

As Práticas da Cultura e da Saúde: um rastro nas produções de subjetividades

Marli Fernandes¹

Tereza Etsuko da Costa Rosa²

É sabido que as formas de compreensão do pensamento, seja no campo da Cultura, da Saúde ou das Produções de Subjetividades, são compostas por relações heterogêneas e complexas cumprindo várias funções. Diante da amplitude desses temas e das múltiplas possibilidades de suas abordagens conceituais, faz-se necessário reconhecermos a impossibilidade de discutir estes macro-temas em seus aspectos globais: seria pretensão descabida. Por outro lado, nada nos autoriza a falar de Cultura e Saúde, ou de qualquer outro tema, sem explicitarmos, em primeiro lugar, que tratamos deles apenas segundo certo lugar, o nosso.

Todas as concepções teórico-metodológicas dirigidas ao amplo campo do conhecimento, sejam elas quais forem, dependem de nosso olhar, de nosso lugar, a quem se destinam e quais os problemas anunciam. Isto quer dizer que as questões aqui revisitadas, relativas à Cultura, à Saúde e à articulação delas com a produção de subjetividades, só têm sentido para nós, especialmente pesquisadores e trabalhadores da Saúde, na medida em que compreendemos que os campos de problemas enfrentados na vida cotidiana do nosso trabalho e das nossas vidas possam ser levantados e confrontados para, de alguma maneira, serem respondidos e transformados. Somados à nossa maneira “de olhar” e ao nosso jeito de entender o estado de coisas do mundo, ainda sofremos o efeito do fato de que as produções do conhecimento na contemporaneidade não estão configuradas de modo fixo. Elas são instáveis e permanentemente submetidas, hoje aparentemente ainda mais do que nunca, às transformações e atualizações produzidas pelos desafios do presente: como os avanços tecnológicos, a medicina genética, as convergências digitais, os efeitos da mundialização, os novos papéis do Estado e as reflexões das perspectivas do futuro num país de desigualdades econômicas avassaladoras. Estes efeitos provocam uma mobilidade generalizada, uma defasagem frente aos desafios do presente em todos os níveis: nas músicas, nas modas, nos comerciais publicitários, na informática, no sistema cultural, no sistema da Saúde, no meio ambiente, etc. Se há evidência de que vivemos “uma crise da civilização da qual todos fazemos parte e, se ela existe, é, também, certo que há uma crise de nossos instrumentais de análise e avaliação”, diz Gilberto Gil, ministro da cultura .

Assim entendido, cabe a pergunta: quais são os conceitos de Cultura e de Saúde ressoando nas subjeti-

vidades e como, neste artigo, tentamos identificá-los?

Ainda sabendo que estamos diante de uma crise, de modo algum restrita aos países do terceiro mundo, que lança um chamado a todos, pesquisadores ou não, mas, sobretudo, a estes, para que se ocupem no seu dia-a-dia de novas interpretações dos fenômenos ou novas composições de análises das situações que incidem sobre a questão que lhes concerne: as práticas da Cultura e da Saúde e seus efeitos na produção de subjetividades.

Pensamos que o primeiro ponto a tematizar é definir os conceitos com que se aborda aquilo de que se fala. Vejamos primeiramente o que um termo ambíguo como cultura nos revela. A cultura não é tanto um conjunto de “obras”, mas um conjunto de “práticas” e é dentro desta perspectiva que o nosso “olhar” se abre. Um conceito de cultura associado à idéia de prática aponta para o sentido de ação, de agência humana; isto é, a cultura não significa simplesmente sabedoria recebida ou experiência passiva, mas um grande número de intervenções que podem tanto mudar a história ou transmitir o passado. Assim, a cultura deixa de ser considerada algo passivo e incorpora um sujeito que pode criar e agir sobre as coisas. Ocorre o deslocamento do sentido de cultura da sua tradição elitista para as práticas cotidianas.

E mais, ainda não se trata de “um conjunto de valores a serem defendidos”, mas significa “um trabalho que deve ser realizado em toda a extensão da vida social” (WIKIPÉDIA, 2007).

O mesmo ocorre com o conceito de Saúde, a ênfase também se dá nas práticas de Saúde. Construir os espaços de recepção institucional como instâncias de interlocução com a população, dar continuidade à Atenção, mantendo o vínculo dos indivíduos com as instituições ao longo do tempo, respeitar as características intrínsecas do território ou da geografia sócio-cultural de cada local, integrar os dispositivos de Atenção Básica a outros dispositivos de Saúde, como: visitas domiciliares, reuniões com a população e ações intersetoriais. Todos

¹Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica do Núcleo da Produção de Subjetividades da PUC de São Paulo e membro da revista virtual Cadernos de Subjetividade e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde – Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Contato: marfluz@ig.com.br

²Psicóloga, Mestre e Doutora pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde – Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Contato: tererrosa@isaude.sp.gov.br

³GIL, G. Ministro da Cultura. Discurso de Abertura. De Estudos Culturais, na TV CULTURA. 2006. Pronunciamento de abertura do programa.

esses são elementos fundamentais das práticas em Saúde (BARATA, 2003; TAKEDA, 2004; STARFIELD, 2002).

Práticas culturais e práticas em Saúde se comunicam de forma intrínseca. Isso nos impõe agregar às nossas abordagens a diversidade dos segmentos. Para nós trabalhadores da Saúde, é preciso dar um passo além dos modos de produção implícitos na política pública, mesmo dado o teor revolucionário de seus objetivos expressos na universalidade dos discursos: universalização, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação da população no planejamento, na gestão e no controle do sistema. Devemos agregar justamente aquilo que as práticas em saúde nos mostram no cotidiano, quanto aos efeitos, nelas, desses pressupostos e quanto aos aspectos em que elas são capazes de superar dialeticamente esses princípios universais.

Pensar essas metas universais como discurso na relação com a particularidade das práticas cotidianas, no caso da Saúde, significa agir sobre os modos de produção considerando, sobretudo, o âmbito das relações de produção da Atenção. Considerada a definição de Saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde, inscrita na Constituição do país, dificilmente se pode pensar os modos de produção de Saúde, sem pensar simultaneamente os modos de produção de subjetivação. Portanto, agregar à Saúde a perspectiva das práticas cotidianas, significa incluir uma diversidade de fatores, como a relação dos dispositivos institucionais com a população e vice-versa, abrindo espaços de interlocução e participação no planejamento e gestão; significa considerar o modo de funcionamento intrainstitucional e a relação dos trabalhadores como tais entre si, abrindo os espaços de auto-gestão e co-gestão – também incluindo a população. Significa, sobretudo, pensar as relações de produção da Atenção (classicamente analisadas como relações médico-paciente) sob a perspectiva dos modos de produção de Saúde/subjetividade, confrontando o modo “capitalístico” e o modo “singularizado” (COSTA-ROSA, 2006).

Práticas em Cultura ou práticas em Saúde são, antes de mais nada, uma atividade, um modo de produção e um modo de apropriação, um intercâmbio também cultural instaurado no grupo social, reproduzindo e modificando as subjetividades.

A partir daqui, cabe introduzir um pequeno comentário sobre o tema da subjetividade contemporânea. O que se chama de subjetividade no modelo do senso comum tange apenas àquilo que toma as semelhanças do “subjetivo” com as funções do psicológico. Essa é apenas a parte superficial e imaginária da subjetividade. Por esse caminho, certamente, chegaríamos à conclusão equivocada de que a subjetividade é apenas a dimensão do psicológico pensado como interiorização de leis, normas e afetos; ou seja, a subjetividade como algo pronto e correspondente aos sentimentos instalados durante a vida do sujeito, oriundos dos mecanismos psicológicos internalizados (BIRMAN, 2000). As subjetividades são,

ao contrário, não-dadas e não-fixas aos seus elementos interiorizados. Estão sendo constantemente produzidas, fabricadas e moduladas por forças cujos vetores saltam de todos os lados. Essas forças tornam-se nosso próprio meio ambiente. Podemos nomeá-las: controle técnico-social, mas também todas as ações de contra-controle. Não podemos, entretanto, perder de vista a tônica da contemporaneidade quanto a esse aspecto: vivemos um misto de extrema velocidade, ao mesmo tempo, de extrema paralisia, extremo controle, extrema serialização. Efeitos visíveis e invisíveis do modelo hegemônico de produção de sentido e de valor: a lógica do “modo capitalista de produção globalizado” (GUATTARI; ROLNIK, 1986; DELEUZE, 1992).

Não é objeto deste artigo avançarmos na análise da lógica capitalística e sua ação sobre a subjetividade, preferimos dar atenção à hipótese da presença simultânea de outros vetores de subjetivação que fazem divergir a tônica dominante. Esses vetores outros é que devemos agenciar nas práticas da Saúde, a fim de conectá-las com a produção das subjetividades singularizadas. Significa aquilatar a magnitude das forças que compõem essas práticas. Basta considerar, que a produção de subjetividades inclui vários planos que se inter-agenciam: o social, o cultural, o estético, o psicológico, o da saúde, o do trabalho, o da participação política, etc. Portanto, a produção de subjetividades não se define apenas no plano dos discursos; ela se realiza, principalmente, nas práticas. A questão é decifrá-la para promover outros olhares e outros atos sensíveis aos novos sentidos da Saúde e da Cultura. Neste plano das práticas, podem surgir modos de resistência e de transformação potencializadores da qualidade de vida, das possibilidades de criação de cultura e das possibilidades de entrecruzamento inventivo das práticas de Cultura e de Saúde, reinvenções coletivas da subjetividade. Esta nova postura certamente compreende as perspectivas chamadas intersetoriais, interdisciplinares e transdisciplinares na Cultura e na Saúde.

Referências Bibliográficas

- COSTA-ROSA, A. **A instituição de saúde mental como dispositivo de produção de subjetividade**. Assis: UNESP, 2006. Mimeo.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade. A psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica. Cartografias do Desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.
- DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- STARFIELD, B. **Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de Saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.
- TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. DUNCAN, B; SCHMIDT, MI;
- GIUGLIANI, E.R.J. (eds). **Medicina ambulatorial – condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 3ª ed.