundo da vida, foram as grandes “descobertas” reconstrutivas do pensar, sentir, significar e agir do cotidiano dos profissionais e usuários de serviços de saúde mental e atenção primária estudados. O desafio que percebi nas relações de linguagem às voltas do cuidado era: como estabelecer outros circuitos linguísticos (cenas de

diálogos, como venho nomeando) de cuidado em que a tecnificação não fosse o “meio e fim” das relações? Como disputar o cuidado como um signo de amplos processos ideológicos que habitam o cotidiano das políticas públicas? Como desfazer a amálgama entre corpo social e corpo biológico feita por dadas racionalidades médicas hegemônicas? Como reterritorializar práticas de saúde diante das racionalidades colonizadoras do mundo da vida? Apesar de, como toda pesquisa científica, os resultados não poderem ser “generalizados” para além de seu contexto, extrapolações podem e devem ser feitas. Afinal, o horizonte ético-político da produção do conhecimento a que me vinculo aponta o saber em uma direção: com o compromisso e a transformação social.

Esse compromisso com a transformação social, inclusive, autorizou-me propor, ainda que nesta tese em forma de poslúdio e de maneira iniciante (e para não fugir dos objetivos iniciais e motores da pesquisa), um modelo crítico reconstrutivo de cuidado. A “*poiesis* estética-política-dialógica da vida” se ancora em duas unidades de análise que foram conceitualizadas como produtos teóricos da tese, respostas às dimensões intersubjetivas e espaço-temporais pensadas: o gênero do cuidado e a esfera *glocal* da saúde. Conceitos esses que se propõem a serem utilizados em pesquisas futuras sobre os processos de linguagem no cuidado nas práticas psicossociais e de base territorial no campo da saúde.

Apesar do perigo de qualquer proposta aqui escrita soar como prescritiva, especialmente numa tese que se diz crítica, a implicação com o campo me permite apontar algumas possibilidades de saídas ou de aprofundamentos de estudos sobre outras reconstruções possíveis. Ao menos cinco possibilidades reconstrutivas das relações sociopsíquicas do cuidado consigo descrever: 1) a necessidade de fortalecimento de mais “vozes” (BAKHTIN, 2011) na legitimação e reconhecimento das demandas de sofrimento (inclusive, com construção de espaços de participação social efetivamente democráticos e menos instrumentalizados); 2) necessidade de descobrir em nível local as formas reconstrutivas do pensar, sentir, significar e agir em prol do cuidado à saúde individual e coletiva; 3) reterritorializar – a partir dos respectivos condicionantes meios técnicos (SANTOS, 2014) – as práticas de saúde diante das racionalidades colonizadoras do Mundo da Vida (ou seja, restituir formas encarnadas-espacializadas de poder nos meios técnicos da saúde); 4) repercutir os efeitos da determinação social da saúde nos modelos de cuidado, já que o determinismo biologicista ainda ocupa o eixo central dos modos de agir e pensar dos modelos assistenciais em saúde; 5) fazer uso da paralaxe, em uso psicossocial do conceito filosófico zizekiano inspirado em Aluísio Lima, enquanto possibilidade de reconhecimento

múltiplo das linguagens e signos do cuidado, já que a atual coluna paraláctica impõe uma só pedagogia e modelo interventivo entre o corpo do sujeito e o corpo social.

Os desafios da efetivação desses debates apresentados se entrelaçam com os desafios postos pela própria conjuntura atual – conjuntura que ao longo dos últimos 3 anos se afunilou e pela qual não posso passar ileso, tampouco os escritos aqui realizados passariam. Se se tematiza a conjuntura na saúde, é possível elencar as problemáticas atuais: desfinanciamento do SUS (SCHEFFER, 2015), especialmente da APS e da RAPS, com a aprovação recente da Emenda Constitucional nº 86 (EC 86 – BRASIL, 2015), que cristaliza os gastos públicos na saúde e outras políticas sociais; aumento do financiamento das Comunidades Terapêuticas, de cunho asilar-excludente (TRAPÉ; CAMPOS, 2017); nova normatização da APS privilegiando a ideia dos “pacotes básicos de saúde” (CAMPOS *et al.*, 2016). Saindo do campo da saúde e pensando a “realidade mais ampla”, tem-se quadro mais complexo: precarização e flexibilização crescentes das relações de trabalho no serviço público e no mundo do trabalho (ANTUNES, 2001); retomada de índices alarmantes de desigualdade social e desemprego crescente (MARIANO, 2017). A realidade da ciência também se encontra desafiada pela conjuntura atual: desafios epistemológicos, dada a histórica negligência da ciência aos saberes dos países emergentes (SANTOS, 2007), ou, como poderia chamar Enrique Dussel, devido ao “epistemicídio” cometido com a invenção da ocidental modernidade e conseqüente silenciamento e invisibilização de epistemologias periféricas e/ou não europeias/norte-americanas (DUSSEL, 2000); desafios da visibilidade dos temas das ditas “minorias”, ou seja, o desafio ético-político na ciência em encarar o estudo das categorias sociais de opressão e exclusão (gênero, raça, classe, cultura) em interdependência (DAVIS, 2016) – seja no campo “da consubstancialidade” (KERGOAT, 2010), seja no campo da “interseccionalidade” (CRENSHAW, 1989); desafios, enfim, de um mundo global que se faz em bases locais, cuja ciência, tecnologia e economia podem servir para reiterar as concentrações de poder nas relações sociais, ou para construir possibilidades de saída aos problemas (contradições e progressos) do desenvolvimento da humanidade. Ora, as racionalidades sistêmicas, como apontado na tese, não operam apenas nos meios de produção do capital, mas na própria vida cotidiana; produzem subjetivações em cada cena do cotidiano.

Com esses apontamentos, tenho espaço aberto para pensar as repercussões da tese no campo da Psicologia. Primeiro, parece-me que ela aponta na direção de desafiar a Psicologia Social, especialmente aquela que intervém, pesquisa e se implica com o campo/objeto/conceito da saúde, a colocar-se eticamente disponível para com a construção de

práxis transformadora/emancipadora/revolucionária. Segundo, parece-me que aponta a necessidade de atenção às categorias e unidades de análise utilizadas, visto que a dimensão sociopsíquica pode fornecer importantes análises dos fenômenos contemporâneos sem cair em um psicologismo ou sociologismo deterministas. Inclusive, nessa direção, no campo da Saúde Coletiva, especialmente na Saúde Mental, os estudos sociopsicológicos têm sido fonte de constantes pesquisas no *PARALAXE: Grupo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisas e Intervenções em Psicologia Social Crítica* (Pos-Psi/UFC), grupo ao qual a pesquisa desenvolvida nesta tese se vincula.

Por fim, situo que a última repercussão da tese diz respeito à filiação aos estudos que se pretendem críticos e implicados: o arcabouço teórico crítico parece servir como posicionamento epistemológico frente aos problemas sociais em dadas concepções de mundo e de sujeito que, por conseguinte, operam meus posicionamentos em Psicologia. E é justamente a postura implicada que me subsidia como pesquisador e sujeito que se vê histórico-geográfico e que participa da construção da realidade, seja no pensar-agir nas contemporâneas crises sociais, seja na construção de fragmentos de emancipação por meio do sentir-agir cotidiano. Nenhuma saída aos tantos problemas contemporâneos será realizada de forma simplista ou tampouco construída de modo reiterativo e, menos ainda, servirá como receita pronta. E é esse o caminho que a poesia provocativa de Manoel de Barros citada ao início dessas considerações tenta despertar: sobre o menor dos problemas científicos se diz muito sobre o mundo do próprio pesquisador, afinal o nada para um é poesia para o outro. E sem poesia, como criamos um novo mundo?

REFERÊNCIAS

- ADORNO, T. W. **Dialética negativa**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. **Dialética do Esclarecimento**: fragmentos filosóficos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- AGAMBEN, Giorgio. **O homem sem conteúdo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.
- AGUILAR, Noelia Melero. El paradigma crítico y los aportes de la investigación acción participativa en la transformación de la realidad social: un análisis desde las ciencias sociales. **Cuestiones Pedagógicas**, v. 21, p. 339-355, 2012.
- ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A.; ALENCAR, B. R. Hermenêutica Dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. **Rev. Bras. Promoção a Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 243-250, abr./jun., 2012.
- ALBERICH, T. La Investigación-acción participativa, método y práctica. In: CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA, 4, 2007, Valladolid, España. **Comunicación**. 2007.
- ALMEIDA, Juracy Armando Mariano de. **Sobre a Anamorfose**: Identidade e Emancipação na velhice. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Rev. bras. epidemiol**, v. 3, n. 1/3, p. 4-20, 2000.
- _____. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, 2004.
- _____. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Revista Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 349-370, 2009.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMORIM, Marília. Para uma filosofia do ato: “válido e inserido no contexto”. In: BRAIT, Beth. **Bakhtin, dialogismo e polifonia**. São Paulo: Contexto, 2009.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. A Estratégia de Saúde da Família. In: DUNCAN, Bruce B. *et al.* **Fundamentos e práticas da atenção primária a saúde**: medicina ambulatorial. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 88-100.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2009. p. 783-836.

ANTUNES, R. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: _____. **A cidadania negada**: políticas de exclusão na educação e no trabalho. São Paulo: Cortez, 2001. p. 35-48.

ARAÚJO, Inês Lacerda. **A teoria da ação comunicativa de J. Habermas**. Madri: Ediciones de la Fundación Càtedra Iberoamericana, 2010. Disponível em: <<http://fci.uib.es/Servicios/libros/veracruz/ines/>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

AUGUSTO, Diego Menezes; FEITOSA, Maria Zelfa de Souza; BOMFIM, Zulmira Áurea Cruz. A utilização dos mapas afetivos como possibilidade de leitura do território no CRAS. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 7, n. 1, p. 145-158, jun. 2016.

AYRES, J. R. M. Interpretação histórica e transformação científica: a tarefa hermenêutica de uma teoria crítica da epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 311-319, 1994.

_____. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, 2004a.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, set.-dez. 2004b.

BACKSCHAT, T. M. S.; LANZA, L. M. B. Território e política de saúde. In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS, 6 e SEMINÁRIO DE DIREITOS HUMANOS, 2. **Anais...** Toledo, PR: Unioeste, 2014.

BAKHTIN, Mikhail. **Para uma Filosofia do Ato Responsável**. 2. ed. São Carlos: Pedro & João Editores, 2010.

_____. **Estética da criação verbal**. 6. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

_____. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. 16. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1036-1044, 2005.

BARRETO, A. **Terapia Comunitária**: passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BARRETO, Maurício Lima. O espaço e a epidemiologia: entre o conceitual e o pragmático. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 613-614, 2000.

BARROS, Manoel de. **Poesia completa**. São Paulo: Leya, 2013.

BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

BAUMAN, Z. **O mal-estar na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

BEAKLINI, M. J. T. **A proteção social na reestruturação da assistência em saúde mental:** o programa de bolsa-auxílio do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói (RJ), Rio de Janeiro. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

BEZERRA, Yandra Raquel do Nascimento; FEITOSA, Maria Zelfa de Souza. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 813-822, mar. 2018.

BLEICHER, Taís. **A política de Saúde Mental de Quixadá, Ceará (1993-2012):** uma perspectiva histórica do sistema local de saúde. 2015. Tese (doutorado) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

BHASKAR, Roy. **Scientific realism and human emancipation**. Londres: Verso, 1986.

BLANCHOT, M. **La escritura del desastre**. Caracas: Monte Ávila, 1990.

BOMFIM, Z. A. C. **Cidade e afetividade:** estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e de São Paulo. Fortaleza: Edições UFC, 2010.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde:** enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p. 87-117.

BRAIT, Beth. **Bakhtin, dialogismo e construção do sentido**. São Paulo: UNICAMP, 2005.

_____. **Bakhtin:** dialogismo e polifonia. São Paulo: Contexto, 2015.

_____. Dialogismo e polifonia em Mikhail Bakhtin e o Círculo (Dez obras fundamentais). In: FARIA, João Roberto Gomes de (Org.). **Guia bibliográfico da FFLCH**. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas/FFLCH, 2016.

BRAIT, Beth; CAMPOS, Maria Inês Batista. Da Rússia czarista à web. In: BRAIT, Beth. (Org.). **Bakhtin e o Círculo**. São Paulo: Contexto, 2009.

BRASIL. **Legislação em saúde mental:** 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica**, n. 27, 2010a.

_____. **Portaria Nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. **Portaria Nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Nova Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 39, 2014.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CAMPOS, G. W. S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G. W. S. **Planejamento Sem Normas**. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Equipes de referência e apoio matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 4, p. 393-404, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 261-266, 2016.

CANEVACCI, Massimo. MetrÓpole comunicacional. **Revista USP**, n. 63, p. 110-125, 2004.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. aum. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CANIATO, A. M. P.; NASCIMENTO, M. L. V. A subjetividade na sociedade de consumo: do sofrimento narcísico em tempos de excesso e privação. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, 2010. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672010000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2017.

CARNAÚBA, Maria Érbia Cássia. Sobre a distinção entre teoria tradicional e teoria crítica em Max Horkheimer. **Kínesis**, Campinas, v. 2, n. 3, 2014.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. A virada espacial/the spatial turn. **Revista Mercator**, v. 14, n. 4, p. 7-16, 2016.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. Brasília: CFP, 2013.

CIAMPA, A. C. **A estória do Severino e a história da Severina**: um ensaio de Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 1987.

COCA, Estevan Leopoldo de Freitas. Uma revisão sobre o conceito/categoria de território. **Revista de Geografia (UFPE)**, v. 31, n. 3, 2014.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, 2009.

CORALINA, Cora. **Vintém de cobre**. São Paulo: Global, 2015.

CORDEIRO, J. C.; VILLASANTE, T. R. P.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. A. C. A participação e a criatividade como ferramentas de análise das políticas públicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2123-2132, jul. 2010.

COSTA, Iná Camargo. O marxismo neokantiano do primeiro Bakhtin. In: BRAIT, Beth. **Bakhtin, dialogismo e construção do sentido**. São Paulo: UNICAMP, 2005.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

CRENSHAW, K. W. Demarginalizing the intersection of race and sex; a black feminist critique of discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. **Legal Forum**, Universidade de Chicago, p. 139-167, 1989.

CRUZ, Márcia Cristiane Carvalho. **O conceito de cuidado à saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

DA SILVA, Simone Carlos. A antinomia fundamental: um estudo sobre a visão em paralaxe de Slavoj Žižek. **Revista Eros**, v. 1, n. 1, 2013.

D'AMOUR, D. *et al.* A model and tipology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, London, v. 8, n. 188, 2008.

DANTAS, Jurema Barros. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 563-580, 2009.

_____. **Tecnificação da vida**: uma discussão sobre o fenômeno da medicalização na sociedade contemporânea. Curitiba: CRV, 2014.

_____. Medicalização e devir: impasses existenciais na era da técnica. **Fenomenologia e Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 12-28, 2015.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DE IESO, L. C.; OLIVEIRA, P. R. S.; KRMPOTIC, C. S.; TÓFOLI, L. F. Ensinar e aprender a cuidar desde o âmbito acadêmico. In: PINHEIRO, R.; SILVEIRA, R.; LOFEGO, J.; SILVA JÚNIOR, A.G. (Org.). **Integralidade sem fronteiras**: itinerários de justiça, formativos e de gestão em saúde. Rio de Janeiro: EPESC- IMS/UERJ - ABRASCO, 2012. p. 185-208.

DE IESO, L. C.; OLIVEIRA, P. R. S. Las prácticas de cuidado en los servicios de salud. Ensayo hermenéutico sobre posibilidades en la superación del ideario individualista: una revisión desde el caso brasileiro. In: KRMPOTIC, C. S.; MITJAVILA, M. R.; SAIZAR, M.

M. (Org.). **(Sub) Culturas profissionais: Poder y prácticas en salud.** Buenos Aires: Rustica, 2013. v. 1. p. 129-155.

DEMO, Pedro. **Cidadania Tutelada e Cidadania Assistida.** Campinas: Autores Associados, 1995.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 32, p. 232-245, 2012.

DIMENSTEIN, Magda *et al.* Determinação social da saúde mental: contribuições à Psicologia no cuidado territorial. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2018.

DIÓGENES, Glória; BENEVIDES, Márcio F. Fluxos sincréticos: entrevista com Massimo Canevacci. **Revista de Ciências Sociais**, v. 48, n. 2, 2017.

DUSSEL, E. Europa, modernidad y eurocentrismo. In: LANDER, E. (Org.). **La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas.** Buenos Aires: Clacso, 2000.

ENGEL, Guido Irineu. Pesquisa-ação. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 16, p. 181-191, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602000000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2017.

FARACO, Carlos Alberto. **Linguagem & diálogo: as ideias linguísticas do círculo de Bakhtin.** São Paulo: Parábola Editorial, 2009.

FARIA, Leonardo Rocha de. “A natureza do espaço: espaço e tempo, razão e emoção”, de Milton Santos. **Caminhos de Geografia**, v. 9, n. 27, 2008.

FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Raega – O Espaço Geográfico em Análise**, v. 17, 2009.

FELÍCIO, Munir Jorge. O território imaterial do campesinato. **CAMPO-TERRITÓRIO: revista de geografia agrária**, v. 5, n. 9, p. 18-32, 2010.

FERNANDES, B. M. Sobre a tipologia dos territórios. In: SAQUET, M. A.; SPÓSITO, E. S. **Territórios e territorialidade: teorias, processos e conflitos.** Rio de Janeiro: Consequência, 2015.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em debate**, v. 33, n. 83, 2009.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo: Perspectiva, 2014.

FRANCISCO, Rachel Herdy de Barros. **A República e o Homem Comum**: um estudo sobre a competência cívica. 2006. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2006.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. **PSF**: contradições e novos desafios. [s/d]. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

FREITAG, Barbara. A questão da moralidade: da razão prática de Kant à ética discursiva de Habermas. **Tempo social**, v. 1, n. 2, p. 7-44, 1989.

_____. **Dialogando com Jurgen Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2005.

_____. **Teorias da Cidade**. 4. ed. Campinas: Papyrus, 2012.

_____. **A Teoria Crítica**: ontem e hoje. 24. ed. São Paulo: Brasiliense, 2015.

FREITAS, Maria Teresa de Assunção. Nos textos de Bakhtin e Vigotski: um encontro possível. In: BRAIT, Beth. **Bakhtin, dialogismo e construção do sentido**. Campinas: UNICAMP, 2005.

FROTA, A. C. **O processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família**: o Caso Fortaleza. 2008. 112 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Vigilância e Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

FORTALEZA. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza**: 2006-2009. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2009.

_____. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2010-2013**: uma construção coletiva. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

_____. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza**: 2014-2017. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2016.

FURLANI, Daniela Dias; BOMFIM, Zulmira Áurea Cruz. Juventude e afetividade: tecendo projetos de vida pela construção dos mapas afetivos. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 1, 2010.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, p. 239-255, ago. 2007.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**: seletiva ou coordenadora dos cuidados. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GÓIS, C. W. L. **Proposta de um caminho para a psicologia junto à classe oprimida por uma psicologia popular**. Fortaleza: Edições UFC, 1984.

_____. **Reflexões sobre psicologia comunitária**. Fortaleza: Edições UFC, 1988.

_____. **Saúde Comunitária: pensar e fazer.** São Paulo: Hucitec, 2008.

GOMES, Heyde Ferreira; CANO, Márcio Rogério de Oliveira. Análise do interdiscurso: violência e anúncio publicitário. **Revista Philologus**, ano 21, nº 63 – Supl., set./dez., 2015.

GONÇALVES NETO, J. U.; LIMA, A. F. Reconhecimento social, identidade e linguagem: primeiros fragmentos de uma pesquisa sobre perspectivas teóricas atuais no contexto da Psicologia Social. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 2, p. 90-97, 2010.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real.** São Paulo: Penso, 2012.

GUBA, E. S.; LINCOLN, I. **Fourth generation evaluation.** Newbury: Sage, 1989.

GUARESCHI, N. M. F. *et al.* A formação em Psicologia e o profissional da Saúde para o SUS (Sistema Único de Saúde). **Arq. Bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 35-45, dez. 2009.

GUIMARÃES, Solange Terezinha de Lima. Reflexões a respeito da paisagem vivida, topofilia e topofobia à luz dos estudos sobre experiência, percepção e interpretação ambiental. **Geosul**, v. 17, n. 33, p. 117-142, 2002.

HABERMAS, Jürgen. **Para a reconstrução do materialismo histórico.** São Paulo: Brasiliense, 1983.

_____. **Textos e contextos.** Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

_____. **Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos.** São Paulo: Tempo Brasileiro, 2004.

_____. **Teoria do agir comunicativo I: racionalidade da ação e a racionalização social.** São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012a.

_____. **Teoria do agir comunicativo II: Sobre a crítica da razão funcionalista.** São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012b.

_____. **Teoria e práxis: estudos de filosofia social.** São Paulo: Unesp, 2013.

_____. **Conhecimento e interesse.** São Paulo: Unesp, 2014a.

_____. **Técnica e ciência como “ideologia”.** São Paulo: Unesp, 2014b.

HAESBAERT, Rogério. Dilema de conceitos: espaço-território e contenção territorial. In: SAQUET, Marcos Aurelio; SPÓSITO, Eliseu Savério. **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos.** 2. ed. Rio de Janeiro: Consequência, 2015.

_____. As armadilhas do Território. In: SILVA, José Borzacchiello da; SILVA, Cícero Nilton Moreira; DANTAS, Eustógio W.C. **Território: modo de pensar e usar.** Fortaleza: Edições UFC, 2016.

- _____. **Territórios alternativos**. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2017.
- HARVEY, David. **A produção capitalista do espaço**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2006.
- HEGEL, G. W. F. **Princípios da filosofia do direito**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- HENRIQUES, Maria José Rizzi. As raízes marxistas de Mikhail Bakhtin. **Estudos Linguísticos**, São Paulo, v. 36, p. 357-362, 2007.
- HILÁRIO, Leomir Cardoso. A potência da crítica: o problema da aporia em Habermas e seu destino em Adorno. **Kriterion**, Belo Horizonte, v. 55, n. 129, p. 309-329, jun. 2014.
- HORKHEIMER, Max. **Teoria Tradicional e Teoria Crítica**. São Paulo: Abril Cultural, 1980. (Coleção Os Pensadores).
- _____. **Eclipse da razão**. São Paulo: Unesp, 2015.
- KERGOAT, D. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. **Novos Estudos Cebrap**, v. 86, p. 93-103, 2010.
- KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- LANE, Silvia T. M.; CODO, Wanderley. **Psicologia Social: O homem em movimento**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- LAKOFF, George; JOHNSON, Mark. **Metáforas de la vida cotidiana**. Madrid: Cátedra, 2015.
- LEFEBVRE, Henri. **La producción del espacio**. Madrid: Capitán Swing, 2013.
- _____. O Mundial e o Planetário. **Cidades**, v. 12, n. 21, 2017.
- LÉVY, A. **Ciências clínicas e organizações sociais: sentido e crise do sentido**. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC, 2001.
- LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan./fev. 2004.
- LEMINSKI, Paulo. **Toda poesia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.
- LIMA, A. F. Hermenêutica da Tradição ou Crítica das Ideologias? O debate entre Hans-Georg Gadamer & Jürgen Habermas. **UNOPAR Científica: Ciências Humanas e Educação**, v. 9, p. 57-65, 2008.
- _____. **Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica**. São Paulo: FAPESP/EDUC, 2010.

_____. Sobre a crítica de Jürgen Habermas ao projeto frankfurtiano: separação epistemológica ou continuidade de uma tradição? **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 11, p. 181-196, 2011.

_____. Acepções de identidade na obra de Jürgen Habermas: subsídios para uma Psicologia Social criticamente orientada. **Psicologia e Sociedade**, v. 24, p. 253-262, 2012.

_____. **A Teoria Crítica de Jürgen Habermas**: cinco ensaios sobre a linguagem. Porto Alegre: Sulina, 2015.

LIMA, A. F.; CIAMPA, A. C.; ALMEIDA, J. A. M. Psicologia Social como Psicologia Política? A Proposta de Psicologia Social Crítica de Sílvia Lane. **Psicologia política**, v. 9, n. 18, p. 223-236, jul.-dez. 2009.

LIMA, A. F.; LARA JÚNIOR, N. **Metodologias de pesquisa em psicologia social crítica**. Porto Alegre: Meridional, 2014.

LIMA, Elizabeth Maria Freire De Araújo; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, p. 593-606, 2014.

LIMA, Francisco Anderson Carvalho de *et al.* Gênero e sexualidade em Saúde Coletiva: elementos para a discussão acerca da produção do cuidado integral ao usuário masculino. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 29-41, mar. 2018.

LIMA, M. C. F. **Planejamento na estratégia saúde da família**: racionalidades e interlocuções com o plano municipal de saúde em Fortaleza. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

LUZ, Madel T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 30, n. 1, p. 182-192, jan. 2012.

MAGALHÃES, Rosana; BURLANDY, Luciene; SENNA, Mônica de Castro Maia. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1415-1421, 2007.

MAINGUENEAU, Dominique. **Análise de textos de comunicação**. São Paulo: Cortez, 2004.

MARCUSE, Herbert. **A ideologia da sociedade industrial**: o homem unidimensional. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

_____. **O homem unidimensional**: estudos da ideologia da sociedade industrial avançada. São Paulo: Edipro, 2015.

MARTIN-BARÓ, Ignacio. Desafios e perspectivas da Psicologia Latino-Americana. In: GUZZO, R.; LACERDA JÚNIOR, F. **Psicologia Social para América Latina: o resgate da psicologia da libertação**. Campinas: Alinea, 2009.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 72-79, set. 2007.

MARTÍNEZ, F. J. A filosofia de Adolfo Sanchez Vázquez. In: VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofia da Práxis**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

MARX, Karl. **Crítica da Filosofia do Direito de Hegel**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2010.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 173-186, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

_____. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde, In: MERHY, E. E; ONOKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. 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: _____. **SUS em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

_____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B. *et al.* (Org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. Introdução: notas para um debate. In: MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 23-71.

MELO, Elza Machado de. Ação comunicativa, democracia e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 167-178, dez. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MIRANDA, Marília Gouvea de; RESENDE, Anita C. Azevedo. Sobre a pesquisa-ação na educação e as armadilhas do praticismo. **Revista Brasileira de Educação**, v. 11, n. 33, p. 511-518, 2006.

MONKEN, Maurício *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. *et al.* **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-42.

MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 397-403, jun. 2010.

MORAES, Vinicius de. **Nova antologia poética**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

MORAES, Denise Espíndola; CANÔAS, Sílvia Swain. O Conceito de “Território” e seu significado no campo da Atenção Primária à Saúde. **Revista Desenvolvimento Social**, v. 1, n. 9, 2013.

MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da; ANDREOLI, Sérgio Baxter. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 807-816, 2006.

MOREIRA, Luiz (Org.). **Com Habermas, contra Habermas**: direito, discurso e democracia. São Paulo: Landy, 2004.

MOREIRA, Ruy. A Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção. **GEOgraphia**, v. 1, n. 1, p. 151-153, 2009.

MÜLLER NETO, Júlio Strubing; ARTMANN, Elizabeth. Política, gestão e participação em saúde: uma reflexão ancorada na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3407-3416, 2012.

NOGUEIRA, Luciana. Enunciação: dialogia e dialética. **UNIVERSITAS**, v. 2 n. 3, jul.-dez. 2009.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F.; RAMOS, Z. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis o agente comunitário de saúde**. [Textos para discussão n° 735]. 2000.

Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4208>. Acesso em: 14 abr. 2018.

NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidades. São Paulo: Martinari, 2008.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 191-203, 2005.

OLIVEIRA, M. A. **Dialética hoje**: Lógica, metafísica e historicidade. São Paulo: Loyola, 2004.

OLIVEIRA, M. M. Metodologia Interativa: um processo hermenêutico dialético. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, 2001.

_____. Complexidade e Dialogicidade trabalhadas no processo de Formação de Professores. In: OLIVEIRA, Maria Marly de (Org.). **Formação de Professores**: estratégias inovadoras no Ensino de Ciências e Matemática. Recife: Editora Universitária da UFRPE, 2012. v. 250. p. 13-25.

OLIVEIRA, Pedro Renan Santos de. “**Esse caso é de NASF?**”: compreendendo práticas de saúde mental na atenção primária em Fortaleza-CE. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2013.

OLIVEIRA, Pedro Renan Santos de *et al.* Novos olhares, novos desafios: vivências dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Fortaleza-CE. **Cadernos ESP**, v. 6, p. 54-64, 2012.

OLIVEIRA, Pedro Renan Santos de *et al.* Modos de cuidado desenvolvidos pelos profissionais do NASF em Fortaleza (CE): uma análise crítico-compreensiva. In: COIMBRA *et al.* (Org.). **Atenção Integral em Saúde da Família**. Natal: EDUFRN, 2017. v. 1. p. 317-344.

OLIVEIRA, P. R. S.; PEQUENO, M. L.; RIBEIRO, F. Psicologia e a Estratégia Saúde da Família: o Apoio como ferramenta de reformulação das Práticas de Cuidado em Saúde. In: BARBOSA, R. M. R. (Org.). **Pesquisas e intervenções psicossociais**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2012. v. 1. p. 71-94.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. **ANVISA – Seminários Temáticos Permanentes**, Brasília, 28 mar. 2001. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS.%20Texto%20Modelos%20Assistenciais.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

_____. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010.

- PARENTE, José Reginaldo Feijão. Planejamento participativo em saúde. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, v. 10, n. 1, 2011.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, abr. 2000.
- PINHEIRO, Francisco Pablo Huascar Aragão *et al.* Clínica da Atividade: conceitos e fundamentos teóricos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 3, n. 68, 2016.
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- _____. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2005.
- PINHEIRO R.; SILVA JÚNIOR, A. G. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2010.
- PINHEIRO, R.; SILVEIRA, R.; LOFEGO, J.; SILVA JÚNIOR, A. G. (Org.). **Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão em saúde**. Rio de Janeiro: EPESC - IMS/UERJ - ABRASCO, 2012.
- PINTO, José Marcelino de Rezende. A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas: conceitos básicos e possibilidades de aplicação à administração escolar. **Paidéia**, Ribeirão Preto, n. 8-9, p. 77-96, 1995.
- PONTES, R. J. S.; RAMOS JÚNIOR, A. N.; KERR, L. R. S.; BOSI, M. L. M. Transição Demográfica e Epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCK, K. V.; LUIS, R. R.; WERNECK, G. (Org.). **Epidemiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.
- PRADO, José Luiz Aidar. **Brecha na Comunicação: Habermas, o Outro, Lacan**. São Paulo: Hacker Editores, 1996.
- QUINDERÉ, P. H. D. *et al.* A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: Saúde Mental em Fortaleza, CE. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 137-147, jan./mar. 2010.
- RESENDE, Hélio; TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário. **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2001.
- REY, F. G. **La investigación cualitativa en Psicología**. São Paulo: EDUC, 2000.
- RIZZO, Joselma de Souza Mendes. Concepções de linguagem em marxismo e filosofia da linguagem. **Pró-Discende**, Vitória, v. 17, n. 1, jan./jun. 2011.
- ROMAN, Artur Roberto. O conceito de polifonia em Bakhtin: o trajeto polifônico de uma metáfora. **Revista Letras**, v. 42, 1993.

ROSA, Alcindo José; BONFANTI, Ana Letícia; CARVALHO, Cíntia de Sousa. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 141-152, 2012.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTTERDAM, Erasmo. **Elogio da loucura**. Porto Alegre: LP&M, 2003.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Epidemiologia da imprecisão**: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

SAMPAIO, José Jackson Coelho *et al.* O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4685-4694, 2011.

SANTAELLA, Lúcia. **Estética**: de Platão a Peirce. São Paulo: Experimento, 1994.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Conhecimento prudente para uma vida decente**: um discurso sobre as ciências revisitado. Lisboa: Cortez, 2006.

SANTOS, Milton. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos Ippur**, v. 2, p. 15-25, 1999.

_____. O dinheiro e o território. In: _____. **Território, Territórios**. Niterói: Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal Fluminense/Associação dos Geógrafos Brasileiros, 2002.

_____. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 309-314, 2003.

_____. **Técnica, espaço, tempo**: globalização e meio técnico-científico-informacional. 5. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2013.

_____. **A natureza do espaço**: técnica, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2014a.

_____. **Da totalidade ao lugar**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2014b.

_____. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 24. ed. Rio de Janeiro: Record, 2015.

SAQUET, Marcos Aurélio. **Por uma Geografia das territorialidades e das temporalidades**: uma concepção multidimensional voltada para a cooperação e para o desenvolvimento territorial. 2. ed. Rio de Janeiro: Consequência, 2015.

SAQUET, Marcos Aurélio; SPÓSITO, Eliseu Savério. **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Consequência, 2015.

SARAMAGO, José. **Os poemas possíveis**. Alfragide: Editorial Caminho, 1997.

SAWAIA, B. B. **As artimanhas da exclusão: uma análise ético-psicossocial da desigualdade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

SCHEFFER, Mário. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 663-666, 2015.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SEVERIANO, M. F. V. **Narcisismo e publicidade: uma análise psicossocial dos ideais do consumo na contemporaneidade**. São Paulo: Annablume, 2001.

SILVA, Gustavo Adolfo Pinheiro da. **Pragmática: a ordem dêitica do discurso**. Rio de Janeiro: ENELIVROS, 2005.

SILVA, José Borzacchiello da; SILVA, Cícero Nilton Moreira; DANTAS, Eustógio W.C. **Território: modo de pensar e usar**. Fortaleza: Edições UFC, 2016.

SILVA, Sérgio Luiz Pereira da. Razão instrumental e razão comunicativa: um ensaio sobre duas sociologias da racionalidade. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, v. 2, n. 18, p. 2-9, 2001.

SILVEIRA, Maria Laura. O espaço geográfico: da perspectiva geométrica à perspectiva existencial. **GEOUSP: Espaço e Tempo**, n. 19, p. 81-91, 2006.

SHCNAIDERMAN, Boris. Bakhtin 40 graus. In: BRAIT, Beth. **Bakhtin, dialogismo e construção do sentido**. Campinas: UNICAMP, 2005.

SCHMID, Christian. A Teoria da Produção do Espaço de Henri Lefebvre: em direção a uma dialética tridimensional. **GEOUSP: Espaço e Tempo**, n. 32, p. 89-109, 2012.

SOUZA, Fernanda dos Reis. **Processo de construção dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) na atenção básica do Estado do Ceará**. 2013. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

SOUZA, Geraldo Tadeu. Boris Schnaiderman e Mikhaïl M. Bakhtin. **Bakhtiniana: Rev. Estud. Discurso**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 233-247, dez. 2016.

SPINK, M. J. P. **Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

SZYMANSKI, Heloisa; CURY, Vera Engler. A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. **Estud. psicol.**, Natal, v. 9, n. 2, p. 355-364, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2017.

TERRA, Ricardo; REPA, Luiz. Teoria crítica: introdução. **Caderno CRH**, v. 24, n. 62, p. 245-248, 2011.

TRAPÉ, T. L.; CAMPOS, R. O. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-8, 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2006.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: Construção teórico-epistemológica, discussão e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

_____. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofia da Práxis**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

VIANNA, Rodolfo. Marxismo e filosofia da linguagem à luz d'A ideologia alemã. **Bakhtiniana**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 29-41, 2010.

VIEIRA FILHO, N. G. **Clínica psicossocial**: terapias, intervenções, questões teóricas. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 1998.

VILLASANTE, T. La socio-praxis: un acoplamiento de metodologías implicativas. In: CERÓN, Manuel Canales. **Metodologías de la investigación social**. Santiago de Chile: LOM Ediciones, 2006.

VOIROL, Olivier. Teoria Crítica e pesquisa social: da dialética à reconstrução. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 93, p. 81-99, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2017.

VÍCTORA, C. G. (Org.). **Pesquisa Qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 635-667.

WITTGENSTEIN, Ludwig. **Investigações filosóficas**. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

XIMENES, V. M.; GÓIS, C. W. L. Psicologia comunitária: uma práxis latino-americana. In: GUZZO, R. S. L; LACERDA JÚNIOR, F. (Org.). **Psicologia & Sociedade**: Interfaces no debate sobre a questão social. Campinas: Alínea, 2010.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde debate**, v. 32, n. 78-80, p. 27-37, 2008.

ŽIŽEK, Slavoj. **A visão em paralaxe**. São Paulo: Boitempo, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TCLE DESTINADO AOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

PESQUISA: TERRITÓRIOS E MUNDO DA VIDA: ANÁLISE CRÍTICO-COMPREENSIVA DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Responsável: Pedro Renan Santos de Oliveira

Prezado (a) colaborador (a),

Você é convidado (a) a participar desta pesquisa, que tem como finalidade realizar análise crítico-compreensiva das práticas de saúde na atenção baseada no território.

1. PARTICIPANTES DA PESQUISA: Usuários (as) dos serviços de saúde da Atenção Primária, como as Unidades de Atenção Primária (UAPS), dos serviços de Saúde Mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Participarão da pesquisa somente os voluntários que, convidados a colaborar, concordem.

2. ENVOLVIMENTO NA PESQUISA: Na condição de **pessoa (usuário/ usuária) que utiliza serviço de saúde** em Fortaleza, você deve narrar (contar) livremente sua história de vida e como já foi cuidado em sua saúde, que será registrada com o uso de um gravador e posteriormente transcrita. Espera-se que possa nos contar os vários eventos que fizeram com que se tornasse quem você é e sua experiência como usuário(a) do serviço de saúde: como foi cuidado por profissionais e por outras pessoas ao longo de sua vida.

Lembramos que você tem a liberdade de se recusar a participar e pode ainda deixar de responder em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Além disso, ainda tem o direito de ficar com uma das vias do termo de consentimento. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Para isso, poderá entrar em contato com o orientador da pesquisa.

3. RISCOS E DESCONFORTOS: A participação nesta pesquisa não traz complicações, talvez, apenas, algum constrangimento que algumas pessoas sentem quando estão fornecendo informações sobre si mesmas. Caso se sinta, em algum momento, desconfortável pode solicitar a interrupção da entrevista ou até mesmo, o encerramento de sua participação na pesquisa. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa seguem as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e não oferecem risco a sua integridade física, psíquica e moral. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos a sua dignidade.

4. CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Seu nome não será mencionado em nenhum momento e os locais citados substituídos por outros, garantindo o anonimato de sua identidade. Os resultados poderão ser utilizados em eventos e publicações científicas.

5. BENEFÍCIOS: Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, espera-se que a mesma nos forneça dados importantes sobre as práticas de saúde e como podem ser realizadas melhorias nesse campo.

6. PAGAMENTO: Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa. E nenhum valor será pago por sua participação. Entretanto, se você desejar, poderá ter acesso a cópias dos relatórios da pesquisa contendo os resultados do estudo. Para tanto, entre em contato com o pesquisador responsável ou orientador no endereço abaixo.

Endereço do pesquisador responsável pela pesquisa:

Nome: Pedro Renan Santos de Oliveira

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Depto. de Psicologia

Endereço: Av. da Universidade 2762 – Benfica – Fortaleza - CE

Telefones p/contato: 3366-7661/ 988318524

Endereço do orientador da pesquisa:

Nome: Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Depto. de Psicologia

Endereço: Av. da Universidade 2762 – Benfica – Fortaleza - CE

Telefones p/contato: 3366-7661/ 99619-6343

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ

Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344.

(Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO COMO SUJEITO

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

<p>_____ (Assinatura ou digital) da voluntária do estudo</p>	<p>_____ Pedro Renan Santos de Oliveira (Responsável pela pesquisa)</p>
--	---

(1ª via pesquisador; 2ª via participante)

APÊNDICE B – TCLE DESTINADO AOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

PESQUISA: TERRITÓRIOS E MUNDO DA VIDA: ANÁLISE CRÍTICO-COMPREENSIVA DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Responsável: Pedro Renan Santos de Oliveira

Prezado (a) colaborador (a),

Você é convidado (a) a participar desta pesquisa, que tem como finalidade realizar análise crítico-compreensiva das práticas de saúde na atenção baseada no território.

1. PARTICIPANTES DA PESQUISA: Profissionais dos serviços de saúde da Atenção Primária, como as Unidades de Atenção Primária (UAPS), dos serviços de Saúde Mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Participarão da pesquisa somente os voluntários que, convidados a colaborar, concordem.

2. ENVOLVIMENTO NA PESQUISA: Na condição de **profissional que trabalha em serviço de saúde** em Fortaleza, você deve narrar (contar) livremente sua história de vida e de práticas de cuidado em saúde, que será registrada com o uso de um gravador e posteriormente transcrita. Espera-se que possa nos contar os vários eventos que fizeram com que se tornasse quem você é e sua experiência como profissional do serviço de saúde: como cuidou da saúde das pessoas, como foi cuidado por profissionais e por outras pessoas ao longo de sua vida.

Lembramos que você tem a liberdade de se recusar a participar e pode ainda deixar de responder em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Além disso, ainda tem o direito de ficar com uma das vias do termo de consentimento. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Para isso, poderá entrar em contato com o orientador da pesquisa.

3. RISCOS E DESCONFORTOS: A participação nesta pesquisa não traz complicações, talvez, apenas, algum constrangimento que algumas pessoas sentem quando estão fornecendo informações sobre si mesmas. Caso se sinta, em algum momento, desconfortável pode solicitar a interrupção da entrevista ou até mesmo, o encerramento de sua participação na pesquisa. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa seguem as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e não oferecem risco a sua integridade física, psíquica e moral. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos a sua dignidade.

4. CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Seu nome não será mencionado em nenhum momento e os locais citados substituídos por outros, garantindo o anonimato de sua identidade. Os resultados poderão ser utilizados em eventos e publicações científicas.

5. BENEFÍCIOS: Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, espera-se que a mesma nos forneça dados importantes sobre as práticas de saúde e como podem ser realizadas melhorias nesse campo.

6. PAGAMENTO: Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa. E nenhum valor será pago por sua participação. Entretanto, se você desejar, poderá ter acesso a cópias dos relatórios da pesquisa contendo os resultados do estudo. Para tanto, entre em contato com o pesquisador responsável ou orientador no endereço abaixo.

Endereço do pesquisador responsável pela pesquisa:

Nome: Pedro Renan Santos de Oliveira

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Depto. de Psicologia

Endereço: Av. da Universidade 2762 – Benfica – Fortaleza - CE

Telefones p/contato: 3366-7661/ 988318524

Endereço do orientador da pesquisa:

Nome: Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Depto. de Psicologia

Endereço: Av. da Universidade 2762 – Benfica – Fortaleza - CE

Telefones p/contato: 3366-7661/ 99619-6343

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ.

Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344.

(Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO COMO SUJEITO

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

<p>_____ (Assinatura ou digital) da voluntária do estudo</p>	<p>_____ Pedro Renan Santos de Oliveira (Responsável pela pesquisa)</p>
--	---

(1ª via pesquisador; 2ª via participante)

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CONSTRUÇÃO DAS NARRATIVAS DE CUIDADO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

PESQUISA: TERRITÓRIOS E MUNDO DA VIDA: ANÁLISE CRÍTICO-COMPREENSIVA DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

**Roteiro para a pesquisa com narrativas de história de vida
ROTEIRO - USUÁRIOS**

NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____
Nº DA ENTREVISTA: _____
DATA DA REALIZAÇÃO: ____/____/201__.
LOCAL DA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA: _____
TEMPO DE DURAÇÃO DA ENTREVISTA: _____

a) Perguntas essenciais que devem ser respondidas livremente pelo entrevistado:

- a) Quem é você? (autodescrição da identidade)
- B) Como você já foi cuidado?
- C) Como você deseja ser cuidado?

b) Elementos importantes para análise da narrativa (não devem ser perguntadas inicialmente, caso os dados não apareçam até o final da entrevista podem ser perguntados posteriormente):

I – Socialização / Mundo da Vida

I.1 – Posição da família na sociedade brasileira:

- a) antepassados (tradição familiar)
- b) avós / pais / irmãos (influência sobre o entrevistado)
- c) pessoas que freqüentavam a casa
- d) religião
- e) relações de gênero
- f) acesso ao conhecimento (livros, música etc.)

I.2 – Posição econômica da família:

- a) papel e função de cada membro da família em casa e no mundo
- b) organização do cotidiano – horário, hábitos
- c) profissão dos membros
- d) meio de transporte utilizado

I.3 – transformações na organização familiar:

Ocorreram mudanças perceptíveis? De que tipos? Suas causas e efeitos

I.4 – Território, cultura política local e de geração:

- Amigos
- Diversões, namoros
- Atividades culturais e esportivas

Espaço físico por onde circulava
Associações que freqüentava
Doenças, epidemias
Catástrofes, tragédias

II – Relação com a política de identidade pesquisada (Análise crítico-compreensiva das práticas de saúde)

II.1 – O que entende por doença e saúde?

Onde aprendeu o conceito, concorda com ele?

II.3 – Para que você acha que serve o serviço de saúde que frequenta?

II.4 – Como frequentar o serviço de saúde repercute nas suas relações com:

Companheiro(a)

Amigos(as)

Trabalho

Espaço físico por onde circula

Associações que frequenta

II.5 – Você se sente cuidado por outras pessoas que não sejam profissionais de saúde?

Quem são?

Como o cuidado é realizado?

Como você se sente cuidado?

II.6 – Você acha que o lugar que você mora (comunidade) auxilia nos cuidados em saúde?

Como isso acontece?

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA CONSTRUÇÃO DAS NARRATIVAS DE CUIDADO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

PESQUISA: TERRITÓRIOS E MUNDO DA VIDA: ANÁLISE CRÍTICO-COMPREENSIVA DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

**Roteiro para a pesquisa com narrativas de história de vida
ROTEIRO - PROFISSIONAIS**

NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____
Nº DA ENTREVISTA: _____
DATA DA REALIZAÇÃO: ____/____/201__.
LOCAL DA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA: _____
TEMPO DE DURAÇÃO DA ENTREVISTA: _____

a) Perguntas essenciais que devem ser respondidas livremente pelo entrevistado:

- a) Quem é você? (autodescrição da identidade)
- B) Como você cuida das pessoas?
- C) Como você já foi cuidado
- D) Como você deseja ser cuidado?

b) Elementos importantes para análise da narrativa (não devem ser perguntadas inicialmente, caso os dados não apareçam até o final da entrevista podem ser perguntados posteriormente):

I – Socialização / Mundo da Vida

I.1 – Posição da família na sociedade brasileira:

- a) antepassados (tradição familiar)
- b) avós / pais / irmãos (influência sobre o entrevistado)
- c) pessoas que freqüentavam a casa
- d) religião
- e) relações de gênero
- f) acesso ao conhecimento (livros, música etc.)

I.2 – Posição econômica da família:

- a) papel e função de cada membro da família em casa e no mundo
- b) organização do cotidiano – horário, hábitos
- c) profissão dos membros
- d) meio de transporte utilizado

I.3 – transformações na estrutura familiar:

Ocorreram mudanças perceptíveis? De que tipos? Suas causas e efeitos

I.4 – Território, cultura política local e de geração:

Amigos

Diversões, namoros

Atividades culturais e esportivas

Espaço físico por onde circulava

Associações que freqüentava

Doenças, epidemias

Catástrofes, tragédias

II – Relação com a política de identidade pesquisada (Análise crítico-compreensiva das práticas de saúde)**II.1 – O que entende por doença e saúde?**

Onde aprendeu o conceito, concorda com ele?

II.2 – Para que você acha que serve o serviço de saúde para os seus usuários?**II.3 – Como as práticas de saúde que você realiza pode repercutir nos usuários, em relação a:**

Companheiro(a)

Amigos(as)

Trabalho

Espaço físico por onde circula

Associações que frequenta

II.4 – Você sente que cuida de outras pessoas para além das práticas profissionais?

Como o cuidado é realizado?

II.5 – Você acha que o lugar que os usuários moram (comunidade) auxilia nos cuidados em saúde?

Como isso acontece?

Você acha que influencia isso?

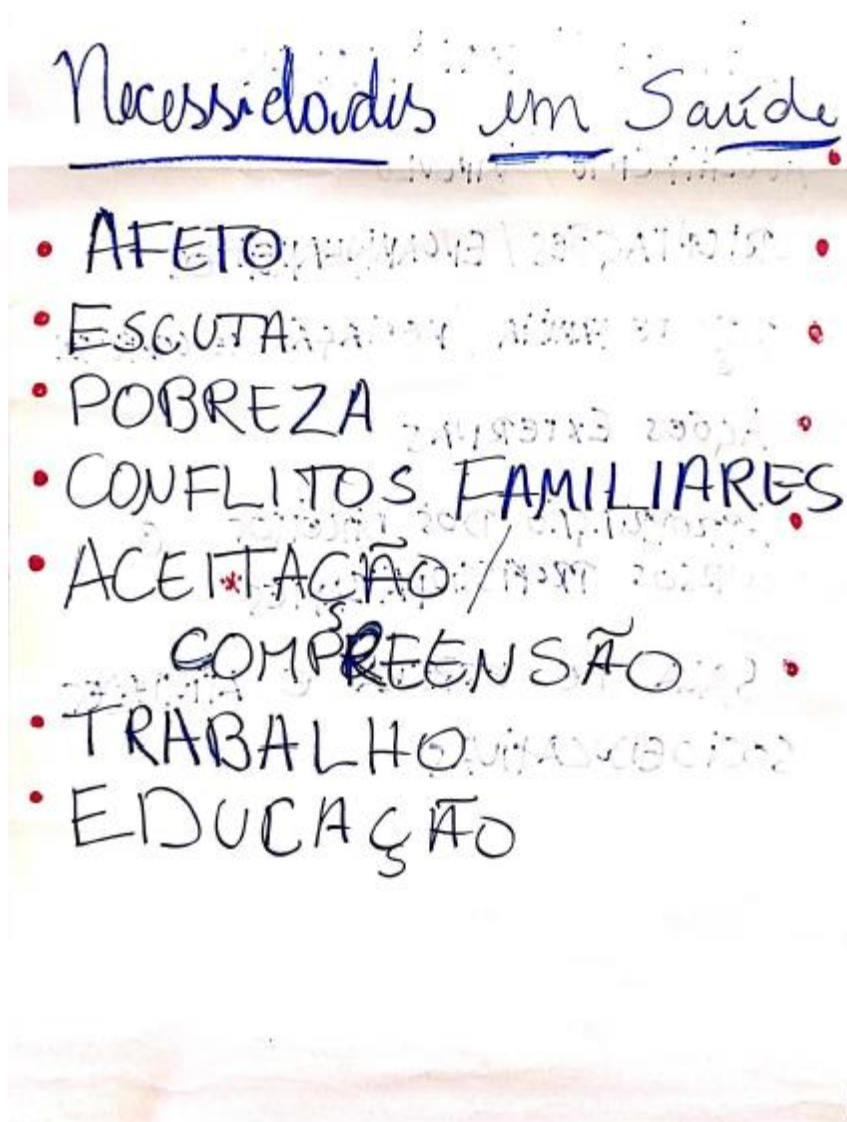
APÊNDICE E – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA ADVINDA DO ETIQUETAMENTO DO MATERIAL NARRATIVO

SERVIÇOS E DEMANDAS	PROCESSO DE TRABALHO	SÍMBOLOS E CENAS DE DIÁLOGO	CASOS E DESCASOS EM CUIDADO
Acesso a serviços de saúde	Início do processo de trabalho	Circuitos de linguagem	Exemplos
Caracterização do serviço (e da clientela)	Inserção Profissional	Atestado como símbolo	Vínculo e cuidado
Caracterização dos usuários	Início das atividades	Mundo da vida e sistema	Escuta qualificada
Perfil da população / comunidade	Trabalho em Equipe	Barreiras burocráticas	Projeto Terapêutico Singular
Institucionalização	Processo de trabalho	Moral do profissional	Engajamento/ implicação
Internação	Organização da agenda	Histórico da política de saúde	
Desintoxicação / sequelas	Organização de demanda	História de vida do profissional	
	Sobrecarga de trabalho	Trajatória profissional	
	Organização de carga horária	História de vida do usuário / início tratamento	
	Alienação e saúde	Cuidado de si	
	Sentido do trabalho		
	Necessidade de Formação em Saúde		
	Precarização do trabalho		
	Gestão em saúde		

TERRITÓRIO E COMUNIDADE	AÇÕES, PRÁTICAS E TÉCNICAS DE CUIDADO	CRÍTICAS E CONCEPÇÕES EM SAÚDE	NECESSIDADES EM SAÚDE E DETERMINAÇÕES SOCIAIS
Territorialização / Inserção no território	Ações em saúde	Crítica às ações em saúde	Distância entre necessidades e ações
Concepções de território	Ações no território	Crítica à política de saúde	Necessidades em saúde
Características do território	Ações políticas em saúde	Crítica a sociedade	Necessidades sociais em saúde
História da comunidade	Ações nos determinantes em saúde	Crítica à participação social	Território e condicionantes sociais / determinação social
Temas sociais no cotidiano	Ações de redução de danos	Crítica as ações de gestão	Necessidades da comunidade / população
Participação / Organização da comunidade	Ações de matriciamento	Crítica à formação em saúde	
Proximidade da comunidade	Ações intersetoriais	Crítica ao modelo médico/ cuidado	
Estigma / preconceito da comunidade	Ações / Experiência de acolhimento	Crítica ao serviço	
	Ações Psicossociais / Integral	Crítica ao processo de trabalho	
	Ações de urgência / emergência / crise	Concepção de cuidado	
	Ações em grupo	Concepções de política	
	Atividades educativas		
	Ação em gestão		
	Ação em rede		
	Ação clínica		
	Formação / Construção de redes		

ANEXOS

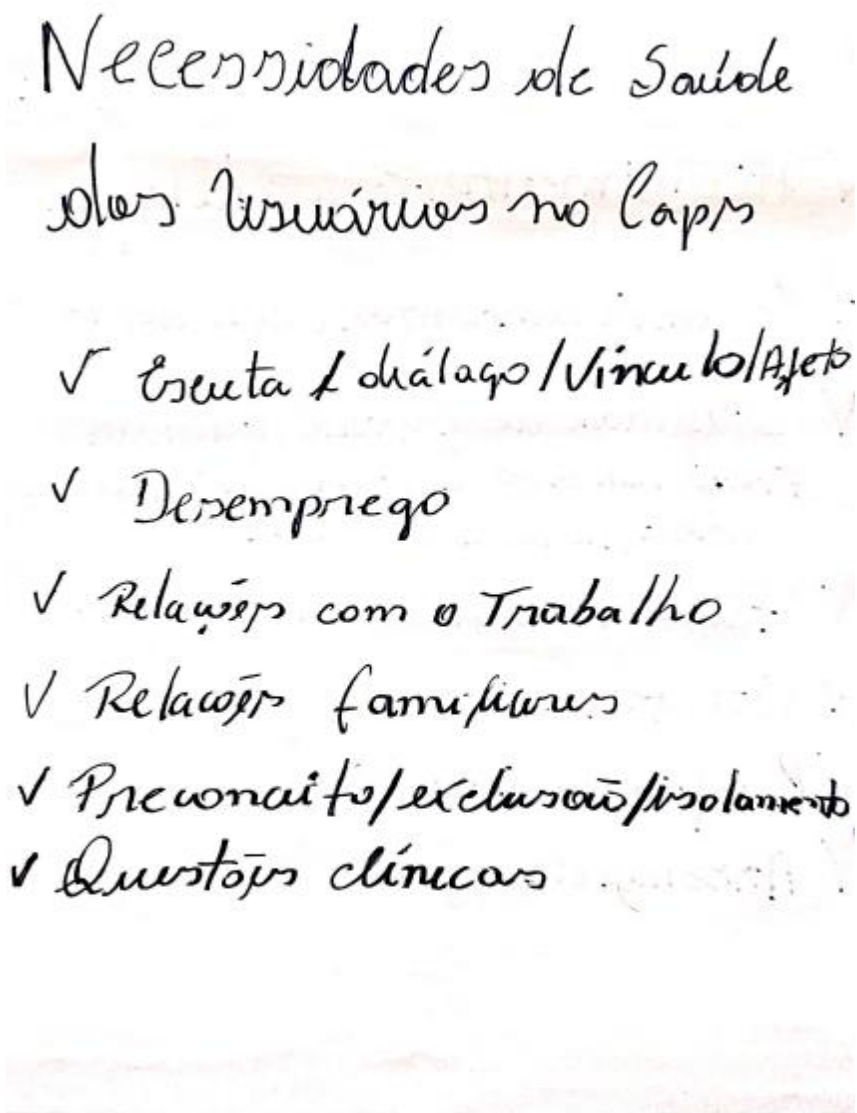
**ANEXO A – FOTOGRAFIA DOS CARTAZES DO GRUPO 1 DA SEGUNDA ETAPA
DA OFICINA TERRITÓRIO E SAÚDE**



AÇÕES REALIZADAS

- ACOLHIMENTO / VÍNCULO
- ORIENTAÇÕES / ENCAMINHAMENTOS
- GRUPO DE FAMÍLIA / MEDIAÇÃO DE CONFLITOS
- AÇÕES EXTERNAS
- APROPRIAÇÃO DOS DIREITOS E CURSOS PROFISSIONALIZANTES*
- SALA DE ESPERA E ATIVIDADES SOCIOEDUCATIVAS

**ANEXO B – FOTOGRAFIA DOS CARTAZES DO GRUPO 2 DA SEGUNDA ETAPA
DA OFICINA TERRITÓRIO E SAÚDE**



Ações Realizadas na SM

- ✓ Acolhimento / Escuta / Construções
PTS
- ✓ Encaminhamentos / Orientações
- ✓ Verificação de Pressão, glicemia /
Fracionamento e Orientação medica-
mentosa, hidratações Oral.
- ✓ Grupos no Capis e na comunidade
- ✓ Visitas / Esponte
- ✓ Confrontos / Orientações
- ✓ Assembleia

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TERRITÓRIOS E MUNDO DA VIDA: ANÁLISE CRÍTICO-COMPREENSIVA DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Pesquisador: Pedro R.Santos de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53717416.3.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.456.297

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa em apreciação visa à realização de uma análise crítico-compreensiva das práticas de saúde na atenção baseada no território, por meio de uma metodologia qualitativa. O processo de construção das informações se dará por meio da triangulação metodológica em que conste: Círculos Hermenêuticos-Dialéticos (CHD) realizado com os sujeitos da pesquisa; Observações Livres (OL); e Pesquisa Documental (PD). O campo investigativo será a Atenção Primária a Saúde, especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo o município de Fortaleza como o local da pesquisa, nos quais as equipes multiprofissionais dos serviços e a comunidade assistida devem ser os sujeitos do estudo. A hipótese do estudo é de que a atenção que toma por elemento-chave do Cuidado em Saúde o "território" tem outro modo (não tradicional – ou não biomédico) de organizar a prática cotidiana dos serviços e ações de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é realizar análise crítico-compreensiva das práticas de saúde na atenção baseada no território. Seus objetivos específicos são os seguintes: - Identificar os

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 1.456.297

elementos que compõem as dimensões das práticas profissionais de cuidado nos serviços de saúde da Atenção Psicossocial e na

Estratégia Saúde da Família;

- Analisar os elementos que constituem a produção de saúde no mundo da vida dos moradores dos territórios assistidos pelas políticas de saúde com atenção territorial;
- Compreender as interfaces entre a produção de saúde dos moradores e as práticas de cuidado dos profissionais na saúde na atenção baseada no território.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A relatoria entende ser plausível a ponderação dos pesquisadores responsáveis pelo estudo de que a participação na pesquisa em exame não traz constrangimentos ou quaisquer complicações que exponham o sujeito a riscos ou desconfortos. Os proponentes alegam que as Narrativas de Histórias de Vida (NHV) que serão os motes das entrevistas fornecem possibilidade do participante da pesquisa só falar quando quer e bem entende. Desse modo, qualquer informação que a pessoa possa se sentir, em algum momento, desconfortável, pode solicitar a interrupção imediata da entrevista ou até mesmo, o encerramento de sua participação na pesquisa. Os responsáveis pelo estudo asseguram ainda que também a síntese da entrevista que é realizada ao final de cada momento com cada entrevistado é realizada com seu consentimento e apenas aquilo por ele autorizado será expresso com sua compreensão dos conteúdos abordados sobre práticas de saúde. Quanto aos benefícios da pesquisa, fica claro no projeto que sua contribuição diz respeito à produção científica implicada com a transformação social na medida em que desvele os atuais elementos que constituem a construção das práticas de cuidado em saúde e seus desafios no enfrentamento à redução da saúde em produto de consumo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com delineamento claro e com objetivos e proposta metodológicas em congruência, com os devidos esclarecimentos a respeito dos aspectos éticos envolvidos na investigação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000	
Bairro: Rodolfo Teófilo	CEP: 60.430-275
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344	E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 1.456.297

Foram apresentados devidamente à relatoria todos os termos obrigatórios exigidos pelo CEP, não havendo nenhuma objeção quanto ao teor desses documentos.

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto pertinente ao campo da saúde coletiva, em observância aos princípios éticos balizadores da pesquisa com seres humanos e sem pendências documentais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_547967.pdf	02/03/2016 10:26:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_DOUTORA_DO.pdf	02/03/2016 10:26:14	Pedro R.Santos de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Territorios_e_Mundo_da_Vida_Usuarios.pdf	26/02/2016 18:13:11	Pedro R.Santos de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Territorios_e_Mundo_da_Vida_Profissionais.pdf	26/02/2016 18:12:57	Pedro R.Santos de Oliveira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_FINANCEIRO.pdf	26/02/2016 18:11:31	Pedro R.Santos de Oliveira	Aceito
Outros	declaracao_coparticipante_COGETSpremitura.pdf	26/02/2016 18:11:11	Pedro R.Santos de Oliveira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_ATIVIDADES.pdf	26/02/2016 18:10:14	Pedro R.Santos de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	20/02/2016 13:40:20	Pedro R.Santos de Oliveira	Aceito
Outros	Carta_de_Apresentacao.pdf	19/02/2016 20:47:46	Pedro R.Santos de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_Concordancia.pdf	19/02/2016 20:45:40	Pedro R.Santos de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.456.297

Não

FORTALEZA, 17 de Março de 2016

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br