



Psicologia & Sociedade

ISSN: 0102-7182

ISSN: 1807-0310

Associação Brasileira de Psicologia Social

Penido, Claudia Maria Filgueiras; Romagnoli, Roberta Carvalho
APONTAMENTOS SOBRE A CLÍNICA DA AUTONOMIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE
Psicologia & Sociedade, vol. 30, 2018, pp. 1-10
Associação Brasileira de Psicologia Social

DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018V30173615>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309358414047>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

APONTAMENTOS SOBRE A CLÍNICA DA AUTONOMIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

APUNTES SOBRE LA CLÍNICA DE LA AUTONOMÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

NOTES ON THE AUTONOMY CLINIC ON HEALTH PROMOTION

<http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30173615>

Cláudia Maria Filgueiras Penido¹ e Roberta Carvalho Romagnoli²

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil

² Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil

RESUMO

Trata-se de ensaio teórico que tem como objetivo propor o que chamamos de clínica da autonomia, no âmbito da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Propusemo-nos a responder à questão: como operar a relação entre sujeitos na clínica, tomando como foco a autonomia? Parte-se da concepção das relações como tecnologias leves, potencialmente produtoras de autonomização, conforme proposto por Emerson Merhy, para apontarmos a necessidade de uma modulação da clínica que incorpore práticas de cuidado. À luz das ideias de Félix Guattari e Michel Foucault, concluímos que é necessário um fazer clínico ético-estético e político que recuse a matança dos sujeitos e sustente a invenção da vida.

Palavras-chave: saúde pública; promoção da saúde; autonomia.

RESUMEN

Este trabajo es un ensayo teórico que tiene por objeto proponer lo que llamamos la clínica de la autonomía en el contexto de la promoción de la salud en el Sistema Único de Salud (SUS). La propuesta es responder a la pregunta: ¿cómo hacer funcionar la relación entre los sujetos en la clínica, teniendo un enfoque en la autonomía? O texto se inicia con la concepción de las relaciones en las tecnologías blandas, produciendo potencialmente autonomía, tal como propone Emerson Merhy, para en seguida señalar-se la necesidad de una modulación clínica que incorpora prácticas de cuidado. A la luz de las ideas de Félix Guattari y Michel Foucault, llegamos a la conclusión de que es necesario un trabajo clínico ético-estético y político que se niega a matar a los sujetos y que sostiene la invención de la vida.

Palabras clave: salud pública; promoción de la salud; autonomía.

ABSTRACT

This is a theoretical essay that aims to propose what we call autonomy clinic within the scope of health promotion in the Public Health System (SUS). We intend to answer the question: how to manage the relationship between subjects in the clinic, focusing on autonomy? Based on the conception of relationships as light technologies, which are potentially producers of autonomization, according to Emerson Merhy, we highlight the need of modulating the clinic so that it incorporates care practices. In the light of Félix Guattari's and Michel Foucault's ideas, we come to the conclusion that a clinical ethical-aesthetic and political practice that rejects the slaughter of the subjects and supports the invention of life is necessary.

Keywords: public health; health promotion; autonomy.



Introdução

Em 1974, no Canadá, foi lançado o Informe Lalonde, importante documento para consolidação da promoção da saúde na agenda internacional contemporânea, tendo influenciado políticas sanitárias em inúmeros países, dentre eles o Brasil. Lalonde, Ministro de Saúde canadense à época, apresentou importantes considerações sobre a concepção de saúde e problematizou a lógica de alocação de recursos financeiros nesse setor (Lalonde, 1974). Concluiu que, embora a maior parte dos gastos em saúde se concentrasse na organização da assistência médica, as principais causas das enfermidades e mortes tinham suas origens no estilo de vida, biologia humana e meio ambiente (Buss, 2003).

A ampliação do debate sobre a saúde, defendido naquele documento, trouxe reforços à ideia da promoção da saúde como estratégica e complexa. De lá para cá, vários autores têm se debruçado sobre a complexidade inerente à promoção da saúde, mapeando as forças em jogo que tanto submetem as práticas das equipes a processos reprodutivos quanto abrem perspectivas de inventividade neste campo de conhecimento norteador de práticas e de sistemas de saúde (Correia & Medeiros, 2014). Dentre esses autores, destacamos Lupton e Petersen, que enfatizam a tendência da promoção da saúde de viés mais conservador de delegar aos sujeitos a tarefa de tomarem conta de si mesmos, diminuindo a responsabilidade do estado (Czeresnia, 2009). Nessa mesma linha, Carvalho (2004) conclui que a promoção da saúde tanto pode contribuir para transformação do *status quo* sanitário quanto para reforçar a hegemonia da ordem neoliberal.

A definição de promoção da Saúde mais conhecida foi referendada na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa (Canadá), em 1986, e se refere ao “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (World Health Organization [WHO], 1986). Tal definição, encontrada na célebre Carta de Intenções de Ottawa, revela uma íntima associação entre o cuidado à saúde e o controle, propondo a capacitação para a participação nesse exercício de gerência da vida.

Nessa perspectiva, o incentivo à autonomia assume lugar central como meio para se garantir condições dignas de vida e possibilitar que indivíduos e coletivos ampliem o domínio sobre os determinantes da saúde. Em análise da Carta de Ottawa, Fleury-Teixeira, Vaz, Campos, Álvares, Aguiar e Oliveira (2008) chegam mesmo a considerar que a autonomia

é a principal categoria emergente no conceito de promoção da saúde.

No Brasil, a ênfase sobre a autonomia é facilmente perceptível na formulação de políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre elas a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). De caráter transversal, a PNPS se refere à ampliação de autonomia de indivíduos e coletividades como um de seus objetivos (Ministério da Saúde, 2006). Da mesma forma, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) propõe a adoção de estratégias que impactem na autonomia e minimizem desigualdades/iniquidades (Ministério da Saúde, 2017). A Política Nacional de Humanização (PNH/HumanizaSUS), por sua vez, propõe como um de seus princípios o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e dos coletivos (Ministério da Saúde, 2010).

A opção do SUS por uma política de humanização que valoriza os processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde (Benevides & Passos, 2005) apostava nessa direção. Por exemplo, a transversalidade, analisada mais abaixo, um dos princípios de tal política, é considerada a transformação dos modos de comunicação e relação entre os sujeitos implicados no processo de saúde, produzindo uma desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho (Ministério da Saúde, 2006). Contudo, embora haja o estímulo da PNH ao protagonismo, à corresponsabilidade e à autonomia dos sujeitos e dos coletivos implicados no processo saúde-doença (Ministério da Saúde, 2006), Silva, Sá e Miranda (2013), analisando a concepção de sujeito e autonomia nas experiências de humanização desenvolvidas nos hospitais brasileiros no período de 2004 a 2010, atestam que a autonomia dos usuários aparece de forma tímida, relacionada basicamente com a necessidade de informação. Especificamente no âmbito da promoção da saúde, não se trata de desprezar a importância da informação, mas de problematizar seus limites como dispositivo de produção de protagonismo e autonomia dos usuários.

No campo da saúde coletiva, destacamos duas concepções de autonomia encontradas na literatura. Fleury-Teixeira et al. (2008) consideram a autonomia como a ampliação da capacidade de escolha das pessoas, associando-a à ideia de liberdade e opondo-a à heteronomia, baseada na lei dos outros. Onocko-Campos e Campos (2012), por sua vez, nãocreditam na autonomia absoluta ou como um estado estático, mas sempre relativa ou em gradientes, cujo exercício se aproxima de uma ética. Para os últimos, a autonomia pressupõe vínculo e deve ser cocons-

truída, em processo dinâmico, entre usuário e profissionais.

Nesse contexto, a concepção de autonomia rege a atuação e a intervenção clínica com os usuários, de forma comprometida com as condições do viver e sustentando uma promoção da saúde que “realizase na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem” (Ministério da Saúde, 2006, p. 26). Entretanto, é preciso que se leve em conta que a clínica da promoção da saúde parte de um desafio fundante, qual seja, a centralidade da doença para o discurso científico e prático da clínica (Almeida & Andrade, 2009), apesar dos esforços da Organização Mundial de Saúde (OMS) no sentido de ampliar o conceito de saúde para além da simples ausência de doença. Essa mesma ampliação do conceito de saúde colaborou sobremaneira para interrogar as práticas clínicas em saúde, especialmente na Atenção Primária em Saúde, devido às suas características tais como a integralidade, a continuidade do cuidado, ser porta de entrada e a coordenação do cuidado estar sob sua responsabilidade (Starfield, 2002).

Nesse âmbito, o Ministério da Saúde, a partir da Política Nacional de Humanização (PNH), propõe a Clínica Ampliada como uma ferramenta tecnológica para orientar o trabalho da Estratégia de Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2009). A formulação do conceito de Clínica Ampliada encontra-se no Método Paideia (Campos, 2005). O autor defende que a reforma da clínica moderna deve se assentar sobre um deslocamento de ênfase da doença para o Sujeito concreto, no caso, um Sujeito portador de alguma enfermidade, operando-se o que denomina de “Clínica do Sujeito”. O Sujeito referido por Campos é fundamentado em Basaglia, o qual optou pela estratégia de colocar a doença entre parênteses para evidenciar um sujeito concreto, social e subjetivamente constituído. Campos amplia a ideia de Basaglia buscando nova dialética entre sujeito e doença: nem a antidualética positivista da Medicina (que fica com as doenças, descartando-se de qualquer responsabilidade pela história dos sujeitos concretos), nem a revolta do que considera o outro extremo (a doença entre parênteses). Ou seja: trata-se de uma clínica centrada nos sujeitos, nas pessoas reais e na sua existência concreta, mas que também considera a doença como parte dessa existência, pois, caso contrário, não haveria nenhuma especificidade dos serviços ou profissionais de saúde (Campos, 2005).

Partindo do exposto, perguntamo-nos, entretanto: como operar a relação clínica entre sujeitos no campo da promoção da saúde, tomando como foco a autonomia? Ferreira e Kind (2011, p. 41) antecipam-nos o que chamam de fio da navalha desta política pública: “se por um lado deve garantir a função regulatória do Estado na gestão de seu sistema de saúde, por outro, deve permitir e incentivar espaços e ações de autonomia e protagonismo individual e coletivo”.

De forma geral, na literatura, identificam-se duas tendências dentre os discursos de promoção da saúde. A primeira coloca em destaque o estilo de vida e é focada no indivíduo ou, no máximo, na sua família. A segunda, considerada a moderna promoção da saúde pautada na Carta de Ottawa, leva em conta a qualidade de vida baseada nos determinantes gerais das condições de vida e saúde da sociedade e é voltada ao coletivo e ao ambiente (Haeser, Buchele, & Brzozowski, 2012; Verdi & Caponi, 2005).

Tomamos como referência a segunda tendência e assinalamos, junto com os referidos autores, o risco de que a promoção da saúde seja uma abordagem centrada em práticas individuais, visando ao incremento de hábitos e estilo saudáveis que podem promover dupla responsabilização do usuário: por seu adoecimento e manutenção das condutas de risco, bem como pelo desenvolvimento de hábitos que evitarão esse risco, o que traz implicações éticas, ao sustentar uma mentalidade ainda paternalista e culpabilizante (Castiel & Álvarez-Dardet 2007). Nesse contexto, poderíamos dizer que há um grande risco de que as práticas de promoção da saúde se transformem em estratégias de vigilância e de controle das subjetividades envolvidas. Nessa direção, efetuamos uma problematização da autonomia em relação a ideais bem desenhados pela saúde coletiva e estabelecidos como padrão de saúde: não fumar, fazer exercícios físicos, não ingerir gordura, dentre outros.

Neste ensaio, portanto, tomaremos como foco o desafio de propor pistas para se operar uma relação clínica pautada na produção de autonomia no campo da promoção da saúde, abordando possíveis cristalizações e linhas de fuga neste plano dos encontros cotidianos, que produzem efeitos nas subjetividades que o compõem. Evidentemente, não temos a intenção de configurar uma solução universal à questão, tampouco de esgotar a problemática. Partindo do diálogo com autores da saúde coletiva, bem como das contribuições de Félix Guattari e Michel Foucault, além da experiência das autoras, pretendemos discutir pontos de ancoragem que nos permitam raciocinar no cenário de imprevisibilidade e incerteza da singularidade

dos casos no cotidiano das práticas de promoção da saúde, dentre as quais se incluem ações de alimentação saudável e práticas corporais/atividades físicas e também abordagem de estilos de vida que incluem ameaças à saúde, tais como relacionados ao alcoolismo e ao tabagismo.

Tecnologias leves e transversalidades: potencialidades para a produção da autonomia

Acreditamos que as práticas clínicas apostam no “entre” como espaço de criação e invenção, de irrupção de forças, em meio a tantos modelos e formas. Nesta intercessão em que operam subjetividades variadas e tecnologias de saúde, consideramos alguns pontos de ancoragem para pensarmos a clínica da autonomia na promoção da saúde. Acreditamos que é no “entre” profissionais e usuários, protocolos e normatização da rotina que podemos sustentar estados potentes que se abrem para a vida, criados a partir dos encontros, da dimensão que emerge nas relações que, baseadas em Merhy (2007), consideramos tecnologias em saúde.

Para Merhy (2007), há três tipos de tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, norteadoras do trabalho vivo em ato, força que opera em processo e em relações. São elas: a tecnologia leve, que produz vínculo, autonomização, acolhimento e gestão como forma de governar processos de trabalho; a tecnologia leve-dura: saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como as clínicas médica e psicanalítica, a epidemiologia, dentre outras, e a tecnologia dura: equipamentos tecnológicos do tipo máquinas ou mesmo normas e estruturas organizacionais (Merhy, 2007).

A tecnologia leve, especificamente, é produtora de relações intersecoras, entendendo-se por intersecor o que se produz nas relações entre sujeitos, no espaço de suas interseções (Merhy, 2007). É um produto que existe para os dois em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo. Localizamos a produção da autonomia vinculada sobremaneira ao manejo da tecnologia leve, o que traz desafios específicos ao pessoal da saúde e às práticas de promoção da saúde, que se propõem a reduzir as desigualdades em saúde e ampliar a autonomia dos usuários.

Destacamos a importância de que a promoção da saúde sustente movimentos de transversalidade, em contraposição a movimentos de verticalidade que provocam projeção das normas e das demandas instituídas presentes nos grupos assujeitados e também a movimentos de horizontalidade que associam setores da

saúde e conhecimentos distintos sem que se estabeleça uma relação entre eles. Verticalidade e horizontalidade essas que se afastam da proposta de uma clínica que convoque a autonomia. Nesse sentido, concordamos com Guattari (1987) que o uso vertical da informação pode barrar práticas que convoquem a autonomia, produzindo assujeitamentos. Da mesma forma, recusamos a horizontalidade entendida como “certa situação em que de fato as coisas e as pessoas ajeitam-se como podem na situação em que se encontram” (Guattari, 1987, p. 96), o que, para o autor, não pressupõe partilha ou troca, afastando-se da dimensão autopoietica da vida e da autonomia, eixo central da promoção da saúde (Fleury-Teixeira et al., 2008).

Por outro lado, a transversalidade aposta no deslocamento necessário para que o grupo seja um dispositivo produtor de novas realidades, sustentando processos inéditos e abrindo-se para a invenção. Dessa forma, o grupo torna-se um grupo sujeito que sustenta sua própria criação. A transversalidade é, pois, “uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o da pura verticalidade e o da pura horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e, sobretudo nos diferentes sentidos” (Guattari, 1987, p. 96). Entendemos que apostar na transversalidade é resistir à reprodução de hierarquizações para que encontros potentes se efetuam, para que a vida circule e a promoção de saúde se faça. Entendemos, entretanto, que o SUS se faz na coexistência de movimentos de verticalidade e horizontalidade, e também de movimentos de transversalidade. Forças instituídas e instituintes que, presentes em nós e entre nós, atravessam as práticas em saúde.

A transversalidade faz aflorar processos inéditos, por meio de agenciamentos e conexões, abrindo-se para a invenção a partir de grupos sujeitos que sustentam sua própria criação. De acordo com Guattari (1987), “O grupo sujeito, ou que tem vocação para sê-lo, se esforça para ter um controle sobre sua conduta, tenta elucidar seu objeto, e, nesse momento, secreta os meios dessa elucidação” (p. 92). Por outro lado, o grupo assujeitado, como colocado pelo referido autor, não possui esse funcionamento e sofre com a hierarquização, acomodando-se a outros grupos. Nessa direção, o grupo busca, nesse funcionamento, a reprodução.

Essa discussão se faz necessária para escapar da reprodução de relações hierárquicas e empobrecedoras que vêm sustentar uma visão de que o sujeito é composto somente por um corpo biológico e que o sofrimento remete a esse corpo em processo de doença, como nos lembram Merhy e Feuerwerker (2009). Essa postura sustentada pelo discurso científico

dominante opera de forma vertical, em movimentos no qual imperam reducionismos e desqualificações de outros saberes sobre a saúde, afastando-se da singularidade e da complexidade de cada sofrimento, de cada processo de saúde-doença. Nesse contexto, a transversalidade produz uma diferença em todos os envolvidos, produzindo deslocamento, processos de subjetivação que se fazem transversalmente, unindo estados, situações, ligando elementos distintos, associando subjetividades, promovendo saúde, na concepção ampla do termo. A transversalidade produz alianças e passagens entre territórios estratificados que se sustentam pela reprodução da doença, pelas formas de cuidar e também pelo que desestabiliza e constrói de passagens inventivas nas quais a vida e a saúde se expandem de forma autônoma. Apostar na transversalidade é insistir que as forças que estão presentes nas hierarquizações gestor-trabalhador-usuário emergam e desfaçam seus segmentos e seus níveis, criando encontros potentes em que a vida circule e a clínica se faça. Além de criticar posturas reducionistas valorizando os encontros entre trabalhadores de saúde, entre seus saberes e com os usuários em um processo micropolítico e fecundo, é perseguir a autonomia dos sujeitos e coletivos.

Nesse sentido, a autonomia é conquistada através de conexões heterogêneas, de processo de troca, de interferência, de contágio, que se distanciam do pedagógico e das estratégias de vigilância, instando focos de protagonismo, de invenção, dentro de uma perspectiva denominada, por Guattari (1987), de paradigma ético-estético-político. Ético porque a conquista da autonomia por esse viés refere-se ao exercício do pensamento que busca situações e acontecimentos potencializadores da vida. Estético porque indica a apreensão da subjetividade em sua dimensão de criatividade processual. E político porque se refere ao mapeamento dos planos de forças presentes nas situações, analisando os efeitos produzidos e os sentidos que ganham forma nessas conexões.

Em última instância, promover saúde, tarefa primordial da Atenção Primária à Saúde, é promover a vida nas práticas cotidianas de saúde. Entendemos que tais práticas devem ser apreendidas nos seus planos imanentes de seus endurecimentos e cristalizações, mas também de suas desestabilizações e de seus movimentos que podem produzir ações instituintes no campo da saúde. Nessa composição, os endurecimentos operam através do que está instituído e insistem em capturar a vida nas formas nas quais essa se apresenta em determinadas circunstâncias. Esse plano, indispensável, mas não suficiente, nos liga às instituições de âmbito representacional, leis,

planejamentos, regras, hierarquias e prescrições, que organizam e padronizam o trabalho no SUS. Por outro lado, os movimentos se dão no que foge às capturas instituídas, na dimensão micropolítica que pode inventar mediante as conexões com forças que trazem o novo. Reprodução e invenção, verticalidade e horizontalidade, formas e forças que se encontram juntas, coexistindo nas práticas clínicas.

Assim, essas práticas, e dentre elas a sustentação da autonomia nas práticas clínicas, se constituem na maneira como as subjetividades se debatem entre os endurecimentos e assujeitamentos e os movimentos de resistência e expansão da vida, operantes na tecnologia leve dos encontros efetuados entre equipes, profissionais, e usuários. Os embates entre essas dimensões geralmente são experimentados em grandes tensionamentos que solicitam posturas e intervenções, além de produções de conhecimento que apostam na complexidade e na processualidade.

Leal e Camargo (2012) assinalam esse tensionamento no próprio campo da saúde coletiva, nas disputas de validações de verdades e experimentações. Afirmam que esse:

habita um espaço entre as disciplinas, as teorias, os conceitos, para, nesse espaço, produzir saberes e práticas que possam ser produtos de diversas interações, e conjunções, para produzir um novo além das fronteiras rígidas da ciência; para conversar com a vida e ter sentido social, considerando que a realidade da saúde é complexa e multideterminada a partir de uma nova estética (ética). (Leal & Camargo, 2012, p. 60)

Essa existência “entre” provoca não somente tensionamentos, como apontamos acima, mas também interfaces que rompem com os saberes estabelecidos, com as dicotomias e assujeitamentos, fortalecendo os coletivos, a equipe e os usuários, driblando as verticalidades sempre prontas a operar reducionismos e a nos enquadrar. Nesse sentido, podemos pensar em uma clínica que não opere por reprodução ou mantenha os lugares fixos de profissionais e usuários, mas que promova a convergência da heterogeneidade e da multideterminação, como assinalam os referidos autores. Trata-se de colocar a transversalidade a favor da tecnologia leve dos encontros. Clínica em movimento, zona de circulação da vida e da autonomia.

Clínica da autonomia ou em busca da potência de vida

Referindo-se às práticas de promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família, Ferreira e Kind (2011)

lemboram ser legítimo o encontro entre diferentes rationalidades nas práticas coletivas, tanto aquelas mais informativas quanto as mais participativas:

trabalhamos com a ideia que informação e participação no trabalho em saúde não são categorias excluidentes, mas concomitantes. Todo trabalho em saúde tem compromisso com o conhecimento especializado, ainda que em sua ação possa se apresentar mais centrada no conhecimento técnico ou de um modo mais dialógico, que abarque uma troca e construção coletiva de saberes e fazeres. (Ferreira & Kind, 2011, p. 126)

Nesse contexto, acreditamos que um grande impasse se coloca na modulação entre informação e participação e apostamos que uma das saídas possíveis é a dimensão da clínica, para além do que apontam Merhy e Feuerwerker (2009). Esses autores diferenciam ações cuidadoras e clínica. Para eles, as ações cuidadoras, de domínio de todos os seres humanos não aprisionados na razão instrumental, se constituem no território em que “se pode fabricar a autonomia para os usuários e o trabalho da equipe de saúde” (p. 10):

É nesse território [referem-se ao território das ações cuidadoras] que se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção efetivamente negociada, pois aí é que se pode fabricar autonomia para os usuários e o trabalho da equipe de saúde. A clínica é o território das tecnologias leve-duras – pertence aos trabalhadores (e a certos trabalhadores mais que a outros) - portanto uma negociação em seu território pressupõe subordinação de uns (desprovidos do saber) por outros (detentores do saber e da única verdade científicamente admissível). (Merhy & Feuerwerker, 2009, p. 10)

Ora, ampliando o que trazem tais autores, a clínica que propomos é justamente a clínica que se abre para a dimensão cuidadora e a integra em seu fazer, modulando a oferta do saber estruturado com as práticas de cuidado que, afinal, também são possíveis pelos próprios profissionais de saúde, também pertencentes ao conjunto dos seres humanos referido acima. Uma clínica que se permita habitar por outros saberes, principalmente pelos saberes dos usuários e que também reconheça e legitime a potencialidade das ações de cuidado dos não especialistas, com elas se articulando. Prática que opera por imanência que coliga elementos heterogêneos em um funcionamento conectivo: clínica e cuidado, especialista e usuário, verticalidade/verticalidade e transversalidade, e não por uma lógica binária e dicotômica que separa esses elementos em segmentos distintos e opostos: clínica ou cuidado, especialista ou usuário, verticalidade/verticalidade ou transversalidade. Nesse sentido, a

clínica da autonomia se constituiria como uma clínica em composição com a dimensão do cuidado, e não em oposição ao mesmo. Disparar processos de apropriação dos saberes estruturados que favoreçam aos usuários tocar a vida e, ao mesmo tempo, favorecer que outros saberes se produzam nesses encontros. Clinicar e, ao mesmo tempo, cuidar. Na defesa dessa proposta, encontramos nosso último ponto de ancoragem na obra do filósofo Michel Foucault, sobretudo em sua última fase. Nela, o filósofo foca na constituição ética dos indivíduos apoiada no cuidado de si, através de práticas que conduziram os sujeitos a observarem eles próprios, a se decifrar, a se reconhecer como sujeitos de um desejo circunstancial associado à liberdade e à ética. Essas relações de si para si determinam o indivíduo como sujeito moral de suas ações e corresponde à força liga entre atos, prazeres e desejos.

Nesse autor, o conceito de autonomia é sustentado pela discussão sobre o cuidado de si. De acordo com Revel (2005), o cuidado de si aparece nas ideias do filósofo nos anos 80, no prolongamento da ideia de governamentalidade. Partindo da ideia de que a subjetividade é um produto sempre histórico e social, Foucault (1996) acredita que o indivíduo moderno é constituído pelo saber e resultado das relações de poder, moldado pelas disciplinas, dentre elas as que compõem o campo da saúde. Essa forma de abordar o sujeito produz um olhar crítico sobre as formas de sujeição do homem, que se ampara em uma leitura de poder constituída por relações e processos que incidem sobre a subjetividade, não apenas reprimindo mas, sobretudo, produzindo realidades calcadas nos discursos científicos. Dessa maneira, formas de subjetivação são produzidas amparadas no poder disciplinar em que mecanismos de dominação interiorizados moldam um modo de existência passivo e alienado pelas normas e pelas ideias construídas pelas disciplinas às quais se concede o *status* de verdade. Esse processo estimula as pessoas a moldarem e a fabricarem suas vidas, sendo “controladas” por modelos científicos, sendo monitoradas por poderes cotidianos que se exercem anonimamente nas relações (Foucault, 1999).

A essa forma de poder, surgida no século XIX, Foucault denominou biopoder, o poder sobre o homem como ser vivo, poder sobre a vida, “poder que se incumbiu tanto do corpo como da vida, ou que se incumbiu, se vocês preferirem, da vida em geral, com o polo do corpo e o polo da população” (Foucault, 1999, p. 302). Esses dois polos operam, de forma recíproca, sobre o sujeito e sobre a espécie humana: o poder disciplinar e a biopolítica que são coexistentes. O poder disciplinar, que incide sobre os indivíduos e os corpos, fundamenta-se no sistema racional e

científico da sociedade moderna. A biopolítica, por sua vez, tem como área de atuação a população, e é auxiliada por mecanismos de regulamentação da natalidade, da mortalidade, das capacidades biológicas e dos efeitos do meio. A noção de biopolítica inaugura um novo corpo, não mais o indivíduo-corpo, mas a população, problema simultaneamente científico e político; biológico e de poder. Esse deslocamento operado pela biopolítica vai exigir mecanismos distintos dos mecanismos disciplinares atentos ao indivíduo-corpo, passando a focar na regulação, equilíbrio e homeostase, não mais do indivíduo, mas da população. Contudo, esses mecanismos são, para ele, complementares, sobrepostos e articulados. A partir desses dois eixos, que evidenciam a ligação entre saber e poder, a governamentalidade se efetua através de tecnologias governamentais e de sistemas de vigilância da subjetividade, muitas vezes exercidos no sistema de saúde na forma de controle disciplinar, atuando no cotidiano dos sujeitos e normalizando a população. Em seguida, em sua última fase, o filósofo vai desenvolver a associação do poder com as artes de governar, deslocando as relações de controle para o governo dos outros, da população.

Foucault centrou em três eixos analíticos que se correlacionam: saber, poder e subjetivação. Ao final de sua obra, conforme Ferreira (2015), definiu o poder em termos de governo e governamentalidade, visando a articular dimensões macro e micropolíticas: “Ao transitar do conceito de biopolítica ao de governamentalidade, Foucault buscou um instrumento analítico mais operacional e que permitisse fazer uma análise macrossocial sustentada pela perspectiva da microfísica dos poderes” (Ferreira, 2015, p. 375).

Nesse contexto, a vigilância implica a gestão da população, mas também um controle das estratégias que os indivíduos, na sua liberdade, podem ter em relação a eles mesmos e uns em relação aos outros. Em seus últimos cursos, Foucault apresentou um novo deslocamento em relação à temática do poder como associado ao saber, e o define em termos de governo e governamentalidade, conceito que se segue ao conceito de biopolítica. O conceito de governamentalidade é apresentado como forma de poder que tem como saber a economia política e por instrumento os dispositivos de segurança, não podendo ser equiparado a “reinar”, “comandar” ou “fazer a lei”, mas sim à arte de governar.

Assim, Foucault (2003) afirma que vivemos na era da governamentalidade, de um poder que se exercita ao dirigir condutas e ao conduzir probabilidades, delimitando o campo de ação dos outros. Conduzir condutas que se dão em um meio, em um campo de relações; assim, governam-se os indivíduos em

susas relações com o meio, consigo mesmos, com os outros, com hábitos, costumes, maneiras de ser e de pensar. “Portanto, governar é governar coisas” (Foucault, 2003, p. 292) ou relações. Não se trata de impor leis, mas de usar táticas, fazer com que a finalidade seja alcançada. E, para bem governar, ao invés de imposições, passa-se a fazer uso crescente de táticas que possibilitem administrar coletivamente os fenômenos da população e, ao mesmo tempo, administrar a população com sutileza e em cada detalhe – sobretudo detalhes subjetivos, subjetivadores. Por meio de um aparato de técnicas e de procedimentos desenvolvidos para conhecer, dirigir e controlar, os indivíduos são conduzidos em suas relações consigo mesmos, com os outros, com o social, a determinadas formas de existir, a certos modos de ser. Essa condução ocorre em detalhes e de forma sutil:

Quero dizer que, nas relações humanas, quaisquer que sejam elas - quer se trate de comunicar verbalmente, como o fazemos agora, ou se trate de relações amorosas, institucionais ou econômicas o poder está sempre presente: quero dizer, a relação em que cada um procura dirigir a conduta do outro. São, portanto, relações que se podem encontrar em diferentes níveis, sob diferentes formas; essas relações de poder são móveis, ou seja, podem se modificar, não são dadas de uma vez por todas. (Foucault, 2004, p. 276)

Pensar nos mecanismos de assujeitamento e submissão que podem gerenciar as subjetividades envolvidas no processo de promoção de saúde, tanto a do trabalhador da saúde quanto do usuário, implica a necessidade de se pensar as tecnologias envolvidas no processo de trabalho em saúde que possam, segundo Merhy (2007), tanto redefinir os processos de captura do trabalho vivo em ato quanto tornar mais públicos os processos que governam sua direcionalidade. Entendemos que há, sim, um risco de controle e vigilância nas ações de promoção de saúde. Na vertente da promoção da saúde que destaca a mudança individual e se concentra em estilos de vida, temos o risco da dupla responsabilização do usuário, tanto pelo comportamento de risco quanto pela possibilidade de evitá-lo. Por outro lado, na tendência que associa a promoção da saúde à qualidade de vida, embora se defenda a participação social e o fortalecimento da ação comunitária, não se pode garantir a sustentação, de fato, de relações transversais que potencializem a produção de autonomia.

Todas essas propostas correm o risco de serem refinadas estratégias de vigilância. A promoção da saúde emerge, portanto, como um cenário privilegiado para a regulamentação vinculada ao biopoder, fazendo (sobre)viver e deixando morrer os sujeitos. O biopoder se encarrega de organizar a vida e fazê-la proliferar, mas

também pode exterminar a vida enquanto tal. É assim que ele se manifesta na desqualificação da morte, no tabu e na necessidade de escondê-la. Esse corte entre o que deve viver e o que deve morrer é destacado por Foucault (1999) no fenômeno do racismo. Segundo o autor, foi a emergência do biopoder – que sustenta o que deve viver e o que deve morrer tendo em vista o que oferece de perigo, interno e externo, em relação e para a população – que inseriu o racismo nos mecanismos de Estado. O racismo, portanto, se reverteria em condição de aceitabilidade de tirar a vida na sociedade da normalização. As prescrições de modos de vida e de hábitos correm o risco de ser uma espécie de mutilação do sujeito, de despotencialização da subjetividade. A potência rui e o sujeito não consegue operar de uma forma autônoma nas outras situações de sua vida. O tiro sai pela culatra. Todo esse processo ganha corpo em atitudes eventualmente racistas por parte dos profissionais que definem o que deve morrer no usuário, tomando por base as produções de discurso do que é normal e esperado em determinada sociedade e em determinado corpo, como nos lembra Ramminger (2008).

Embora tenha voltado sua atenção para os refinados e potentes mecanismos de captura do poder, Foucault (2004) também explicitou como perseguir a autonomia dos indivíduos. Nas relações de poder há também as práticas de liberdade, pois em sua natureza encontramos a modificação da ação pela ação, o que possibilita que o sujeito possa atravessar esse campo de maneiras novas e criativas. A resistência deve ser compreendida não só em termos de relações de forças antagônicas, mas também em termos de uma travessia criativa do campo de ação possível. Tal resistência possível não é meramente uma oposição, mas está ligada à conquista de autonomia da subjetividade, dentro de um conjunto de instituições e práticas, por meio da crítica (Hartmann, 2003). Essa crítica é desenvolvida pelo cuidado de si que implica outro jogo de forças do eu consigo mesmo. O indivíduo deve reconhecer seus desejos e ambições, mas também suas possibilidades de contracondutas constituídas pelas práticas de liberdade. Práticas que nos permitem tomar distância de nossa identidade preestabelecida e nos descuidar do eu normalizado, para evidenciar as relações do si com as estruturas de poder que o cercam.

Sem dúvida, jamais a vida foi tão capturada. No entanto, nessas relações de forças também são possíveis contracondutas, guiadas pela autonomia que se dá pelas práticas de si, modo como a liberdade foi pensada como ética. Nessa direção, o governo dos outros dá lugar ao governo de si, segundo o modo pelo qual o sujeito se relaciona consigo mesmo e torna

possível a relação com os outros, o que corresponde a práticas que sustentam estratégias que os indivíduos em liberdade podem ter uns em relação aos outros.

Embora a PNH tenha como uma de suas propostas a produção e autonomia dos sujeitos implicados no processo saúde-doença, essa ainda não emerge de forma potente, como abordamos anteriormente. Em nossas experiências profissionais observamos, como Haeser et al. (2012), que a conscientização é importante para aumentar os graus de autonomia, mas não é suficiente. O que sustenta toda e qualquer intervenção é a relação, é o encontro entre o profissional e o usuário, trabalho vivo em ato, como denominam Merhy et al. (2007).

É nessa perspectiva que a autonomia também pode ser pensada como plano de produção, como processualidade e campo de experimentação, em sua dimensão inventiva. Haeser et al. (2012) destacam em seu artigo a produção acadêmica sobre a promoção de saúde que prioriza ações voltadas para o coletivo. Nesse sentido, podemos pensar o plano de produção como um coletivo que dá passagem a forças que trazem posicionamentos outros frente aos modos de vida e de conduta. Coletivo que nos remete ao grupo sujeito, dimensão da autonomia, da produção de contracondutas.

Permitir que a autonomia se faça nos encontros é desestabilizar formas de lidar conosco e com os outros e deixarmos levar pelo que nos força a sair de nós mesmos em direção ao que é produzido nos encontros e que nos faz diferente. É permitir o desgarrar da força da vida de um modo de existência padronizado, muitas das vezes gerador de doença e debilidade, permitindo a emergência do intensivo, da vida. Encontros com o minúsculo: singulares e cotidianos; plano de forças e relações circunstanciais, que deixam rastros, efeitos. Encontros que existem em sua forma molar nos protocolos e rotinas do serviço, mas que na realidade se efetuam no plano da transversalidade, do circuito das formas verticais e horizontais, das zonas de indeterminação e das práticas clínicas fundadas na territorialidade do cuidado, para alcançar um modo de expressão autônomo e potente.

Considerações finais

Não é simples sustentar ações de promoção da saúde que visam a ampliar a autonomia dos usuários no cuidado de si, na resistência ao poder do saber e às artes de governar. Entendemos, a partir do que discutimos neste artigo, que o grande desafio da saúde residiria justamente na busca de intercessores, seja na articulação de saberes ou setores requerida para o

campo da saúde coletiva, seja no encontro efetivo dos atores envolvidos nas práticas de cuidado.

Encarar a potência da vida como resistência certamente exige disponibilidades do praticante. Quem decide trabalhar com clínica não pode perder a capacidade de produzir territórios existenciais e de cuidado, de fazer a vida respirar, de gerar atmosferas. A atmosfera da vida é devir algo que não sabemos, localizar-se na passagem para algo e ter, dessa maneira, abertura para a composição de novas realizações que possibilitem a atualização das linhas de virtualidades e a intensificação da multiplicação dos processos de subjetivação, optando por encontros que potencializem, reinventando dispositivos de produção de subjetividades em todos os domínios da vida humana, propiciando a emergência de máquinas existenciais, engendradas na invenção ontológica, cujos movimentos incentivem relações de transversalidade.

Nesse sentido, devemos estar atentos para não oprimir, submeter, mistificar, mas de fazer um uso menor daquilo que se conhece, do que se estuda, da própria subjetividade, certos de que não há fórmulas a seguir em contextos vulneráveis e precarizados, mas sim rotas singulares e complexas a serem traçadas. Desse modo, a prática clínica, que inclui a dimensão do cuidado, favorece a instauração de focos parciais de subjetivação, fora da subjetividade individual e homogênea, focos que se associem a outras produções de subjetividades parciais, visando a estabelecer agenciamentos coletivos de enunciação, que são inventivos em sua essência. Essa é uma micropolítica ativa, que visa à transversalidade entre as várias subjetividades e saberes que sustentam as práticas de promoção da saúde, para que uma marca possa ganhar consistência no enfrentamento de um adoecimento, um agenciamento possa se ramificar, escapando da reprodução e da passividade. Clínica que deixa viver de vários modos e que produz um novo imperativo dirigido ao seu praticante no campo da promoção da saúde: não matarás!

Referências

- Almeida, N. A. & Andrade, R. F. S. (2009). Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (2^a ed., revisada e ampliada, pp. 102-121). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Benevides, R. & Passos, E. (2005). Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, 9(17), 389-406.
- Buss, P. M. (2009). Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (2^a ed., revisada e ampliada, pp. 15-38). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Campos, G. W. S. (2005). *Saúde Paidéia* (2^a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Carvalho, S. R. (2004). As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 669-678.
- Castiel, L. D. & Alvarez-Dardet, C. (2007). *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Correia, M. V. C. & Medeiros, S. M. A. (2014). As bases da Promoção da Saúde nas Conferências Internacionais e a Reforma Sanitária brasileira: concepção do processo saúde-doença em questão. In K. E. L. Vasconcelos & M. D. H. Costa (Orgs.), *Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS* (pp. 111-158). São Paulo: Hucitec.
- Czeresnia, D. (2009). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências* (2^a ed., revisada e ampliada, pp. 44-59). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ferreira, J. L. (2015). Retraçando os deslocamentos de Foucault: o lugar da biopolítica e da governamentalidade. *Psicologia em Estudo*, 20(3), 365-376.
- Ferreira, J. L. & Kind, L. (2011). *Promoção da Saúde: práticas grupais na estratégia saúde da família*. São Paulo: Hucitec.
- Fleury-Teixeira, P., Vaz, F. A. C., Campos, F. C. C., Álvares, J.; Aguiar, R. A. T., & Oliveira, V. A. (2008). Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Revista Ciência & saúde coletiva*, 13(Supl. 2), 2115-2222.
- Foucault, M. (1996). *Microfísica do poder* (12^a ed.) Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1999). Aula de 17 de março de 1976. In *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)* (pp. 285-319). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2003). A “governamentalidade”. In *Ética, Sexualidade e Política* (pp. 281-305). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Coleção Ditos e Escritos IV).
- Foucault, M. (2004). A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In *Ética, Sexualidade e Política* (pp. 264-287). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Coleção Ditos e Escritos V).
- Guattari, F. (1987). *Revolução molecular: pulsões políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense.
- Haeser, L. M., Buchele, F., & Brzozowski, F. S. (2012). Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. *Physis*, 22(2), 605-620.
- Hartmann, J. (2003). *Power and resistance in the later Foucault*. Recuperado de http://mypage.siu.edu/hartmajr/pdf/jh_fouccirc_03.pdf
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Government of Canada. Recuperado de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Leal, M. B. & Camargo, K. R. (2012). Saúde Coletiva em debate: reflexões acerca de um campo em construção. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, 16(40), 53-66.
- Merhy, E. E. (2007). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In E. E. Merhy, & R. Onocko (Orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público* (3^a ed., pp. 71-112). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. & Feuerwerker, L. C. M. (2009). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In A. C. S. Mandarino & E. Gomberg (Orgs.), *Leituras de*

- novas tecnologias e saúde* (pp. 29-74) São Cristóvão, SE: Editora UFS.
- Ministério da Saúde. (2006). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde* (3^a ed.). Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (4^a ed.). Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2017). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília, DF: Autor.
- Onocko-Campos, R. & Campos, G. W. S. (2012). Coconstrução de autonomia: o sujeito em questão. In G. W. S. Campos et al. (Orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 719-738). São Paulo: Hucitec.
- Ramminger, T. (2008). Entre a normatividade e a normalidade: contribuições de G. Canguilhem e M. Foucault para as práticas de saúde. *Mnemosine*, 4(2), 68-97.
- Revel, J. (2005). *Foucault: conceitos essenciais*. São Carlos, SP: Claraluz.
- Silva, A. M., Sá, M. C., & Miranda, L. (2013). Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. *Saúde e Sociedade*, 22(3), 840-852.
- Starfield, B. (2002) *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.brasilia.unesco.org/publicacoes/livros/atencaoprimaria>
- Verdi, M. & Caponi, S. (2005). Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(1), 82-88.
- World Health Organization [WHO]. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: Autor. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Submissão em: 16/12/2016

Revisão em: 05/10/2018

Aceite em: 05/11/2018

Cláudia Maria Filgueiras Penido é professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

<http://orcid.org/0000-0002-6417-1939>

Endereço para correspondência: Departamento de Psicologia - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH/UFMG). Avenida Antônio Carlos 6627. Belo Horizonte/MG, Brasil. CEP 31270-901

E-mail: claudiapenido@ufmg.br

Roberta Carvalho Romagnoli é psicóloga, professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCMINAS, Belo Horizonte/MG.

<http://orcid.org/0000-0003-3551-2535>

E-mail: robertaroma1@gmail.com