


Cuidado emancipador¹

Emancipating care

Nelson Barros

 <https://orcid.org/0000-0002-2389-0056>

E-mail: flice@unicamp.br

Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Saúde Coletiva. Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde. Campinas, SP, Brasil.

Resumo

A humanização do cuidado tem sido um desafio presente no campo da saúde em geral e no Sistema Único de Saúde brasileiro. O objetivo deste artigo é discutir o constructo sociológico de cuidado emancipador. Enquanto o cuidado tem forte identificação com o senso comum e com os conhecimentos tácitos, a prática clínica biomédica associou-se ao conhecimento científico resultante de uma ruptura epistemológica racionalista. O cuidado emancipador é uma hibridização entre senso comum e conhecimento científico, ou cuidado e clínica, sustentado pelo posicionamento ético-político do profissional, para a substituição da heteronomia pela autonomia no processo de saúde-doença-cuidado. A intencionalidade deste artigo é apresentar uma perspectiva inovadora sobre a discussão do cuidado, que não é nova, trazendo algumas referências históricas, não com o propósito de desenvolver uma análise epocalista ou cronológica. O objetivo é alargar o espaço de reflexões sobre os cuidados heterônomos como um evento hegemônico da cultura contemporânea, bem como ampliar os debates sobre as possibilidades de construção de práticas de cuidado que privilegiem a autonomia das pessoas e apontem para a sua emancipação. Conclui-se que o conceito de cuidado emancipador pode fazer avançar uma segunda ruptura epistemológica com o desenvolvimento de práticas emancipadoras no processo saúde-doença-cuidado.

Palavras-chave: Sociologia Médica; Saúde Coletiva; Padrão de Cuidado; Modelos de Assistência à Saúde; Cultura.

Correspondência

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz. Campinas, SP, Brasil. CEP 13083-887.

¹ Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo suporte para o desenvolvimento do Estágio Sênior, que possibilitou o aprofundamento e amadurecimento deste texto.

Abstract

The humanization of care has been a present challenge in the field of health in general and in the Brazilian Unified Health System. The purpose of this article is to discuss the sociological construct of emancipating care. While care is strongly identified with common sense and tacit knowledge, biomedical clinical practice has been associated with scientific knowledge resulting from a rationalist epistemological rupture. Emancipatory care is a hybridization between common sense and scientific knowledge, or care and clinic, supported by the professional's ethical-political position, to replace heteronomy with autonomy in the health-disease-care process. The purpose of this article is to present an innovative perspective on the discussion of care, which is not new, bringing some historical references, not with the purpose of developing an epochalist or chronological analysis. The objective is to expand the space for reflections on heteronomous care as a hegemonic event in contemporary culture, as well as to expand the debates on the possibilities of building care practices that privilege people's autonomy and point to their emancipation. It is concluded that the concept of emancipating care can advance a second epistemological rupture with the development of emancipating practices in the health-disease-care process.

Keywords: Medical Sociology; Public Health; Standard of Care; Health Care Models; Culture.

Introdução

Embora esteja em processo um movimento de humanização no campo da saúde, que no Sistema Único de Saúde se revela com a produção de política específica (Brasil, 2004), observa-se a necessidade de um constructo “sócio-lógico” que amplie os sentidos do cuidado e promova a autonomia. A intencionalidade deste artigo é de apresentar uma perspectiva inovadora sobre um conceito polissêmico que não é novo, trazendo algumas referências históricas, com o propósito de não desenvolver uma análise epocalista, tampouco uma análise histórica. O intuito é alargar o espaço de reflexões sobre os cuidados heterônomos como um evento hegemônico da cultura contemporânea, bem como ampliar os debates sobre as possibilidades de construção de práticas de cuidado que privilegiem a autonomia das pessoas e apontem para a sua emancipação.

Para emancipar as relações no campo da saúde, é necessário discutir o processo de reificação (Berger; Luckmann, 1983), promovido pela ruptura epistemológica entre o senso comum e o conhecimento científico. Santos (1995, 2012) tomou a noção de ruptura epistemológica para explicar a formação do conhecimento científico na Modernidade, a partir do rompimento com o saber comum, e para desenvolver a argumentação da necessidade de uma segunda ruptura epistêmica para a superação dos limites atuais do saber científico.

A primeira ruptura resultou em um processo de exclusão do senso comum prático, relacionado às trajetórias, experiências sociais, relações sociais horizontais e igualdade de acesso aos discursos. Embora o conhecimento científico tenha produzido técnicas, valores e símbolos, que romperam com os dogmas eclesiais e fundaram a Modernidade (Hall; Held; McGrew, 1992), o projeto civilizatório Moderno acentuou fortemente as dualidades e polaridades, as hierarquias e verticalidades, que estabeleceram relações assimétricas e de estabelecidos/*outsiders* (Elias; Scotson, 2000). O senso comum, a empiria e as práticas religiosas, produtoras de saberes e de sentidos, foram julgados superficiais, ilusórios ou falsos, ao longo do processo da construção das “verdades científicas”. Além disso, o intuitivo foi substituído pelo racional, o feminino

subjugado pelo masculino, a natureza dominada pela cultura e as interações sociais submetidas ao conhecimento-regulação.

Ao longo do século XX, vislumbraram-se diferentes insuficiências e limites do saber científico (Peters, 2000). O grande avanço do próprio paradigma científico e os muitos golpes sofridos pela ciência convidam para uma segunda ruptura epistemológica, centrada na produção de um processo emancipador. Segundo Santos (1995), a segunda ruptura não significa um retorno ao período pré-científico, mas a transformação do próprio conhecimento científico em senso comum enriquecido pela ciência. Este senso comum não despreza o conhecimento produzido pela ciência, mas busca assegurar a tradução do desenvolvimento tecnológico em sabedoria de vida, principalmente, para os grupos sociais oprimidos, marginalizados ou excluídos. Para Salazar e Walsh (2017), isso significa estar assentado no princípio da solidariedade como forma de conhecimento, por meio da reciprocidade e, conseqüentemente, das diferenças entre saberes.

Baseado em tais reflexões, discute-se o constructo sociológico de cuidado emancipador, a partir da translação das noções de senso comum, conhecimento científico e senso comum emancipador, elaborados por Santos (1995), para o campo da saúde com as noções de cuidado, clínica e cuidado emancipador. A perspectiva de emancipação está apoiada, também, na construção ético-política de Paulo Freire (1996), principalmente, na proposição de uma “pedagogia da autonomia”. Para tanto, iniciamos com a identificação das ações socializadoras promovidas pelo cuidado e senso comum; em seguida apresentamos a reificação promovida pelo conhecimento científico e pela ciência clínica; para então desenvolvermos a ideia de práticas de autonomia, impulsionadas pelo cuidado emancipador.

Senso comum e cuidado: ações socializadoras

O senso comum é um conhecimento construído entre pessoas e entre pessoas e coisas, que faz coincidir causa e intenção, assentando-se na criatividade e responsabilidades individuais, reproduzindo-se espontaneamente no cotidiano.

Por privilegiar ações que não produzem rupturas significativas nas experiências e trajetórias, é capaz de proporcionar confiança e segurança aos sujeitos, oferecendo igualdade de acesso aos bens e serviços. O senso comum é retórico e metafórico, não ensina, mas persuade e implica auxílio para a restauração, isto é, há o esforço para o retorno ao estado original (Santos, 1995, 2012; Sennett, 2012).

O cuidado, comumente associado ao amor, solidariedade, troca, altruísmo e espiritualidade, assim como ao dever, obrigação e lealdade (Phillips, 2007), responsabilidade, inquietação do espírito e objeto de desvelo (Rossi, 1991), foi intencionalmente confundido com o trabalho doméstico, feminino, do senso comum e não remunerado. As pessoas agem e reagem ao cuidado, uma vez que ele é coconstrutor fundamental das nossas identidades individuais e coletivas, e que desenha estruturas complexas, a partir de seus diversos significados e associações com o processo de saúde-doença (Phillips, 2007). Existem na literatura nacional e internacional discussões iniciais do que vem a ser uma sociologia do cuidado e não uma matriz teórico-conceitual propriamente. Há, por outro lado, abundantes discussões sobre a sociologia da força de trabalho associada ao cuidado formal e informal.

Dentre as tantas características associadas ao cuidado, interessa-nos destacar seu aspecto relacional, pois ele acompanha a humanidade desde os primórdios da existência, influenciando o cotidiano, a conduta moral e a ética. Mais especificamente, a proposta é refletir sobre o cuidado no quadro social das interações desenvolvidas nas práticas de cuidado do campo da saúde, condicionadas por uma matriz positivista-funcionalista, que se apoia no papel (docilizado e obediente) do doente e no papel (de escuta reduzida, diagnosticador e prescritivo) do profissional. Não se trata, portanto, de desenvolver uma reflexão filosófica das reações de poder, mas uma sociológica das ações contemporâneas de autonomia-heteronomia das práticas de cuidado. Mesmo o autocuidado é relacional, pois se trata de um cuidado exercido para si tendo como referência o grupo social no qual o sujeito está inserido. Nesse aspecto, podemos apreender que o cuidado também faz parte do senso comum, que, por sua vez, é o responsável por estabelecer, ao longo do tempo e nos diferentes contextos sociais, as noções sobre o que é um “bom” ou “mau” cuidado.

O cuidado é um atributo da espécie humana desenvolvido ao longo de séculos de experiência relacional e com vinculação direta a diferentes aspectos da cultura, como valores, símbolos, poder e hegemonia (Barros et al., 2012). É preciso, todavia, não o naturalizar, associando-o ao instinto que se apresenta de várias formas entre as diversas espécies, principalmente, para compreender o processo de construcionismo social que lhe dá forma nos múltiplos contextos culturais (Otani; Barros, 2012).

Assim como o senso comum, o cuidado também pode ser associado ao conhecimento tácito, que reside “in-corporado” nas diferentes significações do conhecedor, algumas vezes consciente outras inconscientemente. Ele é diferente do conhecimento explícito, uma vez que é, quase sempre, difícil de ser transmitido ou colocado em matrizes teórico-conceituais específicas, pois sua reprodução acontece, principalmente, nas relações de “boca a ouvido”, nas quais são “in-formados” os códigos culturais expressos e não expressos.

O cuidado, como conhecimento tácito (Polanyi, 1966), é socializador, ele está relacionado às práticas de uma cultura que se desenvolve em permanente mudança. Além disso, é uma habilidade pessoal de agir de acordo com regras coletivamente construídas em um contexto, no qual o próprio agente é capaz de julgar se sua habilidade foi bem desenvolvida na experiência, conforme observa a manutenção das suas interações sociais no grupo de referência (Shibutani, 1955).

Quando o cuidado passou a ser enriquecido, especializado e conceituado pelo saber científico, ocorreu o processo da primeira ruptura epistemológica entre senso comum e o conhecimento científico, e, conseqüentemente, a distinção entre múltiplos sentidos de cuidado. Primeiro, a noção de cuidado informal, doméstico e não remunerado, ainda com as características do senso comum e conhecimento tácito, mantidos e reproduzidos como uma ética do humano (Boff, 1999). Porém, o cuidado formal, institucionalizado, remunerado, especializado, tecnológico e científico, mais próximo da clínica biomédica produzida na Modernidade (Foucault, 1988), ganhou o sentido de cuidado clínico, de intervenção que aumenta a sobrevivência e de ação objetiva. Mais recentemente, o cuidado clínico

também foi identificado como o responsável por disparar sofrimento psíquico, conflito bioético e de limites, configurando, assim, importantes debates e necessidades de mudança.

Conhecimento científico e clínica: ações reificadoras

O conhecimento científico exige, para a sua construção, o exercício de ruptura epistemológica com o senso comum. Sua proposta de classificar, nomear, objetificar e racionalizar serviu para romper com pensamentos dogmáticos. Ao destituir o poder da empiria, da religião e da magia, como produtoras de sentido e saberes estruturais, a ciência alcançou o posto de produtora legítima da verdade ou do conhecimento verdadeiro. Assim, aquelas “velhas” formas de produção de saberes foram colonizadas ou totalmente deslegitimadas, bem como os seus atores foram submetidos e inferiorizados ao serem identificados como produtores de conhecimentos vulgares e não fidedignos.

O saber médico científico adotou uma importante separação da prática do “cuidado” e da “cura”, com a proeminência da última nos cursos universitários de medicina, já bem estruturados desde o século XVI. Também, transformou a instituição hospitalar, que perdeu seu caráter religioso e diretamente associado à morte, para privilegiar o tratamento científico de doenças (Foucault, 1989). A prática médico-científica nos hospitais tornou-se campo de formação para as novas gerações de profissionais, com ênfase na cura de eventos patológicos, em detrimento do cuidado de pessoas adoecidas. A prática da enfermagem, cujo objeto formal de conhecimento relacionou-se com o cuidado, direto ou indireto, permaneceu restrita à esfera dos serviços domésticos até meados do século XIX (Silva, 1989).

Conseqüentemente, a forma de tratar as doenças e os doentes transformou-se com a ruptura epistemológica do senso comum para o conhecimento científico. O corpo, agora simbolizado como uma máquina, exigiu uma abordagem fragmentada do todo, privilegiando a análise das partes. Compreender a doença tornou-se mais importante que interagir com o doente, que foi progressivamente destituído de sua dimensão emocional e espiritual,

reduzindo-o ao seu aspecto biológico, material, palpável e quantificável (Freidson, 2009).

A medicina Moderna rejuvenesceu as palavras e as coisas relacionadas ao conhecimento médico. Rompeu com a tradição ancestral do cuidado, ao mesmo tempo em que manteve alguns de seus elementos, para empreender um exercício de visibilidade de partes implícitas e não visíveis no processo de saúde-doença, assim como de elementos inimaginados do mesmo processo. A palavra clínica, que tem origem do latim *clinicus*, “médico que visita os pacientes em seus leitos”, e do grego *klinike tekhnē*, “prática à beira do leito”, de *klinikos*, “leito, cama, aquilo sobre o qual se deita”, de uma base indo-europeia *kli*, “recostar, inclinar”, ganha no século XIX, de acordo com Foucault (1988), o sentido de ciência clínica.

Trata-se de uma apropriação do passado sob a nova condição da ciência positivista, que qualifica a clínica como uma ação de arranjar a verdade já existente em nova sistemática de desvelamento codificado, ou seja, disponível quase exclusivamente apenas para os iniciados. Este novo conjunto de percepções e enunciações representa para os médicos: (1) nova distribuição dos elementos discretos do espaço corporal; (2) reorganização e definições do fenômeno patológico; (3) responsabilidade pelos diagnósticos, intervenções e tratamentos; (4) desvendamento da causa de uma doença através dos sintomas; (5) governança dos momentos favoráveis para operar a solução; (6) decisão entre vários métodos de tratamento; (7) tornar-se senhor dos doentes e de suas afecções (Foucault, 1988).

A clínica biomédica não é a primeira esfera do conhecimento em busca de ordenar os eventos naturais, uma vez que os membros das sociedades de história natural de diferentes países já o faziam há séculos. A clínica desenvolve seu avanço ao somar às suas práticas classificatórias, comparativas e combinatórias do reino natural alguns elementos do reino social, que exigem do observador uma identidade apoiada e justificada pela instituição médica. Assim, a ciência clínica passa a ser a prática de um agente social distinguido pela sua capacidade de decisão, intervenção e vigilância aos desviantes. Em outros termos, a clínica desenvolve-se e identifica-se com

o projeto civilizatório funcionalista de diferentes culturas ocidentais, de forma que seus agentes ocupam posições fundamentais nas engrenagens a serem conservadas (Freidson, 2009). Trata-se, dessa maneira, de uma prática associada à produção capitalista, na qual os clínicos aperfeiçoaram-se de maneira lenta no interior de uma cultura em conflito entre a autonomia e a autoridade, a intuição e o protocolo (Sennett, 2012).

A ciência clínica tem o alcance de um discurso sobre a doença que faltava ao projeto da modernidade positivista, principalmente por atuar além dos conhecimentos médicos, normatizando e normalizando o mundo da vida individual e coletiva. Para Foucault (1988), trata-se de um constructo estabelecido na passagem dos séculos XVIII e XIX, que modelou a trama sombria e sólida de nossa experiência de objetificação das doenças e dos doentes. Por meio de estreitas relações das esferas naturais e sociais, foram construídas naturalizações para a ciência clínica desenvolver a reificação do humano e do cuidado. Os fenômenos humanos passaram a ser dimensionados como coisas, isto é, em termos não humanos ou possivelmente super-humanos. Esse processo de reificação imprimiu a necessidade de esquecer a própria autoria do humano na humanidade, e mais, insinuou a perda da consciência dialética entre o produtor e seus produtos (Berger; Luckmann, 1983). De forma que o mundo reificado da prática clínica se tornou, por definição, um mundo desumanizado.

Além disso, o projeto da clínica biomédica objetificada organizou relações hierarquizadas para criar, manter e reproduzir várias formas de desigualdade relacionadas ao acesso à informação e ao direito à fala. A ciência clínica, nessa medida, assumiu uma dimensão reificadora; não produtora de autonomia, mas de dependência; não ampliadora de sentidos, mas de reduções (Sennett, 2012).

A somatória da reificação e da estratificação social operada pela clínica no campo da saúde trouxe muitas consequências, como têm mostrado os estudos sobre a medicalização (Conrad, 2005). A substituição do cuidado socializador pela clínica desumanizada imprimiu em grandes contingentes da população um sofrimento sem sentido. Sabe-se que as pessoas são menos destruídas pela experiência

do sofrimento do que pela falta de sentido do sofrimento. Possivelmente, a redução dos sentidos imputada pela clínica de caráter científico tem sido mais devastadora que a própria experiência do adoecimento para muitas pessoas. O arsenal de imagens e prescrições, quase sempre, apenas amplia a heteronomia, o estranhamento e a alienação (Williams; Gabe; Davis, 2008).

A relação entre as práticas da clínica biomédica e as práticas de cuidado tem um percurso sociohistórico já desenvolvido na literatura do campo da saúde coletiva. Nesse artigo, dados os constrangimentos de espaço e foco, o interesse é ampliar as reflexões sobre as possibilidades contemporâneas de desenvolver práticas de produção de autonomia.

Senso comum emancipador e cuidado emancipador

A noção de emancipação tem estado inacessível para alguns e inaccessada por outros (Silva, 2013). Os sentidos de emancipação foram problematizados e debatidos ao longo do século XX, principalmente pelos teóricos da Escola de Frankfurt, que buscaram nas fontes do marxismo práticas de emancipação social. Na contemporaneidade, os teóricos dos estudos pós-coloniais (Said, 1990) e estudos culturais (Salazar; Walsh, 2017) também têm refletido sobre o processo emancipador, porém pela via pós-estruturalista da emancipação social pela diferença.

Emancipar é a capacidade do ser humano de, a partir da reflexão sobre as contingências, perceber as contradições dialéticas e as diferenças que possibilitam transformações individuais e coletivas. É, portanto, o exercício individual de subjetivação da objetividade e, complementarmente, uma prática de objetivação da subjetividade (Berger; Luckmann, 1983), que imprime relações mais sensíveis entre os indivíduos e empreende a busca por mais humanidade nas relações sociais desiguais. O olhar emancipado produz possibilidades de caminhos e experiências novas, ampliando, desta forma, o repertório “sócio-lógico” a fim de discutir as evidências de cada tempo.

Para desenvolver um processo emancipador, faz-se necessário: ir além das ações protocolares, em geral heterônomas; garantir o acesso direto

ou auxiliado às informações; e facilitar a “incorporação” das informações, um exercício epistêmico e transformador do “conhecimento em autoconhecimento”, ou seja, tornar as informações, as práticas sociais, políticas, culturais, econômicas e outras, parte do corpo físico e psíquico que condicionam o exercício da autonomia.

Ao analisar a crise no paradigma científico moderno, Santos (1995) propôs uma nova topologia do saber com o “senso comum emancipador”, o qual dispõe das propriedades dos saberes científicos e não científicos. Segundo o autor, na interação entre senso comum e ciência, desenvolve-se a dimensão emancipatória, não conservadora e menos mistificadora, buscando a transparência entre os agentes e facilitando a distinção entre o conhecimento incompreensível e o conhecimento comum. Trata-se de um processo que combina formas individuais e coletivas de cidadania, no qual a emancipação é causa e efeito de um meio teórico-prático democratizador.

Ao resgatar a importância do comum, no sentido de ser possível a todos, o senso comum emancipador permite e admite a pluralidade dos agentes sociais. Suas práticas e conhecimentos possibilitam a emergência de uma nova racionalidade composta de interepistemicidade, que estabelece fluidez nas relações sociais, inventa novas formas de sociabilidade, nas quais o “outro” deixa de ser mero “objeto” ou “coisa” e passa a ser significativo, reconhecido e respeitado. Trata-se da humanização das relações, ou seja, de uma ação contra a reificação, que, portanto, reconfigura e “re-cria” a forma, o funcionamento e as interações, amalgamando heranças e inovações.

A noção de emancipação, espelhada no campo da saúde na forma de cuidado emancipador, empreende um processo não estruturado, na medida em que pode se dar de diferentes maneiras, percursos e tempos. É dependente dos contextos sociais em que se desenvolve e, por isso, é um processo não essencial. O cuidado orientado para a emancipação exige performances diferentes, complementares e marcadas pela posicionalidade dos agentes em interagência. Além disso, demanda consciência sobre a contribuição técnica que os profissionais podem aportar à compreensão do processo

saúde-doença-cuidado, bem como, requer o esforço de vigilância epistêmica permanente.

No campo da saúde, a segunda ruptura epistemológica compreende a abertura para o desenvolvimento do cuidado emancipador, o qual não se exclui a clínica nem o conhecimento científico, mas se propõe a inclusão das histórias, experiências e autonomia dos sujeitos em tratamento. O agente deixa de ser paciente e se torna “experiente” (Andrade; Maluf, 2017) da sua saúde, doença e cuidado.

Desde que o cuidado heterônomo, em detrimento do autônomo, foi privilegiado no modelo de cuidado da medicina ocidental contemporânea, por um lado, estabeleceu-se certo processo de objetificação dos corpos, por outro, rompeu-se a sinergia autonomia-heteronomia, levando a um fenômeno de contraproduzibilidade com o aumento da iatrogenia e a redução do poder de reação de cada agente. O cuidado orientado pela biomedicina impõe a necessidade de suportar a ordem heteronômica, e a concentração do poder heteronômico pelos profissionais pode não apenas bloquear os cuidados autônomos mas privar os agentes da visão crítica de seus hábitos. A hipotrofia da autonomia dificulta aos diferentes agentes reduzir a produção heteronômica, pois é nela que se vai procurar a resposta para o cuidado (Illich, 1975).

O cuidado emancipador exige redução da produção heteronômica e aumento dos cuidados autônomos numa sinergia mais positiva entre essas polaridades, no entanto, é preciso estar atento à difícil passagem da heteronomia para a autonomia. Não é natural, mas social, a alienação da maior parte dos “experientes” sobre os seus corpos frente ao processo de saúde-doença-cuidado. As sujeições, voluntárias ou impostas legal e legitimamente, controlam os instintos para adequar as vidas às instituições, elas são produtos e reproduzem formas de dominação. No medievo, o poder pastoral estabeleceu o controle; na modernidade, os princípios positivistas-funcionalistas encarregaram-se de manter a ordem da vigilância e punição. Na contemporaneidade, o campo da saúde tem sido um destaque, talvez como o mais importante, conservador da ordem heteronômica.

O cuidado emancipador veicula uma perspectiva descolonizadora no campo da saúde e convida para a interculturalidade, que se baseia no reconhecimento

da diversidade cultural, nas relações equitativas e no respeito às diferenças. Com estes princípios, enfrenta-se o colonialismo por meio do desenvolvimento de ações decoloniais contra os discursos de alteridade docilizada e a falsa coexistência das diferenças. Nessa perspectiva, o encontro entre os diferentes constrói um enriquecimento mútuo e espaços relacionais enriquecidos pela diferença.

No cuidado emancipador de base intercultural, as hierarquias tendem a tornar-se não fixadas, havendo uma reconfiguração das formas de sociabilidade, estímulo da troca e compartilhamento de saberes. Além disso, a dimensão dialógica do cuidado evita a anulação das diferenças e assimetrias comunicativas entre interagentes, configura interações que facilitam os compromissos e a identificação das distintas necessidades. O projeto contemporâneo de interculturalidade apresenta elementos fundamentais para o cuidado emancipador porque é parte do estoque social dos conhecimentos. Esse suprimento é acessado cotidianamente, transmitido entre gerações, mantido com base nas interações e certezas do conhecimento comum.

Como parte do estoque social de conhecimento, o cuidado emancipador permite a localização dos participantes e o manejo de suas necessidades naturais e sociais. A identificação que ele promove se deve ao pertencimento; e a um esquema de classificações comuns de cada cultura, que, ao mesmo tempo, opera identidades, antagonismos e pertencimentos. No estoque social de conhecimento estão mais os saberes de senso comum da vida cotidiana e menos as evidências científicas, porém o desafio é aproximá-los em uma perspectiva integrativa, cessando a exclusão como princípio epistemológico fundamental. Assim, o cuidado emancipador é um processo, um vir a ser, na construção de uma “sabedoria prática” (Ayres, 2004), em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilização, vale dizer, respeitosa em relação ao cuidado. Em outras palavras, o cuidado emancipador, composto de conhecimento da vida cotidiana e científico, conforma uma realidade interpretada e subjetivamente dotada de sentido e coerência. Trata-se, portanto, de um constructo “sócio+lógico” para operar, nas interações entre profissionais e experientes

no campo da saúde, práticas emancipatórias de uma segunda ruptura epistemológica, orientada para a produção de autonomia.

Considerações finais

Muitos dos profissionais que executam o cuidado e dos “experientes” que o recebem partilham a cultura da primeira ruptura epistemológica e, coerentemente com suas bases, desvalorizam os saberes não científicos, com uma rotina de classificações, intervenções e prescrições. A incorporação das certezas técnicas no percurso da formação da cultura científica acontece *pari passu* com a instalação da repulsa à ambivalência (Bauman, 1999), que se traduz na presunção dos agentes dessa cultura quase nunca se perguntarem se as intervenções auxiliam mais do que perturbam.

Os saberes protocolares somados ao discurso das evidências inequívocas, em geral, alimentam a cultura de cuidado reificador. Assim, os agentes da cultura científica não apenas especializam-se nas doenças mas também desenvolvem biosociabilidades. A partir da patogênese, garantem a práxis classificatória dos corpos que variam entre docilizados e problemáticos, ou seja, entre aqueles que se colam às certezas técnicas reificadoras e aqueles que exercem o direito de comparar, escolher, romper, decidir e assumir a decisão pela recusa parcial ou total das intervenções protocolares.

Docilizados e problemáticos representam o par de opostos formado pela heteronomia e autonomia. Essas duas formas concorrem para a realização dos objetivos sociais e podem entrar em conflito acentuado, sendo que a eficácia do cuidado depende do grau de sinergia entre as duas. Cuidar é resultado de iniciativas autônomas que cada um cumpria sozinho com sua família ou com os vizinhos em um passado não muito distante.

Freire (1996) ensinou aos educadores algumas maneiras de ampliar a autonomia e controlar a heteronomia, e podemos transladar suas reflexões para o campo da saúde, na medida em que o educador ou cuidador são profissionais que performam autoridade moral nas relações institucionais. A translação é possível porque o respeito à autonomia é um imperativo ético-político de todo profissional,

da educação ou da saúde, e não um favor que se pode conceder. Nas palavras do autor:

Como [profissional] [...] não me posso permitir a ingenuidade de pensar-me igual ao [experiente], de desconhecer a especificidade da tarefa de [profissional], não posso, por outro lado, negar que o meu papel fundamental é contribuir positivamente para que o [experiente] vá sendo o artífice de seu [cuidado] com a ajuda necessária do [profissional]. [...] Devo estar atento à difícil passagem ou caminhada da heteronomia para a autonomia, atento à responsabilidade de minha presença que tanto pode ser auxiliadora como pode virar perturbadora da busca inquieta dos [experientes]. [...] Primordialmente, minha posição tem de ser a de respeito à pessoa que queira mudar ou que recuse mudar. Não posso negar-lhe ou esconder-lhe minha postura, mas não posso desconhecer o seu direito de rejeitá-la. Em nome do respeito que devo aos [experientes] [...] o meu papel é o de quem testemunha o direito de comparar, escolher, romper, decidir e estimular a assunção deste direito por parte dos [experientes]. (Freire, 1996, p. 36)

Esses ensinamentos descortinam não apenas uma perspectiva epistêmica na noção de cuidado emancipador como também uma pedagógica, pois se tem nas palavras de Freire um conjunto de princípios que pode ser ensinado, supervisionado e até mesmo avaliado nas práticas dos profissionais da saúde. Deste modo, o cuidado emancipador é um constructo sociológico operativo, com implicações amplas ainda a serem mais bem investigadas.

A partir da sua capacidade de integrar elementos do senso comum e do conhecimento científico nas interações, o cuidado emancipador possibilita a ligação de diferentes políticas de saúde orientadas na perspectiva de humanizar as relações e, também, na ampliação do quadro geral do trabalho na saúde, apontando estratégias e intervenções no processo de saúde-doença-cuidado que provoquem mais autonomia e menos heteronomia.

O cuidado emancipador hibridiza um conjunto de saberes e forma um conhecimento tácito-técnico, socializador-reificador, com regras legítimas construídas nas interações sociais-legais, sem

sobreposição de um conhecimento sobre o outro. Nele, desenvolve-se uma competência de saber-fazer e saber-por-que-fazer que implica não só se submeter às regras mas também influenciar mudanças nas regras e na tradição. Como um “recurso ponte” de linguagem e perspectiva, pode romper dificuldades das tentativas de construções intersetoriais e interdisciplinares do campo da saúde.

Pode-se inferir que o desenvolvimento do cuidado emancipador no cotidiano do trabalho na área da saúde tem implicações em diversos setores. Além das implicações de ordem socioeconômicas, há a possibilidade de ocorrer mudanças na geografia do cuidado, com a produção de novas paisagens que permitam descompactar as interações dos diferentes territórios no campo da saúde. Assim, a relação entre proximidade e distância ultrapassa a dimensão física, para alcançar o debate social e emocionalmente mais próximo. No âmbito das relações sociais, o cuidado emancipador apresenta a perspectiva de deixar aparentes as tensões constitutivas, sobretudo as relacionadas à interdependência entre profissionais e experientes. Na medida em que não se ocultam os tensionamentos, torna-se possível avançar nas reflexões, em cada contexto e sociabilidade, para construir “discursos-pontes” integrativos, os quais não só aproximam as perspectivas contrárias como também promovem autonomia nas diferenças.

Conclusivamente, vivemos em um período de transição paradigmática em que a segunda ruptura epistemológica no campo da saúde é premente, sobretudo orientada para a configuração da emancipação. Sabe-se que mudanças de paradigmas não são imediatas, elas desenrolam-se conforme a vontade, a ação e a resistência dos agentes sociais. Sabe-se, também, que para diminuir as distâncias geradas pelas assimetrias de saberes é necessário que haja esforço intercultural para estabelecer inteligibilidades na comunicação e na tradução de sentidos e significados (Fox, 1995). O cuidado emancipador parece ser uma chave necessária para a contemporaneidade, pois é constituído, de um lado, por atributos tácitos da espécie e, de outro, por conhecimentos “método-lógicos” bem fundamentados.

Referências

- ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 273-284, 2017.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BARROS, N. F. et al. (Org.). *Cuidados da doença crônica na atenção primária de saúde*. São Paulo: Hucitec, 2012.
- BAUMAN, Z. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1983.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, DF, 2004.
- CONRAD, P. The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, Thousand Oaks, v. 46, n. 1, p. 3-14, 2005.
- ELIAS, N.; SCOTSON, J. L. *Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.
- FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. p. 99-112.
- FOX, N. Postmodern perspectives on care: the vigil and the gift. *Critical Social Policy*, Edinburgh, v. 15, n. 1, p. 107-125, 1995.
- FREIDSON, E. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: Unesp; Porto Alegre: Sindicato dos Médicos, 2009.

- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- HALL, S.; HELD, D.; MCGREW, T. *Modernity and its futures*. Cambridge: Polity, 1992.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. Care: key concepts: resenha de livro. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Recife, v. 6, n. 6, p. 1500-1501, 2012.
- PETERS, M. *Pós-estruturalismo e filosofia da diferença: uma introdução*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.
- PHILLIPS, J. *Care: key concepts*. Cambridge: Polity, 2007.
- POLANYI, M. *The tacit dimension*. London: Routledge and Kegan Paul, 1966.
- ROSSI, M. J. S. O curar e o cuidar: a história de uma relação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 44, n. 1, p. 16-21, 1991.
- SAID, E. W. *Orientalismo: o Oriente como invenção do Ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- SALAZAR, J. G.; WALSH, C. *Pensar sembrando/sembrar pensando com el Abuelo Zenón*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, 2017.
- SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as ciências*. 7. ed. Porto: Afrontamento, 1995.
- SANTOS, B. S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 2012.
- SENNETT, R. *Juntos: os rituais, os prazeres e a política da cooperação*. Rio de Janeiro: Record, 2012.
- SHIBUTANI, T. Reference group as reference. *The American Journal of Sociology*, Chicago, v. 60, n. 6, p. 562-569, 1955.
- SILVA, G. B. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1989.
- SILVA, L. E. O sentido e o significado sociológico de emancipação. *Revista e-Curriculum*, São Paulo, v. 3, n. 11, p. 751-765, 2013.
- WILLIAMS, S. J.; GABE J.; DAVIS, P. The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects. *Sociology of Health & Illness*, Brighton, v. 30, n. 6, p. 813-824, 2008.

Recebido: 08/07/2020
Aprovado: 09/09/2020