



Psicologia & Sociedade

ISSN: 0102-7182

revistapsisoc@gmail.com

Associação Brasileira de Psicologia Social
Brasil

Guazzelli Bernardes, Anita

CARTOGRAFIA DE PRÁTICAS DE CUIDADO

Psicologia & Sociedade, vol. 24, núm. 3, septiembre-diciembre, 2012, pp. 701-709

Associação Brasileira de Psicologia Social

Minas Gerais, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326585022>

CARTOGRAFIA DE PRÁTICAS DE CUIDADO CARTOGRAPHY OF HEALTH CARE PRACTICES

Anita Guazzelli Bernardes

Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, Brasil

RESUMO

Este artigo analisa a proveniência de práticas de cuidado em saúde na contemporaneidade. Trata-se de um exercício cartográfico das políticas públicas de saúde, formuladas a partir da década de 1970. As ferramentas conceituais amparam-se nas formulações foucaultianas sobre o governo pela verdade. A aproximação da ciência com o Estado, justiça social e segurança apresenta marcas na conformação das práticas de cuidado. O cuidado é analisado como estratégia para investimento em uma racionalidade neoliberal, que dispersa a saúde do plano da ausência de doenças e passa a articulá-la a uma ontologia da população, de acordo com linhas de corresponsabilização, qualidade de vida, participação e controle social, que se encontram com a figura do *homo oeconomicus*. A partir disso, a cartografia volta-se para a consideração do cuidado como imperativo ético-político da intervenção, que costura autonomia com vínculo como estratégia de governo de si.

Palavras-chave: cuidado; políticas públicas; saúde; governamentalidade.

ABSTRACT

This paper analyzes the provenience of health care practices in contemporaneity. It is a cartographic exercise addressing health public policies that have been formulated since the 1970's. The conceptual tools are grounded on Foucauldian formulations about government through truth. The approximation between science and State, as well as between social justice and security, shows marks on the conformation of care practices. Care is analyzed as a strategy for investment in a neoliberal rationality, which takes health out of the sphere of absence of disease and articulates it with population ontology, according to lines of co-responsibility, life quality, participation and social control that meet the figure of the *homo oeconomicus*. From there, the cartography turns to the consideration of care as an ethical-political imperative of intervention, which sews autonomy to attachment as a strategy of government of self.

Keywords: care; public policies; health; governmentality.

Este artigo propõe-se a analisar a proveniência de práticas de cuidado em saúde na contemporaneidade. A análise focaliza o cuidado na sua dimensão de política pública no Brasil, ou seja, toma como coordenada o modo como essa modalidade de ação em saúde constitui-se nas políticas públicas de saúde. Trata-se de um exercício cartográfico em documentos formulados a partir da década de 1970, quando, no Brasil, se engendra o processo de reforma sanitária. Esse estudo faz parte de uma pesquisa que perscruta o cuidado e as tecnologias de governo de si e dos outros.

As ferramentas conceituais que orientam a espreita cartográfica se amparam nas formulações foucaultianas sobre o governo pela verdade. Desse modo, a cartografia desenha-se mediante tecnologias analíticas de governo de si e do outro no que tange à sua articulação com a verdade. Em razão disso, a análise percorre o solo de manifestação de enunciados

performativos. Os enunciados performativos permitem um exercício do pensamento, considerando que o ato de enunciação efetiva aquilo que enuncia, ou seja, que a enunciação do cuidado nas políticas públicas efetua certas modalidades de relação dos sujeitos consigo mesmos e com os outros. Essas modalidades compõem campos de experiência nos quais se articulam regimes de verdade, formas de normatividade e subjetividades virtuais possíveis. Isso significa que cartografar práticas de cuidado é objetivar as políticas de subjetivação que elas produzem.

Em um primeiro momento, discute-se a construção do objeto mediante as ferramentas conceituais, de modo a focalizar o cuidado como aquilo que se dá a conhecer em um determinado tempo-espacó. A partir disso, a cartografia percorre as redes que vão compondo políticas de subjetivação.

Cartografar o contemporâneo

A contemporaneidade, portanto, é uma singular relação com o próprio tempo, que adere a esse e, ao mesmo tempo, dele toma distâncias; mais precisamente, essa é a *relação com o tempo que a este adere através de uma dissociação e um anacronismo*. (Agamben, 2010, p. 59)

Tomar o contemporâneo como solo de análise de um objeto, neste estudo, significa considerar esse processo que Agamben (2010) descreve de distanciamento e estranhamento, de pertencimento a este tempo, mas sem coincidir com ele. O autor indica que fixar o olhar no contemporâneo é perceber as regiões de opacidade, e não apenas as luzes. Migra-se das luzes, como evidência do dizível e enunciável, para o problema do dizível e do enunciável. Problema no que tange à proveniência de um objeto como questão histórica e política, como efeito de um conjunto heterogêneo de dispositivos que torna possível a sua existência como aquilo que se dá a conhecer.

Ao situar-se o contemporâneo em relação a uma questão histórica e política, toma-se, no exercício de investigação, aquilo que norteou o pensamento foucaultiano: fazer uma ontologia do presente, ou de como nos tornamos aquilo que somos, a partir de jogos de verdade que forjam certas modalidades de subjetivação. Nesse sentido, situar o cuidado no contemporâneo é considerar uma relação de estranhamento, de anacronismo com o mesmo, a partir da reflexão de políticas ontológicas que o constituem como enunciado performativo tanto quanto aquelas que, ao efetuarem-se como tal, tornam-se efeitos performativos do cuidado.

O primeiro deslocamento que essa localização do cuidado no contemporâneo produz é justamente migrar do cuidado como uma evidência histórica e passar a pensá-lo como prática. Como prática significa pensar o cuidado como um acontecimento que se torna possível de acordo com certas condições históricas e políticas. Isso é importante, na medida em que o estudo não se orienta pela busca de uma metafísica do cuidado, mas pela cartografia de práticas de cuidado que não objetivam uma unidade, e sim potenciais de dispersão, de rarefação, de centrifugação. Esses potenciais de dispersão, rarefação, centrifugação dizem respeito ao procedimento de análise não buscar o centro, ou dito de outra forma, o sentido que encerraria o objeto; mas os arranjos que se estabelecem a partir de combinações inéditas, diferentes, que apontam não uma permanência do sentido do objeto através dos tempos, e sim aquilo que o faz diferir. Esse procedimento analítico

conforma-se como uma genealogia das formas de subjetivação que constituem modalidades de cuidado no que tange às políticas públicas de saúde.

O segundo deslocamento é considerar também as políticas públicas como enunciados performativos que, mais do que situarem aquilo que é da ordem da verdade ou falsidade, estabelecem formas de governo dos vivos, ou seja, compõem parte dos procedimentos de governamentalidade biopolítica – governamentalidade biopolítica como racionalidade de formas de governo da vida. Considerar as políticas públicas como enunciados performativos significa operar com a idéia de que o discurso é uma prática; portanto, a performatividade do enunciado reside justamente no seu caráter produtivo tanto de sentidos quanto, fundamentalmente, de formas de viver.

Essa composição de deslocamentos retoma o que foi escrito anteriormente sobre o cuidado e as políticas públicas como uma questão histórica e política. Histórica na medida em que não se trata de um objeto que percorre da mesma forma o tempo, mas do que constituirá certa experiência histórica; política como relações agonísticas, portanto, que engendra modalidades de governo de si e dos outros a partir do momento em que a vida se torna foco de investimentos e controle da população.

Cartografar o contemporâneo a partir de uma analítica das práticas de cuidado das políticas públicas subsume-se em uma forma de investigação inspirada nas ferramentas foucaultianas:

uma análise do que se poderia chamar de focos de experiência, nos quais se articulam uns sobre os outros: primeiro, as formas de um saber possível; segundo, as matrizes normativas de comportamento para os indivíduos; e enfim os modos de existência virtuais para sujeitos possíveis. (Foucault, 2010a, p. 4)

Um saber possível

Cartografar não é um exercício de mapeamento – são linhas que se traçam na tentativa de fugir de uma geografia estática. Cartografar é seguir rastros provisórios de planos de composição de objetos, sujeitos, afetos, desejos. Cartografar é condicionar-se por linhas estrangeiras, não-lineares ou desenvolvimentistas. Isso significa, no ato de pesquisar, não ter um plano a seguir; significa ser tomado por distintos planos ou distintas linhas que se compõem no próprio ato de perscrutar. O que se faz com essas distintas linhas é lentificar o olhar em algumas delas, lentificação como forma de subjetivação possível, como paragens que

permitem um exercício ótico, mas fundamentalmente estético, quando criam formas e sensibilidades que afetam o pensamento. Lentificar significa não apressar o olhar, é perscrutar de forma lenta para se afetar pelo detalhe. Percorrer um saber possível é lentificar-se em alguns documentos que enunciam a existência de um objeto. Esses documentos não são tomados como comprovação de uma existência, tampouco como aquilo no qual será aplicado um repertório de decifração, mas como constitutivos de “focos de experiência”. São antes linhas anacrônicas que, quando em articulação, produzem campos de enunciabilidade e regiões de visibilidade. Dito de outro modo, pesquisar documentos das políticas públicas é percorrer o modo como elas constituem visibilidades ou aquilo que pode e deve ser manifestado.

Um saber possível é um conjunto de enunciados cartografados; no caso deste estudo, de enunciados performativos que compõem práticas de cuidado a partir de zonas de vizinhança entre formas disípares, ou seja, formas colocadas em correlação em um determinado momento. Portanto, aqui cabe uma justificativa metodológica. As materialidades analisadas não seguem um percurso linear e de origem, mas vetores que emergem como constitutivos do objeto. Um saber possível não partiu da investigação do primeiro documento que apresentou o cuidado como enunciado performativo do trabalho na saúde, e sim daquilo que se apresentou como comum, contemporâneo: a conferência de Alma-Ata (Declaração, 1978).

A Alma-Ata (Declaração, 1978) é um documento que provoca uma série de discussões no campo da saúde, voltadas para “promover a saúde de todos os povos do mundo” (p. 1). Essa necessidade de promover a saúde dos povos se articulará ao tema que organizou a Conferência: Cuidados primários em saúde. Considerar a Alma-Ata, mais especificamente os cuidados primários para promoção da saúde de todos os povos, como um enunciado performativo, significa uma deflexão no que tange à sua forma de objetivação como aquilo que descreve apenas um objeto; sobretudo, ao enunciarem-se os cuidados primários, está-se fazendo algo, efetuando-se uma ação – “indica que emitir la expresión es realizar una acción y que ésta no se concibe normalmente como el mero decir algo” (Austin, 2010, p. 51). Portanto, o caráter provocador reside na interrogação daquilo que se produz ao enunciarem-se cuidados primários para todos os povos, bem como nas correlações que se estabelecem para esse enunciado performativo ter força locutória. É performativo na medida em que faz fazer e como fazer: cuidado para a saúde de todos os povos. O caráter performativo reside justamente no

fazer cuidar da saúde de todos os povos, e não apenas dizer que se deve cuidar da saúde de todos os povos.

Os cuidados primários em saúde, neste documento, estabelecem zonas de vizinhança não apenas com a ausência de doenças, mas com as condições sociosanitárias das populações, inclusive indicadores de desigualdade social:

que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social (Declaração, 1978, p. 1).

A força locutória constitui-se desses arranjos entre cuidado, saúde e condições sociosanitárias. Essa articulação produz um campo de visibilidades/dizibilidades em que o cuidado passa a ter uma finalidade, ao mesmo tempo em que é meta para uma “vida social e economicamente produtiva”. Não se trata apenas de curar doenças, mas de tornar a vida produtiva. O espírito da vida produtiva será então a justiça social, ou seja, é na articulação do sujeito de direito com a saúde que o cuidado se torna “a chave” para se atingir justiça social. Uma justiça avizinhada com o desenvolvimento social e econômico: “além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.” (Declaração, 1978, p. 2).

Foucault (2008) aponta uma série de projetos que foram organizados, a partir da Segunda Guerra Mundial, em termos de intervencionismos econômico e social por parte do Estado. Segundo o autor, esses seriam elementos de pactos de guerra; em troca de os indivíduos darem suas vidas ao fazerem as guerras, se constituiria uma organização econômica e social que lhes daria segurança – “segurança de emprego, segurança em relação às doenças, às diversas vicissitudes, segurança quanto à aposentadoria” (Foucault, 2008, p. 298). O documento de Alma-Ata, formulado no final dos anos de 1970, não constituirá parte de pactos de guerra, mas de pactos de segurança, que aparecem na própria Carta de Ottawa (1986), um dos documentos- base para as práticas de promoção de saúde no Brasil: “la salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud” (Carta de Ottawa,

1986, p. 3). Trata-se de um pacto de segurança, porque arregimenta as Nações por um objetivo comum: saúde para todos até o ano 2000.

Além disso, no Brasil, o lançamento do Pacto pela Vida (Portaria 399/ 2006), discutido no texto da Política Nacional de Promoção de Saúde (Portaria 687/2006), aponta aquilo que, na Lei 8.080 (2009), já havia sido indicado: a concretização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. A segurança organiza esse foco das práticas de cuidado: promover, proteger e recuperar como estratégia para a vida, para um pacto pela vida. É em defesa da vida, de uma qualidade de vida, de uma vida segura e justa que as práticas de cuidado se tornam “chave”, na medida em que permitem essa expansão da saúde:

que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham (Portaria 687/2006, p. 8).

O cuidado, ao serializar com justiça e segurança, amplia o escopo da saúde – não mais ausência de doença, mas seguridade econômica e social: “essas propostas incorrem no risco de expansão ilimitada das oportunidades de intervenção sobre os indivíduos e coletivos por parte das instituições de saúde” (Camargo Jr., 2007, p.70).

Trata-se de um pacto, uma vez que o cuidado aparece conjuntamente com “é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (Declaração, 1978, p.1). Um saber possível posiciona “os povos” para participarem individual e coletivamente no gerenciamento dos próprios cuidados. Um saber que engendra não um sujeito passivo a partir da oferta de serviços de saúde, mas um sujeito ativo – o cuidado, nesse sentido, performa um sujeito que tem como direito e dever participar do seu próprio cuidado. Um saber possível que se estabelece nas próprias regras que produz: saúde, segurança, justiça, produtividade social e econômica, participação coletiva. As ações em saúde implicam um posicionamento ativo do sujeito, um *homo oeconomicus* (Foucault, 2008). Por *homo oeconomicus* o autor entende a emergência no neoliberalismo snão mais da figura do homem da troca, como no liberalismo, e sim do homem como empreendedor de si mesmo, “sendo ele próprio seu

capital, sendo para si mesmo seu produtor, sendo para si mesmo a fonte de sua renda” (Foucault, 2008, p. 311).

Outro aspecto que conformará o cuidado reside em considerar as ações que são essenciais à vida, bem como a científicidade dessas ações. Ou seja, demarca-se uma região de dentro e outra de fora do cuidado, como modo de especificá-lo: “os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis” (Declaração, 1978, p.1). Desse modo, o regime de veridicção do cuidado constitui-se pelo científico, de um lado, e o socialmente aceitável de outro, ou seja, essa convergência, embora apontando para o socialmente aceitável como uma linha necessária, demarca o cuidado como um campo de práticas científicas. Assim, a certificação das necessidades de saúde e suas formas de cuidado passam pelo direito e dever dos povos, mas, sobretudo, pelo “cientificamente bem fundamentado”. A ciência não passará à margem do cuidado, ela é eixo fundamental, o regime de veridicção (Foucault, 2009).

Esse saber possível amplia o plano de intervenções da ciência, não mais restrito ao somático e estendido à vida cotidiana. A promoção de saúde entrará como uma linha de justificativa dessa ampliação das práticas de cuidado: “para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma” (Carta, 1986, p. 2). As práticas de cuidado assentam-se na construção que as políticas de saúde passam a fazer sobre a constituição de demandas mediante aspectos culturais, econômicos, sociais. Desse modo, do corpo-organismo, migra-se para a espécie-população; das necessidades de um corpo, parte-se para as demandas de uma população adstrita em um território:

Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inextricable, unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud (Carta, 1986, p. 2).

A Política de Promoção de Saúde (Portaria 687/2006) aponta que as ações de atenção e cuidado em saúde devem romper com a centralidade dos sintomas, “compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde” (p.5). Segundo Camargo Jr. (2007), o setor saúde, ao ampliar-se, pode transformar as demandas de saúde em problemas de saúde; isto é, as ciências da saúde operam com base em uma racionalidade interventiva que focaliza problemas

que devem ser evitados, corrigidos, minimizados, e as técnicas científicas são os procedimentos privilegiados para isso.

A aproximação da ciência com o Estado, justiça social e segurança apresenta marcas desde a conformação do liberalismo como racionalidade econômica e de governo (Foucault, 2005), mediante a qual o investimento na vida e nas formas de viver se torna foco de procedimentos de governamentalidade biopolítica. A interrogação, dessa forma, seria pensar na direção do cuidado como estratégia para esse investimento em uma racionalidade neoliberal, ou seja, esse saber possível que dispersa a saúde do plano da ausência de doenças e passa a articulá-la a uma ontologia da população de acordo com linhas de corresponsabilização, qualidade de vida, participação e controle social.

Cuidado e normatividade

A interrogação descrita anteriormente emerge da discussão feita inicialmente sobre o contemporâneo, de como estabelecer uma relação anacrônica com o próprio tempo. Nesse caso, considerar um saber possível, ou enunciados performativos, significa cartografar também as formas de regulação não apenas das práticas de cuidado, ou seja, aquilo que as torna possíveis, mas aquilo que elas produzem em termos de governo dos vivos, “onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção” (Portaria 2488/2011, p. 5). O governo dos vivos é uma modalidade de governo pela verdade:

Se, portanto, todo esse clima, contexto e conjuntura particular pode justificar, eu creio que, não obstante, seria muito difícil encontrar um exemplo de poder que não se exerça sem se acompanhar, de um modo ou de outro, de uma manifestação de verdade (Foucault, 2010b, p. 33).

As práticas de cuidado que emergem a partir da década de 1970 podem ser idênticas e anacrônicas em relação ao seu tempo – podem tornar-se tanto linhas de normatividade cada vez mais sutis de ampliação das formas de governo da vida em termos de biopolítica, quanto procedimentos possíveis de práticas de liberdade ao constituírem-se como linha feiticeira nas políticas de saúde, inventando novas modalidades de relação consigo e com o outro, de modo a constituírem-se como linhas revolucionárias (Deleuze & Parnet, 1998). Linha feiticeira é um conceito que Deleuze (1992) utiliza para fazer alusão a algo que não está no pensamento, mas com o qual este se enfrenta, diz respeito àquilo que está para além

das relações de verdade e poder, àquilo que permite passar para outro lado, é uma linha ética e estética que produz modalidades de existência não redutíveis às normativas de comportamento.

Idênticas ao seu tempo, as políticas públicas posicionam as práticas de cuidado como procedimentos de uma governamentalidade biopolítica em uma racionalidade neoliberal. O cuidado, nesse sentido, permite um arranjo entre pacto de segurança e um conhecimento sobre os indivíduos e as populações de modo mais complexo, no que tange às necessidades de saúde. Dessa forma, as práticas de cuidado:

Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Declaração, 1978, p. 1).

As práticas de cuidado não legitimam um tipo de poder, de governo dos vivos; antes, fazem surgir um verdadeiro a partir de um plano desconhecido, imprevisível, opaco:

Refletem e, a partir delas, evoluem as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública (Declaração, 1978, p. 2).

Ao refletirem as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades e delas evoluírem, as práticas de cuidado entram na esteira das estratégias de gestão da vida, uma gestão dos processos de viver, portanto, não reduzíveis à ausência de doenças, mas ampliadas mediante uma “reconstrução orgânica da sociedade a partir das comunidades naturais, das famílias e das vizinhanças” (Foucault, 2010b, p. 202). A Alma-Ata (Declaração, 1978, p. 2) indicará o mínimo do qual se deve partir para os cuidados primários:

incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalecentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (Declaração, 1978, p. 2).

A gestão biopolítica da vida, em uma racionalidade neoliberal, objetiva a política social como um mínimo para o mercado, ou seja, não faz parte do projeto uma política que torne possível a diminuição das iniquidades sociais. A desigualdade, segundo Foucault (2008), faz parte do jogo de mercado, sendo propulsora da própria flexibilidade de mercado. O anacronismo das práticas de cuidados primários reside justamente nessa equação: como construir uma política de justiça social no interior de uma política de desigualdade social. O que se quer apontar com isso é que, mesmo que no jogo da biopolítica seja necessário manter níveis aceitáveis de condições para o viver da população, já que é sobre este que se investem, as iniquidades sociais são justamente um dos mecanismos que permite uma justaposição de indivíduo e população. Por um lado, o poder tem como foco a gestão da vida da população, em termos de fazer viver; por outro, ao forjar a figura do *homo oeconomicus*, como empreendedor de si mesmo, recai sobre as individualidades. É sobre as individualidades que a iniquidade opera, e não propriamente sobre a população que teria acesso a esses níveis aceitáveis. O *homo oeconomicus* é a figura de responsabilização, de privatização da política. Essa equação se estabelece mediante um mecanismo de investimento na vida da população, mas que focaliza as individualidades em que se “concede a cada um uma espécie de espaço econômico dentro do qual podem assumir e enfrentar os riscos” (Foucault, 2008, p. 198). A concessão de um espaço econômico mediante o investimento em cuidados primários se dará por meio de uma tendência a uma política social privatizada, que encontra espaço na própria Lei Orgânica da Saúde: “Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde-SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada” (Lei nº. 8080, 2009, p. 12). O mecanismo de privatização das práticas de cuidado aparecerá como uma problemática que, a partir do século XXI, surge como estratégia de gestão em saúde: a emergência das organizações da sociedade civil como gestoras dos serviços públicos de saúde.

Essa emergência é apontada na 14^a Conferência Nacional de Saúde (Carta, 2011) como a bifurcação do projeto político da reforma sanitária para o mercado – a política pública de saúde no Brasil afasta-se de seu escopo de coletivização e socialização, aproximando-se de uma privatização. O processo de privatização da saúde pública no País torna-se possível justamente pela ampliação que a própria saúde toma, passando de remissão de sintomas e cura de doenças para a qualidade de vida:

a longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (Portaria 2488/ 2011, p.4).

A qualidade de vida avizinhada da produtividade econômica e social do projeto dos cuidados primários torna os cuidados em saúde um mecanismo de gestão da vida. A gestão da vida é uma linha constitutiva da qualidade do cuidado, mas, sobretudo, da qualificação de uma forma-empresa (Deleuze, 1992). As práticas de cuidado, ao subsumirem-se a uma política social privatizante, tomam a forma de uma empresa, ou seja, de uma modalidade de investimento no capital humano.

Esse investimento no capital humano por meio da gestão privada dos órgãos públicos permitiria qualificar as formas de cuidado. Essa qualificação das formas de cuidado dar-se-ia mediante a regulação de mercado. Para qualificar a saúde, é preciso inseri-la no mercado, pois isso ampliaria os potenciais de regulação da qualidade da saúde. Para qualificá-la, são necessárias a ampliação e regulação das práticas de cuidado, mediante procedimentos de gestão e fiscalização por organismos privados que permitem, em uma racionalidade neoliberal, mecanismos concorrentiais. A forma-empresa torna-se um instrumento de governo para o mercado, e o cuidado será uma das estratégias de investimento no capital humano para o mercado.

A forma-empresa é uma modalidade de governo da sociedade, e não do mercado, e o capital humano, em termos de qualidade de vida, é o objeto de aperfeiçoamento para esse governo da sociedade. Nas políticas públicas de saúde, o investimento no capital humano é possível quando o regulador das práticas de cuidado são as tecnologias científicas, como foi apontado anteriormente.

A qualidade de vida em “que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde” (Portaria 687/2006, p. 4) como escopo de práticas de cuidado, nesse arranjo neoliberal, investe na figura do *homo oeconomicus*, “com ênfase na atenção básica, voltada às ações de cuidado com o corpo e a saúde” (Portaria 687/2006, p. 16). Essa ênfase das estratégias de implementação na atenção básica, conforme o que Rose (2001) discute sobre governo das condutas, focaliza modalidades de controle do corpo, da saúde como modo de uma

vida mais saudável, ou seja, de uma qualidade de vida. Participar do próprio cuidado cria para a população uma necessidade de investimento em si mesma, mediante formas de regulação da própria conduta. Essa regulação constitui-se por tecnologias de governo de si a partir de uma biopolítica. Nesse sentido, é preciso empreender sobre si mesmo uma série de estratégias que possibilitem ascender a uma qualidade de vida. O *homo oeconomicus* não é aquele que consome tecnologias de saúde, mas aquele que investe em si mesmo, um empreendedor de si como recurso para a qualidade de vida (Foucault, 2008). Trata-se de um sujeito ativo, partícipe do seu próprio cuidado, mediante procedimentos de cuidado de promoção de saúde:

alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, promoção do desenvolvimento sustentável (Portaria 687/2006, p. 24).

Essa produção de uma figura de *homo oeconomicus* justamente em um campo de investimento na diminuição das iniquidades sociais é o risco que se corre quando uma política de saúde se constitui em um espaço de negociação de uma política neoliberal. A política de saúde como ferramenta-resistência, para efetivar-se, além de estratégias de enfrentamento, necessita de estratégias de negociação. A negociação constitui-se a partir daquilo com que ela se avizinha para alcançar certos objetivos. É na zona de vizinhança, nas fronteiras, que os riscos são forjados, quando linhas anacrônicas em termos de políticas de subjetivação fazem certas composições que acabam por subsumir um termo ao outro. Nesse caso, o sujeito ativo, partícipe de seu próprio cuidado, é subsumido pela figura do *homo oeconomicus*, quando a qualidade de vida, enquanto estratégia de cuidado de si, torna-se um vetor de produção de “comportamentos em termos de empreendimento individual, de empreendimento de si mesmo com investimentos e renda” (Foucault, 2008, p. 317). A qualidade de vida se constituirá por políticas de cuidados voltadas para estratégias de prioridades pactuadas para proteção, promoção ou recuperação relacionadas aos riscos da existência (Portaria 399/2006, p. 2):

saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica.

Essa negociação constitui-se mediante aquilo que se discutiu anteriormente, de mecanismos de privatização das políticas de saúde. A privatização das políticas de saúde, quando articulada por estratégias de cuidado em saúde no que tange aos investimentos na figura do sujeito ativo, acaba por tornar “um direito fundamental do ser humano” (Lei nº. 8080, 2009, Art. 2º, p. 1) em um “dever do Estado que não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (Lei nº. 8080, 2009, Art. 2º, § 2º, p. 1). Essa equalização do direito com o dever em uma política neoliberal constitui-se como um procedimento de individualização em que o Estado deve tornar-se mínimo em relação às políticas sociais, na medida em que a racionalidade que as constitui é de um governo de sociedade; porém, um governo que invista no indivíduo, no *homo oeconomicus*, e que, sobretudo, através do investimento nessa figura, possibilite mecanismos concorrenciais. Isso se dá porque o *homo oeconomicus* não é apenas um sujeito ativo, mas um sujeito de direito a ser ativo, que tem como dever qualificar a si mesmo porque:

não se vai pedir à sociedade para garantir o indivíduo contra esse risco. Vai-se pedir à sociedade, ou antes, à economia, simplesmente para fazer com que todo o indivíduo tenha rendimentos suficientemente elevados de modo que possa, seja diretamente e a título individual, seja pela intermediação coletiva das sociedades de ajuda mútua, se garantir por si mesmo contra todos os riscos da existência, ou também contra as fatalidades da existência que são a velhice e a morte, a partir do que constitui sua própria reserva privada. (Foucault, 2008, p. 197)

Linha feiticeira: cuidado e vínculo

O exercício cartográfico é uma prática que não se esgota, pois não há pontos de partida, tampouco de chegada; diferentemente do mapa, é um movimento permanente da onda no contemporâneo. A onda são as condições de afetação do pensamento que ora o empurram para um continente, ora para o alto-mar, encontrando nessa flutuação algumas lentificações do olhar. Até agora, o olhar lentificou-se nas estratégias de governo dos vivos, produzidas pelas políticas de cuidado no que tange tanto aos enunciados performativos quanto às formas de normatividade

constituídas na proveniência de uma política de saúde na espessura de uma racionalidade neoliberal. Porém, como um sopro ou uma brisa, a própria política de cuidado também provoca o pensamento a pensar diferentemente, pegando uma linha para finalizar, não a cartografia, mas sim este texto.

Quando a política (Portaria 2488/2011) aponta que o cuidado é o imperativo ético-político da intervenção, cria-se uma linha feiticeira que costura autonomia com vínculo:

a adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/ equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado ... manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades (Portaria 2488/2011, pp. 4-5).

Trata-se de uma linha feiticeira porque a adscrição do usuário se dá mediante sua vinculação às referências de cuidado ao mesmo tempo em que essa permitiria o aumento de graus de autonomia. Essa conformação cria um plano de bifurcação: a autonomia é um dos vetores de subjetivação do *homo oeconomicus* quando essa figura deve garantir a si mesma; em contrapartida, o vínculo pressupõe uma relação de heteronomia, na medida em que a adscrição é condição para o referenciamento do cuidado. São linhas anacrônicas que, ao avizinharem-se, engendram um plano não-preexistente, possível em razão do imperativo ético-político do cuidado (Deleuze & Parnet, 1998).

Ao propor o vínculo como estratégia do cuidado, a política ontológica que se produz na relação entre políticas sociais e políticas neoliberais cria uma linha não-previsível, tampouco preexistente, uma vez que o *homo oeconomicus* não basta mais a si mesmo. O vínculo abre um espaço nos cuidados primários (Declaração, 1978) que “consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde” (Portaria 2488/2011, p. 4). O vínculo é uma dimensão fugidia do cuidado, pois é imprevisível, ao mesmo tempo em que se torna condição para a corresponsabilização. É dimensão fugidia porque opera em uma dimensão de veridicção da saúde não por parte da gestão, tampouco do trabalhador, mas do usuário. Essa dimensão de veridicção constitui-se na medida em que o vínculo se faz como um dizer a verdade, em que a palavra se torna livre, em uma relação agonística, ou seja, pode vincular-se ou não, pode constituir-se parte da rede ou não – vai depender do risco e da coragem de voltar-se para o outro, seja um gestor, seja um trabalhador, seja um serviço: “trata-se de ver até que ponto as verdades

suportam ser vividas e de fazer da existência o ponto intolerável de manifestação da verdade” (Gros, 2004, p. 165).

O vínculo é, neste caso, uma figura do acontecimento, do intempestivo, porque não aponta para uma finalidade/segmentaridade, tampouco para uma humanização da figura do *homo oeconomicus* constituído por afetividade e confiança. O vínculo torna-se linha feiticeira porque se assemelha, no campo da política, à figura da criança:

inocência, é a criança, e esquecimento; um novo começo, um jogo, uma roda que gira por si mesma, um movimento inicial, um sagrado dizer sim. Sim, meus irmãos, para o jogo da criação é preciso dizer um sagrado sim; o espírito, agora, quer sua vontade, aquele que está perdido para o mundo conquista o seu mundo (Nietzsche, 1998, p. 44).

Isso significa estratégias de governo de si em que o cuidado se constitui em um movimento inicial, aquilo que gira por si mesmo, um jogo de invenção que “considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural” (Portaria 2488/2011, p. 4). Para a política de cuidado, isso implica “modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária” (Portaria 2488/2011, p. 6). A descentralização e a capilaridade criam permanentemente novos planos de ação, de práticas, de formas de olhar que constituem modos de existência. Essa discussão engendra-se nas reflexões sobre atravessar o campo da política enquanto formas de governo dos outros, rumo ao campo da ética, ou seja, da relação consigo mesmo em termos de governo de si (Foucault, 2010a). O vínculo, quando se torna um agenciador das práticas de cuidado, e este como imperativo ético-político conformam a relação entre um governo de si e o governo dos outros.

Referências

- Agamben, G. (2010). *O que é o contemporâneo? e outros ensaios*. Chapecó, SC: Argos.
- Austin, J. (2010). *Cómo hacer cosas con palabras*. Barcelona: Paidós.
- Camargo Jr., K. R. (2007). Armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), 63-76.
- Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira*. (2011). Todos usam o SUS: SUS na Seguridade Social! Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro. Acesso e Acolhimento com Qualidade: um desafio para o SUS. Acesso em 04 de fevereiro, 2012, em http://portalsauda.saude.gov.br/portalsauda/arquivos/pdf/2011/Dez/05/carta_051211.pdf

- Carta de Ottawa. (1986). *Primera Conferencia internacional sobre La Promoción de La Salud*. Ottawa.
- Declaração de Alma-Ata. (1978, 12 Setembro). *Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde*. URSS.
- Deleuze, G. (1992). *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Deleuze, G. & Parnet, C. (1998). *Diálogos*. São Paulo: Escuta.
- Foucault, M. (2005). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2009). *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Foucault, M. (2010a). *O governo de si e dos outros*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010b). *Do governo dos vivos: Curso no Collège de France, 1979-1980* (excertos). (N. Avelino, Trad., transcrição e notas). Rio de Janeiro: Achiamé. (Obra original publicada em 1979-1980)
- Gros, F. (2004). A parrhesia em Foucault (1982-1984). In F. Gros et al. (Orgs.), *Foucault: a coragem da verdade* (pp.155-166). São Paulo: Parábola Editorial.
- Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, p. 005346, set. 1990. Seção 1. Acesso em 16 de março, 2009, em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>
- Nietzsche, F. (1998). *Assim falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. (2006). Acesso em 19 de setembro, 2009, em http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf
- Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. (2006). Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Acesso em 19 de setembro, 2011, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
- Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. (2011). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Acesso em 05 de dezembro, 2011, em <http://www.brasisus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>
- Rose, N. (2011, janeiro/junho). Como se deve fazer a história do eu? *Educação & Realidade*, 26(1), 33-57.

Recebido em: 04/06/2012

Revisão em: 18/08/2012

Aceite em: 07/10/2012

Anita Guazzelli Bernardes é Professora e pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco. Endereço: Universidade Católica Dom Bosco, Mestrado em Psicologia. Av. Tamandaré, 6000. Jardim Seminário. Campo Grande/MS, Brasil. CEP 79117-900. Email: anitabernardes@ig.com.br

Como citar:

Bernardes, A. G. (2012). Cartografia de práticas de cuidado. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 701-709.