

**CUIDADO:**  
**trabalho e interação**  
**nas práticas de saúde**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Reitor: Nival Nunes de Almeida  
Vice-reitor: Ronaldo Martins Lauria

**INTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

Diretor: Ruben Araujo de Mattos  
Vice-diretora: Jane Araujo Russo

**LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE**

Coordenadora: Roseni Pinheiro  
Coordenador adjunto: Ruben Araujo de Mattos

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA**

Presidente: Jane Dutra Sayd

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Presidente: José da Rocha Carvalheiro

**Conselho Editorial**

Aluisio Gomes da Silva Júnior (UFF)  
Isabel Brasil Pereira (Fiocruz)  
Kenneth Rochel de Camargo Jr. (IMS-UERJ)  
Lilian Koifman (UFF)  
Madel Therezinha Luz (IMS-UERJ)  
Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)  
Mary Jane Spink (PUC-SP)  
Roseni Pinheiro (IMS-UERJ)  
Ruben Araujo de Mattos (IMS-UERJ)  
Yara Maria de Carvalho (USP)

**Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde**

Editora responsável: Roseni Pinheiro

Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva  
Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar – bl. E  
Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900  
Telefones: (xx-21) 2587-7303 ramais 252 e 308 Fax: (xx-21) 2264-1142  
URL: [www.lappis.org.br](http://www.lappis.org.br) / [www.ims.uerj.br/cepesc](http://www.ims.uerj.br/cepesc)  
Endereço eletrônico: [lappis.sus@ims.uerj.br](mailto:lappis.sus@ims.uerj.br)

O CEPESC é sócio efetivo do Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL)

**José Ricardo C. M. Ayres**

# **CUIDADO: trabalho e interação nas práticas de saúde**

**1ª Edição**

**CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO**

**Rio de Janeiro  
2009**

# SUMÁRIO

## **Apresentação**

Roseni Pinheiro

## **Prefácio**

Madel T. Luz

## **Introdução**

José Ricardo Ayres

## **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**

### **Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde**

### **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**

### **Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde**

### **Para compreender o sentido prático das ações de saúde: contribuições da hermenêutica filosófica**

### **Uma concepção hermenêutica de saúde**

### **Hermenêutica e humanização das práticas de saúde**

**Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo**

**Adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids: cuidado e promoção à saúde no cotidiano da equipe multiprofissional**

# APRESENTAÇÃO

## PREFÁCIO

MADEL T. LUZ

É com grande alegria que respondo ao apelo de Roseni Pinheiro para escrever o prefácio deste livro de José Ricardo Ayres, fruto múltiplo de uma trajetória brilhante de reflexão teórica e de atividade de atenção em saúde coletiva, vista pelo autor como cuidado dispensado a pessoas (seres humanos complexos).

Percurso trabalhoso e por vezes polêmico, de pelo menos duas décadas, pelas minhas contas. Esse percurso está narrado, em sua diversidade, nos dez capítulos que se seguem, consistindo de resultados de projetos de pesquisa, de reflexão sobre experiência de atividades de atenção em saúde coletiva mas, creio, sobretudo de reflexão teórica.

Não me cabe aqui antecipar o itinerário do leitor, predefinindo com minhas opiniões ou conclusões as visões que poderá ter do livro, em termos analíticos ou de experiência estética (pois são belos os textos de José Ricardo). Este é o supremo direito de quem lê um texto. E deve ser respeitado.

Mas sem dúvida uma pergunta pode ser feita de início pelo leitor surpreso, que desconhece o “Zé”, como o chamam os amigos, ao texto e ao seu autor: como conseguiu sobreviver, e

mesmo prosperar, um pensamento tão fortemente impregnado de fenomenologia, tão devedor às categorias da hermenêutica, numa tradicional Faculdade de Medicina, num Departamento de Medicina Preventiva como o da Universidade de São Paulo, cujos matizes sanitaristas se enraízam fortemente na racionalidade biomédica científica, e estes, por sua vez, se imbricam profundamente no paradigma nosológico explicativo positivo (ou positivista, se preferirmos o adjetivo), que caracteriza a ciência moderna? Não deve ter sido uma trajetória fácil nem tranquila. De fato não o foi, e provavelmente não tem sido até hoje, considerado o nicho institucional complexo, em termos disciplinares, onde se insere a proposta teórica e prática do hoje professor titular do Departamento, Dr. José Ricardo Ayres.

Poderíamos dizer, entretanto, sem medo de errar, que uma âncora institucional forte, através de mestres como Cecília Donnangelo, Guilherme Rodrigues, em seguida Ricardo Lafeté e Ricardo Bruno e, claro, posteriormente Lília Blima Schraiber, ainda hoje um farol a apontar novas direções para o campo da Saúde Coletiva como um todo, constituíram o fundamento, a “base” inicial de reflexão teórica do autor sobre o condicionamento inegável da situação social e cultural do processo conhecido no meio sanitarista como “determinantes sociais” do processo saúde/doença da população brasileira.

A renovação teórica da Saúde Coletiva em direção às abordagens ascendentes nas ciências humanas, sobretudo as de marcada influência fenomenológica, nos anos 80 e 90, tem em José Ricardo, face a esse núcleo de tendência estrutural marxista, seu mais interessado e persistente representante. A partir desse interesse, Ayres vai tentar a ambiciosa operação teórica (e prática) de combinar a clínica como forma

de atenção a sujeitos humanos (*cuidado*), em sua unidade e complexidade, capaz de ouvi-los e de entendê-los no seu próprio discurso, na sua própria expressão de sofrimento, com a atenção em saúde pública, vista realmente como **cuidado em saúde coletiva!**

A superação da relação sujeito/objeto na consulta, vista como diálogo possível entre diferentes, a compreensão da doença como expressão da dor e do sofrimento não acolhidos, mas possíveis de o serem num outro movimento – o de cuidado/atenção à saúde, termos tão distantes do plano “macro estrutural” – todos esses passos dados na teoria e na prática, depois transpostos para o ensino dos futuros profissionais, e elaborados no ensino da pós-graduação, fazem deste pequeno e precioso livro de José Ricardo efetivamente um “novo clássico”, como pretende sua editora.

Pois ele servirá tanto a alunos como a pesquisadores, a professores, a médicos que praticam a clínica da escuta e a todos aqueles que desejarem refletir sobre a saúde, a doença, o processo de oscilação entre um e outro estado (nosso modo de viver), e a própria vida. Servirá também para nos pôr em sintonia com outras abordagens filosóficas, mais sutis face aos sujeitos e suas narrativas, às formas de expressão no campo da saúde, mais afins, é certo, à área das ciências sociais e humanas, mas úteis a todos aqueles que dentro do campo da Saúde Coletiva desejarem ir além de tabelas e curvas estatísticas (que também não deixam de ter sua utilidade!).

# INTRODUÇÃO

JOSÉ RICARDO C. M. AYRES

A presente coletânea reproduz a parte mais substantiva de minha produção sobre o tema do cuidado integral e humanizado à saúde, desenvolvida ao longo da última década.

Derivada dos estudos sobre o processo de trabalho em saúde, estas reflexões e estudos sobre o cuidado expressam a preocupação com as interações que atravessam esses processos, a dimensão intersubjetiva que nos constitui e nos identifica em nossa prática cotidiana como profissionais e/ou usuários dos serviços de saúde. A intuição fundamental aqui é a de que os esforços científicos, técnicos, éticos e políticos pela construção de práticas de saúde capazes de responder de forma integral e equânime às necessidades de saúde de indivíduos e comunidades não podem prescindir de uma prática teórica consequentemente interessada no “diálogo que somos”, mesmo quando, e especialmente quando, estamos diante da poderosa instrumentalidade das tecnologias contemporâneas da saúde.

O leitor não terá dificuldade em reconhecer nos textos, além da influência fundadora do trabalho de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, a interlocução com pensadores que, desde

outros campos do conhecimento, trazem aportes fundamentais para as exigências de um pensar crítico sobre as práticas de saúde na atualidade. Destacam-se aí, evidentemente, as contribuições da hermenêutica contemporânea, em particular das obras de Gadamer, Habermas e Ricoeur.

O conjunto é constituído por sete ensaios reflexivos e dois estudos aplicados, guardando-se a ressalva de que se pretende que no teórico esteja sempre a referência prática e que o empírico não seja outra coisa que prática conceitualmente interpretada. São artigos originalmente publicados em periódicos do campo, à exceção do último, de carácter menos académico, editado como material de disseminação científica e voltado para equipas multiprofissionais em serviços de atenção à saúde de adolescentes e jovens vivendo com HIV.

A escolha dos textos buscou compor um painel o mais completo possível das motivações éticas e políticas, bases filosóficas, desdobramentos teóricos e aplicações práticas relacionadas ao desenvolvimento do conceito de cuidado, dispositivo julgado fundamental para a construção da integralidade da atenção à saúde. A ordem dos textos não seguiu um critério cronológico, ainda que se possa observar certo gradiente temporal entre os trabalhos iniciais, que exploram filosoficamente o conceito, e aqueles finais, já mais imediatamente aplicados aos desafios práticos de um cuidado à saúde atento aos ideais de humanização, em particular no contexto de serviços de HIV/Aids.

A vantagem de uma coletânea como esta é colocar à disposição do leitor interessado um material antes disperso em fontes bibliográficas diversas, nem todas de fácil acesso. A desvantagem é, por um lado, o carácter algo fragmentário de produções motivadas e produzidas em diferentes contex-

tos e, por outro lado, as inevitáveis repetições, necessárias à arquitetura argumentativa de cada artigo. A supressão destas sobreposições implicaria severos prejuízos à inteligibilidade dos textos, ou reclamaria nova redação, o que fugiria aos propósitos desta publicação. Peço ao leitor, portanto, relevar esta dificuldade, e suprimir, no ato de sua leitura, reiterações que não lhe sejam produtivas.

Gostaria, finalmente, de agradecer a Roseni Pinheiro, esta incansável batalhadora em prol da construção da integralidade nas ações de saúde, o honroso convite para esta publicação e a Madel Luz, grande mestra de nossa Saúde Coletiva, a generosidade de seu prefácio.

São Paulo, dezembro de 2008

# Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde<sup>1</sup>

*Eu sou o que vejo de mim em sua face. Eu sou porque você é.*  
(Provérbio da tradução Zulu – África do Sul).

## **Perigo e oportunidade: o contexto da reflexão**

É comum ouvirmos falar da crise da saúde; em particular, da crise da saúde pública. Alguns falam de crise econômica, outros de crise do modelo assistencial, outros ainda de crise paradigmática. A profusão de novas, ou renovadas, propostas de produção de conhecimento, de organização dos serviços ou do desenvolvimento da assistência são evidências práticas da inquietação e necessidade de revisão que surgem nos discursos mais genéricos sobre a tal crise. Propostas recentes, como saúde da família, vigilância à saúde, promoção da saúde, suporte social, redução de vulnerabilidade, conceituação positiva de saúde, são evidências de que não podemos dizer que vivemos exatamente um período de normalidade das práticas de saúde – tomando de empréstimo a consagrada expressão kuhniana (Kuhn, 1989).

Com efeito, parece fazer já parte do senso comum do campo da saúde a percepção de que vivemos um momento crítico

---

<sup>1</sup> Primeira publicação: AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 63-72, 2001.

e é dessa percepção mesma que parte a proposta de reflexão deste ensaio, mais especificamente da dimensão filosófico-conceitual dessa crise, da chamada crise paradigmática.

Mas partiremos de uma percepção de crise que não é exatamente aquela mais prevalente no senso comum, a de problema, destruição, pessimismo. A própria prodigalidade de novas propostas já indica que, em períodos de crise, se há uma forte percepção de limites, de esgotamento de padrões até então tidos como os melhores ou aceitáveis, há também uma perspectiva de renovação, de criação. Parece muito sábio, nesse sentido, o tradicional simbolismo do *I Ching*, quando representa crise com dois hexagramas, indicando simultaneamente perigo e oportunidade. Também na crise da saúde podemos ver perigo e oportunidade.

As oportunidades, como já foi dito acima, estão aí fartamente colocadas nas novas propostas em discussão e aplicação: o SUS ganhando novo ímpeto com as propostas dos Programas de Saúde da Família (PSF); a atenção primária recuperando seu prestígio, eclipsado durante décadas por uma aposta excessivamente “hospitalocêntrica”; discussões de quadros como o da vulnerabilidade ou da promoção da saúde resgatando, em mais um “renascimento da fênix” médico-sanitária (Mendes-Gonçalves, 1994), a importância das relações entre saúde e relações sociais.

Os perigos não são tão evidentes, mas andam de braços dados com as oportunidades. O mais central entre eles parece ser o das ideologias vazias, no sentido genérico com que o marxismo, especialmente, se referiu às ideias que nos imobilizam, que nos mantêm estáticos, em sua aparência de movimento e transformação. Vícios ideológicos podem fazer das propostas de PSF, tão somente, um rearranjo político-

institucional de um mesmo sistema de saúde ainda extremamente excludente do ponto de vista social, limitado em seus impactos tecnológicos e perverso na perspectiva econômica; podem fazer das propostas de promoção da saúde um nova forma de manter a atenção primária numa posição marginal à organização da assistência à saúde e reiterar a equivocada compreensão de seu modo de ação como uma “tecnologia simplificada”; podem fazer da vulnerabilidade apenas um jargão da moda, obstaculizando a riqueza de relações que podem ser estabelecidas entre a epidemiologia, as ciências humanas e as ciências biomédicas para a construção de conceitos e estratégias preventivas mais ricas e eficazes.

Nesse momento de crise, o grande norte passa a ser, então, explorar ao máximo as possibilidades abertas à renovação e manter distanciadas as paralisantes deformações ideológicas. E como fazê-lo? Não há antídoto mágico, sabemos. De um lado, a expansão das oportunidades abertas pela crise depende da *ação* e do *compromisso*, amalgamados por uma solidariedade social pacientemente construída pela *interação democrática*. De outro lado, como sentinela da constante e verdadeira abertura democrática desse processo de construção, é a reflexão crítica que não pode ser negligenciada. Para isso nos serve a teoria; esse é o sentido de qualquer empreendimento filosófico na contemporaneidade (Habermas, 1989). É sob essa perspectiva mesma que se pretende somar a contribuição deste ensaio.

Situando-nos, então, no âmbito da crise paradigmática e na perspectiva da reflexão crítica, pensamos ser o momento oportuno para revisitarmos filosoficamente um elemento conceitual que está no centro das mais progressistas proposições no campo da saúde na atualidade: a noção de *sujeito*.

## O lugar do sujeito nas práticas de saúde

Nos dicionários de filosofia, o substantivo “sujeito” está relacionado a muitos diferentes significados, dependendo do sentido em que aparece, que vai do puramente gramatical ao metafísico (Runes, 1985; Lalande, 1993). No plano em que nos interessa aqui, vamos estar falando de sujeito como “o ser real, considerado como algo que tem qualidades ou exerce ações” (Lalande, 1993); “... que existe não só em si, mas para si, e que, não se limitando a ser objeto, visível de fora ou delimitado por contornos lógicos, apenas tem a sua verdadeira realidade ao contribuir para se fazer a si mesmo, a partir, sem dúvida, de uma natureza dada e segundo exigências intimamente sofridas, mas por meio de um devir voluntário e uma conquista pessoal” (Idem, idem). Esta nos parece ser a concepção mais pregnante de sujeito nos discursos da saúde, especialmente do campo da saúde coletiva, legado da forte influência hegel-marxiana no pensamento sanitário brasileiro.

Há dois tópicos fundamentais onde encontramos esse sujeito de traços hegelianos em nossos discursos. O primeiro é relativo à *identidade* dos destinatários de nossas práticas; ao ser autêntico, dotado de necessidades e valores próprios, origem e assinalação de sua situação particular. É desse sujeito que falamos quando nos comprometemos a conhecer ou atender às “reais necessidades de saúde da população”, surrado jargão de nosso campo. O segundo tópico é relativo à *ação transformadora*, o sujeito como o ser que produz a história, o responsável pelo seu próprio devir. É disso que falamos quando desejamos que aqueles a quem assistimos “tornem-se sujeitos de sua própria saúde”, outra surrada expressão, de que certamente cada um de nós já fez uso alguma vez.

Ora, encontrar os sujeitos, esses seres autênticos, com suas necessidades e valores, capazes de produzir coisas e transformar sua própria história, está no centro de todas as propostas renovadoras acima apontadas. Mas será que temos refletido suficientemente sobre essa categoria tão central a essas propostas? Será essa concepção de sujeito, que temos usado tão acriticamente, adequada aos valores que têm norteado nossos ímpetos de renovação? Muito particularmente no campo da prevenção, onde talvez ainda mais do que no campo do tratamento ou da reabilitação, se cobra a presença do sujeito na orientação de nossas intervenções, será essa concepção de sujeito verdadeiramente produtiva?

A tese que se quer aqui defender é a de que não, *a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário não está em sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade*. Dois núcleos de significação implícitos nessa concepção de sujeito parecem-nos problemáticos, nesse sentido. O primeiro é a ideia de *permanência*, de mesmidade, que reside no âmago desse sujeito-identidade, esse que é igual a si mesmo através dos tempos, que “faz a si mesmo a partir de uma natureza dada”, moldada por um “devir voluntário”, uma “conquista pessoal”. O segundo é a ideia de produção em que se apoia o sujeito-agente da história. O ser histórico é o ser produtor, aquele que introduz ou melhora coisas ou ideias para o progresso da vida humana.

O que se quer defender aqui é uma revisão, com base em já sólidos desenvolvimentos da filosofia contemporânea (Ricoeur, 1991; Habermas, 1990; Rorty, 1994; Gadamer, 1996), que leve à subsunção dessa concepção de subjetividade (subjetividade querendo denotar aqui simplesmente o ato ou estado de ser sujeito), em uma conceituação mais rica. Uma

conceituação de subjetividade em que a ideia de permanência, associada à dimensão identitária, seja substituída pela de contínua reconstrução de identidades e a ideia de produção, relacionada à dimensão transformadora, seja abarcada pela noção mais ampla de sucesso prático, que pode ou não passar pela produção de bens. Voltaremos mais adiante a essas mudanças. Cabe, antes, chamar a atenção para o fato de que ambas as passagens dependem de que superemos também os pressupostos solipsistas e fundamentalistas que permanecem na base de nossa concepção mais habitual de sujeito, por mais que não nos demos conta disso. Dependem de que pensemos muito mais em intersubjetividade que em subjetividade, que consideremos, em outras palavras, *o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos*.

### Uma metáfora para a (inter)subjetividade que somos

Em um antigo texto seu, o filósofo sulista Ernildo Stein (1976) fazia referência a uma alegoria utilizada por Kant, na crítica da razão pura, que pouca atenção recebera na literatura filosófica desde sua publicação, mas que lhe parecia muito fecunda: a alegoria do voo da pomba. Stein chama a atenção para o fato de que o que mais lhe impressionara na alegoria eram certas possibilidades interpretativas que, admitia, não eram exatamente aquelas a que Kant recorreu no seu uso original. O mesmo ocorre aqui. O texto de Stein nos alertou para a fecundidade da alegoria kantiana, a qual, no entanto, será utilizada aqui com propósitos bem diferentes da intenção de discutir a metafísica, tal como aparece na obra original, ou a questão da finitude e da transcendência, veio explorado por Stein. Nos interessa aqui perceber como, na metáfora do

voo da pomba, é possível identificar elementos representativos de uma visão de sujeito mais fecunda do que aquela que nos legou a filosofia moderna do sujeito. Diz o texto: *“A leve pomba, enquanto, em seu livre voo, corta o ar cuja resistência sente, poderia imaginar que ainda mais sucesso teria no vácuo”*.

O voo sonhador da pomba pode ser tomado como uma vigorosa metáfora do *ato identificador*, da atribuição de predicados aos diferentes momentos da experiência que nos faz constituir, simultaneamente, nossos mundos e nós mesmos (Heidegger, 1995). Ela remete ao processo de construção de identidades que nos indica uma inexorável dialética de negar construindo/construir negando, tão difícil de expor em palavras e tão claramente expressa na metáfora kantiana.

Interessa-nos particularmente um aspecto fundamental dessa dialética: o lugar do sujeito, esse ser pensante que, ao atribuir predicados ao mundo, identifica a si próprio. Interessamos a experiência de “resistência” que faz surgir esses sujeitos como presenças reais. Troque-se o voo da pomba pela história humana, a resistência do ar pela presença inexorável do outro e entenderemos a tese que sustenta o presente ensaio: *não existe o sujeito individual*, ou, antes, que aquilo que aprendemos a tratar como indivíduo, o sujeito, não é menos nem mais que um “sonho” de individualidade nascido da experiência vivida de não estarmos sozinhos, de sermos sempre e imediatamente “o outro de cada um” (Ricoeur, 1991).

É a partir dessa resistência do outro fora de nós que nos identificamos. É a alteridade vivida que nos leva a atribuir a nós mesmos o predicado de indivíduo. *In-dividuu*, o que não se pode dividir, o que permanece coeso. Mas se é do outro que vem a resistência; se são sempre diferentes os predicados que, ao atribuirmos a terceiros, nos identificam, então essa

permanência não pode ser “mesmidade” (o mesmo), mas “ipseidade” (pelo mesmo) (Ricoeur, 1991). Isto é, o que permanece no tempo não é sempre um e mesmo predicado que nos define como sujeitos, mas uma auto-diferenciação que se afirma a cada vez que reconheço um outro, o que leva Heidegger (1995) a distinguir a individualidade/eu da individualidade/si. Esta última guarda o sentido forte de sujeito, de subjetividade. Segundo Heidegger, o eu refere-se ao ôntico, ao ente, ao existenciário; o si refere-se ao ontológico, ao ser, ao existencial. Segundo esse filósofo, estaremos falando verdadeiramente de sujeito quando nos referimos a essa identidade-si, ao Eu que é “*a cada vez meu*”.

Mas as ambições deste ensaio não vão tão longe até a ontologia, nem haveria competência e espaço para isso aqui. O que se busca com esta hermenêutica da metáfora kantiana da pomba é que a revisita à nossa concepção ingênua de sujeito nos ajude a construir referências conceituais mais fecundas para o campo da saúde. Ficamos todos impressionados com os alcances ainda tão limitados das práticas de saúde, especialmente daquelas que, no nosso jargão, dependem de que “o outro” assuma sua “condição de sujeito da própria saúde”, como é o caso principalmente nas práticas preventivas. Mas já estamos em condições de afirmar agora que, se num plano mais ideológico reclamamos a presença de um sujeito/si, na nos-sa prática discursiva cotidiana estamos o tempo todo trabalhando com a concepção de um sujeito/eu – que na perspectiva aqui adotada, nem poderia ser rigorosamente chamado de sujeito). Tratamos o sujeito como núcleo individual e permanente de produção de coisas – identidades, artefatos – como mesmidade, portanto. Com isso o transformamos em mais um objeto no mundo. Ao perder de vista, em nossos conceitos e práticas,

a ipseidade dos sujeitos, tornamo-nos menos capazes de chegar ao âmago dos processos mais vivos de sua constituição como tal. Assim, escapam-nos, paradoxalmente, as mais ricas possibilidades de participar da construção de identidades e de fortalecer o poder transformador de indivíduos e grupos no que se refere à saúde.

A metáfora kantiana nos aponta três aspectos que talvez nos ajudem a reconstruir nossa ideia de sujeito de modo mais fecundo para as práticas de saúde: o aspecto relacional, o aspecto existencial e o aspecto pragmático.

O aspecto relacional encontra-se expresso, na alegoria da pomba, na *indissociabilidade de ar e asa para a ideia de vácuo*. Nada aparentemente mais antagônico que vácuo e resistência, e no entanto é da experiência da segunda que se projeta a ideia da primeira. É dessa vivência substantivamente relacional – resistência é sempre de algo a algo, do ar à asa do pássaro, no caso – que nasce o predicado “vazio”, que cria identidades simultaneamente para o ser voante, que é a pomba, e seu mundo de preenchimentos vividos e vácuos sonhados.

O aspecto relacional remete ao segundo – o aspecto *existencial*, expresso pelo detalhe de que a experiência da resistência só relaciona o “ser pomba” à sua condição voante e ao seu mundo de resistências e vazios porque, no dizer da alegoria, a pomba pode imaginar voar no vácuo, *porque a pomba sonha*. É porque ela é um ser, não um ente, no sentido heideggeriano, que surge um sujeito e seu mundo. É porque sonha, porque deseja, e quando deseja, que o acontecer da resistência contra suas asas leva a pomba a conceber e construir pássaros, asas, voos e espessuras no espaço.

Por fim, o *aspecto pragmático*. É que o sonho da pomba tem uma origem muito clara na metáfora kantiana. É ela o

*ato de voar*. De fato, não é senão em ato que a pomba se põe a sonhar com o vazio. E note-se que a partir de, e contra, o ato de voar, no sentido existenciário, plasma-se o voo como ato existencial, isto é, no exato momento em que constrói uma ideia de *sucesso* para seu voo, o qual se encontra mais além, na virtualidade de um espaço sem resistência, é que a pomba faz-se pomba. É tratando de vencer a resistência do ar que ela efetivamente voa, e permanece pomba na diversidade dos cenários que percorre voando. No sentido existenciário, o vácuo seria sua impossibilidade mesma de ser pássaro, de nada lhe serviria suas asas no vácuo, mas em sentido existencial é só enquanto mantém em ato o sonho de vencer a resistência do ar que a pomba segue voando, que segue sendo pássaro.

Cabe aqui um importante parêntese. Note-se que o “sucesso” do voo no vácuo designa uma ideia reguladora, um móvel moral, distinguindo-se nisso da ideia de êxito técnico, do alcance de fins determinados segundo certos meios preestabelecidos. Quando Kant se refere ao suposto sucesso, está apontando para um desfecho que transcende a pura “objetualidade”. O saber que se dirige ao êxito técnico constrói objetos, enquanto o saber na direção do sucesso existencial é o que constitui sujeitos (Gadamer, 1996) e é a esse tipo de realização que a alegoria faz menção. Esse aspecto é muito importante para a compreensão do giro filosófico aqui defendido. Como já indicado acima, subsumir a ideia de êxito técnico, ou de *produção* de artefatos, na de sucesso existencial é parte fundamental desse giro.

De nossa hermenêutica da alegoria do voo da pomba podemos extrair, em síntese, três conclusões básicas.

1. Subjetividade não é mesmidade, é ipseidade, é sempre relação, é *intersubjetividade*.

2. O sentido existencial dessa relação é configurado como um *encontro desejante com a circunstância* – o ato de se colocar diante do Outro e engendrar as possibilidades de ambos e seu mundo compartilhado.
3. O que move o encontro desejante dos sujeitos e seu mundo não se traduz de modo restrito ao êxito técnico, mas refere-se a um *sucesso*, a uma situação que se traduz por felicidade, o que abarca também, e especialmente, dimensões éticas e estéticas.

### **Intersubjetividade, diálogo e práticas de saúde**

De posse da arquitetônica conceitual acima, podemos agora nos aventurar a campos de práticas mais concretos onde nós, humanos, nos *reconhecemos* sujeitos. O melhor termo aqui é esse mesmo: reconhecer. A forma verbal expressa a origem pragmática, a ação. A voz reflexiva remete à natureza existencial da subjetividade, o “ser-aí” heideggeriano, que engendra mutuamente o mundo e o seu sujeito. Finalmente, o prefixo “re” indica que a identidade subjetiva é da ordem da ipseidade, da identidade/si, isto é, de uma identidade construída a cada vez, a cada experiência de encontro com o outro.

Mas socorramo-nos ainda um pouco mais da rica metáfora kantiana. Entre nós, humanos, qual é o correspondente do ar, de cuja resistência promana a experiência do si, do mundo e do sonhar, na metáfora? Essa parece ser uma questão fulcral, que nos poderá conduzir das alturas abstratas do voo kantiano à iluminação de nossas práticas de saúde. Isto porque o ar é o elemento central da experiência que liga entre si o relacional, o existencial e o pragmático na alegoria da pomba. No caso de seres humanos de carne e osso, qual é a experiência que

põe cada um em contato com o outro, levando-o a reconhecer a si mesmo a cada vez e sempre?

É possível que haja muitas respostas para essa pergunta, mas não parece restar muita dúvida de que um dos mais poderosos meios desse mútuo engendramento de sujeitos e mundos é a *linguagem*. É da linguagem que vem a “resistência” fundamental que nos põe em presença do outro. Heidegger (1995) já afirmara que a linguagem é a morada do ser. Gadamer (1996) completou: o ser que pode ser compreendido (leia-se compreender-se) é linguagem.

Ora, assim como o ar não ganha existência como mundo enquanto não é experimentado pela pomba como resistência ao voo, também a linguagem só existe como *em ato* (Habermas, 1988). E o que é esse ato, criador de sujeitos e seus mundos na e pela linguagem, que nos faz experimentar o que somos no encontro com o que não somos, senão *diálogo*? Podemos então afirmar que *sujeitos são diálogos*.

Esse modo de ver a questão nos leva a rever com profundo desconforto a atitude tão difundida entre nós, profissionais da saúde, de buscar estabelecer um diálogo com os indivíduos ou populações em favor dos quais queremos dispor nossos talentos e competências profissionais. Desconforto porque, se analisarmos com cuidado, vamos verificar que quando pensamos em “estabelecer” um diálogo ignoramos o diálogo no qual já estamos imersos. Não se trata apenas de uma questão formal de linguagem, mas de uma experiência concreta que reiteramos com pouca densidade de crítica: o fato de que desconsideramos o universo de resistências que, ao mesmo tempo, nos opõe e aproxima desse outro a que chamamos, de modo tão revelador, de nossas populações-alvo. É como se houvesse entre sujeito-profissional de saúde e sujeito-população

um vazio. É como se cada sujeito saísse, de repente, de seu nicho individual, de sua mesmidade, e fosse em alguma arena neutra, desde sempre existente, desde antes de nós, para se encontrar e buscar a saúde.

Assim, nossa limitada capacidade de alcançar o acalentado ideal de que as pessoas se tornem sujeitos de sua própria saúde é sempre interpretada pela pobre versão de um “fracasso”. Fracasso nosso em comunicar, ou das pessoas em compreender e aderir às nossas propostas. E a versão do fracasso nos mantém imobilizados, ou quase. Na melhor das hipóteses repetimos, com alguma cosmética remodeladora, as velhas estratégias “mobilizadoras”. Na pior delas simplesmente desistimos. O que deixamos de fazer é lidar positivamente com a alteridade revelada no desencontro; deixamos de colocar em questão porque o grande e imperceptível diálogo que já vínhamos mantendo torna tão inoperante esse pequeno diálogo particular que quisemos operar, porque esse pequeno diálogo é tão ineficaz.

O que aconteceria se mudássemos de perspectiva? Assumamos que o que importa para nossas aspirações médico-sanitárias é a intersubjetividade com que experimentamos esse campo de práticas. Esse giro irá exigir de nós, sem dúvida, um esforço nada pequeno de reconstrução. A obra de Habermas, um dos mais importantes teóricos dessa constituição dialógica das subjetividades, poderá talvez nos socorrer nesse mister. Tome-se, por exemplo, os três planos fundamentais por meio dos quais, segundo este autor, realizam-se e validam-se os processos dialógicos em geral, quais sejam, o da correção normativa, o da verdade proposicional e o da autenticidade expressiva (Habermas, 1988).

Segundo Habermas, o sucesso de um discurso em realizar efetivo diálogo apoia-se em três níveis de validação intersub-

jetiva: a) na aceitação, por parte do interlocutor, de que o projeto de mundo e de vida que orienta esse discurso (ou o que temos chamamos de encontro desejante das circunstâncias) é correto desde um ponto de vista ético, moral, político; b) na proposição de enunciados aceitáveis intersubjetivamente como expressão da realidade, isto é, de que se trata de fatos que são tidos como verdadeiros por ambas as partes; e c) na sua capacidade de expressar autenticamente a perspectiva subjetiva daquele que profere o discurso. Não será difícil verificar as razões do problema a que nos referíamos acima. Basta começar pelo plano de validação normativa desses discursos.

O sentido de correção que norteia nossos discursos está fundamentalmente relacionado à utopia do conhecimento/controlado das doenças. Há que se perguntar: é possível imaginar compartilhamento entre nós, profissionais, e as populações-alvo quanto a esse horizonte normativo? Há, efetivamente, um horizonte normativo comum quando nos dirigimos às pessoas orientados por essa perspectiva de controle? Esse controle pode realmente mover esses sujeitos em seus “encontros desejantes”?

Claro que não se deve diminuir em nada a importância do controle da doença, seja de sintomas, da patogênese, da infecção ou de epidemias. Mas deve ser revista sua exclusividade como critério normativo de sucesso das práticas de saúde. Já foi dito aqui que a dimensão pragmática da constituição de (inter)subjetividades é caracterizada por fazer-se sempre acompanhar pelo móvel de um sucesso prático. Ora, se examinarmos com atenção o sucesso que, independente do quanto o percebamos e o desejemos, tem orientado nossas práticas, veremos que ele se confunde flagrantemente com êxito técnico. Mas, como também já foi ressaltado, êxito técnico e sucesso prático não

são eventos intercambiáveis; originam-se e destinam-se a esferas relativamente distintas da experiência. O êxito técnico refere-se, sem dúvida, a um sucesso, mas um sucesso em relação a um “como” fazer. Não faz parte de suas aptidões definir os “quê fazer”. Por isso é tão mais fácil definir o que é prevenir agravos do que o que seja promover saúde.

Nós, efetivamente, não temos nos perguntado, quando dialogamos sobre saúde, sobre o que sonham as pessoas (nós mesmos) para a vida, para o bem viver, para a saúde. Afinal, qual é o nosso sonhado “vácuo”, quando estamos lidando com cada um dos diferentes obstáculos que encontramos à nossa saúde? Sem nos dedicarmos conseqüentemente a esta reflexão, ficamos condenados à negatividade da doença para definir saúde, e ao conhecimento de suas regularidades para saber como controlá-las.

Examinemos, nesse sentido, o exemplo do conceito epidemiológico de risco. O conceito de risco emergiu desde meados do século como um dos mais influentes discursos nos diálogos contemporâneos da saúde (Ayres, 1997). Ele atingiu essa posição privilegiada em função do seu impressionante sucesso em três tarefas simultâneas. Em primeiro lugar, ele permitiu estender a tradução da doença para além dos limites do corpo. Um fator ambiental qualquer, por sua associação probabilística com um certo agravo à saúde, já pode ser visto como um dano, mesmo antes disto se materializar no corpo. Mais que isso, e o que é fundamental, fez retornar ao plano da individualidade do corpo suas propostas de intervenção, pois é em relação a fenômenos aferíveis no indivíduo que o fator ambiental tem seu caráter de risco estabelecido. É sobre o balanço individual dessas associações que recairá predominantemente a gestão do risco.

Em segundo lugar, o conceito de risco foi capaz de realizar essa extensão ambiental do raciocínio patogênico através de um rigoroso manuseio de regularidades, trabalhando produtivamente com um tipo determinado e relevante de “saber como”: sempre que... então..., na proporção de  $x$  encontra-se  $y$ . Além desse tipo de inferência possibilitar um rigoroso controle científico, responde muito bem às necessidades de produção farta de tecnologias para a intervenção.

Por fim, a abordagem do risco retraduz continuamente a interpretação de seus limites como necessidade de um “saber como” ainda mais rigoroso, isto é, fazendo coincidir toda ideia de sucesso prático com uma infinita busca de controle técnico. Se o que se sabe sobre uma associação de risco é pouco, ou se o que se sabe não permite intervenções muito eficazes, parte-se para o controle, mais uma vez nomológico, da incerteza, ou para o controle técnico dos fatores que se associam regularmente ao mau resultado. Sempre a arguição sobre o *como* fazer, raramente sobre o que se está fazendo.

Mas de fora da epidemiologia surgem, periodicamente, questionamentos sobre o sentido de seus constructos. Limites decorrentes da sua restrição à dimensão técnica de sucesso prático foram recentemente experimentados, por exemplo, com a eclosão da epidemia de HIV/Aids. Por circunstâncias próprias à epidemia, tornou-se visível até onde iam os desejáveis êxitos técnicos das estratégias de conhecimento/intervenção apoiadas no conceito de risco e onde começavam exigências de sucesso que iam para além dos seus domínios. A Aids flagrou na prática o fato de que o controle de uma epidemia constitui para os sujeitos afetados ou afetáveis por ela um horizonte normativo muito borrado perto daqueles que orientam, por exemplo, a experiência da sexualidade.

É nesse contexto que o conceito de vulnerabilidade, por exemplo, oriundo do campo dos direitos humanos, adentra o campo da saúde (Mann & Tarantola, 1996). Ele não é outra coisa que uma tentativa de ampliar seus horizontes normativos. A ideia de sucesso prático que lhe instrui orienta-se para um nítido deslocamento de horizontes normativos, buscando a subsunção do ideal de controle da doença no de respeito e promoção dos direitos humanos (Ayres et al., 1999; França Jr. et al., 2000).

Desnecessário dizer que a proposta de deslocamento trazida pelo quadro da vulnerabilidade ainda tem muito o que amadurecer para que sua validação intersubjetiva atinja uma dimensão tal que a torne uma referência positiva para o campo da saúde, como de resto ocorre com as propostas mais ambiciosas de PSF, promoção da saúde, vigilância à saúde etc. Tal processo de construção de validade também dependerá, por outro lado, de mudanças nas demais esferas de validação do discurso sanitário. A necessidade de nos limitarmos ao objeto do presente ensaio impede-nos de explorá-las mais amplamente aqui. Deixe-se apenas o registro de que a resistência a um paroxismo tecnicista do horizonte normativo dos discursos sanitários implica, necessariamente, rever também o cientificismo que domina seus regimes de validade proposicional.

Com efeito, se tratamos de subsumir o controle das doenças em concepções de sucesso que não se deixam traduzir por tarefas técnicas apenas, se a felicidade almejada por nossas intervenções em saúde se obriga a dialogar com interesses de natureza estética, emocional, moral etc., então os constructos científicos de inspiração positivista não serão suficientes para dar conta da encomenda. Claro que não se trata de abolir a

ciência do âmbito desses regimes, mas de resgatar a dignidade de outros tipos de sabedoria na construção das verdades úteis para a construção da saúde, desde os conhecimentos acadêmicos não-nomológicos, como a filosofia, o direito e certos ramos das ciências humanas, até as diversas sabedorias práticas transmitidas secularmente nas diversas tradições culturais.

Seguindo o mesmo raciocínio, não podemos imaginar que os códigos com os quais experimentamos e construímos intersubjetivamente nossas identidades possam permanecer fora de questão. Se queremos enriquecer o diálogo, é preciso cuidar que sua matéria-prima acompanhe essa ambição, é preciso refletir sobre nossa linguagem. Nesse sentido, um dos maiores desafios que se nos é colocado como partícipes do diálogo sanitário é superar as barreiras linguísticas que o jargão técnico interpõe a uma autêntica interação entre profissionais e população. Boaventura Santos (1989) já nos chamava a atenção para a necessidade desse movimento de reconstrução das pontes linguísticas entre o mundo da tecnociência e o senso comum.

No campo da saúde, especialmente, isso é urgente. Sem essas pontes linguísticas não poderá haver compartilhamento de horizontes normativos entre os técnicos e o público. Esse desencontro é sempre fonte de restrições ao diálogo, em qualquer campo, mas em alguns essa restrição pode ser até mais tolerável. Diante de um aparelho de TV funcionando, para dar um exemplo caricato, é pequeno mesmo o interesse em fundir os horizontes normativos dos tecnocientistas da eletrônica e dos telespectadores. Quando, porém, se trata de prescrever comportamentos, formas de vida, intervenções sobre o corpo ou a mente das pessoas, certamente já não se poderá dizer o mesmo.

## O cuidado e o compartilhamento de horizontes na construção da saúde

Para finalizar a reflexão, caberá uma última palavra sobre o caráter da intervenção mesma em saúde. Na perspectiva de aberturas linguísticas, pluralidade de saberes válidos e normatividades de natureza não tecnicista, fica evidente que é preciso enriquecer também a concepção de intervenção que estabelece e justifica os diálogos que travamos no campo da saúde. Curar, tratar, controlar tornam-se posturas limitadas. Todas estas práticas supõem, no fundo, uma relação estática, individualizada e individualizante, objetificadora, enfim, dos sujeitos-alvo de nossas intervenções. Lembremo-nos da pomba de Kant. Não era apenas um êxito técnico, mas um sucesso prático mais abrangente que a subjetivava. Também aqui estamos chamando de sujeito algo mais rico que o agente ou o objeto de uma ação técnica. Estamos falando de um norte prático, necessariamente técnico, mas também inexoravelmente ético, afetivo, estético. Quando esses dois sujeitos – o(s) sujeito(s) profissional(is) de saúde e o(s) sujeito(s) pessoa(s)-alvo das ações de saúde – se constituem um diante do outro, naturalmente que um processo de objetivação e “objetificação” está colocado. Há uma técnica que justifica e estabelece a presença de um diante do outro. Mas se tudo o que dizíamos acima for verdadeiro, então essa presença, para que justifique mesmo a utilidade desta técnica particular, cobrará elementos que vão exigir dela muito mais que a produção e a manipulação de objetos (Schraiber, 1997; Ayres, 2000).

Por isso, *cuidar*, no sentido de um “tratar que seja”, que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas, encarna mais ricamente que tratar, curar ou controlar aquilo que deve ser a tarefa prática da saúde

coletiva. Nesse sentido, a metáfora de Kant nos envia à de Heidegger. A leve pomba nos leva em suas asas à alegoria do Cuidado. É que Heidegger, no seu clássico *Ser e tempo*, utiliza uma antiga alegoria de Higino sobre o cuidado como metáfora para a fundamentação de sua ontologia existencial. Essa alegoria também nos serve perfeitamente para elucidar o que queremos dizer quando distinguimos cuidar de tratar, curar ou controlar. Vejamos o que diz a alegoria:

Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: “Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver (Heidegger, 1995).

Note-se que a vontade de sucesso, que a pomba kantiana representa como o móvel da construção de identidades subjetivas, revela-se na alegoria de Higino como a substância mesma dessas identidades. Cuidar é querer, é fazer projetos, é moldar a argila. *Querer é o atributo e o ato do ser*. Cuidar é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência da matéria, uma forma simplesmente humana de ser. Mas é igualmente soprar

o espírito, isto é, ver que essa forma não seja pura matéria suspensa no tempo (mesmidade), mas um ser que permanente trata de ser, um ente “que se quer” (ipseidade).

Se transpomos a mesma ideia de cuidado para o plano mais concreto das práticas de saúde, vemos permanecer intacto o seu conteúdo fundamental, o seu significado mais relevante. Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado? Que papel temos desempenhado nós, os que queremos ser cuidados, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade que estamos ajudando a conceber?

São diversos, interligados e complexos os giros apontados aqui: de sujeito para intersubjetividades; de controle técnico para sucesso prático; de tratar para cuidar. A grande tarefa, uma vez compartilhada a necessidade desses giros, é saber como fazê-los no nosso cotidiano. Pode parecer demasiado ambiciosa a tarefa, excessivamente trabalhosa e ampla. É verdade. Mas, quanto a isso, há ainda um elemento na metáfora kantiana

que não parece nem um pouco negligenciável. Trata-se de um aspecto mais estético que lógico na alegoria da pomba. É a liberdade de voar. É o “livre voo da leve pomba” que nos encanta e envolve, pela maravilhosa sensação que nos transmite ao espírito de potência na fragilidade, de abertura de horizontes e busca de sonhos. Por que, então, não buscarmos nessa poderosa estética de liberdade a inspiração e a força para responder a seu irresistível convite filosófico?

### Referências

AYRES, J.R.C.M. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, n. 1, p. 117-20, 2000.

AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In BARBOSA, R.M.; PARKER, R.G. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. São Paulo: Editora 34, 1999. p. 49-72.

FRANÇA JÚNIOR, I.; AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G.J. Saúde coletiva: um diálogo possível e necessário. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6. *Anais...* Salvador, 2000.

GADAMER, H.G. *Verdad y método: fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca: Sígueme, 1996.

GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.

HABERMAS, J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1989.

\_\_\_\_\_. *Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.

\_\_\_\_\_. *Teoría de la acción comunicativa*. I/II. Madri: Taurus, 1988.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo I*. Petrópolis: Vozes, 1995.

KUHN, T.S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1989.

LALANDE, A. (ed.). *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M. *AIDS in the world II*. Nova York: Oxford University Press, 1996.

RICOEUR, P. *O si mesmo como um outro*. Campinas: Papyrus, 1991.

RORTY, R. *Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Presença, 1994.

RUNES, D.D. (ed.). *Diccionario de filosofia*. Barcelona: Grijalbo, 1985.

SANTOS, B.B. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SCHRAIBER, L.B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 1, n. 1, p. 123-40, 1997.

STEIN, E. *Melancolia: ensaios sobre a finitude do pensamento ocidental*. Movimento, Porto Alegre, 1976.

# Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde<sup>1</sup>

## A Saúde Pública em reconstrução

Assistimos em tempos recentes à emergência de uma série de novos discursos no campo da saúde pública, mundial e nacionalmente, tais como a promoção da saúde, vigilância da saúde, saúde da família, redução de vulnerabilidade, entre outros. Tais discursos revelam a vitalidade conceitual da saúde pública deste início de milênio e traz ao debate diversos convites à renovação das práticas sanitárias. Contudo, uma efetiva consolidação dessas propostas e seu mais consequente desenvolvimento parece-nos depender de transformações bastante radicais no nosso modo de pensar e fazer saúde, especialmente em seus pressupostos e fundamentos. Acreditamos que há uma série de aspectos filosóficos que precisam ser revisitados para que, aos avanços conceituais já alcançados, possam corresponder transformações práticas mais expressivas.

---

<sup>1</sup> Primeira publicação: AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v. 8, n. 14, p. 73-92, set.2003-fev.2004.

É nesta condição de uma desconstrução teórica, com vistas a contribuir para a reconstrução em curso nas práticas de saúde, que se quer trazer ao debate a presente reflexão sobre o Cuidado. Não se trata de somar mais um discurso àqueles acima listados; a discussão aqui proposta está longe de pretender ter o caráter aplicado que os caracteriza. Trata-se de compreender as práticas de saúde, inclusive aquelas que constituem o substrato dos seus discursos renovadores, sob uma determinada perspectiva que, se feliz em seus propósitos, poderá agregar-se ao esforço de adensamento conceitual e filosófico desse novo sanitarismo.

### O Cuidado como categoria ontológica

Normalmente quando se fala em cuidado de saúde, ou cuidado em saúde, atribui-se ao termo um sentido já consagrado no senso comum, qual seja, o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento. Contudo, não é nem no sentido de um conjunto de recursos e medidas terapêuticas, nem naquele dos procedimentos auxiliares que permitem efetivar a aplicação de uma terapêutica, que queremos nos remeter à questão. Trataremos aqui do cuidado como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, *uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.*

Para procedermos a esta construção conceitual, vamos iniciar por uma breve exploração da categoria cuidado tal como pro-

posta em “Ser e Tempo”, por Martin Heidegger (1889-1976), base de uma primeira delimitação de alguns dos principais pressupostos filosóficos nos quais nos apoiaremos.

Em *Ser e Tempo*, Heidegger se vale de uma antiga fábula de Higino para argumentar acerca da situação simultaneamente contingente e transcendente da condição humana. O *dasein*, ou “ser-aí”, construção com a qual caracteriza a existência humana, é um “estar lançado” num mundo que, por sua vez, só é percebido enquanto tal na (e por meio da) atividade “projetiva” humana, isto é, da tripartição temporal da consciência do ser (em presente, passado e futuro), efetivada e possibilitada no e pelo ato de atribuir significado às experiências pretéritas, a partir de uma vivência atual, entendida como o devir de um projeto existencial. Nesta dialética de presente, passado e futuro, o humano surge como criador e criatura da existência, numa construção sempre em curso, que tem como substrato a linguagem e como “artesão” o cuidado (sorge). Em sua incessante atividade, o cuidado molda, a partir do mundo e contra a sua dissolução nesse mundo, as diversas formas particulares da existência (Heidegger, 1995).

Nada melhor, porém, para nos reportarmos à complexa construção heideggeriana que recorrermos, também nós, ao poder expressivo da alegoria de Higino:

Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criaria, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome,

uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: ‘Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar ‘homo’, pois foi feito de *humus* (terra)’. (Heidegger, 1995, p. 263-4).<sup>2</sup>

Há diversas e riquíssimas aproximações hermenêuticas a essa alegoria, tal como feito por Heidegger e por seus inúmeros comentadores e prosseguidores. Longe de nós a intenção de inventariarmos todas elas, mas será importante destacar alguns aspectos relevantes para a discussão que faremos acerca do cuidado no âmbito específico da saúde:

- **Movimento.** Um dos primeiros elementos que vemos presente na alegoria é o movimento. O cuidado move-se no leito do rio e é movendo-se que percebe a argila. Ele não vai em busca da argila, nem a argila chega até ele. O interesse e a possibilidade de moldar uma forma humana devém do encontro com a argila no movimento mesmo de atravessar o rio. Este elemento da alegoria aponta para aspecto fundamental na construção de nossas identidades de seres vivos, que é o caráter pragmático da nossa construção de identidades. Ou seja, nossas identidades não são construções a priori, inscritas como um destino

<sup>2</sup> Na tradução brasileira da Editora Vozes o termo “Sorge” é traduzido como Cura, sinônimo de Cuidado. Evitamos usar aqui esse termo para não confundir com curar no sentido médico de eliminar a doença.

inexorável para nossas biografias no momento em que nascemos. Esta identidade vai sendo construída no e pelo ato de viver, de por-se em movimento pelo mundo.

- **Interação.** A alegoria é permeada de interações. São as interações que constroem a sua trama. Interação do cuidado com a argila, transformando-a em criatura; do cuidado e sua criatura com Júpiter, o que transforma a criatura num ser vivo e, no mesmo ato, faz de cuidado e Júpiter contendores, portadores de diferentes projetos para o ser vivo; interação da terra com os três, aumentando a contenda e tornando mais complexa a nomeação do ser vivo; finalmente Saturno, o senhor do tempo, interagindo com todos e determinando o lugar de cada um.
- **Identidade e alteridade.** Um aspecto muito relevante das diferentes interações é que as identidades existenciais só se estabelecem no ato mesmo dessas interações. O cuidado se faz artesão em presença da argila e a argila só tem sua plasticidade atualizada por força do cuidado. Do encontro do artesão com a argila surge a criatura que, sendo produto da existência do artesão e da argila, não é mais nem artesão nem argila. Quando a criatura-forma ganha existência, coloca-se o problema da falta do espírito, que acaba por resolver-se com Júpiter, que se faz origem do espírito vivo, fazendo da criatura um ser vivo e da terra a origem do corpo de um ser vivo. A identidade de cada um se faz sempre, portanto, na presença de seu outro. A alteridade de cada um se define sempre pela construção de uma identidade, e vice-versa.
- **Plasticidade.** Na base de todo o movimento e de todas as identidades e alteridades criadas pelo movimento, encontramos na alegoria a plasticidade da argila. Não fosse

plástica a matéria de nossa existência, não fosse sujeita à transformação, à moldagem, não haveria a existência. Não haveria, porque não se teria concebido e criado o ser vivo, mas também porque não haveria a possibilidade de sua dissolução, de sua finitude, de sua contínua recriação. O cuidado tem a “posse” do ser vivo porquanto e enquanto o mantenha vivo, porquanto e enquanto sustente sua existência (matéria/ forma/espírito) contra a dissolução.

- **Projeto.** Toda a plasticidade da argila, por sua vez, não poderia ter posto a trama da alegoria em movimento, ter realizado seu papel de efetivar interações e identidades, se não fosse o potencial criador, a capacidade de conceber e construir projetos própria ao cuidado. É porque antevê na plasticidade experimentada na argila a possibilidade de lhe dar a forma humana, e porque interage com a argila na medida capaz de conferir à sua plasticidade a forma antevista, que o cuidado gera o ser vivo. Daí Heidegger sustentar que o Ser do humano é cuidado. É projetar e, ao mesmo tempo, ser o “curador” do projeto.
- **Desejo.** Não se pode perder de vista, ainda, um outro elemento fundamental na tessitura da trama da alegoria, que é o fato de que nenhum dos personagens age de forma completamente determinada. Cuidado cogita dar forma à argila que encontra, e cria uma forma. Refletindo sobre sua criação resolve dar-lhe espírito. Júpiter é convidado a soprar o espírito. A Júpiter agrada essa idéia, e o faz. Cuidado quis nomear a criatura, Júpiter proibiu e exigiu dar o seu nome, a mesma coisa quis a Terra. Ou seja, é do encontro desejante com as circunstâncias que se origina o ser vivo. É de um imponderável cogitar que surge o projeto, e é da realização do projeto que nasce a resolução

de soprar o espírito. Por fim, a intenção de nomear a existência, de tomá-la para si, emerge como pura expressão de um livre e imponderável desejo de manifestação, de presença. Desejo de presença que a alegoria mostra fluir das dimensões corpóreas e espirituais de nossa existência, tanto quanto de nossa aspiração de dar um sentido existencial a ambas, gerando mútuos convites, resistências e conflitos entre o eu e o outro.

- **Temporalidade.** É Saturno, senhor do tempo, que arbitra tais aspirações materiais e espirituais, confiando à habilidade artesã de um projeto de vida a tarefa de gerir a presença de cada uma no devir da existência. O Ser é (do) cuidado, mas será (do) cuidado apenas enquanto seguir sendo. É sempre na perspectiva do fluxo do tempo, do devir da existência, que faz sentido falar de cuidado, ao mesmo tempo que o cuidado é, em si mesmo, condição de possibilidade dessa tripartição temporal e devenida da existência.
- **Não-causalidade.** Que estranho personagem, então, é o cuidado! Ele não é o Ser, mas sem ele não há Ser; ele não é a matéria nem o espírito, mas sem ele a matéria não está para o espírito nem o espírito para a matéria; ele é uma dádiva do tempo, mas o tempo deve a ele sua existência. Estas delicadas dialéticas emergem da alegoria do cuidado como uma indicação de que não podemos explicar a existência nos termos de causa e efeito com que aprendemos a nos apropriar racionalmente de certas dimensões dessa existência. Não é possível produzirmos uma externalidade tal que nos permita estabelecer qualquer um dos personagens da alegoria como condição necessária e suficiente para a existência do outro, como não é possível

sequer pensar a identidade de qualquer um deles sem a presença de seu outro. Também não é possível pensar o que antecede e o que sucede, já que a temporalidade só se manifesta como tal a partir da coexistência de todos. Nesse sentido, o cuidado exige ser pensado como “compossibilidade”, só podendo ser compreendido como um “círculo hermenêutico” (Gadamer, 1991), no qual cada parte só ganha sentido numa totalidade e a totalidade tem seu sentido imediata e radicalmente dependente de cada uma de suas partes.

- **Responsabilidade.** Mas esse “sem começo nem fim”, que caracteriza o círculo hermenêutico, não levaria a um total relativismo? Esse relativismo não é conflitante com a idéia de uma ontologia, isto é, não seríamos nós conduzidos por essa visão circular até um completo indeterminismo e agnosticismo acerca do Ser? E se é assim, como encontrar numa alegoria – uma narrativa, composta de uma trama, com começo, meio e fim – recurso tão feliz para a compreensão da existência? No âmbito da filosofia, esse aparente paradoxo de Heidegger significa, na verdade, talvez o mais relevante giro paradigmático contemporâneo – a ponto de Stein (1988) afirmar que o século XIX filosófico só termina em 1927, com a publicação de “Ser e Tempo”.<sup>3</sup> A grande novidade desse giro foi a superação da dicotomia entre transcendência e imanência, entre fundacionalismo e

<sup>3</sup> Stein destaca que as repercussões da ontologia existencial heideggeriana vão se fazer sentir em praticamente todo o espectro filosófico da contemporaneidade: atingiu a fenomenologia husserliana (de onde partiu); transformou a filosofia analítica, com Ryle; impactou o intento lógico-filosófico de Wittgenstein, sendo decisivo para as suas Investigações; impactou também a tradição hegelianomarxista das escolas de Budapeste e de Frankfurt; por fim desdobrou-se na hermenêutica filosófica, de Gadamer.

relativismo, entre sujeito e objeto. Heidegger mostra com Ser e Tempo que a relação, já dada e inseparável, de homem e mundo torna coincidentes a indagação acerca da existência (ontologia) e do conhecimento (epistemologia). O conhecimento do mundo é já um modo de ser no mundo, e não um distanciamento do mundo. A transcendência é, portanto, um plano de imanência, desde o qual o humano se constrói conhecendo(-se). É, portanto, sem sentido a busca *ad infinitum* do fundamento último do conhecimento do Ser, já que é na circularidade hermenêutica que mais fecundamente o Ser pode vir a conhecer-se. E Heidegger propõe o cuidado como a categoria que mais expressivamente consegue nos colocar em sintonia com esse plano de imanência, sem começo nem fim, no qual *o ser do humano resulta de sua ocupação de si como resultado de si*. Ora, nesse sentido, a existência tem, sim, um sentido, embora não como trajeto linear; tem uma causação, mas não no sentido causalista de uma cadeia onde um antecedente determina um sucesso, que é um evento distinto do seu antecedente. Podemos entender tanto o sentido como a causação na ontologia existencial como o “tomar-se para si” do *dasein*, que não é outra coisa que o sentido mais radical da idéia de “*responsabilizar-se*”. A responsabilidade tem aqui o duplo e, de novo, inseparável sentido de *responder por si* e *responder para si* (Grondin, 1999). Cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar *porque se* responsabiliza. E não é por outra razão que Saturno concede ao cuidado a posse da sua criatura *porquanto* e *enquanto se responsabilizar* por sua existência.

Apesar do excessivo grau de abstração desse plano de conceituação ontológico-existencial do cuidado, toda a discussão que

se pretende fazer adiante acerca do cuidado em saúde assenta-se sobre essas bases. O que se quer propor resulta intrinsecamente do aceite ao convite à ontologia existencial, da afinação ao giro paradigmático aí efetuado. A centralidade hermenêutica da categoria cuidado no plano filosófico acima exposto e no plano aplicado a que se quer chegar não constitui, absolutamente, mera coincidência: movimento, interação, identidade/alteridade, plasticidade, projeto, desejo, temporalidade, não-causalidade e responsabilidade serão elementos que reencontraremos na discussão do cuidado quando passarmos ao plano das práticas de saúde. Antes de passarmos a esse plano, contudo, será necessário nos determos, ainda que de forma sucinta, num patamar intermediário de reflexão acerca do cuidado. Trata-se de examinar uma segunda construção conceitual de relevância para nossos propósitos, que trata do cuidado como expressão de formas de vida da civilização ocidental. Trata-se da categoria foucaultiana do *cuidado de si* (Foucault, 2002).

### O Cuidado como categoria genealógica

Em seu processo de investigação genealógica da microfísica do poder, Michel Foucault identificou na sexualidade um campo de fecundas possibilidades. Partindo da polêmica tese de que a moral sexual vitoriana não era o paradigma de uma cultura de sublimação da sexualidade, mas, ao contrário, constituía o ápice de um processo de crescentes interesse e intervenção sobre o assunto, Foucault localiza, em torno do século II da Era Cristã, a emergência de uma “arte da existência” inteiramente nova. A ela Foucault chamou de “o cuidado de si” (Foucault, 2002).

Cabe lembrar que, ao longo dos três volumes da História da Sexualidade, o objeto central do filósofo francês não é

tanto a sexualidade, em si mesma, quanto a genealogia de uma ética ocidental, entendida não como um conjunto de princípios e pressupostos universais, à moda kantiana, mas como uma espécie de tecnologia que emerge historicamente da experiência social, na forma de saberes e práticas voltados para a construção do lugar do eu e do outro na complexa teia de suas interações, nos planos público e privado. É nesta perspectiva que a categoria “cuidado de si” é definida, dando-nos conta de um movimento de construção, manutenção e transformação da identidades dos indivíduos na civilização ocidental cristã, entendidas por Foucault como “tecnologias do si”. Nesse processo, o conhecimento de si, imperativo de qualquer civilização que possamos conceber, passa a especificar, nesse caso particular, formulações do tipo: Que *fazer* de si mesmo? Que *trabalho operar* sobre si? (Foucault, 1997).

Ainda que não tenha sido seu objetivo fazer a história do cuidado de si, Foucault não deixa de ser um historiador dessa tecnologia social quando busca estabelecer sua genealogia. Nesse sentido, não hesita em apontar o período que vai do século I a.C. ao século II d.C. como aquele de maior desenvolvimento desse dispositivo. Ao demonstrar sua presença já neste período, ainda que não pudesse afirmar estar situada aí sua primeira formulação, Foucault tem o material suficiente para argumentar que a gênese do cuidado de si e suas implicações do ponto de vista biopolítico é anterior ao capitalismo e à moral burguesa, embora nesses contextos possa ter assumido importância particular.

Foucault aponta que a idéia de *ocupar-se consigo* é bem antiga na cultura grega, estando presente, conforme relato de Plutarco, já no ideal do cidadão espartano de treinamento físico e guerreiro em detrimento do cultivo da terra. Ou na afirmação de

Ciro, segundo Xenofonte, de que toda a glória decorrente dos grandes feitos de um homem de nada valiam se fosse à custa do sacrifício do ocupar-se consigo mesmo. Sustenta, contudo, que, até então, este ocupar-se de si tinha a conotação de uma prerrogativa (de alguns), ou mesmo de um privilégio, uma dívida. Mostra, então, que é com o Sócrates do “Alcebiades”, ou da “Apologia”, que esse ocupar-se de si vai ganhar a forma de um cuidado de si, adquirindo progressivamente “as dimensões e formas de uma verdadeira ‘cultura de si’”.

Por essa expressão é preciso entender que o princípio do cuidado de si adquiriu um alcance bem geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo caso um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes; ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constituiu assim uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações, e até mesmo a instituições; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber. (Foucault, 2002, p. 50).

A *epimeleia heautou*, ou *cura sui*, ou essa arte de viver sob o cuidado de si, desenvolve-se, assim, sob o signo do platonismo, como um aperfeiçoamento da alma com auxílio da razão para que se possa levar a melhor vida, da mesma forma como se cuida dos olhos para melhor ver, ou dos pés para melhor correr. Já entre os epicuristas pregava-se o cuidado de si como um recurso à filosofia para garantir “a saúde da alma”. Sêneca dará passos mais largos rumo à conformação da arte existencial do cuidado de si ao defender que

o homem que vela por seu corpo e por sua alma (*hominis corpus animunque curantis*) para construir por meio de ambos a trama de sua felicidade, encontra-se num estado perfeito e no auge de seus desejos, do momento em que sua alma está sem agitação e seu corpo sem sofrimento. (Sêneca, apud Foucault, 2002, p. 51).

A mais acabada elaboração filosófica desse tema, segundo Foucault, será feita, porém, por Epicteto, que chega a definir o ser humano como “*o ser a quem foi confiado o cuidado de si*” (Foucault, 2002, p. 53), recebendo de Deus, com essa finalidade, a faculdade da razão. E a recomendação do cuidado de si não tem em vista apenas o modo de vida do filósofo, do indivíduo que dedica sua vida à sabedoria. Conforme Apuleu, aperfeiçoar a própria alma com a ajuda da razão é uma regra igualmente *necessária* para todos os homens.

Vê-se, assim, como o cuidado de si constitui-se, simultaneamente, como um atributo e uma necessidade universal dos seres humanos, regido por princípios de aplicação geral, embora orientados para uma prática de escopo e responsabilidades absolutamente individuais. Não mais um prazer ou uma prerrogativa, não cuidar-se é sucumbir, e para não sucumbir era preciso conhecer a *verdade* que a razão a todos podia dar acesso.

Esses preceitos, como já indicado, desdobraram-se para além desse caráter doutrinário, conformando um conjunto bem especificado de ações. Como Foucault adverte, o termo *epimeleia* designa não apenas uma preocupação, mas um conjunto de *ocupações*, um labor. Era com esse mesmo termo que se designava as atividades de um dono de casa, as tarefas de um príncipe que vela por seus súditos, ou os cuidados que se

deve ter para com um doente ou ferido. Este mesmo sentido está presente também na alegoria de Higino, como vimos: o cuidado se curva, toma a argila do leito do rio, molda com suas mãos a forma humana e recebe de Saturno o privilégio/ obrigação de zelar pela vida de sua criatura.

Esta vinculação com o labor, com essa atividade relacionada às necessidades vitais, com a *vita activa*, conforme Arendt (1981), estabeleceu precocemente uma correlação muito estreita entre o cuidado de si e a Medicina. Embora não fosse uma preocupação exclusiva sua, não há dúvida de que o conjunto de atividades que constitui o labor implicado no cuidado de si – exercícios, dietas, regimes de sono e vigília, atividade sexual, cuidados corporais, meditações, leituras etc. – serão formulados principalmente por médicos. Se somarmos a isso que o restabelecimento da saúde é também parte dos imperativos do cuidado de si, maior razão teremos de atribuir à Medicina o papel de grande responsável pelo desenvolvimento da *epimeleia beautou*. Galeno (129-199) é aqui a figura paradigmática. Ao galenismo não apenas pode ser creditado grande parte do desenvolvimento das tecnologias do cuidado de si (Foucault, 2002) como, na mesma direção e em sentido inverso, a ele se deve forte e influente identificação da Medicina ocidental ao racionalismo individualizante e intervencionista que marca tais tecnologias. Com efeito, a partir de Galeno o alcance da saúde passou a depender, de um lado, do diagnóstico de *cada constituição individual*, apreendida por meio da aplicação racional e sistemática de categorias que expressavam *leis universais da natureza* (teoria dos humores) e, de outro lado, de uma ativa intervenção do médico sobre os fatores perturbadores ou obstaculizadores do melhor arranjo desta constituição (Ackerknecht, 1982; Sigerist, 1990).

Abandonaremos neste ponto o estudo de Foucault, pois não nos interessa aqui as consequências que o filósofo extrai da sua genealogia quanto às regulações que se farão sobre a sexualidade e a sociabilidade por intermédio das tecnologias do si. Basta-nos tão somente destacar as relações mutuamente esclarecedoras e fecundantes entre o desenvolvimento do discurso e da prática médica ocidentais e uma ontologia existencial fundada na idéia de cuidado. Em síntese, Heidegger possibilitou-nos uma auto-compreensão existencial da condição humana como cuidado. Foucault nos mostra o desenvolvimento do cuidado de si como uma forma de vida no ocidente cristão. O *cuidado de si* possibilita, assim, enraizar genealogicamente o plano de imanência da ontologia heideggeriana, ao mesmo tempo em que o *dasein* abre-nos a possibilidade de conferir um sentido existencial à genealogia foucaultiana. É tirando proveito dessa mútua fecundação, da possibilidade de nos arguirmos do valor existencial das tecnologias do si como forma de vida, que buscaremos nos indagar a respeito das práticas de saúde contemporâneas, dos alcances, limites e implicações das formas atuais de cuidado em saúde. Cabe, nesse sentido, nos perguntarmos: até que ponto esse labor individualista e “pan-racionalista” segue instruindo as práticas de saúde contemporâneas? Em que tecnologias específicas se organiza, se é que se organiza? Até que ponto atinge nossas práticas de saúde pública? É possível identificar outros tipos de tecnologia, outras “artes da existência”, outros projetos existenciais nas propostas contemporâneas para as práticas de saúde pública?

### O Cuidado como categoria crítica

O terceiro plano de aproximação à questão do cuidado a que agora nos remeteremos diz respeito ao cuidado como modo de

interação nas e pelas práticas de saúde nos seus moldes contemporâneos, restringindo-nos agora às tecnologias já configuradas como o campo institucional das práticas de saúde.

Embora o próprio Foucault (2001) tenha demonstrado que a Medicina, nas sociedades capitalistas, tornou-se uma Medicina social, isto é, que sob o capitalismo ampliou-se a esfera de cognição e intervenção normativa dos saberes e fazeres da saúde ao campo das relações sociais, este processo não parecer afetado radicalmente o caráter individual-universalista do cuidado de si, especialmente quando se trata das ações de assistência médica. Com efeito, Foucault mesmo nos mostra que é sobre o corpo dos indivíduos que as tecnologias do social são aplicadas, disciplinando-os, regulando-os e potencializando-os como força produtiva. Quando pensamos especificamente nas tecnologias mais imediatamente aplicadas aos coletivos humanos, organizados em torno da higiene vemos o mesmo se repetir. Ainda que tenham experimentado um momento mais caracteristicamente coletivo, público e politicamente consensual de conhecimento e intervenção normativas na saúde, a higiene pública e a higiene social cederam rapidamente lugar a uma higiene centrada na tradução cientificista e individualmente centrada das tecnologias de cuidado em saúde. Com efeito, desde meados do século XIX a racionalidade que orientou o horizonte normativo da saúde pública passou mais e mais a ater-se a uma racionalidade estritamente científica e as suas correspondentes estratégias reguladoras orientaram-se também progressivamente para uma gestão individual dos riscos à integridade e desempenho funcional do corpo (Ayres, 1997).

Foge aos objetivos deste ensaio, no entanto, uma maior fundamentação dessa tese da persistência do caráter individual-universalista do cuidado em saúde. O que nos importa

aqui é reter esta tese como o pano de fundo de recentes problematizações desse cuidado no âmbito de suas configurações técnicas e institucionais, em meio às quais se inserem as nossas próprias. Tais problematizações consistem de um variado conjunto de reflexões críticas sobre as tecnologias da saúde que, sob diferentes perspectivas, tratam da organização de ações e serviços de saúde, da formulação de políticas de saúde, das relações médico-paciente, das relações serviços-população, das relações entre os diversos profissionais nas equipes de saúde, entre outros aspectos (Schraiber et al., 2000; Pinheiro & Mattos, 2003; Czeresnia & Freitas, 2003). Entre essas diversas possibilidades de aproximação crítica, vamos nos deter especificamente nas tecnologias de assistência à saúde, aspecto que de certa maneira atravessa todas as outras, mas que, sem dúvida, diz respeito mais imediatamente ao encontro terapêutico propriamente dito.

As recentes transformações da Medicina contemporânea rumo à progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica apresenta efeitos positivos e negativos, já relativamente bem conhecidos. De um lado, identifica-se como importantes avanços a aceleração e ampliação do poder de diagnose, a precocidade progressivamente maior da intervenção terapêutica, o aumento da eficácia, eficiência, precisão e segurança de muitas dessas intervenções, melhora do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. Como contrapartida, a autonomização e tirania dos exames complementares, a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transformam-se em evidentes limites. Acompanhando a observação desses

limites, passou a ser comum a com o que Schraiber (1997a) caracterizou como uma “crise de confiança”, referindo-se ao fato de que o paroxístico progresso tecnológico da Medicina acarretou profunda insegurança quanto à adequação prática e correção moral do que está sendo feito nas práticas terapêuticas, por todas as razões acima listadas. Nesse sentido, destaca-se, entre outros problemas, uma progressiva incapacidade das ações de assistência à saúde de se provarem racionais, de se mostrarem sensíveis às necessidades das pessoas e de se tornarem cientes de seus próprios limites.

Uma resposta frequente ao problema, apoiada na tradicional visão da assistência à saúde como misto de ciência e arte, é a de que o problema estaria num suposto esquecimento da dimensão arte. Haveria muita tecnologia científica e pouca arte na Medicina contemporânea – muita tecnociência porque pouca arte, ou pouca arte porque muita tecnociência.

Embora se aproxime de aspectos fulcrais do problema, essa forma de colocar a questão não parece satisfatória. É lícito afirmar que, em nossos dias, falar da arte ou falar da tecnociência da Medicina é quase a mesma coisa. Não há, no âmbito da herança cultural em que nos movemos, arte sem tecnociência nas ações de assistência médica. A tecnociência médica incorpora a arte médica, molda essa arte, expressa essa arte. A arte médica, por sua vez, reclama a tecnociência, alimenta-se dela, transfigura-se nela. Quando um profissional da saúde introduz entre seus procedimentos propedêuticos as evidências produzidas por uma Medicina Baseada em Evidências, ele está sacrificando a arte à tecnociência ou está produzindo arte médica como tecnociência? Quando as ciências e tecnologias médicas tornam-se mais e mais diversificadas e especializadas, estão elas procurando uma condição de pureza

e autonomia científicas ou estão respondendo à diversificação de juízos requeridos para a tomada de decisões na assistência? Pensamos poder assumir como verdadeira a segunda posição em ambos os casos. Não parece, por isso, interessante polarizar “arte x ciência”. Devemos, isto sim, problematizar de forma indissociável o par “arte-tecnociência”. Ou seja, o que devemos examinar é o significado desse lugar destacado e determinante que a tecnociência passou a ocupar na arte da assistência. O que é essa arte tecnocientífica? O que são essas ciências completamente dependentes da arte de assistir à saúde? Por que a tecnociência da assistência à saúde tem sido acusada de ser irracional, desumana, onipotente?

Temos uma proposição hipotética a respeito dessa última indagação, que pode ser formulada como a afirmação de que a atual crise de legitimidade das formas de organização do cuidado em saúde, isto é, a falta de confiança nos seus alcances técnicos e éticos, decorre do progressivo afastamento da arte tecnocientífica da Medicina em relação aos projetos existenciais que lhe cobram participação e lhe conferem sentido. Dito de outra forma, é como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam. Narcísica, a Medicina tecnocientífica encantou-se consigo mesma. Não cessa de se olhar no espelho, espelho que se desdobra ad infinitum, mostrando sempre mais à arte como ela pode ser poderosa com a ciência e à ciência como são ilimitados seus potenciais artísticos. O conflito entre esses dois pólos não passa, portanto, de um artifício de imagem: o que parece uma negação de um ao outro não é mais que a busca do melhor ângulo para o mesmo reflexo. Uma mesma imagem busca

incessantemente a si mesma, como dois espelhos antepostos. Arte e ciência oferecem uma à outra um enorme poder e, nesse encantamento mútuo, deixaram muitas vezes de se perguntar: poder de quem, poder porque, poder para quê?

Conforme nos mostrou Heidegger (1995), o querer, o julgar, o conhecer e o fazer são diferentes expressões de um mesmo “ser-aí”. A compreensão sobre quem tem poder de fazer o que e porque é portanto fundamental para as relações entre a tecnociência médica e a vida da qual faz parte. Ao tornar-se quase impermeável a questões acerca do que seja, afinal, a saúde que persegue; ao limitar a um mínimo o lugar dos desejos e da busca de felicidade como critérios válidos para avaliar o sentido das práticas; ao não se preocupar suficientemente com a natureza e os mecanismos da construção dos consensos intersubjetivos que orientam seus saberes (a práxis científica) e suas práticas (a práxis médica), a assistência à saúde começa a se tornar problemática, inclusive para seus próprios criadores, enfrentando crises econômicas, crises políticas mas, especialmente, as já citadas crises de legitimidade.

Quando pensamos na assistência à saúde, vem-nos de imediato à mente a aplicação de tecnologias para o bem estar físico e mental das pessoas. Em geral a formulação é simples: a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais de saúde aplicam esses saberes e instrumentos e produz-se a saúde. Precisamos considerar que a direção inversa também é verdadeira: que o modo como aplicamos e construímos tecnologias e conhecimentos científicos determina limites para o que podemos enxergar como necessidades de intervenção em saúde. Precisamos ter claro também que nem tudo que é importante para o bem

estar pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico. E por fim, mas fundamental, precisamos estar atentos para o fato de que nunca, quando assistimos à saúde de outras pessoas, mesmo estando na condição de profissionais, nossa presença na frente do outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos. Somos sempre alguém que, percebamos ou não, está respondendo a perguntas do tipo: “O que é bom pra mim?”, “Como devo ser?”, “Como pode ser a vida?” (Mendes Gonçalves, 1994; Schraiber, 1997b).

Ora, se tecnologia não é apenas aplicação de ciência, não é simplesmente um modo de fazer, mas é também, enquanto tal, uma decisão sobre quais coisas podem e devem ser feitas, então nós temos que pensar que nós, profissionais de saúde, estamos construindo mediações, estamos escolhendo dentro de certas possibilidades o que devem querer, ser e fazer aqueles a quem assistimos – e nós próprios. Por outro lado, se assumimos também que as respostas necessárias para alcançar a saúde não se restringem aos tipos de pergunta que podem ser formuladas na linguagem da ciência, então a ação em saúde não pode se restringir à aplicação de tecnologias. Nossa intervenção técnica tem que se articular com outros aspectos não tecnológicos. Não podemos limitar a arte de assistir apenas à criação e manipulação de “objetos”.

Na qualidade de portador de uma demanda de saúde, qualquer indivíduo é, de fato, potencial “objeto de conhecimento e intervenção”. É isso que se espera das ciências e dos serviços de saúde. Contudo, nada, nem ninguém, pode subtrair a esse mesmo indivíduo, como aspirante ao bem-estar, a palavra última sobre suas necessidades. Encontrando suas ressonâncias profundas nas suas dimensões ontológico-

existenciais, é preciso que o cuidado em saúde considere e participe da construção de projetos humanos. Como vimos, para cuidar há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se opor à dissolução, que quer garantir e fazer valer sua presença no mundo. Então é forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade de quem quer ser cuidado? Que papel desempenhamos nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade de cuja concepção participamos? A verdade é que raramente chegamos sequer a nos indagar sobre os projetos de felicidade daqueles indivíduos ou populações aos quais prestamos assistência, quanto mais participar ativamente de sua construção.

#### **O Cuidado<sup>4</sup> como categoria reconstrutiva**

Atribuímos, aqui, ao Cuidado o estatuto de uma categoria reconstrutiva, querendo com isso nos referir à aposta, fundamentada na trajetória reflexiva acima descrita, de que existe uma potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção

livre e solidária de uma vida que se quer feliz, a que estamos chamando de Cuidado.

O momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação “dessubjetivadora”, quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo “objeto de intervenção” que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. Com efeito, a interação terapêutica apoia-se na tecnologia, mas não se limita a ela. Estabelece-se a partir e em torno dos objetos que ela constrói, mas precisa enxergar seus interstícios. Nesse sentido, o Cuidar põe em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício de subjetividade criadora de um produtor de artefatos. Ou seja, não é a *theoria* nem a *póiesis* o espaço privilegiado do Cuidado, mas aquele que os amalgama nas interações terapêuticas, a *práxis*, ou atividade prática. O saber que se realiza aqui (se deixarmos) é algo que na filosofia aristotélica é chamado de *phrónesis*, ou sabedoria prática, um tipo de saber que não cria objetos, mas constitui sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo (Gadamer, 1991).

Ao considerarmos verdadeiramente esse outro saber no momento assistencial, assumimos que a saúde e a doença, não são apenas objeto, mas, na condição mesma de objeto, configuram modos de “ser-no-mundo”. Enquanto tal, utilizar ou não certas tecnologias, desenvolver ou não novas tecnologias, quais tecnologias combinar, quais tecnologias transformar, todas essas escolhas resultam de um juízo prático, um tipo de sabedoria diferente daquela produzida pelas ciências. Trata-se de uma sabedoria que não cria produtos, não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis, não cria universais, posto que só cabe no momento mesmo em que os seus juízos se fazem

<sup>4</sup> Para diferenciar o uso deste termo nesta perspectiva reconstrutiva, isto é, de um “ideal regulador” (Habermas, 1990), o grafaremos sempre com inicial maiúscula.

necessários. Quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (o paciente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Aí a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de Cuidado.

Revalorizar a dignidade dessa sabedoria prática é, portanto, uma tarefa e um compromisso fundamental quando se quer Cuidar. Mas isso nem sempre é fácil, porque é frequente tomarmos o reconhecimento e a valorização desses saberes não-técnicos como obscurantismo, atraso. Isso nos parece um lamentável equívoco. Nós podemos não concordar com uma dada crença de um paciente, por exemplo, e, conversando com ele, seguirmos convictos de que essa crença não lhe beneficia, e até vir a convencê-lo disso. Mas, independente de o convencermos ou sermos convencidos por ele, se simplesmente desconsiderarmos um saber não-técnico implicado na questão de saúde com que estamos lidando, então não estaremos deixando a pessoa assistida participar de fato da ação em curso. Ela não estará sendo sujeito. É fundamentalmente aí que está a importância do Cuidar nas práticas de saúde: o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a

aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente.

É claro que certas assimetrias podem ser desejadas, ou mesmo humanamente inexoráveis. Por exemplo, o domínio de um sem número de tecnologias e conhecimentos científicos é, na maior parte das vezes, absolutamente inviável e desinteressante para o assistido. Isto não deve servir de obstáculo, porém, a que este compreenda os significados práticos de qualquer tipo de intervenção que lhe seja proposto, nem de criar canais que lhe permitam participar de escolhas relevantes sobre o que e como produzir nas tecnologias da saúde. Outro exemplo é o lugar terapêutico de uma certa confiança “quase-incondicional” que a pessoa fragilizada por algum padecimento de saúde tende a depositar no seu cuidador, o que não precisa ser confundido com dependência ou inferioridade. Recuperar a dignidade da sabedoria prática, da *phrónesis*, abrir espaço para a reflexão e a negociação sobre objetivos e meios das ações em saúde, sem determinar de modo absoluto e *a priori* onde e como chegar com a assistência: eis como vemos configurarem-se o norte político e as tarefas práticas de uma reconstrução das ações de saúde quando se tem o Cuidado como horizonte.

### O Cuidado e os desafios da reconstrução

São diversos os desafios que se colocam para a reconstrução das práticas de saúde no sentido “reconciliador” acima apontado. Não temos aqui a pretensão de listá-los exaustivamente, tampouco de estabelecer qualquer tipo de hierarquização ou ordem de prioridades. Contudo é possível identificar alguns mais imediatamente visíveis e que agruparemos conforme

três motivações fundamentais: voltar-se à presença do outro; otimizar a interação e enriquecer horizontes.

### ***Voltar-se à presença do outro***

Por tudo o que foi dito, torna-se evidente, no que se refere às tecnologias disponíveis, a necessidade de superar a restrição àquelas que trabalhem restritamente com uma racionalidade instruída pelos objetos das ciências biomédicas. Embora estas ciências ocupem lugar fundamental e insubstituível, pelo tanto que já avançaram na tradução de demandas de saúde no plano da corporeidade, ao atentarmos à presença do outro (sujeito) na formulação e execução das intervenções em saúde, precisamos de conhecimentos que nos instruam também desde outras perspectivas. É assim que a tradução objetiva das identidades e aspirações dos indivíduos e populações de quem cuidamos, para além da dimensão corporal realizada pelas ciências biomédicas, guarda enorme interesse para o Cuidar. Conceitos e métodos da psicologia, da antropologia, da sociologia, podem nos ajudar a compreender mais ricamente os sujeitos com os quais interagimos nas e pelas ações de saúde. Muito em particular, o recurso a estas outras possibilidades objetivadoras são essenciais para superar a perspectiva individualista que exerce tão forte influência em nossas práticas de saúde, desde suas raízes gregas.

Claro que não se pode imaginar que a incorporação de outras perspectivas científicas que tratem de estruturas e processos transindividuais seja o suficiente para superar os excessos individualistas das tecnologias da saúde. Há aqui determinantes de diversas outras ordens que precisam ser considerados. Porém, se não é suficiente, certamente esse é um movimento necessário, pois tais disciplinas podem estender a

fabulosa capacidade das ciências de produzir consensos intersubjetivos e instrumentalmente orientados a regiões discursivas que se ocupem de experiências coletivas, grupais, culturais, institucionais, ampliando possibilidades de aproximações tecnológicas a essas regiões. As bases científicas das tecnologias de saúde não precisam (e não devem) ficar restritas às ciências biomédicas. Um exemplo da possibilidade e relevância desse enriquecimento disciplinar na instrução de práticas de saúde, e do correlativo alargamento do escopo de suas ações, é a proposição do quadro conceitual da vulnerabilidade (Mann & Tarantola, 1996; Ayres et al. 2003), desenvolvidas no contexto da epidemia de HIV/Aids. O enfoque da vulnerabilidade tem se mostrado um valioso instrumento para escaparmos à lógica cognitivo-comportamentalista na compreensão da suscetibilidade à infecção pelo HIV e, conseqüentemente, tem nos permitido ampliar as intervenções preventivas para além do território e responsabilidades restritas à individualidade.

Temos também clareza, por outro lado, de que não é só na ampliação do espectro de saberes científicos que temos que trabalhar para que o outro e seus contextos estejam presentes no Cuidado. Mesmo considerando as diferenças de pressupostos e métodos das diversas disciplinas, a tendência dos saberes científicos, de modo geral, é trabalhar com regularidades, com relações de determinação que serão sempre muito abstratas com referência às situações concretas que vamos encontrar no cotidiano das práticas de saúde. Por isso é preciso também um trabalho de reconstrução que se dê no espaço mesmo de operação dos saberes tecnológicos. Nesse sentido, parece-nos bastante produtiva a classificação proposta por Merhy (2000) para os diferentes “estágios” de conformação e operação de tecnologias, chamando a atenção

para a importância das “tecnologias leves”, aquelas implicadas no ato de estabelecimento das interações intersubjetivas na efetuação dos cuidados em saúde. O espaço das tecnologias leves é aquele no qual nós, profissionais de saúde, estamos mais imediatamente colocados frente ao outro da relação terapêutica. Assim, dependendo do modo como organizamos este espaço de prática, teremos maiores ou menores chances de que, através do fluir de uma sabedoria prática por entre o mais amplo espectro de saberes e materiais tecnocientíficos disponíveis, a presença desse outro seja mais efetiva e criativa. Com preocupações desta natureza, vemos recentemente tomar forma algumas das mais importantes iniciativas no sentido de reconstrução das práticas de saúde por meio de reflexões e inovações em aspectos da maior relevância no cuidado em saúde, como acolhimento, vínculo e responsabilização na organização da assistência à saúde (Silva Jr et al., 2003).

### **Otimizar a interação**

O espaço privilegiado das tecnologias leves nos traz a essa segunda área de motivação, que é a da otimização das interações. Teixeira (2003) chama a atenção para o fato de que o espaço das tecnologias leves pode ser entendido, por sua dimensão comunicacional, como um espaço de conversação e os serviços de saúde como complexas e dinamicamente interligadas redes de conversação. Demonstra, a partir dessa perspectiva, que os onipresentes e substantivos diálogos que entretecem todo o trabalho em saúde não conformam apenas a matéria por meio da qual operam as tecnologias, mas que a conversação, ela própria, na forma em que se realiza, constitui um campo de conformação de tecnologias. O autor exemplifica sua posição com a questão do acolhimento, mostrando que

mais que um espaço de recepção, ou um ponto determinado de um fluxograma, o acolhimento constitui um dispositivo que pode perpassar todo e qualquer espaço e momento de trabalho de um serviço de saúde. Para isso, e o mesmo raciocínio parece valer também para a questão do vínculo e da responsabilização, basta que as tecnologias de conversação sejam desenvolvidas no sentido de uma ausculta sensível – que permita em todos esses espaços e momentos a irrupção do outro, com suas variadas demandas – e de uma orientação assistencial voltada à integralidade do cuidado – com capacidade e agilidade de produzir algum tipo de resposta do serviço a essas demandas. Por outro lado, quanto mais tais redes de conversação forem percebidas e trabalhadas, tanto mais as vozes e demandas dos sujeitos técnicos se farão ouvir também, pois, do mesmo modo que os indivíduos e populações “alvo”, também os operadores da técnica se vêm limitados em sua expressão subjetiva por tecnologias instruídas por categorias excessivamente universais, abstratas e rígidas.

Instruídos por uma concepção dialógica, não apenas a sensibilidade da ausculta (bilateral) e a capacidade de resposta devem ser repensados nos serviços de saúde. A própria avaliação do que seja o bom êxito das ações desenvolvidas precisa sofrer rearranjos correspondentes. Sob este modo de ver, não faz sentido, por exemplo, enxergar necessariamente como fracasso os limitados resultados obtidos no desempenho de uma atividade, a não adesão a uma proposta de atenção ou mesmo a pouca demanda por um serviço oferecido. Desde uma compreensão dialógica das ações de saúde, todo e qualquer fracasso técnico, como também todo e qualquer êxito, admite (e reclama) ser avaliado simultaneamente quanto ao seu significado prático. Em outras palavras, é preciso que

não apenas o alcance de fins, mas também a qualidade dos meios, isto é, a efetividade comunicacional das atividades assistenciais, em termos de forma e conteúdo, se incorpore como preocupação e norte do planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde (Sala et al., 2000).

### **Enriquecer horizontes**

Finalmente, a orientação em relação a um Cuidar efetivo, no qual a presença do outro seja ativa e as interações intersubjetivas sejam ricas e dinâmicas, exige que tanto a racionalidade orientadora das tecnologias quanto os âmbitos e agentes de sua operação tenham seus horizontes expandidos. É preciso superar a conformação individualista, rumo a esferas também coletivas, institucionais e estruturais de intervenção e enriquecer a racionalidade biomédica com construtos de outras ciências e outros saberes. Todos esses nortes dependem de que saiam do jargão sanitário e passem a fazer parte de efetivos rearranjos tecnológicos as surradas bandeiras da *interdisciplinaridade* e *intersetorialidade* – as quais nunca será demais endossar. A essas somaríamos outra, ainda, não tão celebrada mas já relativamente valorizada: a da pluralidade dialógica, isto é, a abertura dos espaços assistenciais a interações dialógicas por meio de linguagens outras, como a expressão artística, o trabalho com linguagens corporais e mesmo outras racionalidades terapêuticas.

Temos razões objetivas para otimismo em relação às possibilidades atuais de expansão de horizontes. Conforme dizíamos no início, há uma série de novas propostas em curso no campo da saúde, algumas ainda apenas na forma de discursos, outras já se estendendo como práticas mais consolidadas que podem contribuir nessa direção. Os Programas de Saúde da

Família (PSF) dão nova base para articulações intersetoriais e promovem a entrada de novos cenários, sujeitos e linguagens na cena da assistência; a sensibilidade para os aspectos sócio-culturais do processo saúde-doença ganha novo ímpeto com a crescente ênfase dada à promoção da saúde; quadros como o da vulnerabilidade resgatam os aspectos contextuais e institucionais como esfera de diagnóstico e intervenção em saúde, chamando à interação entre diferentes disciplinas e áreas do conhecimento; a vigilância da saúde incorpora novos objetos e tecnologias e, especialmente, propicia um intenso protagonismo comunitário na definição de finalidades e meios do trabalho sanitário. Todas essas mudanças constituem novas interfaces dialógicas com enormes potenciais para os sentidos de reconstrução das práticas de saúde que viemos de discutir. Resta-nos agora o não pequeno desafio de fazer com que os novos discursos trazidos por e com essas recentes proposições permitam, efetivamente, reconstruir nossas práticas de saúde para que possamos sempre mais chamá-las de Cuidado.

### **Referências**

- ACKERKNECHT, E. H. *A short history of Medicine*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1982.
- ARENDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.
- AYRES, J. R. C. M. *Sobre o risco*: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 1997.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da saúde*: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-39.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da saúde*: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FOUCAULT, M. O nascimento da Medicina Social. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2001. p. 79-98.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

\_\_\_\_\_. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

GADAMER, H.G. *Verdad y método*. Salamanca: Sígueme, 1991.

GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.

GRONDIN, J. *Introdução à hermenêutica filosófica*. São Leopoldo: Unisinos, 1999.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes, 1995.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M. (Eds.). *Aids in the world II*. New York: Oxford University Press, 1996.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 4, n. 6, p. 109-16, 2000.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

SALA, A.; NEMES, M.I.B.; COHEN, D.D. Avaliação na prática programática. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M.I.B.; GONÇALVES, R.B.M. (Orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 173-93.

SCHRAIBER, L.B. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios e outros dilemas*. Tese (Livre-Docência) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997(a).

\_\_\_\_\_. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 1, n. 1, p. 123-38, 1997b.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M.I.B.; GONÇALVES, R.B.M. (Orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000.

SIGERIST, H. *Hitos en la historia de la salud pública*. Mexico: Siglo Veintiuno, 1990.

SILVA JÚNIOR, A.G.; MERHY, E.E.; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 113-28.

STEIN, E. *Seis estudos sobre ser e tempo*. Petrópolis: vozes, 1988.

TEIXEIRA, R.R. *Estudo sobre a técnica e a saúde*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.

# O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde<sup>1</sup>

## Relato de um caso

“Saí do consultório e caminhei pelo corredor lateral até a sala de espera, cartão de identificação à mão, para chamar a próxima paciente. Já era final de uma exaustiva manhã de atendimento no Setor de Atenção à Saúde do Adulto da unidade básica. Ao longo do percurso fiquei imaginando como estaria o humor da paciente naquele dia – o meu, àquela hora, já estava péssimo. Assim que a chamei, D. Violeta<sup>2</sup> veio, uma vez mais, reclamando da longa espera, do desconforto, do atraso de vida que era esperar tanto tempo. Eu, que usualmente nesse momento, sempre repetido, buscava compreender a situação da paciente, acolher sua impaciência e responder com uma planejada serenidade, por alguma razão nesse dia meu sentimento foi outro. Num lapso de segundo tive vontade de revidar, nesse primeiro contato, o tom rude e agressivo de que sempre era alvo.

---

<sup>1</sup> Primeira publicação: AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez 2004.

<sup>2</sup> Nome fictício.

Quase no mesmo lapso, senti-me surpreso e decepcionado com esse impulso, que me pareceu a antítese do que sempre acreditei ser a atitude de um verdadeiro terapeuta, seja lá de que profissão ou especialidade for. Essa vertigem produziu em mim muitos efeitos. Um deles, porém, foi o que marcou a cena. Ao invés da calculada e técnica paciência habitual, fui invadido por uma produtiva inquietude, um inconformismo cheio de uma energia construtora. Após entrar no consultório com D. Violeta, me sentar e esperar que ela também se acomodasse, fechei o prontuário sobre a mesa, que pouco antes estivera consultando, e pensei: ‘Isto não vai ser muito útil. Hoje farei com D. Violeta um contacto inteiramente diferente’. Sim, porque me espantava como podíamos ter repetido tantas vezes aquela mesma cena de encontro (encontro?), com os mesmos desdobramentos, sem nunca conseguir dar um passo além. Inclusive do ponto de vista terapêutico, pois era sempre a mesma hipertensa descompensada, aquela que, não importa quais drogas, dietas ou exercícios prescrevesse, surgia diante de mim a intervalos regulares. Sempre a mesma hipertensão, o mesmo risco cardiovascular, sempre o mesmo mau humor, sempre a mesma queixa sobre a falta de sentido daquela longa espera. A diferença hoje era a súbita perda do meu habitual autocontrole; lamentável por um lado, mas, por outro lado, condição para que uma relação inédita se estabelecesse.

Para espanto da minha aborrecida paciente não comeci com o tradicional ‘Como passou desde a última consulta?’. Ao invés disso, prontuário fechado, caneta de volta ao bolso, olhei bem em seus olhos e disse: ‘Hoje eu quero que a senhora fale um pouco de si mesma, da sua vida, das coisas de que gosta, ou de que não gosta... enfim, do que

estiver com vontade de falar’. Minha aturdida interlocutora me olhou de um modo como jamais me havia olhado. Foi vencendo aos poucos o espanto, tateando o terreno, talvez para se certificar de que não entendera mal, talvez para, também ela, encontrar outra possibilidade de ser diante de mim. Dentro de pouco tempo, aquela mulher já idosa, de ar cansado – que o característico humor acentuava, iluminou-se e pôs-se a me contar sua saga de imigrante. Falou-me de toda ordem de dificuldades que encontrara na vida no novo continente, ao lado do seu companheiro, também imigrante. Como ligação de cada parte com o todo de sua história, destacava-se uma casa, sua casa – o grande sonho, seu e do marido – construída com o labor de ambos: engenheiros e arquitetos autodidatas. Depois de muitos anos, a casa ficou finalmente pronta e, então, quando poderiam usufruir juntos do sonho realizado, seu marido faleceu. A vida de D. Violeta tornara-se subitamente vazia, inútil – a casa, o esforço, a migração. Impressionado com a história e com o modo muito “literário” como a havia narrado para mim, perguntei, em tom de sugestão, se ela nunca havia pensado em escrever sua história, ainda que fosse apenas para si mesma. Ela entendeu perfeitamente a sugestão, à qual aderiu pronta e decididamente. Não me recordo mais se ela ainda voltou a reclamar alguma vez de demoras, atrasos etc. Sei que uma consulta nunca mais foi igual à outra, e eram de fato ‘encontros’, o que acontecia a cada vinda sua ao serviço. Juntos, durante o curto tempo em que, por qualquer razão, continuamos em contato, uma delicada e bem-sucedida relação de cuidado aconteceu. Receitas, dietas e exercícios continuaram presentes; eu e ela é que éramos a novidade ali.”

### Acerca do objeto e pressupostos desta reflexão

A narrativa acima é o relato de uma experiência do autor em suas atividades de assistência médica em uma unidade de atenção primária à saúde. Abrir o presente ensaio com esta narrativa tem um duplo propósito aqui. O primeiro deles é buscar, através da narrativa, uma aproximação, antes de tudo estética, do leitor ao assunto a ser tratado: o humano e o cuidado nas práticas de saúde. Trata-se de chamar o leitor a *perceber* o tema, antes mesmo de uma aproximação mais conceitualmente municiada. O segundo propósito é utilizar o caso como guia da discussão, pois o que na narrativa pode ser mais imediatamente percebido é substantivamente aquilo que se quer explorar de modo mais sistemático ao longo do ensaio: alguns aspectos que podem fazer de um encontro terapêutico uma relação de Cuidado, desde uma perspectiva que busque ativamente relacionar o aspecto técnico, aos aspectos humanistas da atenção à saúde.

Ao mesmo tempo em que experimentam notável desenvolvimento científico e tecnológico, as práticas de saúde vêm enfrentando, já há alguns anos, uma sensível crise de legitimação (Schraiber, 1997). Não é senão como resposta a isso que se torna compreensível o surgimento recente no campo da saúde de diversas propostas para sua reconstrução, sob novas ou renovadas conformações, tais como integralidade, promoção da saúde, humanização, vigilância da saúde etc (Czeresnia e Freitas, 2003). Uma tal reconstrução necessita, para sua realização, de esforços coletivos e pragmáticos, entendidos nos termos habermasianos de um processo público de interação entre diversas pretensões, exigências e condições de validade das diversas proposições e interesses em disputa (Habermas, 1988). Há já em curso na saúde coletiva brasi-

leira processos dessa natureza relacionados à reconstrução das práticas de saúde, muito especialmente aquele que gravita em torno das proposições da chamada *humanização da atenção à saúde* (Deslandes, 2004).

O que se busca com o presente ensaio é somar a esse debate, trazendo-se uma perspectiva reflexiva que estrutura em torno à noção de *Cuidado*, uma série de princípios teóricos e práticos que se julga relevantes para iluminar muitos dos desafios conceituais e práticos para a humanização das práticas de saúde.

Um esclarecimento importante deve ser feito antes de se prosseguir, e que diz respeito às pretensões de validade deste ensaio por si só. Na qualidade de um ensaio reflexivo, não teria sentido postular, na argumentação a ser aqui desenvolvida, alguma verificação puramente factual ou lógica das proposições. Não se trata de aceitar ou rejeitar qualquer enunciado de tipo assertivo, mas de convidar o leitor ao exame da coerência argumentativa e de seu significado e validade prática. Em outros termos, trata-se aqui menos de buscar *conhecer* um dado aspecto da realidade do que procurar *entendê-lo* (Gadamer, 1996). Seguindo na trilha dos saberes de corte hermenêutico que constituem a herança das chamadas “humanidades”, busca-se uma relação de construção compartilhada, uma compreensão que é simultânea e imediatamente “formação” daqueles que se entendem sobre algo que diz respeito às suas próprias identidades histórica e socialmente construídas (Gadamer, 1996) .

Seria também prudente, nessas considerações iniciais, tecer uma certa delimitação terminológica que minimize a polissemia de expressões que têm pautado o processo de reconstrução das práticas de saúde no Brasil. Felizmente há já trabalhos que

realizaram a exploração conceitual desses termos de forma muito competente, aos quais se remete o leitor interessado em maior aprofundamento, como os já citados estudos de Deslandes (2004) e Czeresnia & Freitas (2003). A esses, poderiam ser acrescentadas as discussões desenvolvidas e organizadas por Pinheiro e Mattos (2001) acerca da integralidade. Para as finalidades deste ensaio, assume-se a centralidade lógica e prioridade ética da noção de humanização em relação às demais, buscando-se trabalhar com esta no sentido genérico de um conjunto de proposições cujo norte ético e político é *o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum*.

Destaque-se na definição acima, em primeiro lugar, a ampliação do horizonte normativo pelos quais se pensa deverem ser guiadas e julgadas as práticas de saúde, expandindo-o da referência à normalidade morfofuncional, própria às tecnociências biomédicas modernas (Luz, 1988), à ideia mais ampla de felicidade. A ideia de felicidade busca, por outro lado, escapar tanto à restrição da conceituação de saúde a este horizonte tecnocientífico estrito quanto a uma ampliação excessivamente abstrata desse horizonte, tal como a clássica definição da saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social” difundida pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 70 (Alma-Ata, 1978). Ao se conceber a saúde como um “estado” de coisas, e “completo”, inviabiliza-se sua realização como horizonte normativo, já que este, como qualquer horizonte, deve mover-se continuamente, conforme nós próprios nos movemos, e não pode estar completo nunca, pois as normas associadas à saúde, ao se deslocarem os horizontes, precisarão ser reconstruídas constantemente. Já a

noção de felicidade remete a uma experiência vivida valorada positivamente, experiência esta que, frequentemente, independe de um estado de completo bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional. É justamente essa referência à relação entre experiência vivida e valor, e entre os valores que orientam positivamente a vida com a concepção de saúde, que parece ser o mais essencialmente novo e potente nas recentes propostas de humanização.

Por outro lado, o caráter contrafático, isto é, avesso a qualquer tentativa de definição *a priori*, mas acessível apenas e sempre a partir de obstáculos concretos à realização dos valores associados à felicidade, deve estar sempre em vista se queremos evitar qualquer tipo de fundamentalismo ou, num outro extremo, de idealismo paralisante, no seu descolamento da vida real. Esse caráter pragmático parece também ser uma marca das atuais perspectivas reconstrutivas. Por fim, e na mesma linha desse traço pragmático, parece claro hoje que, embora se aceite que a felicidade humana é, em essência, uma experiência de caráter singular e pessoal, a referência à validação democrática de valores que possam ser publicamente aceitos como propiciadores dessa experiência é do que parece tra-tar-se quando se discute a humanização da atenção à saúde como uma *proposta política*, envolvendo inclusive as instituições do Estado.

Por fim, outro aspecto importante a ser destacado nessas considerações preliminares é o pressuposto, que se quer assumir aqui, acerca do caráter contraditoriamente central das tecnociências da saúde na busca da humanização das práticas de saúde. Isto é, se as tecnociências biomédicas vêm construindo e se orientando por um horizonte normativo restrito e restritivo em relação ao que se quer entender hoje

por saúde, é verdade também que são elas que constroem parte substantiva das experiências vividas em relação às quais são construídas as concepções de saúde, ou os horizontes de felicidade. Com a explicitação desse pressuposto, quer-se demarcar a distância tanto de proposições que restringem ao desenvolvimento e acesso científico-tecnológico o caminho para a superação dos limites atuais das práticas de saúde, num messianismo cientificista insustentável, quanto daquelas que vêm no desenvolvimento científico-tecnológico uma espécie de negação dos valores humanistas da atenção à saúde. Oscilando para o polar oposto, cai-se num anticientificismo que parece ignorar que os criadores e mantenedores das tecnociências são os próprios humanos. Seja em relação às suas finalidades, seja no que se refere aos meios técnicos ou gerenciais de sua aplicação, o que se enxerga neste ensaio como o norte e desafio central da humanização é a *progressiva elevação dos níveis de consciência e domínio público das relações entre os pressupostos, métodos e resultados das tecnociências da saúde com os valores associados à felicidade humana*.

### **O Cuidado: da ontologia à reconstrução das práticas de saúde**

D. Violeta, participante do caso relatado no início deste ensaio, é frequentadora assídua de uma unidade básica de saúde. Nunca falta, mas também nunca está satisfeita. O serviço e o profissional que realizam seu atendimento, por sua vez, também não estão satisfeitos. Não podem estar, tanto devido ao elevado grau de hostilidade sempre apresentado pela usuária como porque, dos pontos de vista clínico e epidemiológico, a eficácia da intervenção é muito baixa. Como compreender, de um lado, a ineficácia da intervenção e, de outro lado, por contraditório que pareça, a sólida reiteração dessa intervenção

pouco eficaz – ainda mais assombrosa se considerarmos a escala em que situações como essa se repetem diariamente nos diversos serviços de saúde? Por outro lado, por que foi, e o que foi que mudou a qualidade do encontro terapêutico a partir da situação crítica descrita no preâmbulo?

A resposta à primeira pergunta, por si só, já seria suficiente para preencher todo o espaço deste artigo, pela riqueza e complexidade das questões envolvidas, mas, em um necessário esforço de síntese, pode-se apontar a situação de encontro nãoatualizado, isto é, de um potencial de interação que não se realiza plenamente, como o núcleo contraditório da crise enfrentada naquela relação terapêutica, como a crise de legitimidade pelas quais passam as práticas de saúde de modo geral. A reiteração da procura não deixa dúvida do interesse legítimo no espaço da assistência, mas a esterilidade mecanicamente vivida e repetida aponta também que as bases dessa legitimidade ainda (ou já) não estão assentadas em bases reconhecidas e aceitas pelos participantes da situação. É como se as tecnociências da saúde constituíssem recursos desejáveis, mas que nem usuários nem profissionais sabem manejar satisfatoriamente. Certamente cada um sabe, a seu modo e com diferentes graus de domínio técnico, para que servem esses recursos. O que talvez falte é a resposta sobre o sentido desse uso, sobre o significado desses recursos para o dia a dia do outro.

Agora se está em melhores condições para responder à segunda pergunta, ou começar a esponde-la: o que mudou foi que se passou a procurar, naquele momento, o sentido e o significado de diagnósticos, exames, controles, medicações, dietas, riscos, sintomas. Mais que isso, ou como base disso, passou-se a procurar o significado da própria presença de um

diante de outro: D. Violeta e seu médico, naquele espaço, naquele momento. O que a catarse daquele (des)encontro propiciou foi justamente a possibilidade de se surpreender da falta de sentido de se cumprir tão mecanicamente os papéis de médico e de paciente, orientados, ambos, por uma lógica que, em si mesma, não pode atribuir sentido a nada, a lógica clínico-preventivista do controle de riscos e da normalidade funcional. O que se tornou possível pela linha de fuga aberta com a percepção vertiginosa daquele *non sense*, tão em desacordo com a importância do que deveria se realizar naquele espaço, foi a busca da totalidade existencial que permitia dar significados e sentido não apenas à saúde, mas ao próprio projeto de vida que, por razões biográficas trágicas, D. Violeta tinha tanta dificuldade de reencontrar. O que criou as condições para a reconstrução da relação terapêutica a partir daquele momento não foi uma técnica, um conceito, foi uma *sabedoria prática*,<sup>3</sup> posta em ação por um misto de circunstância, desejo e razão dos que se encontraram. O final de turno, o cansaço, os ânimos à flor da pele, a insatisfação já crônica de ambos, e tantos outros elementos difíceis de identificar, tudo isso concorreu para irromper o novo. Mas quando se presta bem atenção ao acontecido, apesar de ser difícil responder exatamente o que foi causa de quê, parece bastante evidente que houve um elemento fundamental para a reconstrução do encontro terapêutico que ali ocorreu. Foi o *projeto de felicidade* um dia concebido,

<sup>3</sup> Conceito derivado da filosofia aristotélica, repercutido em nossos dias pela hermenêutica filosófica, que diz respeito a um saber conduzir-se frente às questões da práxis vital que não segue leis universais ou modos de fazer conhecidos *a priori*, mas desenvolve-se como *phronesis*, isto é, como um tipo de racionalidade que nasce da práxis e a ela se dirige de forma imediata na busca da construção compartilhada da Boa Vida (Gadamer, 1983).

violentamente abortado e agora recuperado por D. Violeta que a fez finalmente aparecer no espaço da consulta e, ao mesmo tempo, fez surgir diante dela *o seu* médico. É como se aquele projeto, revalorizado, reconhecido, pudesse ser retomado em um novo plano, ressignificando tudo à sua volta, inclusive, e especialmente, o cuidado de si.

Este é o elemento que se quer destacar: o projeto de felicidade, nesse duplo aspecto, de ser projeto e desse projeto ter como norte a felicidade. O aspecto felicidade já foi discutido acima, diz respeito a um horizonte normativo que enraíza na vida efetivamente vivida pelas pessoas aquilo que elas querem e acham que deve ser a saúde e a atenção à saúde. Mas o aspecto projeto não é menos importante. Ele remete a uma característica que parece um traço constitutivo do modo de ser (do) humano e que estabelece uma ponte entre uma reflexão ontológica, sobre o sentido da existência, e as questões mais diretamente relacionadas à experiência da saúde e da atenção à saúde. Não por acaso, a ontologia existencial de Heidegger (1995) recorre à expressão “*Cuidado*”,<sup>4</sup> tão amplamente usada na saúde para se referir às relações dessa centralidade dos *projetos* no modo de ser dos humanos, com os modos de compreenderem a si e a seu mundo e com seus modos de agir e interagir.

Heidegger, um dos filósofos que mais radicalmente propôs uma ontologia, uma compreensão da existência, baseada estritamente nos limites estabelecidos pela capacidade auto-reflexiva humana, designa como Cuidado, o próprio ser do ser do humano (*ser-aí, da-sein*). Em sua busca por um fundamento não-fundamentalista para a compreensão deste ser, ele aponta a situação simultaneamente temporalizada e atemporal, deter-

<sup>4</sup> Do alemão *Sorge*, também traduzido por Cura ou por Preocupação.

minada e aberta, coletiva e singular do ser humano. Estas e outras polaridades são tornadas possíveis e indissociáveis por que o humano é o “ser que concebe o ser”, faculdade esta, por seu turno, constituinte mesma do seu próprio existir. Essa circularidade, Heidegger mostrou não ter nada de viciosa, mas ser a condição de possibilidade de pensar a existência humana sem ter que escolher entre explicações apoiadas em fundamentos impossíveis de serem verificados ou a restrição auto-imposta à positividade lógico-formal e empírica, nos moldes das ciências naturais (Stein, 2002a). Estabelece, assim, as bases para, com Kant, contra Kant e para além de Kant, dar finalmente à filosofia moderna não apenas a fundamentação secular que perseguia já desde o século XVII, mas também as questões e procedimentos filosóficos pertinentes à situação humana na Modernidade (Stein, 2002b). Com a sua fenomenologia hermenêutica e sua analítica existencial, Heidegger, especialmente em *Ser e Tempo* (1996), convida a pensar o modo de ser dos humanos como uma contínua concepção/realização de um projeto, a um só tempo determinado pelo contexto onde estão imersos, antes e para além de suas consciências, e aberto à capacidade de transcender essas contingências e, a partir delas e interagindo com elas, reconstruí-las. A temporalidade da existência, isto é, as experiências de passado, presente e futuro não são senão expressão desse estar projetado e projetando que marca esse modo de ser (do) humano – o futuro sendo sempre a continuidade do passado que se vê desde o presente, e o passado aquilo que virá a ser quando o futuro que vislumbramos se realizar. É isso que autoriza Heidegger, em *Ser e Tempo*, a nomear como Cuidado o ser do humano, numa referência a essa “curadoria” que este está sempre exercendo sobre a sua própria existência e a do seu mundo, nunca

como ato inteiramente consciente, intencional ou controlável, mas sempre como resultado de uma autocompreensão e ação transformadoras (Heidegger, 1995).

Não será possível, nem necessário, percorrer as mediações que levam do caráter abstrato do Cuidado como categoria ontológico-existencial para o plano das atividades e preocupações práticas do cuidado da saúde. Os interessados podem remeter-se a Foucault (2002), em cuja genealogia podem ser encontrados subsídios preciosos, tanto para a fundamentação histórica da compreensão da existência humana como Cuidado, quanto sobre o modo como o “cuidado de si” (*cura sui*), desde as raízes gregas das sociedades ocidentais contemporâneas, passou a integrar a preocupação com a saúde às determinações mais centrais da construção dos projetos existenciais humanos. Por outro lado, Gadamer (1997), em uma série de ensaios sobre a saúde, demonstra como a totalidade hermenêutica de uma reflexão existencial pode jogar luz sobre os significados de adoecer, do conhecimento científico em saúde e das técnicas e artes de curar. O que cabe destacar aqui desse vínculo entre a ontologia existencial e a reflexão sobre as práticas de saúde é o caráter mutuamente esclarecedor, o potencial hermenêutico, de que se investe a noção de projeto para as práticas humanas, o que tem riquíssimas implicações para o desafio prático de reconstrução das práticas de saúde.

Com efeito, com a breve incursão filosófica à ontologia existencial heideggeriana só se quis fundamentar aquilo que, de resto, um olhar mais atento sobre o caso de D. Violeta já permitiria perceber. Foi a recuperação do seu projeto existencial que permitiu estabelecer um vínculo terapêutico efetivo e acenar para um trabalho de manejo da saúde que passou a fazer sentido, e dar sentido a preocupações anteriores,

como o controle da hipertensão. Como foi visto, a irrupção desse elemento no encontro terapêutico, tanto na elucidação do projeto de vida de D. Violeta, como na resignificação desse projeto com o recurso a um outro pequeno projeto (ou “metaprojeto”), o de narrar literariamente sua história de vida, propiciou a reorientação da assistência na direção de sua humanização, se entendida nos marcos acima definidos.

Mas não apenas o projeto, senão também o Cuidado, deve ser valorizado nesse recurso à ontologia existencial. Heidegger aponta muito positivamente para o fato de que se o ser do humano é um estar lançado no mundo, numa reconstrução constante de si mesmo e desse mundo, elucidada pela ideia de Cuidado, será justo assumir que as práticas de saúde, como parte desse estar lançado, tanto quanto dos movimentos que o reconstroem, também se elucidam como Cuidado. Também no plano operativo das práticas de saúde é possível designar por Cuidado uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial, tal como aconteceu no caso em discussão.

Este encontro terapêutico de outra qualidade, mais “humanizado”, certamente apresenta características técnicas diversas daquele que se realizava anteriormente. Embora a guinada de um a outro modelo tenha sido fruto de razões e ações não redutíveis a uma técnica, assim que se assenta em novas bases a relação terapêutica, novas mediações técnicas são reclamadas, de modo a garantir tecnicamente que se possa repetir o sucesso prático que justifica o encontro terapêutico. É claro que êxito técnico e sucesso prático não são a mesma coisa (Ayres, 2001). O sucesso prático, o alcance da felicidade num sentido existencial, foi além, no caso de D. Violeta, do êxito técnico do controle da hipertensão arterial. Mas foi este êxi-

to técnico que justificou e promoveu o encontro do sucesso prático. O que é preciso perceber, então, é que o importante para a humanização é justamente a *permeabilidade do técnico ao não-técnico*, o diálogo entre essas dimensões interligadas. Foi esse diálogo que tornou possível caminhar para um plano de maior autenticidade e efetividade do encontro terapêutico; foi da possibilidade de fazer dialogar à normatividade morfofuncional das tecnociências médicas com uma normatividade de outra ordem, oriunda do mundo da vida (Habermas, 1988), que (res)significou a saúde, o serviço, o médico. Por isso defende-se aqui que humanizar, para além das suas implicações para a formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas. A estrutura própria do fazer em saúde também se reconstrói quando o norte é a humanização. Por isso, irá-se denominar *Cuidado* essa conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que, por razões diversas, não visam essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde. Assim, embora a categoria Cuidado, na filosofia heideggeriana, não diga respeito ao cuidar ou descuidar no sentido operativo do senso comum, e ainda menos numa perspectiva estritamente médica, adota-se aqui o termo *Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde*.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Por esta razão utiliza-se a forma de substantivo próprio toda vez que há referência a essa concepção, e como substantivo comum quando se trata de atividades e procedimentos no sentido comum

### **Acolhimento, responsabilidade, identidades**

Uma vez assumidas as implicações do Cuidado para as dimensões propriamente técnicas das práticas de saúde, outro aspecto importante a ser explorado no caso relatado se coloca para exame. Foi dito acima que a inflexão experimentada pela relação terapêutica de D. Violeta com seu serviço e seu médico deveu-se fundamentalmente à procura de sentidos e significados envolvidos na situação de saúde e de vida de D. Violeta. Viu-se também que as condições que determinaram esta inflexão estão envoltas na complexidade de um devir catártico, que não tem interesse maior em si mesmo, mas sim na natureza das motivações e condições que pôs em jogo ali. Nesse sentido, a presença de uma sabedoria prática posta em operação de modo não calculado e não calculável (do contrário não seria uma sabedoria prática) foi apontada como o diferencial que tornou possível o movimento de humanização daquele encontro terapêutico e sua transformação em Cuidado. Quando se trata, agora, de tirar as consequências desse evento para uma reconstrução tecnicamente organizada e orientada pelo ideal de Cuidado, trata-se de identificar, entre os complexos determinantes, as condições de possibilidade para a desejável presença de uma sabedoria prática em meio e por meio das tecnologias do encontro terapêutico.

Não parece difícil aceitar que talvez a mais básica condição de possibilidade da inflexão foi o privilegiamento da *dimensão dialógica* do encontro, isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro. Isto porque, naquele momento, foi possível ao profissional ouvir-se a si mesmo e fazer-se ouvir, não se conformando ao papel exclusivo de porta-voz da discursividade tecnocientífica. Poder ouvir e fazer-se ouvir, pólos indissociáveis de qualquer legítimo

diálogo, foi o elemento que fez surgir o médico e sua paciente, a paciente e seu médico.

A esta capacidade de ausculta e diálogo tem sido relacionado um dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde: o acolhimento. Como mostram diversos autores (Silva Jr. et al, 2003; Teixeira, 2003), o acolhimento é recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço assistencial, tornando suas demandas efetivas como o norte das intervenções propostas, nos seus meios e finalidades. Esses autores também destacam que o acolhimento não pode ser confundido com recepção, ou mesmo com pronto-atendimento, como se chega a considerá-lo em situação descrita por Teixeira (2003). É no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta.

Foi efetivamente a escuta diferenciada que transformou o contato de D. Violeta com o serviço. Contudo, é importante destacar que nos contatos anteriores da usuária havia também uma preocupação ativa com a escuta, um certo tipo de escuta. Já contando com a insatisfação e reclamações que viriam, oferecia-se sempre uma continente e paciente escuta, que buscava reconhecer sua insatisfação e não deixar que este mau estado de ânimo interferisse sobre a avaliação da hipertensão que justificava sua presença ali. Então não é a escuta, exatamente, o que faz a diferença, mas a qualidade da escuta. E não qualidade no sentido de boa ou ruim, mas da natureza mesma da escuta, daquilo que se quer escutar.

É aqui que faz toda a diferença atentar-se para o horizonte normativo que orienta a interação terapêutica, pois é de acordo

com ele que se irá modular o tipo de escuta procurada. Quando o horizonte normativo é a morfofuncionalidade e seus riscos, a escuta será mesmo orientada à obtenção de subsídios objetivos para monitorá-la e, assim, aspectos ligados à situação existencial do sujeito que procura a atenção à saúde serão considerados apenas elementos subsidiários desse monitoramento, quando não ruídos. No caso de D. Violeta, sua insatisfação, seu “mau humor”, era apenas um dado incidental, que vinha sendo hábil e cuidadosamente contornado para que a consulta pudesse acontecer. Quando, no entanto, se amplia o horizonte normativo para uma dimensão existencial, o desencontro habitual é entendido como expressão de uma “infelicidade”, a qual, não por acaso, se manifestava ali no espaço assistencial. Então o humor da paciente frente ao médico, e vice-versa, passa a ser entendido como um indicador de um insucesso prático da relação. A escuta que se estabelece passa a ser inteiramente outra. O ato de fechar o prontuário, guardar a caneta e abandonar o diálogo dirigido, quase monológico, que caracterizava os encontros anteriores foi uma alternativa escolhida. Haveria outras possibilidades de reação do profissional de saúde à “crise de humores” relatada? Sim, certamente. Uma delas seria seguir apoiando-se na paciência calculada e contornar o mais rapidamente o “ruído” para a avaliação médica. No extremo oposto, uma reação também destemperada poderia decretar a impossibilidade do diálogo, naquela consulta ou em definitivo, tão comumente relatada pelos usuários e profissionais em suas experiências nos serviços. Seria possível, ainda, a convocação de outro profissional para intervir na situação, como o psicólogo, frequentemente lembrados quando algum “paciente” está com “dificuldade de interação”. Todas essas soluções girariam, contudo, em torno do mesmo eixo, de evitar o ruído à conversa que “realmente interessaria”.

Mas o eixo foi abandonado, ou reconstruído, e paciente e médico aceitaram participar de um outro diálogo, ou melhor, *decidiram* fazê-lo. Essa decisão é outro traço bastante relevante. Diante de quaisquer circunstâncias, tomar uma decisão é, como sugere a ontologia existencial heideggeriana, agir *em-função-de* (Heidegger, 1995: 259), é tender a uma posição amplamente determinada por uma situação que precede o momento da decisão, mas que se reestrutura para e pelo sujeito da decisão a partir do momento em que, junto ao outro, atualiza seu projeto existencial na decisão tomada. Decidir é deliberar, tanto quanto determinar (Ferreira, 1986: 524), ao mesmo tempo em que remete a cortar – do latim *caedere* (Cunha, 1982: 241). Há, portanto, já presente na decisão aquilo que esta possibilita acontecer, mas que se reestrutura em nova totalidade existencial quando se rompe com algo, quando se corta e abandona outro poder-ser. Ora, esse tomar para si o próprio ser, “abandonando-se” a uma possibilidade sua suscitada por e diante de um outro, remete a dois aspectos mutuamente implicados, que assumem no Cuidado, como atividade da saúde, um lugar destacado: responsabilidade e identidade.

Entre as possibilidades, acima destacadas, para reagir à “crise dos humores”, o que permite compreender a escolha efetivamente feita é a responsabilidade que um assume frente ao outro, no sentido de responder moralmente por algo. Foi o assumir radical das responsabilidades de terapeuta que permitiu fugir à “comodidade” estéril do estar fazendo “corretamente” a (conhecida e segura) parte técnica do trabalho. É também porque se responsabiliza pelo espaço da interação terapêutica que D. Violeta se propõe a reinvestir energias e confiança num convite absolutamente novo, mas no fundo desejado, para aquela antiga (e também conhecida e segura) relação. Essa ativa

vinculação moral resulta em tornar-se, cada um, o garante de efeitos voluntários e involuntários de suas ações. Esse movimento será mais facilitado quanto mais se confie em que o outro fará o mesmo, mas, no seu sentido mais forte, a responsabilidade prescinde desta garantia, isto é, responsabilizar-se implica correr o risco de tornar-se caução de suas próprias ações.

A responsabilidade assume relevância para o Cuidado em saúde em diversos níveis, já desde aquele de construção de vínculos serviço-usuário, de garantia do controle social das políticas públicas e da gestão dos serviços, até este plano em que se localiza aqui a discussão. É preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interroguem acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos.

O tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro, implica, por sua vez, em questões de identidade. Esta conclusão é relativamente intuitiva, pois se perguntar acerca de por que, como e quanto se é responsável por algo é como se perguntar quem se é, que lugar se ocupa diante do outro. Essa reconstrução contínua de identidades no e pelo Cuidado, tanto do ponto de vista existencial como do ponto de vista das práticas de saúde, é outro aspecto a que se deve estar atento quando se trata de humanizar a atenção à saúde.

A construção de identidades é um tema difícil e complexo, que não cabe aqui tratar em profundidade. Não obstante, também é impossível refletir sobre a questão da humanização sem passar por esse aspecto, pois no momento em que se age *em-função-de* algo, tornando-se, portanto, caução para

esse algo, está-se imediatamente dizendo-se quem se é ou se busca ser. Voltando mais atrás no desenvolvimento da reflexão, a busca ativa de projetos de felicidade daqueles de quem se cuida, traz para o espaço do encontro terapêutico, potencializando-o, um processo de (re)construção identitária que implica mutuamente profissionais e usuários.

Embora, insiste-se, não seja propósito aqui teorizar sobre processos de construção identitária, é necessário ressaltar que uma afirmação como a acima realizada só é possível quando se toma como fundamento a ipseidade ou *identidade-ipse* (Ricoeur, 1991), isto é, a compreensão da identidade como um processo de contínua reconstrução reflexiva, talhada pelo encontro com a alteridade. Tal concepção contrapõe-se à visão mais tradicional, que Ricoeur chama de *identidade-idem*, que designa mesmidade, aquilo que é idêntico a si e imutável através do tempo. Em outros termos, comunga-se a compreensão de que o ser mais próprio de cada um não é sempre o mesmo, mas *pelo mesmo*. É no cotidiano das interações que cada um vai se “re-apropriando” do seu próprio ser, que, como nos mostrou Heidegger (1995), é sempre já “ser em” e “ser com”. Nos encontros que se vai estabelecendo ao longo da vida essas referências identitárias vão se transformando, recontruindo continuamente a percepção do si mesmo e do outro. Há um provérbio de origem sul-africana, da etnia Zulu, que se refere exatamente a essa mutualidade e processualidade da construção de identidades-alteridades. Diz ele: “Eu sou o que vejo de mim em sua face; eu sou porque você é”.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Citado na Sessão de Encerramento da XIII International Aids Conference, em Durban, África do Sul, julho de 2000.

São muitas as implicações desses processos para o repensar e reconstruir das práticas de saúde (Ayres, 2001), já desde o fato de que não é possível encararmos qualquer relação terapêutica como começando exatamente ali no momento do primeiro encontro. O profissional que surge diante de um usuário é já carregado dos significados, de uma alteridade determinada, em estreita relação com o modo como o usuário se identifica como paciente. Da mesma forma que os profissionais também se compreendem como tal na presença desse outro que ele espera encontrar, o paciente. Portanto, quando se estabelece uma interação não se a inicia; rigorosamente se a “retoma”. Ora, é fundamental ter-se isso à vista quando se busca fazer da interação terapêutica um diálogo, no sentido mais pleno do termo, pois quanto mais se busca expandir a intervenção para além do terreno da pura técnica, quanto mais se busca a flexibilização e permeabilização da normatividade morfofuncional dos nossos horizontes terapêuticos, de maior significado e interesse se revestirá a desconstrução das identidades/alteridades que já medeiam e subsidiam os encontros.

Esse processo, claro, não é simples. Viu-se, no caso relatado, como foi necessária uma experiência limite para que o médico pudesse se permitir que se construísse de forma mais rica e interativa sua identidade como terapeuta, assim como, num primeiro momento, D. Violeta, também estranha e resiste ao súbito convite à reconstrução de sua identidade-paciente quando uma nova alteridade-médico surge à sua frente. Quando se trata de identificar potencialidades tecnológicas inscritas nesses processos identitários, o fundamental parece ser abrir espaço, de modo sistemático para uma discursividade mais livre, isto é, onde o diálogo busque ativamente uma renúncia, ao menos temporária, a deixar-se guiar como uma anamne-

se, em sentido estrito. Tal procedimento evita a tendência monológica, na qual a fala do paciente vai se restringir a ser quase exclusivamente (porque nunca o será integralmente) uma extensão, uma complementação do discurso do profissional, apenas preenchendo os elementos que lhe faltam para percorrer um percurso que é só seu. Com isso, surgem possibilidades mais ricas não apenas de se tornar mais claro – para os dois lados da relação terapêutica – o sentido do Cuidado que busca atualizar-se naquele encontro, seu significado existencial, como também de trazer elementos capazes de tornar mais precisos os recortes objetivos (sistemas morfofuncionais, riscos, determinantes) que por ventura se façam necessários para os procedimentos de cuidado e autocuidado.

Caberia ainda destacar, entre as possibilidades de reprodutibilidade técnica elucidadas pela situação relatada, o enriquecimento também das possibilidades terapêuticas, incluindo soluções heterodoxas para o manejo de situações, como o foi o estímulo à recuperação biográfica e relato literário no caso de D. Violeta. Assim, compor “diagnósticos” e “terapêuticas” vinculados a situações existenciais, com proposições práticas que fujam ao estrito âmbito morfofuncional, ou que as articulem a ações de outra natureza ou propósito, é também uma alternativa inscrita entre mudanças que podem humanizar as práticas assistenciais. Aliás, esta heterodoxia pode começar já no âmbito da terapêutica médica mesmo. O uso de parâmetros diagnósticos, drogas, doses e combinações podem seguir critérios mais singularizados, distintos do padrão convencional, sempre que o manejo prático da situação particular demonstrar positivamente sua variação em relação a comportamentos esperados por meio de médias (como doses farmacologicamente ativas, efeitos benéficos ou adversos efetivamente produzidos,

interações medicamentosas, expressão laboratorial de constantes fisiológicas ou padrões morfológicos etc). Essa singularização da abordagem diagnóstica e terapêutica, de resto já celebrizada na máxima clínica de que “cada caso é um caso”, tem sido frequentemente esquecida, levando-se à indistinção entre *caso* como situação particular de certo(s) universal(is) de origem científica e *caso* no sentido de situação singular de um paciente (Gadamer, 1997). Paradigmático, nesse sentido, é a situação da Medicina Baseada em Evidências (MBE). A MBE é um recurso contemporâneo de grandes potenciais e riscos, simultaneamente. Se com ela for mais fácil ver, com o auxílio de uma experiência médica ampliada e organizada cientificamente, modos de melhor manejar a singularidade do adoecimento de quem cuidamos, então ela estará efetivamente contribuindo na direção racionalizadora e humanizadora de sua proposição inicial (Sackett e col., 1997). Mas caso ocorra o inverso, isto é, se as evidências acumuladas levam à correspondência exata do caso em questão à média dos casos estudados pela comunidade científica, então estaremos condenando o manejo clínico a um cientificismo bastante problemático, recentemente condenado pelos próprios mentores da proposta da MBE (Castiel e Póvoa, 2001).

Outras heterodoxias terapêuticas devem ser pensadas para além do âmbito estrito dos serviços de saúde, embora articulados a ele. Apoio à escolarização e aquisição de competências profissionais, desenvolvimento de talentos e vocações, atividades físicas e de vivências corporais, atividades de lazer e socialização, promoção e defesa de direitos, proteção legal e policial, integração a ações de desenvolvimento comunitário e participação política, tudo isso pensado tanto em termos de indivíduos quanto de populações, são exemplos de pos-

sibilidades menos ortodoxas de intervenções orientadas pelo Cuidado em saúde. É claro que uma tal heterodoxia reclama um decidido investimento em equipes interdisciplinares nos serviços de saúde, em articulações intersetoriais para o desenvolvimento de ações (saúde, educação, cultura, bem-estar social, trabalho, meio ambiente etc.), e na interação entre horizontes normativos diversos, como exemplificado pelos importantes avanços realizados nos diálogos entre saúde e direitos humanos. De qualquer maneira, mesmo que tais investimentos se mostrem ainda incipientes, o que cada profissional de saúde conseguir fecundar de seu pensar e fazer de interdisciplinaridade, intersetorialidade e internormatividade, certamente já o colocará em melhor posição para a heterodoxia proposta, assim como colocará essa heterodoxia em melhores condições de se ampliar como prática.

Por fim, o que não deve ser esquecido de modo algum, e que também foi demonstrado no caso relatado, é a flexibilidade e dinamismo da técnica. É preciso que a experiência que se transformou em tecnologia não se cristalice como tal. Como diz Mehry (2000), as tecnologias leves, isto é, a dimensão em que operam as interações humanas no trabalho em ato na saúde, devem ser permeáveis à mudança, ao novo, à reconstrução. Poder-se-ia acrescentar: devem estar abertas e sensíveis à interferência do não-técnico, à sabedoria prática, tal como vimos acontecer na situação de D. Violeta. Para alcançar essa abertura não cabe exatamente uma nova tecnologia, pois, como já referido acima, a racionalidade prática não é de natureza teórica ou técnica. Mas talvez a abertura do técnico a essa racionalidade possa se beneficiar de práticas sistemáticas de supervisão e discussão de casos, nos serviços, e de um modelo de formação de recursos hu-

manos, nas instituições de ensino, nos quais a reflexão sobre os significados éticos, morais e políticos das práticas de saúde seja sempre promovida.

### **O Cuidado, a saúde e os coletivos humanos**

Não seria possível concluir o presente ensaio sem fazer referência a um aspecto da maior importância, mas frequentemente negligenciado quando se trata de pensar ou discutir a questão do Cuidado. Trata-se da aplicação deste conceito a coletivos humanos, de um lado, e, de outro lado, da dimensão social dos processos de adoecimento e da construção de respostas a tais processos.

Quase sempre que se fala de Cuidado, humanização ou integralidade se faz referência a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre um sujeito, o paciente, e o profissional de saúde que lhe atende, como foi o caso da própria situação prática que guiou este estudo reflexivo. Contudo, retomando-se a definição aqui adotada acerca de humanização, no sentido de seu *compromisso com valores contrafáticos validados como Bem comum*, fica evidente a inseparabilidade deste plano individual do plano social e coletivo.

Em primeiro lugar porque a ideia mesma de valor só se concebe na perspectiva de um horizonte ético, que só faz sentido no convívio com um outro, no interesse em compatibilizar finalidades e meios de uma vida que só se pode viver em comum. Em segundo lugar, porque a própria construção das identidades individuais, as quais plasmam os projetos de felicidade em cujas singularidades se deve transitar na perspectiva do Cuidar, se faz, como já apontado acima, na interação com o outro, nas inúmeras relações nas quais

qualquer indivíduo está imerso, já antes mesmo de nascer. Em terceiro lugar, e o que interessa especialmente destacar nessas últimas linhas, é que não apenas os horizontes normativos que orientam os conceitos de saúde e doença são construídos socialmente, mas os obstáculos à felicidade que estes horizontes permitem identificar são também fruto da vida em comum, e só coletivamente se consegue efetivamente construir respostas para superá-los.

Com efeito, desde a aurora da Modernidade emergiu, junto a uma consciência histórica da existência humana, a consciência de que o adoecer é também histórica e socialmente configurado; de que tanto os determinantes do adoecimento quanto os saberes e instrumentos tecnicamente dirigidos a seu controle são fruto do modo socialmente organizado de homens e mulheres relacionarem-se entre si e com seu meio (Rosen, 1994). Por isso, não faz sentido pensar os valores contrafáticos associados à saúde sem a socialidade dessa experiência. Os *atos* em função dos quais estes valores são construídos só podem ser compreendidos em sua relação com os contextos de interação de onde emergem, suas mediações simbólicas, culturais, políticas, morais, econômicas e ambientais. As respostas técnicas e políticas ao adoecimento também são o resultado desses mesmos contextos, reclamando o mesmo tipo de compreensão. A distribuição dos recursos para a proteção contra os adoecimentos, para a recuperação a partir deles ou para a minimização de impactos negativos sobre a vida, tanto quanto a própria concepção e operação desses recursos, são igualmente produtos da vida social, na qual finalidades e meios são contínua e interativamente reconstruídos.

Por isso, para a construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às carac-

terísticas das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação. Nesse sentido, julga-se de fundamental relevância, na produção sobre o Cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados individuais a aproximações de corte sócio-sanitário (Ayres e col., 2003; Paim, 2003). Seja pensando em diagnósticos de situação, planejamento de ações e monitoramento de processos e resultados relativos a determinado agravo ou situação de grupos populacionais específicos, seja enfocando a organização dos serviços e os arranjos tecnológicos para respostas sanitárias num sentido mais geral, uma abordagem sócio-sanitária guarda estreita relações com as perspectivas reconstrutivas do Cuidado, e em dupla direção.

De um lado, as transformações orientadas pela ideia de Cuidado não poderão se concretizar como tecnologias ampliadas se mudanças estruturais não garantirem as reclamadas condições de intersectorialidade e interdisciplinaridade. A própria interação proposta entre diferentes normatividades terá condições mais limitadas de se realizar se não forem trazidos à cena horizontes necessariamente coletivos ou sociais em sua concepção e expressão, como aqueles configurados no campo dos direitos, da cultura, da política etc. Além disso, se a organização do setor saúde não se preparar para responder aos projetos de vida (e seus obstáculos) dos diversos segmentos populacionais beneficiários de seus serviços, a possibilidade de Cuidar de cada indivíduo não passará de utopia, no mau sentido.

Quando se busca, por outro lado, uma aproximação não tecnocrática às questões de diagnósticos e intervenção em saúde em escala coletiva, quando se busca democratizar radicalmente o planejamento e a gestão das instituições de saúde e suas atividades, quando se busca, enfim, uma resposta social aos diversos desafios da saúde, não se pode prescindir do diálogo com os sujeitos “de carne e osso” que constituem esses coletivos, a qual não se constrói efetivamente senão numa relação de Cuidado.

Por isso afirmou-se, ao início, que a humanização passa pela radicalidade democrática do Bem comum. Não se Cuida efetivamente de indivíduos sem Cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos.

## Referências

- ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978). In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2001, p. 15-17.
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 63-72, 2001.
- AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2003, p. 117-139.
- CASTIEL, L.D.; PÓVOA, E.C. Dr. Sackett & “Mr. Sacketeer”... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 205-214, 2001.
- CUNHA, A.G. *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1982.
- CZERESNIA, D. e FREITAS, C.M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-14, jan. 2004.

FERREIRA, A.B.H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade*. Rio de Janeiro, Graal, 2002.

GADAMER, H.G. Hermenêutica como filosofia prática. In: GADAMER, H.G. *A razão na época da ciência*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1983, p. 57-77.

GADAMER, H.G. *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa, Edições 70, 1997.

GADAMER, H.G. *Verdad y método*. Salamanca, Sígueme, 1996.

HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid, Taurus, 1988.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Petrópolis, Vozes, 1995.

LUZ, M.T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica contemporânea*. Rio de Janeiro, Campus, 1988.

PAIM, J.S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2003, p. 161-174.

PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

RICOEUR, P. *O si mesmo como um outro*. Campinas, Papirus, 1991.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec, Editora da UNESP; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

SACKETT, D.L.; RICHARDSON, W.S.; ROSENBERG, W.; HAYNES, R.B. *Evidence-Based Medicine: how to practice and teach EBM*. London, Churchill Livingstone, 1997.

SCHRAIBER, L.B. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios e outros dilemas*. São Paulo, 1997. Tese (Livres-Docência) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

SILVA JÚNIOR, A.G.; MERHY, E.E.; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A.

(Org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 113-128.

STEIN, E. *Introdução ao pensamento de Martin Heidegger*. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2002a.

STEIN, E. *Uma breve introdução à filosofia*. Ijuí, Ed. Unijuí, 2002b.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 89-112.

# Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde<sup>1</sup>

## A promoção da saúde como desafio prático

Entre as recentes propostas de reorientação das práticas de atenção à saúde destaca-se uma forte tendência à superação de modelos de atenção excessivamente centrados na doença, na assistência curativa, na intervenção medicamentosa, em favor de outros orientados ativamente em direção à saúde, isto é, às práticas preventivas, à educação em saúde e à busca da qualidade de vida, de um modo mais geral (Minayo et al., 2000). Esta tendência expressa-se, no seu pólo teórico, por proposições que vão desde a busca de construções conceituais nas quais a apreensão de agravos e riscos estejam intrinsecamente relacionados às condições mais gerais de vida e saúde, tais como as discussões em torno da *vulnerabilidade* (Mann & Tarantola, 1996; Ayres et al., 2003), até ousadas proposições de uma *conceituação positiva da saúde*, isto é, um tratamento conceitual não negativo ou residual em relação à doença (Almeida Filho,

---

<sup>1</sup> Primeira publicação: AYRES, J. R. C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.

2001). No pólo da organização das práticas, esta ênfase na saúde tem sido construída em dimensões também diversas e interrelacionadas, que vão de propostas de *vigilância da saúde* (Teixeira et al., 1998; Freitas, 2003) a proposições de *promoção da saúde* (Buss, 2000; Czeresnia, 1999).

A vigilância da saúde, ampliando escopo e métodos da tradicional vigilância epidemiológica, já realiza um deslocamento substantivo em relação a esta, quando vincula o controle de riscos e agravos a processos regionalizados e democratizados de definição de preocupações prioritárias e de estratégias de intervenção e monitoramento. Além disso, incorpora objetos de vigilância mais amplos que os agravos de notificação compulsória tradicionais, como questões nutricionais, saúde ambiental, saúde mental, relações entre saúde e trabalho, violência, entre outras. De outro lado, busca também acompanhar não apenas agravos e riscos, mas a própria adesão a cuidados de saúde, a adoção de medidas de autocuidado, a frequência a consultas, a realização de *screenings*, etc.

As recentes propostas de promoção da saúde guardam estreitas afinidades com essa concepção ampliada de vigilância. Estão radicadas, em essência, na mesma compreensão do que seja a tarefa de assistir à saúde e, portanto, de seus objetos e estratégias. Contudo, ainda mais fortemente que na vigilância à saúde, aqui prevalece a concepção de que a saúde não se define apenas pelo monitoramento e controle do que a pode ameaçar. Uma definição negativa de saúde parece limitada sob a ótica da promoção. A ampliação que esta postula aspira intervir não apenas sobre o que se deve evitar para poder viver de forma saudável, mas quer também estabelecer patamares a serem alcançados, em termos de aquisições positivas para caracterizar uma boa qualidade de vida do ponto de vista físico, mental e social.

Uma vez em sintonia com essas proposições de reorientação, especialmente na perspectiva da promoção da saúde, uma série de desafios práticos inexoravelmente se colocam. Já desde um ponto de vista ético, moral e político surge a necessidade de se rever o excessivo apoio de instituições e culturas da saúde na racionalidade e autoridade científico-tecnológicas, o que, de resto, caracteriza as sociedades tardo-modernas de um modo geral (Habermas, 1987). Desta necessidade desdobram-se outras tantas, que são as que interessam mais de perto a este ensaio, e que dizem respeito ao paroxismo cientificista e tecnicista que domina as ações de atenção à saúde propriamente ditas (Gadamer, 1997).

As aspirações práticas da promoção da saúde, em seus intentos de democratização, pluralização, diversificação e singularização de meios e fins, apontam, evidentemente, para a superação de tradicionais paradigmas nos diversos campos disciplinares que informam a saúde pública. Veja-se, nesse sentido, o enorme desafio que consiste em produzir evidências epidemiológicas, estruturalmente vinculadas à construção e aplicação de conhecimentos nas práticas de saúde na atualidade, que incorporem variáveis de tão alta complexidade e tão substantivamente relacionadas a juízos e práticas moralmente vinculadas e vinculantes (Ayres, 2003). Mas se os desafios na esfera propriamente científica das ações de saúde já não são pequenos, o tipo de convite à mudança que parece se colocar aqui como irrecusável transcende o aspecto estritamente epistemológico, ainda que tenha implicações aí também. Trata-se de rever a própria situação do técnico e do científico em relação à orientação e legitimação das práticas de saúde.

Com efeito, a ultra-especialização e atomização analítica das disciplinas científicas da saúde, para além dos êxitos

instrumentais alcançados, revelam limites quando se trata da organização das ações nos moldes da promoção da saúde, tal como acima descrita. Impõe-se, para isso, recorrer a dimensões racionalizadoras que superem a “dureza” das ciências e suas transcrições técnicas em arranjos tecnológicos mais capazes de integrar o poder instrumental daquelas a um sentido mais rico e equitativamente interativo de construção da saúde (Merhy, 2000). É necessário, em outros termos, que o aspecto técnico seja ativa e consequentemente posto em contacto com o não-técnico em cada momento assistencial. É necessário que se perceba que, para além do manuseio das regularidades de relações meios-fins, próprios às ciências e às técnicas, há em toda ação terapêutica, em qualquer escala que se as pense, um autêntico encontro entre sujeitos, no qual inalienáveis interesses de compreensão e simultânea construção do si mesmo e do outro estarão presentes. A depender do quanto se os considere e aceite no âmbito das práticas de saúde, tais interesses estarão instruindo, com maior ou menor liberdade e efetividade, uma contínua e mútua reconstrução de identidades, concepções, valores e, portanto, projetos positivos de felicidade e saúde no (e a partir do) encontro terapêutico (Ayres, 2004).

A aceitação desta dimensão verdadeiramente “formativa” (Gadamer, 1996) do encontro terapêutico, isto é, da citada natureza compreensiva e construtiva do diálogo mediado pela técnica e pela ciência nas práticas de saúde, em quaisquer de suas aplicações e escalas, é que as fará ser designadas, deste ponto em diante, como “cuidado” (Ayres, 2004). E é no âmbito mesmo do cuidado, como prática fundamental para a promoção da saúde, que se quer colocar aqui em questão a avaliação em saúde. Entende-se que a avaliação constitui recurso técnico e político extremamente relevante para qual-

quer busca de reorientação da racionalidade das práticas de saúde, e a promoção da saúde não seria exceção.

Embora seja possível e útil distinguir entre objetivos mais particularmente científicos, tecno-administrativos ou político-gereciais das práticas de avaliação (Novaes, 2000), ou ainda entre um caráter mais normativo ou causal-explicativo de seus desenhos e estratégias (Nemes, 2001), para efeitos da presente reflexão não serão discriminados esses diferentes escopos nem suas correspondentes variantes teóricas e metodológicas. Para as finalidades deste ensaio, basta a delimitação da avaliação, em sentido lato, como um conjunto de procedimentos sistemáticos que buscam dar visibilidade ao *que é feito* por referência ao *que se pode e/ou se quer fazer* com respeito ao interesse, efetividade, operacionalidade e qualidade de ações, tecnologias, serviços ou programas de saúde.

Isto posto, um primeiro aspecto da avaliação que precisa ser examinado quando se tem por norte a promoção da saúde refere-se à necessária revisão daquilo *que se quer fazer* nas práticas de atenção à saúde. Nesse sentido, a noção de cuidado poderá ser bastante iluminadora, pelo que permite ampliar o sentido dessas práticas para além do puramente instrumental.

### **Êxito técnico e sucesso prático: pressupostos para avaliar o cuidado**

Ao se assumir a promoção da saúde como norte para a construção dos juízos que permitem formular o pressuposto “O que se quer e se pode fazer?” para avaliar uma determinada prática de saúde, uma primeira constatação é a de que não é suficiente adotar como critério normativo os padrões de correção de uma disfunção ou dismorfia, restabelecimento de um bem-estar físico ou psíquico ou prevenção e controle de uma certa ocorrência ou sua frequência populacional. Ainda

que este tipo de critério esteja longe de ser dispensável, ele se prende a uma dimensão instrumental, conforme apontado acima, que não esgota as finalidades do cuidado. A compreensão do sentido formativo das práticas de saúde, conforme discutido, implica expressivos enriquecimentos normativos, tanto em forma quanto em conteúdo.

Antes de mais nada, é preciso ter claro que o sentido formativo remete a uma distinção filosófica fundamental entre os saberes de natureza científica e técnica (*epistémé*; *techné*) e o tipo de sabedoria que na filosofia aristotélica se denomina *phrónesis*, qual seja, uma racionalidade voltada à *práxis*. *Práxis significa melhor realização da vida (energeia)* do ser vivo, a quem corresponde uma “vida”, uma forma de vida, uma vida que é levada a cabo de uma determinada maneira (*bios*) (Gadamer, 1983). No caso dos seres humanos, dotados de *prohairesis*, que significa capacidade de antecipação e escolha prévia, de escolher e negociar livremente, no contexto da polis, entre diferentes possibilidades de modos de vida, a *práxis* se refere, fundamentalmente, à ética e à política.

À busca sistemática desta sabedoria prática, Aristóteles denominou *filosofia prática*. Sobre esse tipo específico de saber, afirma Gadamer (1983):

Certamente, a filosofia prática é também “ciência”, isto é, um saber em geral que, enquanto tal, pode ser ensinado; é, porém, uma ciência sujeita a condições. Exige tanto da parte do que aprende, como da parte do que ensina, a mesma indissolúvel referência à *práxis*. Neste sentido, se encontra perto do saber especializado da *techné*. Porém, o que a separa fundamentalmente desta é que também se coloca a questão do bem – por exemplo, sobre a melhor forma de vida ou a melhor constituição política – e não apenas, como o faz a *techné*, o domínio de uma habilidade

cuja tarefa lhe está imposta por outra instância: pela finalidade que deve cumprir aquilo que se vai fabricar. Nesse sentido, a filosofia prática não é nem ciência teórica, ao estilo da matemática, nem conhecimento especializado, no sentido de domínio aprendido de processos de trabalho, quer dizer, “*poiesis*”, mas uma ciência de um tipo particular. Ela mesma tem que surgir da *práxis* e se voltar novamente para a *práxis*.

Nos termos em que se vinha expondo a questão no presente ensaio, pode-se afirmar que, dado o caráter ético e político das práticas de saúde, a avaliação do cuidado não pode se deixar restringir à verificação de seu “êxito técnico”, mas, entendendo esse êxito técnico como *práxis*, isto é, como simultaneamente exercício de escolha compartilhada de um modo de vida, deve estar também voltada para julgar acerca de seu “sucesso prático” (Ayres, 2001). Assim é que, ao se definir um horizonte normativo para as práticas de avaliação, há que se buscar junto das finalidades técnicas das práticas de saúde, mas transcendendo sua condição de estrita produção de objetos e objetividades (os produtos do trabalho em saúde), critérios relativos à antecipação, escolha e negociação de uma vida boa, ou, em outros termos, aos *projetos de felicidade* que justificam e elucidam a realização do cuidado que se quer julgar. Sob a égide desta recuperação da dignidade teórica de uma sabedoria prática, as questões que instruem as práticas avaliativas são reconstruídas:

Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado? Que papel temos desempenhado nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade que estamos ajudando a conceber? (Idem).

Poder-se-á acrescentar aqui: Que significa orientar as práticas na direção da promoção da saúde? Que espécie de felicidade esse projeto visa alcançar? Como se redefine, nesse contexto, a participação de profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas, de um lado, e, de outro, usuários de serviços e populações-alvo das ações de saúde? Que espaços e meios de interação, conhecimento e intervenção são necessários para a construção dessas novas relações? Que implicações éticas e políticas podem ser vislumbradas nos processos de reconstrução tal como vêm se processando?

Há, contudo, uma especificidade na sabedoria prática, à qual Gadamer (1983) faz referência, e que impõe certos limites ao seu tratamento teórico, os quais não devem ser tomados como obstáculo, senão como desafios à sua ativa incorporação aos horizontes normativos da avaliação em saúde. Trata-se da estreita relação com a práxis que define mesmo qualquer sabedoria prática; esta sua estreita dependência do contexto de onde nasce e para o qual se volta imediatamente. Tal dependência tende a restringir o poder de generalização e a perenidade das relações que estabelece, visto deter-se sempre sobre situações e formas de comportamento mutáveis, a dirigir-se sempre a situações concretas. Esta condição é, de resto, muito avizinhada àquela vivida pelas ciências teóricas chamadas ciências do espírito, ou ciências humanas, as quais têm raízes filosóficas compartilhadas com a tradição da filosofia prática (Gadamer, 1996). Não obstante, e de maneira análoga ao que acontece nas ciências humanas, o fato de que o saber originado da busca das melhores soluções nas diversas situações concretas tem em seu horizonte sempre a referência a um bem comum, a um modo de viver sempre compartilhado, e que precisa demonstrar-se bom por meio

de procedimentos racionais sistemáticos, tudo isso determina a concepção de estruturas típicas que postulam validarse em contextos diversos, que aspiram, nessa condição, o estatuto de um conhecimento da realidade.

As consequências que se pode extrair da condição acima descrita são de várias ordens, passando até mesmo pela importância para as práticas de avaliação das ciências humanas e seus processos de investigação e validação particulares. Para as finalidades deste ensaio, porém, interessa apenas destacar a impossibilidade de se estabelecer um conjunto de critérios *a priori* para instruir práticas avaliativas que busquem superar o caráter tecno-normativo estrito na direção formativa, tal como interessa à promoção da saúde. Esta perspectiva só autoriza, rigorosamente, que se apontem, ao modo não conclusivo de um convite filosófico, algumas possibilidades de inquirir as práticas de saúde a respeito de seus compromissos éticos e políticos com a construção dialógica da vida boa; de inquiri-las a respeito do lugar da saúde nos projetos de felicidade humana que se constroem cotidianamente com a participação (ou não) dos serviços de saúde.

Nesse sentido, uma hermenêutica do cuidado, desde as raízes ontológico-existenciais elucidadas por Heidegger (1995), na sua obra *Ser e tempo*, permitirá identificar alguns princípios capazes de expandir o horizonte normativo das práticas de avaliação, ainda que não caiba nos limites deste artigo explicitar seus fundamentos e procedimentos. Como se sabe, este filósofo desenvolveu a hipótese de que é a ideia de cuidado aquela que melhor nos permite compreender o sentido de nossa existência como humanos, estes seres que Aristóteles caracteriza como capazes de *prohairesis*. É o cuidado que revela, simultaneamente, o mundo em que se vive, isto é, o mundo que se antecipa, se

escolhe e se negocia, e os sujeitos que o antecipam, escolhem e negociam. O cuidado é, portanto, o elemento hermenêutico que permite a autocompreensão e a (re)construção contínua e simultânea dos projetos humanos.

Segundo Heidegger, é na condição de um cuidar-se, um “tratar de ser” – que é, de um lado, um ato individual e individualizador, mas, de outro lado, também uma relação necessária com o outro, com um mundo compartilhado que forja a identidade de todos e cada um – que se torna possível compreender a existência humana. Desde esse ponto de vista, o cuidar na área específica da saúde admite o mesmo tipo de leitura, especialmente se considerarmos o papel nuclear que as práticas de saúde adquiriram historicamente no processo formativo da civilização ocidental (Foucault, 2002). Identificar os constituintes histórico-ontológicos (não *a priori*) do modo de ser do cuidado constituirá um relevante recurso para sistematizar princípios orientadores de práticas avaliativas que, para além da eficácia tecno-normativa do controle dos agravos e riscos, possam ser sensíveis à positividade formativa dos projetos de saúde. Tais princípios não pretendem, obviamente, ser exaustivos, tampouco os mais relevantes, mas consistem num esforço de transpor para o campo particular da saúde algumas intuições e elaborações que se mostraram fecundas desde uma esfera de reflexão mais abstrata sobre a existência humana. São em número de nove os princípios deste modo identificados: movimento, interação, identidade/alteridade, plasticidade, projeto, desejo, temporalidade, não causalidade e responsabilidade (Ayres, 2004).

### **O modo de ser do cuidado e os princípios para uma avaliação formativa**

Um primeiro traço característico do modo de ser do cuidado é o *movimento*. A construção de identidades humanas não é

inscrita como um destino inexorável nas biografias dos sujeitos. Tais identidades vão sendo construídas no e pelo ato de viver, de colocar-se em movimento. O movimento será, de modo correlato, um elemento de extrema relevância para a avaliação formativa, em duas dimensões. Uma, mais bem explorada adiante, que diz respeito à própria situação da prática que se quer avaliar. Estar em movimento é condição *sine qua non* para que uma proposição prática qualquer realize seu propósito existencial. Mas para além dessa dimensão processual, a incorporação da necessidade mesma do movimento no âmbito interno de uma proposição prática para a saúde, como um estruturante dessa prática, é de igual relevância para julgar seu sentido construtivo. Estão os procedimentos técnicos ou gerenciais utilizados abertos ao movimento? Têm efetivamente estado em movimento? De que maneiras se abrem ao movimento? Que tipo de movimento pode ser observado? Eis algumas questões que podem ser feitas em processos avaliativos e que têm o potencial de produzir relevantes aportes às propostas de promoção da saúde.

A *interação* é um segundo traço fundamental do cuidado, pois o próprio pôr-se em movimento significa ir construindo uma série de relações. A possibilidade mesma de qualquer ser humano colocar-se em movimento em seus primeiros momentos de existência depende sempre da interação – com a mãe inicialmente, e com tantos outros direta e indiretamente nos momentos que se sucedem após o nascimento. Nesse sentido caberá arguir quanto às práticas avaliadas: Apercebem-se do seu caráter interativo? São atentas a essas interações? Favorecem a interação? Estimulam a interação? Que interações buscam estabelecer? Qual o sentido das interações produzidas?

Há que se considerar, por outro lado, que as identidades dos diversos sujeitos em interação, nas práticas de saúde

como na vida de modo geral, são produzidas exatamente no processo destas interações. Aqui de novo cabe a referência à criança que vai construindo sua identidade inicialmente através dos pais e a cada vez por processos mais complexos, e sempre em curso, de interações sociais. A contínua (re) construção de *identidades e alteridades* conformam, assim, um terceiro princípio a ser considerado. Tal reconstrução configura como que o conteúdo substantivo dos processos de interação intersubjetiva acima referidos. Por isso, caberá sempre perguntar nos processos de avaliação: Quem são os profissionais ou serviços e os usuários ou populações que se constituem mutuamente nos encontros efetivamente produzidos nas ações de saúde? Que qualidades os caracterizam? Que tipos de relação estabelecem entre si? Que significados possuem para eles esses encontros?

Tal tipo de questionamento faz, de fato, sentido para pensar as práticas de saúde devido ao quarto princípio a ser destacado: a *plasticidade* do cuidado, isto é, sua capacidade de transformar-se, mudar de formas, incorporar em si e nos seus objetos modos cambiáveis e cambiantes de manifestar-se. Assim como a criação de identidades-alteridades constitui o conteúdo substantivo das interações humanas, dos seus diferentes encontros, inclusive os terapêuticos, é a plasticidade que dota de sentido os movimentos e encontros do cuidar. Sem a plasticidade do cuidado o movimento das técnicas tenderia a zero, todas as relações entre meios e fins já estariam dadas *a priori* e de uma vez por todas. É na possibilidade de “(trans) formação” que se apóiam e se justificam os encontros criadores de identidades. É a plasticidade que dá sentido existencial a tais encontros. Cabe, então, perguntar-se: O quanto é plástico o arranjo tecnológico ou gerencial em questão? Quais são os

pontos de maior plasticidade desse arranjo? Que implicações práticas podem ser relacionadas às características (de grau e de significado) da plasticidade própria a esse arranjo? Qual o significado dos movimentos observados ou antecipáveis nesse arranjo por referência aos seus significados formativos?

Porque essas antecipações são, como visto acima, constitutivas do modo de ser do humano, é que se pode definir o traço distintivo central de qualquer processo de cuidar como a concepção e realização (simultâneas) de um *projeto* existencial, seja no plano mais abstrato de uma ontologia, seja naquele mais concreto de um determinado arranjo tecnológico. Que modos de vida e de saúde são favorecidos com um determinado arranjo tecnológico ou gerencial das práticas de saúde? Que valores se colocam em relação com esse modo de vida, como sua origem e destino? Em que sentido é possível transformar os arranjos tecnológicos para que se construam os sucessos práticos vislumbrados em nossos projetos de vida e saúde?

O *desejo*, no sentido de pura expressão de uma livre vontade de existência, de um imponderável cogitar que faz emergir projetos de realização de ações ou alcance de estados conhecidos ou imaginados, é o sexto traço que se quer aqui destacar. O sentido construtor de autocompreensões e projetos de que se reveste o cuidado permite, com efeito, que este se defina também como um “encontro desejante com as circunstâncias”, circunstâncias das quais se origina um modo de vida e às quais este visa sempre a transformar. Talvez o desejo seja o princípio que maior dificuldade encontra para traduzir-se em orientações para práticas avaliativas, justamente porque por ele se quer designar o conteúdo mais inefável do modo de ser do humano, aquele que nos torna dotados da possibilidade de escolha e, por isso mesmo, nos faz tão

indeterminados e misteriosos. Longe, porém, de fazer dessa dificuldade uma impossibilidade, a imponderabilidade do desejo só faz aumentar o interesse e a necessidade de que as práticas de saúde e, no seu âmbito, as práticas de avaliação, se submetam com frequência e centralidade às perguntas mais relevantes e estruturantes para uma avaliação formativa: Qual o projeto de felicidade daqueles de quem se busca cuidar? Quais sucessos práticos se buscam? Que êxitos técnicos podem colaborar para esses sucessos? Como podem fazê-lo?

*Temporalidade* é o sétimo princípio. A perspectiva temporal do cuidado é um desdobramento lógico do modo de ser do cuidado tal como aqui defendido, já que a ideia central de projeto só faz sentido numa perspectiva temporalmente definida, em que a experiência da consciência se parte em uma dimensão pretérita, fonte dos juízos fundamentados acerca do ser do mundo e de si mesmo, uma dimensão futura, em direção ao qual se antecipam possibilidades e perseguem estados desejados, e uma experiência atual que estrutura e relaciona tais juízos e desejos. A temporalidade tem implicações diretas, portanto, em qualquer processo de avaliação, já que esse aspecto será decisivo para que se possa qualificar e mensurar qualquer arranjo tecnológico, seja na perspectiva normativa do êxito técnico, seja naquela formativa, referente aos sucessos práticos. Qualquer resultado que se esteja obtendo hoje de uma determinada prática de saúde só poderá ser julgado quanto ao atendimento de uma certa finalidade instrumental se for considerado quando e quanto, a cada momento, se exige dela como padrão esperado de rendimento e resposta. Por outro lado, desde uma perspectiva formativa, será preciso sempre relacionar temporalmente experiências prévias, situação atual e potencialidades para julgar quanto à pertinência, legitimidade

e adequação do cuidado que se está oferecendo: Quais os fundamentos práticos (práticos) de um determinado arranjo tecnológico? Em que experiências históricas se funda? Que sujeitos históricos têm participado de sua construção? Quais são as bases éticas, políticas, epistemológicas e linguísticas em que se apóiam? Que perspectivas de futuro permitem vislumbrar em seu desenvolvimento?

Delicadas e aparentemente estranhas estas dialéticas, nas quais os princípios se implicam mutuamente – o tempo sendo condição do projeto, e o projeto sendo o conteúdo que especifica o que é presente, passado e futuro; o desejo construindo a história, sem a qual, por sua vez, não existe desejo; o projeto como fundamento do cuidado, ao mesmo tempo em que o cuidado é a condição de possibilidade do projeto. Toda essa complexa rede de mútuas implicações conduz ao oitavo princípio a ser destacado: o da *não-causalidade*, isto é, da irreduzibilidade dos processos formativos do humano a uma apreensão cognitiva do tipo causa-efeito. Como se sabe, esse modo de apreender relações de determinação caracteriza-se por uma sucessão linear de eventos no tempo e no espaço, uma independência formal entre causa e efeito e uma direção unívoca da causação absolutamente estranhas ao tipo de determinação que relaciona o cuidado aos seus constituintes aqui identificados. Este princípio aponta claramente os limites da metodologia científica oriunda das ciências exatas e experimentais e sua tradicional fundamentação lógico-matemática para os propósitos de uma avaliação formativa. Ainda que se possa, e frequentemente se deva, incorporar raciocínios causais e deduções lógico-matemáticas a processos avaliativos, posto que relações meios-fins são indissociáveis das técnicas e estas são o substrato do que se quer avaliar, quando o propósito

da avaliação se orienta para uma perspectiva formativa é necessário que seus componentes cognitivos sejam sempre regidos por uma aproximação hermenêutica. Isto é, qualquer proposição avaliativa deve fazer parte de um círculo compreensivo, no qual cada parte em exame só tem seu significado esclarecido por uma totalidade interpretativa, a qual deverá ter seu significado completamente dependente de cada uma das partes examinadas. Nesse sentido, não se pode conceber que uma avaliação formativa possa considerar os processos e resultados de qualquer componente técnico isolado do sentido que lhe imprime seu pertencimento ao arranjo tecnológico mais amplo onde está inserido. Delimitar quais são as totalidades interpretativas necessárias à elucidação de sentido do conjunto de práticas em questão, assim como definir o meio mais econômico e eficaz de operá-la na prática avaliativa, constituem, portanto, um dos mais instigantes e necessários desafios metodológicos de uma avaliação formativa. Dito de outra forma, defende-se que, no âmbito de uma avaliação formativa, cada pergunta sobre relação causa-efeito deve ser sempre circunstanciada, contextualizada, nunca absolutizada ou naturalizada, ao mesmo tempo que outros questionamentos de moldes não-causalistas não podem deixar de ser feitos, do tipo: de que modo valores, princípios e práticas estão se reconstruindo mutuamente no processo de desenvolvimento das ações sob avaliação?

Se o cuidado só se deixa apreender por essa circularidade hermenêutica, o arranjo das relações parte-todo que o caracterizam será sempre um ato arbitrário de quem se ocupa dele, isto é, de um sujeito avaliador que, como tal, “cuida do cuidado”. Não há um ponto de entrada necessário por qualquer das partes constitutivas de sua totalidade interpretativa.

Por isso mesmo, não há também uma definição *a priori* da totalidade que responde pelo modo de ser do cuidado, da mesma forma que o próprio cuidado é, como apontado acima, um projeto mutuamente determinado e determinante de escolhas e contingências. Portanto, tanto no modo de ser do cuidado, como no modo de ser de sua avaliação formativa, a *responsabilidade* constitui um princípio fundamental. Pela situação histórico-ontológica do humano, tanto mais quanto se aperceba e aproprie dela, é a possibilidade e a necessidade de responder pela auto-compreensão e construção formativa do nosso modo de ser no mundo que nos torna, a cada um de nós e a cada conjunto de nós, responsável pelas implicações práticas (práticas) do cuidado – nos seus momentos de execução tanto como nos de avaliação. Este nono princípio sugere, portanto, formas e conteúdos de questões para avaliação que privilegiam o circunstanciamento e a explicitação de perspectivas interpretativas. Apóiam-na no pressuposto epistemológico de uma estreita relação entre o técnico o ético e o político, imediatamente envolvidos em qualquer desenho de avaliação que leve a sério a dimensão formativa. Nesse sentido, serão perguntas inexoráveis e, talvez mesmo, as primeiras que devem ser feitas: Quem responde pelo cuidado em questão? A que responde? A quem e o que deveria responder? O mesmo tipo de questionamento cabe ao processo avaliativo.

### **Promoção da saúde e avaliação formativa, à guisa de conclusão**

Com a trajetória reflexiva aqui desenvolvida, pensa-se ter fundamentado de forma minimamente consistente a tese, afirmada logo ao início do texto, de que os novos horizontes abertos pelas propostas de promoção da saúde, em sentido lato, reclamam e requerem, para seu pleno sucesso, uma

prática avaliativa decidida e conseqüentemente comprometida com a identificação e participação na construção de projetos de felicidade humana.

Nesse sentido, para além e junto do monitorar do êxito técnico, instrumental, dos arranjos tecnológicos e gerenciais das práticas de saúde, é preciso que a avaliação elucidie e favoreça as potencialidades das práticas de saúde para gerar processos criativos e solidários de melhoria da vida de indivíduos, comunidade e populações. Ou seja, participando como um dispositivo de autocompreensão e construção das necessidades e aspirações humanas, as práticas avaliativas devem poder orientar-se continuamente para a obtenção de sucessos práticos.

A uma avaliação em saúde que se compreende nesta perspectiva autocompreensiva e sócio-historicamente (re) construtiva, passou-se a chamar, por inspiração da tradição da filosofia prática que suporta e justifica tal identidade, avaliação formativa, num necessário contraste (mas nunca oposição) com as chamadas avaliações normativas.

A hermenêutica do cuidado permitiu, por fim, delimitar, ao modo de um convite, uma série de princípios potencialmente instrutores de avaliações formativas, seja no que se refere à sua atitude ética e política, aos seus pressupostos epistemológicos e metodológicos, ou aos seus conteúdos específicos.

Tem-se aqui a clara consciência de duas limitações não desprezíveis do presente ensaio, entre outras, não tão relevantes ou perceptíveis. A primeira delas diz respeito ao seu relativamente alto grau de abstração e, de modo proporcional, às complexas mediações filosóficas envolvidas. Dois tipos de conseqüências, igualmente indesejáveis, podem advir dessa limitação. Uma delas se refere às insuficiências do autor para transitar por

tão delicadas mediações conceituais. Quanto a esta, só cabe advertir o leitor para uma redobrada vigilância crítica. Mas outra conseqüência importante, e que se deve tratar com mais vagar, é a possibilidade de que a complexidade das questões aqui levantadas paralise o leitor, seu potencial beneficiário.

Com efeito, um mergulho tão radical nos horizontes filosóficos da avaliação pode ter deixado o contexto da promoção da saúde muito distante. Conduzir os princípios propostos para uma avaliação formativa até os limites de práticas concretas de avaliação pode mostrar-se uma tarefa de grande dificuldade. Não se desconhece aqui este tipo de dificuldade, até porque o autor, em sua prática de sanitarista, as experimenta cotidianamente. Não obstante, faz parte também da experiência do autor (e não apenas dele, naturalmente) a convicção de que investimentos na fundamentação filosófica, ainda que num primeiro momento imponham dificuldades práticas de mediação conceitual, revertem em possibilidades renovadas e ampliadas de um manuseio e diálogo mais coerente e consistente por referência às práticas visadas. Para esse tipo de dificuldade, recomenda-se a mesma atitude que se pode adotar diante das inúmeras outras dificuldades que cercam a efetivação das práticas de avaliação – como a falta de tempo, de recurso, de formação ou de uma cultura institucional favorável. Trata-se da adoção de critérios de realismo, fecundidade e operacionalidade na escolha de que, como e quando avaliar (Ayres, 1996).

Uma segunda ordem de limitações deriva do restrito diálogo estabelecido com a produção teórico-filosófica do campo específico da avaliação. Tal restrição não deve ser entendida como desconhecimento ou descaso em relação à expressiva produção desta área, especialmente na América do Norte.

Trata-se apenas do fato de que o autor não é um estudioso do assunto e o que buscou nesse ensaio foi, justamente, lançar pontes entre uma reflexão filosófica mais abstrata, voltada para a compreensão das práticas de saúde de modo geral, e as questões que se vêm apresentando como campos relativamente diversos de indagação, mas estreitamente inter-relacionados, quais sejam, aqueles que vêm se debruçando sobre as práticas avaliativas e os que vêm procurando desenvolver conceitual e tecnicamente as proposições da promoção da saúde. Aliás, também em relação a estas últimas não seriam menos pertinentes eventuais críticas à estreita base de interlocução teórica. Julga-se, porém, que só um esforço decidido de construir pontes interdisciplinares e trans-regionais no campo da produção teórica, assumindo-se todos os riscos de eventuais insuficiências e imprecisões inerentes a empreitadas desse tipo, pode fazer caminhar o conhecimento de forma transdisciplinar e enraizada em desafios práticos abrangentes, de solução necessariamente plural e coletiva.

Uma última consideração diz respeito à dificuldade prática e à verdadeira “aposta” que significa, para especialistas em avaliação ou técnicos e gestores avaliadores de seus próprios trabalhos, a incorporação da perspectiva aqui chamada formativa em seus processos avaliativos cotidianos. A maior visibilidade e familiaridade com a aplicação da metodologia científica tradicional para monitorar processos e resultados do trabalho em saúde tende a tornar quase automática a adesão restrita às perspectivas normativas da avaliação. A reflexão acima aponta, contudo, a necessidade de mais ativa adesão à avaliação formativa quando se trata de reconstruir as práticas de saúde na direção da promoção da saúde.

## Referências

- ALMEIDA FILHO, N. For a general theory of health: preliminary anthropological and epistemological notes. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 4, p. 753-770, 2001.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 14, p. 73-91, 2004.
- \_\_\_\_\_. Educação preventiva e vulnerabilidade às DST/Aids e abuso de drogas entre escolares: Como avaliar a intervenção? In: TOZZI, D. A. et al. (orgs.). *Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/Aids*. São Paulo:FDE, 1996. p. 254. (Série Ideias, n. 29).
- \_\_\_\_\_. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 5(Supl.1), p. 28-42, 2003.
- \_\_\_\_\_. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde pública: perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 4, p. 701-709, 1999.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade III: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 2002.
- FREITAS, C.M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 141-159.
- GADAMER, H. G. Hermenêutica como filosofia prática. In: \_\_\_\_\_. *A razão na época da ciência*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1983. p. 57-77.
- \_\_\_\_\_. *Verdad y método: fundamentos de una hermenéutica filosófica*. I. Salamanca: Sígueme, 1996.
- \_\_\_\_\_. Teoria, técnica, prática. In: \_\_\_\_\_. *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70, 1997. p. 11-37.

HABERMAS, J. Técnica e ciência como ideologia. In: \_\_\_\_\_. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70, 1987. p. 45-92.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo I*. Petrópolis: Vozes, 1995.

MANN, J.M.; TARANTOLA, D.J.M. From epidemiology to vulnerability to human rights. In: MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M. (eds.). *Aids in the world II*. New York: Oxford University Press, 1996. p. 427-476.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NEMES, M.I.B. *Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILAS-BÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS VII*, n. 2, p. 7-28, 1998.

## Para compreender o sentido prático das ações de saúde: contribuições da hermenêutica filosófica<sup>1</sup>

### As ciências modernas e as práticas de saúde

Na era da ciência e da tecnologia, a organização de atividades, serviços, programas e políticas de saúde é orientada fundamentalmente por uma racionalidade sistêmica e instrumental, isto é, pelo interesse no desempenho de saberes, recursos e ações de caráter técnico, em função de determinadas finalidades a serem atingidas. Qualquer conjunto de técnicas será validado na medida em que produza o efeito que promete, e da maneira mais econômica. Busca-se, para isso, recursos importantes nas ciências, especialmente no que chamamos, seguindo Habermas, de ciências empírico-analíticas (Habermas, 1987), cujo conhecimento baseia-se na verificação lógica e/ou experimental de relações de necessidade entre proposições, com vistas à apreensão de relações de caráter causal.

Com efeito, parte significativa da aplicação dos saberes científicos às práticas de saúde na atualidade busca: a) uma

<sup>1</sup> Primeira publicação: AYRES, J.R.C.M. Para compreender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenéutica filosófica. *Salud Colectiva*, v. 4, p. 159-172, 2008.

explicação *causalista* do adoecimento ou risco e seu tratamento ou prevenção, entendida no sentido estrito de uma *causalidade eficiente* (Bunge, 1969), isto é, relações unívocas entre um fator extrínseco a um dado fenômeno e seu efeito sobre ele; b) a verificabilidade empírica (seja por confirmação ou refutação) dessa explicação; c) a expressão matemática (exata ou probabilística) dessa verificação. Nesse sentido, quanto mais se busca construir processos e artefatos para ampliar o êxito instrumental das ações de saúde, mais necessários se tornam os procedimentos científicos empírico-analíticos.

Ocorre, porém, que as ciências contemporâneas vêm experimentando, já desde a primeira metade do século XX, uma ampla revisão quanto à extensão e significado das verdades que produz, utiliza e dissemina (Santos, 1997). Com efeito, transformações radicais, tanto internas quanto externas às atividades científicas, vieram superar a concepção herdada do século XIX acerca da natureza e fundamentos do conhecimento científico. Nesse processo, as ciências foram abandonando o positivismo ingênuo que sustentava a metafísica causalista e empirista, na direção de uma concepção mais perspectivista e construcionista das evidências que produzem. Isto é, sem abandonar a ideia reguladora de verdade, entendida como produção de evidências intersubjetivamente compartilháveis, as ciências mais e mais passaram a assumir e lidar com o caráter circunstanciado, aproximativo e limitado dessas evidências. As ciências passaram a ser entendidas como sistemas de proposições linguísticas articuladas de modo logicamente coerente, matematicamente estruturado e empiricamente validado, capazes de construir crenças lógicas e empiricamente fundamentadas e pragmaticamente produtivas. Em outros termos, as ciências passaram a ser entendidas como uma forma de discurso, ca-

racterizada por uma busca de validação intersubjetiva baseada no seu compromisso com a verdade. Porém, não mais uma verdade absoluta, no sentido forte de leis naturais desveladas pelo intelecto humano, mas sim como “quase-verdades”, isto é, proposições verificáveis, com grau aceitável de incerteza, em um dado regime de validade, produzidas em relações sujeito-objeto explicitamente delimitadas (Costa, 1997).

No mesmo processo, os desenvolvimentos conceituais no campo das chamadas ciências humanas foram mais e mais demonstrando que o mesmo compromisso com a verdade requer não apenas diversidade de métodos e regimes de validade, mas revisão da natureza mesma do que se entende por verdade e por validação intersubjetiva, criando não apenas novas metodologias e epistemologias, mas uma renovação filosófica mais ampla da autocompreensão dessas ciências.

Em consonância com esse processo, as tecnologias da saúde precisam também estar atentas aos regimes de validade e territórios de aplicação dos conhecimentos científicos de que se utilizam. Deve valer para elas o mesmo sentido geral de revisão crítica, chamado de giro ou guinada pragmático-linguística (Apel, 1985), pelo qual passam não apenas as ciências, mas o espectro filosófico como um todo, do seu pólo neopositivista ao pólo hermenêutico-dialético.

A compreensão desta guinada reclama uma discussão complexa e extensa, que não cabe fazer aqui. Importa, no entanto, chamar a atenção para um importante aspecto acerca do conhecimento racional que acabou obscurecido pelo extraordinário êxito instrumental que as ciências alcançaram ao longo dos três últimos séculos. Sua discussão deita raízes na distinção aristotélica de três diferentes esferas de racionalidade (Gadamer, 1996), que examinaremos a seguir.

## Teoria, técnica e práxis

Aristóteles distinguia três diferentes esferas de racionalidade, segundo suas pretensões e características. Uma delas, aquela que guarda relações mais imediatas com as ciências de nossos dias, apesar das profundas descontinuidades e rupturas – especialmente as da revolução científica do século XVII e as da segunda revolução, do início do século XX – diz respeito ao conhecimento dos universais, das verdades perenes, das identidades e movimentos que, sendo algo, não podem não ser esse algo. É o plano da *episteme*, do conhecimento pelas causas e, enquanto tal, expressão de identidades e relações perenes. É a esfera racional da *theoria*.

Uma segunda esfera diz respeito à *poiesis*, isto é, à atividade de produção de artefatos com base nos talentos e aptidões humanos. É a esfera da criação de objetos a partir da matéria do mundo. Instruída racionalmente, essa atividade passa a buscar e acumular princípios sobre o saber fazer, voltando-se para a produção de bens e instrumentos de interesse para a vida humana. É a esfera racional da *techne*, conjunto de saberes que podem ser repetidos, reproduzidos, ensinados, diversificados, aprimorados ou mesmo substituídos. Saberes que criam objetos no mundo, para usufruto humano, porquanto e enquanto houver o interesse nesse usufruto.

Mas Aristóteles distingue também um terceiro tipo de saber, chamado de *phronesis*, ou sabedoria prática, que não lida com a perenidade, com a causalidade, mas nem por isso despreza a busca da universalidade. Uma universalidade, porém, que não é a negação da contingência, mas, ao contrário, volta-se para ela e alimenta-se dela. Uma esfera em que os interesses humanos têm papel preponderante, mas que não produz objetos, artefatos, instrumentos. Sua reprodução e

transmissão não são de caráter cumulativo e seu interesse não está tão imediatamente vinculado ao usufruto – muitas vezes, ao contrário, emerge de tensões entre os interesses humanos e suas possibilidades de satisfação. Trata-se da esfera racional da *praxis*. A universalidade buscada aqui é a dos valores e caminhos para uma convivência humana satisfatória. O que se produz e se busca reproduzir e disseminar são as virtudes capazes de, diante das contingências diversas com que não cessamos de nos confrontar em nossas experiências cotidianas, conduzir nossa compreensão e nossas ações à Vida Boa.

O que nos parece lícito concluir da analítica aristotélica das racionalidades e dos saberes é que a verdade assumirá diferentes feições, segundo cada plano de saber. No primeiro caso, ela será uma verdade a que podemos chamar, em termos bastante contemporâneos, de cognitiva; à segunda, usando a mesma liberdade terminológica, podemos chamar de instrumental; e à terceira, na mesma linha, podemos chamar de prática, isto é, a verdade relativa a saberes reflexivos, produzidos por humanos, acerca de humanos e para os humanos, voltados à construção compartilhada de seus modos de vida. É quase intuitivo que tais planos, tão distintos no plano analítico, estão completamente interpenetrados na vida concreta. Mas, ainda que interpenetrados na vida cotidiana, Aristóteles nos mostra que cada um deles nos faz exigências racionais suficientemente peculiares para que os identifiquemos com mecanismos diversos de construção de respostas, não independentes dos demais, mas relativamente autônomos em relação a eles.

A chave para entendermos o caráter simultaneamente interdependente e distinto dessas três esferas de racionalidade pode ser encontrada no sentido que a linguagem (*logos*) vai

assumir em referência a cada uma delas. Em primeiro lugar devemos ter em mente que, no universo originário da Grécia Clássica, o termo *logos* unifica em seu significado as ideias de linguagem (em ato), razão e verdade, congêneres em sua ligação com a realidade do mundo (Gadamer, 1996). Para Aristóteles, essa ligação será atualizada, isto é, passará de potência a ato, na medida mesma em que a linguagem consiga expressar a singularidade de cada ente, de cada ser, em sua condição de parte insubstituível e não suprimível da unidade do cosmos. O *logos* torna presente desde a perene e constante configuração dos eventos das esferas supra-lunares até as instáveis e plásticas formas de existência humana em sua finitude e mundanidade. Por isso a linguagem, da poética à lógica, passando pela retórica e pela dialética, é capaz de expressar (e identificar, portanto), o perene, tanto quanto o mutável; ela nos permite distinguir o universal e o contingente, a potência e a atualidade, o possível e o necessário (Berti, 2002).

É assim que a própria linguagem assume, já em Aristóteles, diferentes modos de organização, ou diferentes conformações discursivas, no dizer de hoje, segundo o tipo de verdade que se quer estabelecer sobre os humanos e seu mundo. No plano racional da *theoria*, busca-se a *episteme*, por meio de identidades e relações logicamente *necessárias*. É o *logos* apodítico (da coerção dedutiva, dos silogismos) que poderá nos guiar nesse campo. Mas poderá o *logos* apodítico responder às perguntas que nos fazemos sobre a Boa Vida na *polis*? Poderá sua racionalidade determinista dar conta das contingências, das escolhas a fazer num mundo onde a tônica é o devir, a mudança, a escolha? Certamente que não. Daí a importância da *phronesis*, a sabedoria prática, motor e produto da razão prática, ou *praxis*.

Ao tratar da racionalidade da *praxis* em sua *filosofia prática*, a originalidade de Aristóteles em relação a seus antecessores está em admitir que a *theoria* guarda grande proximidade com a sabedoria prática, mas não se confunde completamente com ela. A primeira refere-se à busca sistemática de conhecimento (*sophia*) sobre as (perenes) boas finalidades da vida humana, mas a sabedoria prática (*phronesis*) refere-se às (contingentes) boas escolhas que fazemos, capazes de conduzir concretamente as práticas humanas no sentido das boas finalidades da vida (Gadamer, 2007). É nesse sentido que a racionalidade prática aristotélica vem sendo apontada por muitos autores contemporâneos como o referente histórico das disciplinas da ética, da moral, do direito, mas também do conhecimento humanista de modo geral, especialmente em sua auto-compreensão hermenêutica (Gadamer, 1996; Berti, 2002; Habermas, 1988).

Conforme nos ensina Aristóteles, não há menos verdade na sabedoria prática, se comparada com os universais das ciências, o que há é menos certeza, menos determinação. Para Aristóteles, do *logos* poético ao *logos* apodítico, o que variava na linguagem não era sua relação com a verdade (mais verdade ou menos verdade, como nós modernos aprendemos a pensar), mas sim diferentes expressões da verdade do mundo (cosmos). Assim, por exemplo, um personagem ou uma atitude nos quais sejam identificadas virtudes práticas não são frutos de uma relação determinada, universal e perene, não podem ser apreendidos por meio de necessidades lógicas. E, no entanto, é fato que podemos identificar positivamente essas virtudes, compreender seus fundamentos, seus processos e seus efeitos no momento em que se expressam, podemos convidar outros à mesma compreensão, e assumir com outros que esta atitude

prática pode interessar a todos e que pode voltar a iluminar juízos e decisões frente a contingências que surjam em outros tempos e lugares, com outras pessoas.

O reexame contemporâneo da sabedoria prática permite jogar uma nova luz ao repensar dos regimes de validade e territórios de aplicação dos conhecimentos no campo da saúde. Como apreender e trabalhar racionalmente os aspectos éticos, morais, políticos, subjetivos, indissociavelmente envolvidos na compreensão da realidade e nas decisões que orientam cotidianamente nossa busca de uma Vida Boa no que se refere à saúde? Podemos buscar, junto e além dos conhecimentos científico-tecnológicos, algum outro tipo de conhecimento racional em relação a esses aspectos? Quando se trata de buscar regularidades nas relações meios-fins, a linguagem das relações necessárias (ou quase-necessárias) nos conduz de certeza em certeza até a produção de novas certezas (ou incertezas controladas). Mas qual será a linguagem que nos deve orientar quando a preocupação se volta para a racionalidade prática das ações de saúde? É exatamente essa linguagem que a hermenêutica filosófica, essa espécie de herdeira contemporânea da filosofia prática, vem buscando, e é com base nela que vamos procurar respostas para pensar, por dentro das práticas de saúde, o lugar e as exigências de sua racionalidade propriamente prática.

### **Êxito técnico, sucesso prático e projetos de felicidade nas ações de saúde**

Ninguém poderia negar que qualquer ação de saúde tem um sentido eminentemente instrumental. Com os saberes e artefatos técnicos de que dispomos, construímos descrições objetivas sobre nosso corpo, nossa mente, nosso meio, nossos

modos de vida e intervimos sobre tais “objetos” com vistas ao alcance de determinados estados, condições ou situações antevistas e desejadas. Mas é também cada vez mais claro que tais construções objetivas, as formas de intervir sobre elas e os produtos da intervenção não são naturais. Já foi amplamente discutido no campo da saúde que suas práticas decorrem de possibilidades e escolhas histórica e socialmente sancionadas, ainda quando de forma conflituosa, provisória e questionável. Ora, quando assumimos como verdadeira essa última afirmação, já estamos nos referindo às ações de saúde como saber prático, como práxis.

Ocorre que a dimensão praxica das ações de saúde é frequentemente explorada em reflexões críticas externas à sua tecnicidade, isto é, os pressupostos e implicações práticos das ações de saúde são abordados de forma negadora – identificando-se racionalmente consequências negativamente valorizadas de uma técnica, mas não as relações entre a própria técnica e esses valores. Além disso, as reflexões práticas são, também com muita frequência, apreendidas no âmbito de totalidades sócio-históricas macroscópicas, muitas vezes nos marcos de um processo civilizatório inteiro, ou de conformações culturais, institucionais e/ou econômicas de toda uma sociedade, e não no plano microscópico da operação das tecnologias. Estas construções críticas têm sido relevantes na discussão de políticas, em reorganizações institucionais e até na reestruturação de modelos assistenciais. Porém elas não tornam dispensáveis as tentativas de compreender pressupostos e implicações práticos no âmbito mais estrito de situações particulares de prática, tais como uma consulta médica, um atendimento psicoterapêutico, um grupo educativo, uma ação comunitária, um programa de saúde.

Conhecemos bastante dos fundamentos e implicações sociais da medicina ocidental contemporânea, mas, teremos esta mesma segurança se nos perguntarem, por exemplo, sobre fundamentos e implicações de um atendimento em saúde que acabamos de realizar? Sabemos que não podemos transpor esses diferentes planos de compreensão sem cuidadosas e complexas mediações. Outro aspecto a ser considerado é que, se não queremos ficar só no momento negador do processo crítico, se queremos propor positivamente alternativas, devemos ter recursos para compreender e transformar as ações de saúde desde essa base técnica que as justifica e reproduz como prática social e histórica, ou seja, seu sentido prático precisa ser conhecido e tematizado nos processos mesmos em que se atualizam como tecnologias, em que se realiza sua instrumentalidade.

Nesta tarefa podem ser distinguidos dois planos interpenetrados. Precisamos, de um lado, identificar as pretensões/exigências normativas (Habermas, 1988) mais imediatamente relacionadas àquele encontro entre sujeitos realizado na ação de saúde, isto é, os horizontes socialmente validados que delimitam o que seja “a boa coisa a fazer” nesses encontros. De outro lado, precisamos ter claro que o compartilhamento normativamente construído para as interações intersubjetivas entre usuários, populações, profissionais e gestores não anula os modos singulares como cada indivíduo vive, interpreta, reconstrói e expressa essas exigências e condições normativas. Ao contrário. Um só existe em função do outro. É porque a singularidade é traço constitutivo da subjetividade que a vida em comum requer compartilhamento de horizontes normativos e, por outro lado, é esse mesmo horizonte que permite a construção e expressão dessa singularidade – a dialética

de identidade-alteridade, as mútuas implicações entre o que sou eu e o que é o outro. É fundamentalmente essa dialética entre singularidade subjetiva e compartilhamento da vida que realiza a construção dos horizontes normativos e seu contínuo movimento e transformação (Habermas, 1988).

Com base no resgate dessa totalidade normativo-subjetiva, necessária para a compreensão do sentido prático das ações de saúde, torna-se possível identificar duas esferas de interesse estreitamente articuladas no cuidado em saúde: *êxito técnico* e *sucesso prático* (Ayres, 2002).

Por êxito técnico queremos nos referir ao sentido instrumental da ação, por exemplo, a relação entre o uso de um vasodilatador e a redução do risco de agravos cardiovasculares em um paciente ou da incidência desses agravos em uma população. Por sucesso prático queremos remeter ao valor que essa ação assume para indivíduos e populações em razão das implicações simbólicas, relacionais e materiais dessas ações na sua vida cotidiana. Por exemplo, o que significa na vida de um usuário ou de uma comunidade ser hipertenso, tomar remédios, fazer controles periódicos, ser vítima de um infarto do miocárdio etc. O êxito técnico diz respeito a relações entre meios e fins para o controle do risco ou dos agravos à saúde, delimitados e conhecidos pela lógica empírico-analítica das ciências da vida e da saúde. O sucesso prático diz respeito ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações.

Por isso, os juízos práticos sobre ações de saúde tomam como seu substrato privilegiado não a condição, estado, forma ou função a ser promovido, evitado, corrigido ou recuperado em si mesmos – êxitos técnicos visados pela di-

mensão instrumental da avaliação. O substrato da dimensão prática da ação de saúde é o sentido normativo-subjetivo que a circunscreve, isto é, sua fecundidade em relação ao *projeto de felicidade* de seus destinatários.

Por *projeto de felicidade* queremos nos referir à totalidade compreensiva que dá sentido existencial às demandas postas aos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações e, por isso mesmo, ele é a referência para tematizar ativamente o sucesso prático das ações de saúde, seja no seu planejamento, execução ou avaliação. É preciso deixar claro, contudo, alguns aspectos dessa construção conceitual. Sua referência a construtos filosóficos já clássicos na tradição ocidental não poderá ser explorada aqui, mas, ainda assim, vale a pena destacar alguns traços que a delimitam, para que melhor se compreenda suas pretensões conceituais.

Em primeiro lugar a ideia de projeto. Largamente tributária da tradição ontológico-existencial que, com nuances, se desdobra da primeira filosofia heideggeriana de Ser e Tempo até a hermenêutica filosófica gadameriana (Grondin, 1999), a noção de *projeto* envolve aqui uma compreensão da situação existencial humana que é a de um “estar lançado”, uma existência que se constrói em e a partir de diversas condições pré-determinadas e determinantes da vida humana, desde nossa herança genética até as condições socioculturais e políticas dos contextos em que vivemos. Mas o Ser do humano é, ao mesmo tempo, um “ser-para” e um “ser-com”, que a cada momento apropria-se ativa e criticamente das diversas condições recebidas no seu “estar-lançado”, dotando-as de sentido prático.

Esse esclarecimento é relevante para chamar a atenção para o fato de que, quando falamos de projetos de felicidade, não se trata de um projeto no sentido da definição de tarefas, recur-

so e prazos para o alcance de uma determinada finalidade. O projeto, no sentido acima descrito, implica determinantes conhecidos e desconhecidos, determinações causais e não causais, trabalháveis e não trabalháveis; implica devir, implica uma temporalidade não linear, não cumulativa, e uma própria temporalização plástica, isto é, uma compreensão de passado, futuro e presente como experiências co-existentes e, em sua co-existência, ressignificando-se ilimitadamente. Implica intersubjetividade, interação, compartilhamentos, aberturas.

O mesmo tipo de esclarecimento se faz necessário em relação ao termo *felicidade*. Também objeto de diferentes abordagens filosóficas, que passam por nomes como Aristóteles, Espinosa e Kant, a felicidade, no sentido que se quer adotar aqui, é uma espécie de razão última, ou primeira, da práxis (Gadamer, 2002). Ela não pode ser delimitada de modo tão positivo quanto a ideia de projeto. Talvez seja mais fácil começar a identificá-la pelo que ela não é.

Não nos referimos aqui à felicidade como um estado ou condição material ou espiritual definível *a priori*. Ela é uma ideia reguladora. Relaciona-se com uma série de estados ou condições materiais e espirituais, mas não se confunde com eles e não pode ser garantida por nenhum deles. Por outro lado, a felicidade não esgota suas exigências e potencialidades no alcance de qualquer destes estados ou condições: uma experiência de felicidade que se alcance em um dado momento se buscará, no mínimo, preservar. A experiência da felicidade evidencia, com seu devir, outras possibilidades de existência e, portanto, novas exigências para sua permanência. Ela convive o tempo todo com infelicidades – interesses negados, frustrações, obstáculos, limites, dores, angústias. É para a negação desses obstáculos que a felicidade vai apontando caminhos

para a ação. Dito de outra forma, a noção de felicidade é contrafática, ou seja, parte das condições contingentes do viver cotidiano, mas transcende essa contingência como uma experiência, simultaneamente afetiva, corporal e espiritual, de realização do valor atribuído à vida.

Outro aspecto a ser destacado é que uma certa situação envolvendo sofrimento, dor, limitação, pode representar, para um dado sujeito em um dado momento, o seu caminho para a busca da felicidade. Nessa condição de norte existencial a que nos referimos acima, ela expressa uma possibilidade de existência como ser próprio desse sujeito (individual ou coletivo). Não se quer dizer com isso que esta seja uma situação que devamos aceitar passivamente e com a qual devamos nos conformar. Ao contrário, se percebemos esse paradoxo, em nós ou em outros, isso significa que concebemos outras possibilidades práticas de alcance da felicidade e nos vemos, portanto, compelidos a nos transformar ou convidar o outro a alguma transformação. Note-se que, mesmo nessas condições paradoxais em que julgamos que um norte prático é, por impotência, compulsão ou quaisquer outras razões, a repetição ou manutenção de experiências de sofrimento, a ideia de felicidade não perde nada de seu caráter contrafático e de seu lugar existencial (e, por isso mesmo, de sua fecundidade compreensivo-interpretativa).

Por fim, cabe chamar a atenção para o fato de que a positividade contrafática e o caráter existencial da ideia de felicidade remetem imediatamente para as interações, para a dialética individual-coletivo, social-pessoal, público-privado. Não se vive sozinho. Estamos sempre com outros, dos quais dependemos e que dependem de nós, em variados graus e sentidos. Vivemos na *polis*. Por isso a felicidade é um ideal eminentemente *político*. A partir de nossas interações, recons-

truímos o tempo todo, histórica e socialmente, os conteúdos do que chamamos felicidade.

Em síntese, podemos dimensionar a *racionalidade prática* das ações de saúde por referência à *sensibilidade e capacidade de resposta dos profissionais, serviços, programas e políticas de saúde em relação ao sucesso prático de suas ações, entendendo este sucesso como o melhor uso dos êxitos técnicos possibilitados pelas tecnociências da saúde em face dos projetos de felicidade dos seus destinatários*.

Isto posto, somos instados a responder a uma segunda ordem de questões: Como construir conhecimentos positivos acerca da racionalidade prática das ações de sa? Qual o *logos* próprio à fundamentação dos nossos juízos acerca do sucesso prático das ações de saúde? Como a hermenêutica filosófica pode nos ajudar nesta tarefa?

### **Hermenêutica e racionalidade prática**

Na hermenêutica filosófica encontramos alguns dos princípios fundamentais para a construção dos regimes de verdade de que precisamos quando se trata de produzir conhecimentos orientados pela e para a racionalidade prática (Gadamer, 1996 e 1983). Nesta seção, vamos buscar sintetizar os traços constitutivos da compreensão hermenêutica das relações entre linguagem, conhecimento e práxis, para que possamos, a seguir, identificar sua aplicação à área da saúde.

### **Linguagem e diálogo**

Segundo a hermenêutica filosófica, a linguagem não é uma representação especular do mundo, isto é, os signos linguísticos não são meros correspondentes formais de elementos existentes na experiência concreta. A linguagem é entendida como um

*modo de participar do mundo.* Segundo Gadamer, nós somos um diálogo. Desde a perspectiva da filogenética até a do desenvolvimento psicocognitivo individual, entende-se que a produção/apropriação da linguagem é dada por uma dinâmica de construção da identificação do eu, do outro e do mundo compartilhado, na qual a linguagem emerge como expressão de diversos sujeitos em interação, regulação da co-existência desses sujeitos e transformação do seu mundo de compartilhamentos. Qualquer construção discursiva, seja descritiva, prescritiva, inquisitiva, expressiva ou reflexiva, é sempre um momento de um diálogo já sempre em curso. Não há uma linguagem produzida por um único sujeito, ela é produzida sempre *entre* sujeitos, ainda que virtualmente.

Tomemos, então, a ideia forte de *diálogo*, desde a experiência cotidiana mesmo, para explorar um pouco mais essa compreensão da linguagem. Em um diálogo as pessoas falam, cada um em sua vez, uma após a outra. Mais importante que isso, o que cada uma fala em sua vez é dependente do que a outra disse antes, embora não completamente determinado pelo que foi dito, ou não seria um diálogo.

A elaboração desta compreensão da linguagem tem algumas consequências relevantes: a) o compreender/interpretar mediado pela linguagem é sempre participar de um diálogo; b) um diálogo é sempre conduzido por uma linha de argumentação que une uma fala e outra, por um sentido geral (uma totalidade compreensiva) onde cada fala ganha significado; c) o sentido de um diálogo não está dado *a priori* e nem está na posse de nenhum dos seus participantes, mas vai sendo tecido à medida que transcorre o diálogo; d) em consequência, nos aproximamos mais do sentido de um diálogo quanto mais ele esteja em curso e quanto mais participarmos dele.

### **A essência do diálogo é a dialética de pergunta e resposta**

Prosseguindo em nossa análise do diálogo, será razoável argumentar que, se cada fala de um diálogo é uma reação à fala anterior, então cada fala pode ser entendida como resposta (a uma pergunta anterior). Por extensão, cada resposta pode ser entendida também como uma nova pergunta, um novo convite à fala do interlocutor. Ao responder de modo próprio e não completamente previsível ao convite a se manifestar, recebido da fala que lhe antecedeu, a nova fala estará fazendo outros convites à sequência do diálogo, vinculando a sua antecessora e as seguintes a um certo sentido geral, que delimitará um dado conjunto de possibilidades de manifestação. Ao mesmo tempo, ao sugerir um conjunto aberto de possibilidades de resposta, cada fala tem seu caráter de pergunta também aberto, ou seja, seu sentido como pergunta vai depender da resposta efetivamente colhida.

Assim, cria-se a curiosa circunstância em que cada construção linguística é a resposta a uma pergunta, mas, ao mesmo tempo, o sentido das perguntas depende também das respostas que damos, transformando-as de volta. Por isso um diálogo deve ser entendido como uma *dialética* de pergunta e resposta, e não como uma cadeia linear de perguntas e respostas. Assim, temos que: a) quando participamos de um diálogo estamos imediatamente respondendo a perguntas que nos antecedem; b) nossa participação no diálogo é fortemente dependente de nosso interlocutor; c) as respostas que vamos produzindo vão modificando, em contrapartida, o modo como o interlocutor se nos apresenta; d) então nós conduzimos um diálogo tanto quanto somos conduzidos por ele, pertencemos a um diálogo tanto quanto ele nos pertence.

***A verdade do diálogo é alcançada na (e pela) fusão de horizontes.***

O valor da verdade prática, como em um autêntico diálogo, não é o da capacidade de apreender e controlar o comportamento dos fenômenos e, assim, poder dominá-los. Estar mais próximo do valor prático das ações humanas é participar mais radicalmente dos diálogos que as realizam; pertencer mais intensamente às totalidades de sentido que vão construindo a cultura, a socialidade, a história, as biografias. No curso de um diálogo, aquele que fala, ao responder à “pergunta” que suscitou sua manifestação, está aceitando, tácita ou explicitamente, dois pressupostos. O primeiro é o de que vale a pena responder à pergunta feita. O que equivale a dizer que se reconhece autenticamente no outro um interlocutor; que seu questionamento é digno de resposta; que se julga possível acrescentar-lhe algo, ou ser acrescentado por algo que vem dele. O segundo pressuposto é o de que, se há diálogo, é porque ambas as partes aceitam que não se está de posse de uma compreensão suficiente; que o diálogo durará enquanto e porquanto houver um nível superior de entendimento a alcançar.

Daí decorrem algumas máximas da hermenêutica filosófica, como: “a possibilidade de o outro ter direito é a alma da hermenêutica”, ou “a arte da hermenêutica é nunca pretender ter a última palavra”. Essa necessidade do outro para a realização do diálogo é que baliza a busca da verdade na hermenêutica. Em relação à razão prática, não se tem a verdade, está-se na verdade. E estamos na verdade quando, ao buscar ativamente o diálogo, percebemos e nos apropriamos da singularidade e interdependência de cada um de nós frente ao que une nossos horizontes como humanos. Por isso Gadamer se refere à *fusão de horizontes* como momento fundamental da hermenêutica. O eu e o outro não somos o mesmo, somos

seres singulares, mas justamente podemos viver em comum, e precisamos viver em comum, porque há compartilhamentos linguísticos, nos seus diferentes níveis, que criam nossas experiências de comunidade, estendem nossa realidade para além das nossas fronteiras corporais e sensíveis, para além de nossa restrita experiência espacial e temporal. Comunicamo-nos, socializando-nos, ao romper essas barreiras, ao expandi-las, ao fundir horizontes com o outro. Por isso, aumentar nossa proximidade ao humano é explorar ativamente essa fusão de horizontes; é elevar a um patamar mais rico o conhecimento mútuo dos que interagem pela linguagem.

Nesse sentido, a fusão de horizontes é um elemento hermenêutico de dupla importância. É, em primeiro lugar, um procedimento, um movimento de participação ativa em um diálogo, como acima apontado. E, ao mesmo tempo, é também um índice da verdade alcançada pela compreensão. Isto é, quanto mais nos percebemos em contacto com o outro, não necessariamente concordando com ele, ou coincidindo com ele, mas efetivamente entendendo-nos com ele sobre algo, mais próximos estamos da verdade desse encontro. Como consequências, temos que: a) a verdade prática é uma experiência sempre em curso, ilimitada e aberta à ressignificação; b) é quando buscamos ativamente nos colocar em contacto com outro horizonte (outra pessoa, outra cultura, outra época, outro lugar, outra experiência), buscando responder a algo que enxergamos desde nosso próprio horizonte, que, então, podemos compreender ao eu e ao outro; c) o conhecimento hermenêutico se produz por meio de, e quando há, fusão de horizontes; a experiência hermenêutica será tão mais significativa quanto mais ativa e compartilhadamente promover essa fusão de horizontes.

### ***A aplicação, ou a primazia hermenêutica da pergunta***

O que nos leva a abandonar o horizonte desde onde compreendemos algo ou alguém e nos lançarmos ao diálogo, à fusão com um outro horizonte? Gadamer vai buscar em um antigo princípio da hermenêutica aquilo que nos inclui e desacomoda em nossos horizontes, levando-nos a reconstruir as totalidades compreensivas pelas quais, simultaneamente, situamos o mundo e nos situamos, ao si mesmo e ao outro, nesse mundo: trata-se da *applicatio*, ou aplicação.

A aplicação é, em suma, o impulso prático, o interesse na realização da Boa Vida, que produz uma necessidade de situar-se em relação a alguma experiência, interpretar seus significados para saber que fazer. Como vimos, esse movimento implica imediatamente um processo que produz totalidades de sentido (compreensão) que nos permitem (re)articular o conhecido (nosso próprio horizonte), com o aspecto da experiência que nos desacomoda, desafia, estimula, questiona (o horizonte do outro). Por isso, há hermenêutica lá onde uma pergunta estabelece um diálogo, desencadeia uma fusão de horizontes. Esta pergunta é a aplicação.

Há que se tomar cuidado para não confundir aplicação, a que se refere a hermenêutica, com finalidade, na perspectiva instrumental. A univocidade das relações meios-fins é o que marca a busca metódica de uma dada finalidade, como um determinado êxito técnico. Não é disso que se trata aqui. Estamos na esfera do sucesso prático: não há resultados pré-determinados nem garantias formais de relações entre processo e desfecho. O tipo de interesse aqui colocado surge exatamente desta abertura de desfechos e de processos, porque inclui necessariamente a alteridade, a participação do outro (o familiarmente desconhecido, o reconhecidamente distinto).

Aqui, tanto processos quanto desfechos serão o resultado do encontro, da fusão de horizontes.

Como síntese das consequências da aplicação para a hermenêutica, temos que: a) toda hermenêutica começa com uma pergunta, uma aplicação; b) a aplicação hermenêutica pode ser, em termos gerais, traduzidas como um interesse dirigido a entender-se com outro sobre algo; c) há um forte componente de indeterminação e desconhecimento envolvido em toda hermenêutica que não é identificável e controlável *a priori*; d) aproximar-se da verdade na perspectiva hermenêutica é deixar-se pertencer ao curso que ela estabelece, ao que ela leva a conhecer ou reconhecer como relevante a propósito da pergunta prática que a gerou.

### **Hermenêutica, conhecimento e cuidado em saúde**

Apresentados em seus traços gerais os fundamentos conceituais da hermenêutica filosófica, a tarefa a que nos propomos para finalizar esta discussão é realizar um breve inventário dos diversos modos pelos quais uma aproximação hermenêutica pode orientar a compreensão, e conseqüente transformação, das ações de saúde desde a perspectiva de sua racionalidade prática. Naturalmente que, dados os limites deste artigo, não se pretende um tratamento exaustivo da questão, mas apenas apontar algumas articulações mais relevantes entre hermenêutica filosófica e saúde.

### ***A hermenêutica como elemento ontológico-existencial***

Desde o giro existencial impresso por Heidegger à ontologia, e conforme o desenvolvimento dado a esse giro pela hermenêutica filosófica, somos chamados a crer que a experiência hermenêutica permeia toda a existência humana (Stein, 2001).

A obra de Heidegger, especialmente *Ser e Tempo*, consistiu no esforço de construir uma ontologia baseada na situação substantivamente finita da existência – e não apenas em função da limitação das capacidades cognitivas do homem, mas daquilo mesmo a que se pode chamar de realidade. Isto porque, a partir do impulso da fenomenologia de Husserl, Heidegger elabora uma concepção da existência que se baseia estritamente na facticidade, esse “aí” em que se fazem presente o mundo e os seres humanos, ao mesmo tempo em que postula que o acesso racional ao fato da existência só se torna possível porque há nela mesma um ente que lhe dá sentido: o ser humano. Segundo o filósofo, nós estamos desde sempre lançados no mundo e, ao mesmo tempo, esse mundo é, a cada vez, para nós. Por isso, o tempo inteiro produzimos compreensões-interpretações que continuamente (re)situam o eu, o outro e o nosso mundo de compartilhamentos por meio do sentido que concebemos e reproduzimos pela linguagem. Por isso, para Heidegger a hermenêutica é, em si, um fato existencial, base de todo acesso racional à existência (Heidegger, 1995).

É, assim, enquanto fato da existência que a experiência hermenêutica interessará à saúde. Seja nas grandes narrativas sobre os processos histórico-sociais do adoecimento humano e dos respectivos desenvolvimentos científicos e tecnológicos de prevenção e tratamento, seja nas pequenas narrativas das anamneses colhidas diariamente nos serviços de saúde, as verdades acerca do sentido prático dos processos saúde-doença e das ações de saúde só nos serão acessíveis por meio de uma hermenêutica dos diálogos em que já estão imersas essas narrativas, da compreensão das totalidades de sentido em que se movimentam essas narrativas.

### ***A hermenêutica como fundamento do conhecer humano***

Mas se Heidegger elucida com sua ontologia a facticidade da hermenêutica, seu principal discípulo vai se debruçar sobre a hermenêutica dos fatos (Figal, 2007). Com efeito, o intento essencial da obra de Gadamer foi elucidar a *experiência hermenêutica da verdade*, distinguindo-a daquela proveniente dos procedimentos metódicos das ciências empírico-analíticas. Essa circunscrição da sua investigação à questão da verdade e seus fundamentos leva-o a denominar de hermenêutica filosófica o seu empreendimento, em alusão ao interesse na questão das possibilidades do conhecimento humano em geral e, em particular, do conhecimento *sobre* o humano.

Essa fundamentação do conhecimento sobre a existência tem implicações para pensar as práticas de saúde, na medida em que precisamos considerar o modo próprio como podemos identificar e compreender as identidades e relações com as quais lidamos cotidianamente nas ações de saúde. Reapropriarmo-nos ativamente dos fundamentos da compreensão significa ampliarmos nossa capacidade de interferir na racionalidade de nossas práticas de saúde, especialmente de sua racionalidade prática.

### ***A hermenêutica como elemento constitutivo do cuidado em saúde:***

Se a hermenêutica é constitutiva de toda a práxis humana e de seu conhecimento, em algumas situações práticas a experiência propriamente hermenêutica estará colocada em primeiro plano, será a razão mesma de seu modo de ser. Trata-se das situações nas quais os princípios de compreensão-interpretação passam ao primeiro plano como a justificativa mesma daquela prática. A filologia, a teologia e o direito são exemplos clássicos. Esta última, especialmente, é aquela

na qual Gadamer identifica a situação paradigmática do proceder hermenêutico (Gadamer, 1996). Mas, em outro trabalho seu, Gadamer, também dedica uma série de ensaios à discussão da importância da hermenêutica em outra área de práticas: a saúde (Gadamer, 2006). Com efeito, o ato de *cuidar* envolve uma dimensão prática (moral, ética, política etc.) que requer a aplicação de um conjunto de saberes e juízos a situações particulares, requer a dialética da compreensão-interpretação-aplicação.

Nesse sentido, por mais que uma consulta médica, por exemplo, esteja “colonizada” pela lógica instrumental, por mais que os saberes tecnocientíficos estejam sendo levados a substituir outras esferas de racionalidade dos encontros terapêuticos, sempre há no ato assistencial, por mais restrita e pobremente trabalhada que esteja, uma inexorável dimensão hermenêutica, a necessidade de saber como determinados saberes gerais podem ser aplicados a um dado paciente concreto. Atentar para este componente do encontro terapêutico, não apenas médico, mas de qualquer outro profissional cuidador, investir nele, resgatar sua dignidade é uma tarefa extremamente relevante para a melhoria da qualidade, da eficácia e da efetividade da assistência. O concurso de saberes do usuário e do profissional é, como já sabemos, indispensável para que o trabalho em saúde alcance suas mais elevadas finalidades práticas. Fundir esses horizontes é uma tarefa eminentemente hermenêutica (Ayres, 2007; Caprara, 2003; Svanaeus, 2001).

### ***A hermenêutica como um modo de estudar a saúde.***

Partindo da compreensão hermenêutica da existência, do conhecimento e do cuidado em saúde, será uma decorrência lógica a possibilidade de identificar uma série de aspectos

relacionados às práticas de saúde passível de investigações teóricas e empíricas de caráter hermenêutico.

Há um sem número de temas relevantes para a saúde nos quais estudos de corte hermenêutico vêm sendo, e devem ser, realizados: história das práticas de saúde; estudos sobre a relação entre modos de vida e a compreensão dos processos saúde-doença; significados de saúde, doença e cuidados para diferentes sujeitos sociais; características de uso de serviços de saúde; investigações da racionalidade de práticas cuidadosas as mais diversas; conhecimento sobre saberes e práticas populares e tradicionais; investigação sobre identidades profissionais; cultura institucional; relações entre profissionais e pacientes e entre profissionais em uma equipe; estudos sobre epistemologia das ciências da saúde; relações entre saúde e cultura, raça, religião, gênero, idade, etc.

### **Considerações finais**

Muito mais se poderia falar sobre a relação entre hermenêutica e práticas de saúde, pois, como apontado acima, são diversas e ricas as interfaces que se pode estabelecer entre ambas, do aspecto ontológico à investigação empírica. Se, contudo, conseguimos aqui ao menos alertar o leitor para a relevância de incrementar a racionalidade prática das ações de saúde com o mesmo afincamento com que se o tem feito em relação à dimensão instrumental, então teremos atingido nosso principal objetivo. E se tivermos logrado apresentar a hermenêutica como uma base filosófica fecunda para esse intento, tanto melhor.

Conforme procuramos demonstrar acima, a hermenêutica configura no cenário filosófico contemporâneo uma fundamentação consistente para saberes que, afinados ao giro linguístico-pragmático contemporâneo, não têm qualquer

pretensão de constituir uma via única e privilegiada de acesso a verdades absolutas para a busca da Boa Vida, mas que também não abrem mão da busca de uma orientação racional para procurar caminhos em direção a ela. Sem configurar propriamente uma epistemologia ou uma metodologia, a hermenêutica aponta, não obstante, caminhos positivos para o desenvolvimento de tantos desenhos de estudo quantos sejam reclamados pelo interesse genuíno na construção democrática de práticas de saúde mais eficazes e, sobretudo, mais sábias. No cenário atual das práticas de saúde estamos longe de poder negligenciar esse esforço.

Decerto, porque as mesmas palavras com que Gadamer encerra o seu clássico “Verdade e Método” servem perfeitamente aos desafios que enfrentamos no campo da saúde: “a certeza proporcionada pelo método dos estudos científicos não é suficiente para garantir a verdade [...] O que o instrumental do método não consegue alcançar deve e pode realmente ser alcançado por uma disciplina do perguntar e investigar que garanta a verdade.”

## Referências

- APEL, K.O. *La transformación de la filosofía*. Madrid: Taurus, 1985.
- AYRES, J.R.C.M. Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública (Univ. Antioquia)*, v. 20, n. 2, p. 67-82, 2002.
- \_\_\_\_\_. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-61, 2007.
- BERTI, E. *As razões de Aristóteles*. São Paulo: Loyola, 2002.
- BUNGE, M. *Causalidad: el principio de la causalidad en la ciencia moderna*. Buenos Aires: Editorial Universitaria, 1969.
- CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 923-931, 2003.
- COSTA, N. *O conhecimento científico*. São Paulo: Discurso Editorial, 1997.
- FIGAL, G. *Oposicionalidade: o elemento hermenêutico e a filosofia*. Petrópolis: Vozes, 2007.
- GADAMER, H. G. A ideia da filosofia prática. In: \_\_\_\_\_. *Hermenêutica em retrospectiva III: hermenêutica e a filosofia prática*. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 27-39.
- \_\_\_\_\_. Hermenêutica como filosofia prática. In: \_\_\_\_\_. *A razão na época da ciência*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1983. p. 57-77.
- \_\_\_\_\_. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- \_\_\_\_\_. Pós-fácio à 3ª. edição (de *Wahrheit und method*, 1972). In: \_\_\_\_\_. *Verdade e método II*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 508-544.
- \_\_\_\_\_. *Verdad y método: fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca: Sígueme, 1996.
- GRONDIN, J. *Introdução à hermenêutica filosófica*. São Leopoldo: Unisinos, 1999.
- HABERMAS, J. Conhecimento e interesse. In: \_\_\_\_\_. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70, 1987. p. 129-147.
- \_\_\_\_\_. *Teoría de la acción comunicativa. I/II*. Madrid: Taurus, 1988.
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento, 1997.
- STEIN, E. *Compreensão e finitude: estrutura e movimento da interrogação heideggeriana*. Ijuí: EdUnijuí, 2001.
- SVENAEUS, F. *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health: steps towards a philosophy of medical practice*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 2001.

# Uma Concepção Hermenêutica de Saúde<sup>1</sup>

## **Saúde ou doença?**

Se neste exato momento fosse perguntado a você, leitor ou leitora, se está saudável, o que responderia? Se cada leitor ou leitora que este artigo encontrar se fizer essa pergunta, o que responderá? É impossível saber. Quantos responderiam que sim, quantos responderiam que não, quantos não saberiam responder? Difícil estimar. Já o comportamento de uma outra pesquisa, perguntando se o leitor ou leitora estão doentes, talvez fosse um pouco mais previsível – ao menos com o auxílio da epidemiologia.

É uma hipótese. Essa hipótese, que a um primeiro olhar pode parecer um mero jogo de palavras, está longe de ser banal. Com ela tocamos no coração de uma questão muito atual, de ricos significados para algumas reflexões fundamentais para as práticas de saúde na contemporaneidade, e que pretendemos desenvolver neste ensaio: o rompimento com o pressuposto da mútua referência entre as noções de saúde e doença. O que

---

<sup>1</sup> Primeira publicação: AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

o inocente experimento mental acima começa a indicar é que saúde e doença não são situações polares, os extremos opostos, positivo e negativo, respectivamente, de uma mesma coisa – no caso, uma mesma experiência. Se fossem, seria intuitivo admitir que a previsibilidade das respostas às duas perguntas seria, de forma correspondente, simétrica e oposta.

Uma segunda hipótese, desdobrada da anterior, é que não apenas a doença não é o contrário da saúde e vice-versa – ou seja, que não falam da mesma coisa, mas também que não falam do mesmo modo. A objetividade previsivelmente maior das respostas à pergunta sobre o estar doente dá-nos indícios disso. Imaginando que tivéssemos o resultado da pesquisa sobre a saúde, como compreenderíamos seu significado? De que estariam falando aquelas pessoas que se declararam saudáveis? Em que exatamente difeririam daquelas que se declararam não-saudáveis? De outro lado, não seria difícil compreender que aqueles que respondem que sim, estão doentes, se referem a dores, limitações, desconfortos, alterações na forma ou função de tal ou qual órgão. Portanto, não é apenas na previsibilidade, mas também na inteligibilidade que saúde e doença se diferenciam.

O bom senso, contudo, mostra-nos ser fato que, no senso comum, é impossível dissociar as noções de saúde e doença, que uma noção está sempre remetida à outra. Partindo deste fato e desenvolvendo as hipóteses acima é que pretendemos sustentar a tese central do presente ensaio: *fazer equivaler saúde e doença a situações polares de uma mesma coisa, identificadas segundo uma mesma racionalidade, é tão limitante para a adequada compreensão dessas duas construções discursivas e das práticas a elas relacionadas, quanto negar as estreitas relações que guardam uma com a outra na vida cotidiana.*

## Saúde e doença como coisas diferentes

Quando tomamos a situação da pesquisa imaginária acima proposta e percebemos que falar sobre saúde não equivale a falar sobre não-doença e falar sobre doença não equivale a falar sobre não-saúde, rastreamos, por meio de um simples exercício de linguagem, um aspecto prático da maior importância. Importante porque a doença, seus conceitos e seu manejo prático têm ocupado lugar destacado num amplo debate, justamente porque se tende a ver nela a negação do seu contrário, e no grau elevado dessa negação parte substantiva dos males que se quer superar. Com efeito, vivemos hoje no Brasil um processo de revisão crítica das tendências tomadas pelas práticas de saúde, crítica que, embora ampla e multifacetada, circula em torno de algumas questões comuns, como a recusa da visão segmentada, que não enxerga a totalidade do paciente e seu contexto; a abordagem excessivamente centrada na doença, não no doente; a pobreza da interação médico-paciente e o fraco compromisso com o bem-estar do paciente (Deslandes, 2006). É como se disséssemos: olhemos menos para a doença e então conseguiremos olhar mais para o doente.

Essa forma de equacionar a questão, embora compreensível, parece ter limites práticos evidentes. Antes de qualquer coisa, porque há sempre o risco de dividir falsamente nossos esforços, teóricos e práticos, em sentidos supostamente opostos de uma suposta mesma direção – aqueles voltados para a promoção da saúde, de um lado, e de outro, aqueles voltados para a prevenção e o combate à doença. “Satanizar” os desenvolvimentos científico-tecnológicos, o conhecimento fisiopatológico, genético, os conhecimentos sobre a doença, enfim, como um olhar em detrimento do qual se sacrifica o olhar para a saúde é o principal perigo.

Algumas proposições relativamente recentes tentam fugir dessa armadilha, ao propor que o olhar para a saúde não significa mudar o olhar apenas de sentido, mas sim de direção – isto é, apontam para a necessidade de uma ruptura paradigmática. Não se trata, portanto, de negar, mas de superar o modelo médico tradicional em uma nova visão, na qual haja espaço para reconstruir as práticas dando mais atenção à saúde, como nas propostas do movimento da Promoção da Saúde (Buss, 2003). Tal movimento será, contudo, insuficiente para superar a estéril polarização acima apontada, se não levar a superação que persegue até o plano mais radical em que se coloca em questão não apenas o que descrevem, a que se referem os conceitos de saúde e doença, mas também o que significam essas descrições. Do contrário, embora de modo diverso, vamos continuar polarizando “os da doença” e os “da saúde”.

Exemplo disso é a clássica distinção que Stachtchenko e Jenicek (apud Buss, 2003, p. 35) estabelecem, ao comparar o paradigma da promoção da saúde com o de prevenção de doenças. O primeiro entenderia a saúde como um conceito positivo e multidimensional, e para o segundo a saúde seria ausência de doença. Esse tipo de polarização, por exemplo, obscurece o fato de que a ausência ou redução de doença é, efetivamente, um dos indicadores que usamos para avaliar se estamos conseguindo promover saúde. Por outro lado, se não houvesse uma referência positiva, algum tipo de valoração, sempre multidimensional, que nos orientasse sobre o que positivamente desejamos em relação aos nossos modos de andar a vida não teríamos a concepção fisiopatológica de doença na qual, ainda hoje, estão radicadas as ciências biomédicas modernas (Canguilhem, 1982). A polarização obscurece, portanto, que há uma dimensão positiva de saúde por trás do conceito supostamente negativo de doença.

Assim, o que está interrogado no título da seção inicial deste ensaio não é o primeiro nem o segundo termo da alternativa, é a própria alternativa. É o “ou”. O que se coloca no centro da mudança paradigmática que estamos buscando, seja chamando de humanização da saúde, de promoção da saúde, de medicina centrada no paciente, ou em outras proposições afins, não é saber qual paradigma está centrado na saúde e qual está centrado na doença, mas saber a que se referem saúde e doença em cada um deles e, mais além, perceber o que se está efetivamente fazendo ao falar de saúde e de doença em cada um deles.

A conceituação biomédica da doença (Camargo Junior, 2005) pode ser caracterizada, sinteticamente, por um conjunto de juízos de caráter instrumental, orientados normativamente pela noção de *controle técnico* dos obstáculos naturais e sociais a interesses práticos de indivíduos e coletividades, tendo como base material o *conhecimento e domínio de regularidades causais no organismo* (corpo/mente/meio) e, como forma de validação, uma série bem definida de *critérios a priori* para o controle das incertezas. Assim se configuram, basicamente, nossos conceitos modernos de doença. Mudanças importantes ocorreram desde as primeiras elaborações mecano-funcionais dos séculos XVII/XVIII (Luz, 2004) até as atuais soluções probabilísticas do raciocínio causal-controlista nos discursos biomédicos sobre as doenças (Ayres, 2002), mas no plano de abstração em que situamos esta reflexão é possível afirmar que ainda nos situamos fundamentalmente no mesmo regime discursivo<sup>1</sup> acima resumido.

Há aspectos nesta definição do discurso biomédico que nos indicam por que nos pareceu tão mais previsível a avaliação dos resultados da pesquisa hipotética acerca do estar doente,

no exercício proposto no início. Quando recorremos ao termo *doença* na linguagem ordinária, já nos colocamos numa área de discursividade construída com base neste ideal mesmo de previsibilidade, materialidade e controle. Deste caráter instrumental do conceito de doença advém parte significativa do valor pragmático deste discurso. Mas e quando falamos de saúde? Podemos dizer que, ao falar de saúde na linguagem comum, estamos também nos colocando no registro de um discurso orientado por algum tipo de interesse instrumental? Baseiam-se nossos juízos relativos à saúde em alguma preocupação com regularidades causais? Necessitamos de algum controle *a priori* para nos certificarmos, a nós e nossos interlocutores, sobre a verdade do que falamos?

É possível que muitos dos que respondessem à pergunta sobre sua saúde o fizessem a partir de um critério negativo, relativo à doença e, nesse sentido indireto, recorressem a critérios causal-controlistas: “Não, não estou saudável” (“porque minha glicemia está elevada”; ou “porque tenho o vírus HIV”). Mas outras pessoas hiperglicêmicas ou soropositivas para o HIV poderiam responder legitimamente que se sentem saudáveis. Inversamente, outros que respondessem não estar saudáveis não estariam, em sua maioria, hiperglicêmicos ou soropositivos. Entre os que respondessem estar saudáveis, seriam esperados e igualmente aceitáveis discursos também substantivamente diversos em suas estruturas e significados: “Sim, estou saudável” (“porque me sinto bem”; “porque sou muito ativo, empreendedor”, “porque consigo fazer minhas coisas”, “porque não dependo de ninguém”, “porque estou feliz”, “porque sou capaz de enfrentar qualquer desafio”, “porque não sinto falta de nada”, “porque tenho apetite para tudo”, “porque tenho paz interior”, “porque sinto uma energia

boa”, “porque me sinto em harmonia com a vida”, “porque sim, não consigo explicar!”...).

Se aceitamos que falamos de coisas diferentes quando falamos de saúde e doença – isto é, se dizer que há saúde não é o mesmo que dizer que não há doença e vice-versa –, a questão agora é compreender as diferenças no modo como os discursos da doença e da saúde participam do que, na falta de melhor termo, chamamos de paradigma biomédico e das propostas que querem superá-lo. Entendo que o que se recusa no paradigma biomédico – no plano de sua operação nas práticas de atenção à saúde, é preciso que fique claro – é o modo como o discurso da doença monopoliza os repertórios disponíveis para o enunciado dos juízos acerca da saúde, a ponto de jogar na sombra todos os discursos da saúde que não se estruturam pelo raciocínio causal-controlista. Ou seja, não é que falte saúde na discursividade biomédica, ou aspectos positivos na sua conceituação. O problema é a *profunda assimetria entre a legitimidade que se confere aos discursos causal-controlistas e outras construções discursivas relacionadas às experiências vividas de saúde e de doença*. Outras elaborações, como as rastreadas acima pelo nosso experimento linguístico, ou são depreciativamente afastadas por irracionais (como as noções mais subjetivas de afetos, sentimentos, desejos), ou são alinhadas de modo sistêmico aos raciocínios causal-controlistas da fisiopatologia, como desencadeantes ou efeitos de regularidades morfofuncionais – positivos se o enfoque está na normalidade fisiológica, negativos se o foco se volta para os riscos ou a patologias (anormalidades).

Essa assimetria discursiva deixa à margem tudo que não for subordinável de modo sistêmico ao discurso biomédico, levando as práticas de atenção à saúde nela baseada a serem

entendidas, mais cedo ou mais tarde, como “desumanizadas”, além de se mostrarem tecnicamente limitadas.

Diante deste problema, coloca-se a tarefa de conseguir dar o mesmo tipo de tradução objetiva àquelas outras formas de expressão das experiências de saúde e doença, a tarefa de expressar positivamente o que devemos entender por saúde. Mas, nessa busca, nos vemos presos em profundas dificuldades: A quais afetos, sentimentos ou desejos devemos atribuir o sinal positivo da saúde? Quem o definiria? Que regularidades objetivas permitiriam apreender e controlar os obstáculos a essas experiências? (Ayres, 2002). A impossibilidade de responder às perguntas acima sem cair em qualquer tipo de arbitrariedade, idealismo ou mesmo totalitarismo evidenciam o segundo aspecto da tese central deste ensaio, o de que não só a doença e saúde não falam exatamente da mesma coisa, mas também de que não falam do mesmo modo. Não basta apenas expandir os aspectos ou dimensões que se deseja positivar com aquilo que dizemos com o conceito de saúde, é preciso dizer de outra forma. A dificuldade de responder às questões acima sem comprometimentos éticos e morais evidentes prende-se ao fato de que a experiência prática de que falamos quando nos referimos à saúde nos remete a uma outra esfera de racionalidade. É o que vamos desenvolver a seguir.

### **Saúde e doença como expressão de racionalidades diversas**

Para que fique clara a posição aqui defendida, talvez valha a pena retomar questões que ficaram sem resposta no parágrafo anterior. Retomemos nossa pesquisa hipotética. A alguém que tenha respondido à segunda pergunta com um “sim, estou doente”, poderíamos seguir questionando: “Qual doença você tem?” Mas não faria sentido perguntar a alguém

que tivesse respondido positivamente ao primeiro inquirido: “Qual saúde você tem?”. Talvez precisássemos perguntar: “O que você quer dizer com isso?”. Já para alguém dissesse ter uma doença, essa questão pareceria ociosa, ou mesmo absurda: “O que você quer dizer com estar doente? O que você quer dizer com estar diabético? O que você quer dizer com estar infectado pelo HIV?”. Exceto para alguém que desconhecesse o que denotam esses termos, a pergunta, por sua conotação, não faria o menor sentido. O sentido desses termos já está amplamente validado e aceito entre os participantes de qualquer diálogo a respeito, já está validado intersubjetivamente. Dito de outra forma, uma racionalidade de caráter instrumental já deixou claro de antemão para os participantes do diálogo que o conhecimento das regularidades e irregularidades do nível de glicose circulante em nosso sangue fornece elementos para prever e controlar alterações morfofuncionais indesejáveis, com efeitos que vão de sensação de fraqueza até a morte. Então é a esse tipo de descrição de fenômenos e de relação de intervenção sobre eles que nos referimos quando falamos em diabetes, por exemplo. O diabetes já se tornou, nesse sentido, um elemento objetivo, um “objeto” sempre à nossa mão.

O leitor pode estar se perguntando por que, então, não logramos fazer a mesma coisa em relação à saúde. Acaso não conseguimos positivar o conceito de saúde porque não nos ocupamos o suficiente com aquilo a que chamamos de saúde, para chegarmos a esse mesmo notável nível de consenso? Essa não me parece a resposta mais convincente, embora em alguns aspectos ela possa ser verdadeira. Penso que, ao contrário, *é porque estamos sempre, o tempo todo, debruçados sobre a experiência a que nos referimos com a expressão saúde, que esta não se deixa positivar como conceito.* Saúde não se refere a regularidades

dadas que nos permitem definir um modo de fazer algo, mas diz respeito à própria busca de que algo fazer. Estamos sempre em movimento, em transformação, em devir, e porque somos finitos no tempo e no espaço e não temos a possibilidade de compreensão da totalidade de nossa existência, individual ou coletiva, é que estamos sempre, a partir de cada nova experiência vivida, em contato com o desconhecido e buscando reconstruir o sentido de nossas experiências. O contínuo e inexorável contato com o novo desacomoda-nos e reacomoda-nos ininterruptamente no modo como compreendemos a nós mesmos, nosso mundo e nossas relações. É a esse processo que está relacionada a abertura relativamente grande do sentido da expressão *saúde*, que encontramos coletivamente, em diferentes épocas e grupos sociais, e entre os diferentes indivíduos em um dado tempo e local.

Não é, portanto, da ordem do como fazer, segundo interesses e recursos conhecidos, que trata a saúde. É da ordem do quê fazer frente à necessidade de reacomodar-se continuamente, inerente ao estar vivo. É de *caráter contra-fático* essa experiência. A saúde é (re)conhecida a cada vez, enquanto e porquanto se vive. São, portanto, da esfera da razão prática (Gadamer, 1997), e não da razão instrumental suas pretensões e exigências de validade discursiva. Não se trata de encontrar os meios adequados aos fins almejados, mas de decidir, a partir de possibilidades concretamente postas, quais fins almejar e quais meios escolher. A experiência da saúde envolve a construção compartilhada de nossas ideias de bem-viver e de um modo conveniente de buscar realizá-las na nossa vida em comum. Trata-se, assim, não de construir objetos/objetividade, mas de configurar sujeitos/ intersubjetividades (Ayres, 2001).

Entender que pelos termos *saúde* e *doença* estamos nos referindo a construções linguísticas oriundas de esferas diversas de racionalidade em um mesmo campo da experiência humana nos ajuda, de volta, a compreender a afirmação de que esses termos tratam de *coisas diferentes* e ao mesmo tempo *indissociáveis*. Pode-se dizer que a objetividade lograda pelos discursos biomédicos modernos (domínio instrumental da doença) é o produto particular de uma certa racionalidade prática (busca prática da saúde) que conferiu validade ética, moral e política a um certo quê fazer e como fazer que se fizeram preponderantes no Ocidente a partir de meados do segundo milênio da Era Cristã. A racionalidade instrumental biomédica está enraizada nos horizontes normativos desse contexto de sociabilidade. Sua relação com a chamada desumanização prende-se ao fato de que, ao longo de sua história, a aplicação dessa instrumentalidade perde de vista os processos de transformação e reconstrução prática de suas bases normativas, absolutizando-se as relações meios-fins sobre as quais se construiu essa instrumentalidade como o discurso sobre saúde por definição. É a manifestação no campo da saúde do movimento também vivido em outras esferas da sociabilidade moderna, a que Habermas (1988) chama de colonização instrumental ou sistêmica do mundo da vida. Isso posto, a reconstrução das práticas de saúde aponta não apenas para a necessidade de construir novas instrumentalidades, com seus pólos positivos e negativos, mas também reclama a tarefa de resgatar o lugar da racionalidade prática como origem e destino de qualquer instrumentalidade nessa área. Isso significa que as dimensões éticas, morais e políticas inexoravelmente presentes nas práticas de saúde (Schraiber, 1997) precisam “sair da sombra” e se tornar, a seu modo

próprio, parte ativamente presente e valorizada na produção e aplicação de conceitos e técnicas.

### O instrumental e o prático na busca da saúde

Chega-se aqui à tese que sustenta centralmente este ensaio: *a reconstrução de conceitos e práticas de saúde tem como tarefa fundamental liberar nossa capacidade de escolha dos “que fazer?” em saúde da sua colonização pelos juízos fechados e predeterminados da conceitualidade instrumental da biomedicina*. Não se trata, portanto, de abandonar tais juízos instrumentais, mas de recolocá-los a serviço da racionalidade prática, invertendo suas tendências tardo-modernas.

Neste aspecto, nos aproximamos da posição de Lefèvre e Lefèvre (2004), quando, a propósito dos debates acerca da promoção da saúde, recusam filosófica e politicamente a busca de alternativas que se coloquem à margem dos discursos e práticas em torno do adoecimento. Defendem a promoção da saúde como uma “negação da negação”, processo de busca radical dos determinantes dos processos de adoecimento e, ao mesmo tempo, do seu significado como obstáculos ao bem estar:

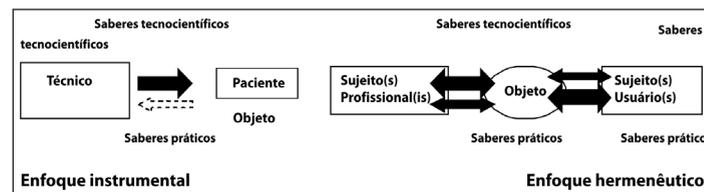
[...] enquanto negatividade, a doença tem condições de chamar a atenção e sinalizar, para o homem, que alguma coisa não vai bem com os indivíduos ou com as coletividades doentes e que, portanto, é preciso fazer alguma coisa não apenas para afastar a ameaça que a doença representa mas, também, para entender a natureza íntima dessa ameaça...” (Lefèvre; Lefèvre, 2004, p. 33-34).

É também por entender que o instrumentalismo biomédico está em linha direta com a racionalidade prática, e que, por isso, sinaliza os obstáculos à “Boa Saúde”, iden-

tificados contrafaticamente, que julgamos ser fundamental uma aproximação entre saúde e doença, não ao modo imediatamente instrumental de construção de objetos para intervenção, mas ao modo de uma *hermenêutica* (Gadamer, 2004), isto é, de processos interpretativo-compreensivos que elucidem seus significados do adoecer para sujeitos e contextos de intersubjetividade, na procura cotidiana do bem-viver (Ayres, 2002).

O que faz a diferença aqui é a presença ativa dos sujeitos, no sentido forte do termo. Não se trata do propalado “sujeito-alvo” das ações, isto é, indivíduos ou comunidades na estrita condição de substratos da objetivação causal-controlista dos fenômenos do adoecimento; tampouco do sujeito técnico como estrito portador dos saberes e instrumentos capazes de identificar e transformar regularidades causais. Trata-se da presença de ambos, usuários e profissionais, populações e serviços, como portadores de compreensões e projetos relativos à existência compartilhada, que precisam tomar decisões acerca de “Que fazer, ou não fazer?” (Por quê? Para quê?) e “Como fazer” (Com que meios? Em que medida? A que custos?). Trata-se de uma mudança bastante radical de posições, expressa de modo simples no esquema abaixo:

### O Lugar de Sujeitos e Objetos nos Cuidados em Saúde



Valorizar a perspectiva hermenêutica no modo de operar o cuidado implica assumir que a objetualidade, inerente a qualquer ação de saúde, não deve ser o produto de um saber exclusivamente instrumental, provido pelo arsenal científico-tecnológico de um profissional ou serviço que se aplica sobre um substrato passivo, o usuário ou a população. A objetualidade deve se produzir no encontro entre os sujeitos autênticos que buscam soluções convenientes, sob o ponto de vista de ambos, para a prevenção, superação e/ou recuperação de processos de adoecimento. O objeto nesse caso não é o indivíduo ou a população, mas algo que se constrói com esses sujeitos, a partir deles. Sob esta perspectiva, a instrumentalidade não é suprimida, nem tampouco suprime a presença subjetiva de qualquer um dos dois lados da relação. Portadores de experiências e saberes diversos, cada qual com suas próprias sabedorias práticas e instrumentais, profissionais/serviços e usuários/populações constituem-se como sujeitos das ações de saúde pela compreensão dos desafios práticos que os põem uns diante dos outros, e pela necessidade de responderem com autonomia e responsabilidade mútua, segundo as possibilidades configuradas no contexto deste encontro.

O esquema quer ainda assinalar que há evidente assimetria entre as contribuições de ordem técnica e de ordem prática que cabe a cada um dos sujeitos em interação na produção dos objetos de conhecimento/intervenção e que, por outro lado, sempre há saberes dessas duas ordens na contribuição de cada um, ainda que os saberes tecnocientíficos dos usuários/populações sejam mais difusos, menos rigorosos, e os saberes práticos dos profissionais/serviços sejam mais externos, mais aproximativos às experiências concretas sobre as quais são chamados a intervir. Destaca-se ainda que, quanto mais o

cuidado se configura como uma experiência de encontro, de trocas dialógicas verdadeiras, quanto mais se afasta de uma aplicação mecânica e unidirecional de saberes instrumentais, mais a intersubjetividade ali experimentada retroalimenta seus participantes de novos saberes tecnocientíficos e práticos.

### **O enfoque hermenêutico e o cuidado de indivíduos e populações**

Ao conduzirmos a reflexão acima para esses planos mais concretos de aplicação ao cuidado de indivíduos e populações, podemos retraduzir a co-presença e inter-relação entre saberes instrumentais e saberes práticos em duas esferas de racionalidade que orientam os interesses que movem as ações de saúde: *êxito técnico* e *sucesso prático* (Ayres, 2001).

Por êxito técnico queremos nos referir à dimensão propriamente instrumental da ação – por exemplo, a relação entre o uso de um vasodilatador e a redução do risco de agravos cardiovasculares em um paciente, ou da incidência desses agravos numa população. Por sucesso prático queremos remeter à dimensão de atribuição de valor às implicações simbólicas, relacionais e materiais dessas ações na vida cotidiana – por exemplo, o que significa na vida de um usuário ou de uma população a identidade de hipertenso, tomar remédios, fazer controles periódicos, ser vítima de um infarto do miocárdio etc. O êxito técnico diz respeito a relações entre meios e fins para o controle do risco ou dos agravos à saúde, delimitados e conhecidos pela biomedicina. O sucesso prático diz respeito ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações.

Uma questão que permanece, porém, não discutida, é o problema da base normativa que dá sustentação à racionalidade

prática, isto é, à busca do sucesso prático que vai orientar as escolhas e avaliações sobre os “Que fazer?” nas ações de saúde. Se, conforme foi dito acima, assume-se radicalmente o caráter contrafático e intersubjetivo do valor saúde, que critérios poderão nos guiar acerca de quais males tomar como objeto, em que sentido interferir sobre eles e quais estratégias e recursos privilegiar para fazê-lo? Se no registro da racionalidade instrumental estas questões ou estão fora de seu campo de problematização ou já têm definições *a priori*, de caráter teleológico, no registro da racionalidade prática, há que problematizá-las ativamente e continuamente, com a flexibilidade e dinamicidade possível a cada situação de prática, sob pena de interditar os encontros intersubjetivos reclamados no cuidado à saúde. Interdição, neste caso, devida não à colonização da racionalidade prática pela racionalidade instrumental, mas pela absolutização e generalização indevida de posições práticas particulares (éticas, morais e políticas), como já discutimos acima. Há que ser, portanto, de caráter reconstrutivo e processual esta referência normativa, aberta ao devir e ao compartilhamento, e sempre interessada nos valores e aspirações negados pelos processos de adoecimento. A uma tal referência normativa chamamos de *projetos de felicidade* (Ayres, 2001).

Pela expressão *projeto de felicidade*, queremos nos referir à totalidade compreensiva na qual adquirem sentido concreto as demandas postas aos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações. Por isso mesmo, os projetos de felicidade constituem a referência para a construção de juízos acerca do sucesso prático das ações de saúde, seja no seu planejamento, execução ou na sua avaliação. Não há espaço para explorarmos muito extensivamente esta complexa proposição, mas será preciso deixar claros ao menos alguns

aspectos conceituais mais centrais, para que sejam mais bem compreendidas suas pretensões.

Em primeiro lugar, a ideia de projeto. Largamente tributária da tradição ontológico-existencialista que, com nuances, se desdobra da primeira filosofia heideggeriana de Ser e Tempo até a hermenêutica filosófica gadameriana (Grondin, 1999), a noção de *projeto* envolve aqui uma compreensão da situação existencial humana que é a de um “estar lançado”, uma existência que se constrói em e a partir de diversas condições predeterminadas e determinantes da vida humana, desde suas heranças genéticas até suas heranças culturais. Mas o Ser do humano é, ao mesmo tempo, um “ser-para” e “ser-com” que, a cada momento (o agora existencial, perene e finito a um só tempo), torna o sentido e significado das diversas heranças recebidas (passado) sempre dependentes de um apropriar-se ativa e criticamente delas (presente), conforme os interesses de seguir vivendo (futuro).

Esse esclarecimento é relevante para chamar a atenção para o fato de que, quando falamos de projeto de felicidade, não se trata de um projeto no sentido da definição de tarefas, recursos e prazos para o alcance de determinadas finalidades. O projeto, no sentido acima descrito, implica determinantes conhecidos e desconhecidos, determinações causais e não-causais, trabalháveis e não-trabalháveis; implica devir, implica uma temporalidade não-linear, não-cumulativa, e uma própria temporalização plástica. Isto é, uma compreensão de passado, futuro e presente como experiências co-existentes e, em sua co-existência, ilimitadamente ressignificadas. Implica também intersubjetividade e interação, que conferem novidade ao que já era sempre nosso, pelo modo como nos reapropriamos continuamente de nossa existência comum.

O mesmo tipo de esclarecimento se faz necessário em relação ao termo *felicidade*. Também objeto de diferentes abordagens filosóficas, que passam por nomes como Aristóteles, Espinosa e Kant, a felicidade, no sentido que se quer adotar aqui, é uma espécie de sentido último de toda a práxis (Gadamer, 2002). Não pode ser delimitada de modo tão positivo quanto a ideia de projeto. Ela é uma ideia reguladora, que se relaciona com uma série de estados ou condições materiais e espirituais, mas não se confunde com eles e não pode ser garantida *a priori* por nenhum deles. Por outro lado, a felicidade não esgota suas exigências e potencialidades no alcance de qualquer desses estados ou condições: uma experiência de felicidade que se alcance em um dado momento se buscará, no mínimo, preservar. A experiência da felicidade evidencia, com seu devir, outras possibilidades de apropriar-se da existência e, portanto, novas exigências para sua permanência. Ela convive o tempo todo com infelicidades – interesses negados, frustrações, obstáculos, limites, dores, angústias. É para a superação desses obstáculos que a felicidade vai apontando caminhos para a ação. Dito de outra forma, a felicidade é um valor construído com base em experiências concretas e fundamentais para a vida humana, mas sua concretude está mais no seu poder de nos tornar conscientes daquilo que vivenciamos como Bem do que na definição do que seja isso.

Outro aspecto a ser destacado é que uma certa situação envolvendo sofrimento, dor, limitação, pode representar, para um dado sujeito, o caminho pelo qual se realiza sua busca da felicidade. Na condição de norte existencial a que nos referimos acima, ela expressa uma possibilidade de existência como ser próprio desse sujeito. Não se quer dizer com isso que esta seja uma situação que devemos aceitar passivamente e com a

qual devemos nos conformar. Ao contrário, se percebemos esse paradoxo, em nós ou em outros, isso significa que concebemos outras experiências de felicidade negadas naquela experiência e nos vemos, portanto, compelidos a convidar o outro a alguma transformação. Note-se que, mesmo nessas condições paradoxais em que julgamos que um norte prático é, por impotência, compulsão ou quaisquer outras razões, a repetição ou manutenção de experiências negadoras da Boa Vida, a busca de felicidade não perde nada de sua positividade existencial (e, por isso mesmo, de sua fecundidade compreensivo-interpretativa).

Por fim, cabe chamar a atenção para o fato de que a busca contrafática e existencial da felicidade remete imediatamente às interações, à dialética individual-coletivo, social-pessoal, público-privado. Não se vive sozinho. Estamos sempre com outros, dos quais dependemos e que dependem de nós, em variados graus e sentidos. Vivemos na *polis*. Por isso a felicidade é um ideal eminentemente *político*. A partir de nossas interações, reconstruímos o tempo todo, histórica e socialmente, os conteúdos concretos do que vamos a cada vez entendendo por felicidade.

E como podemos, então, lidar com essa noção de projeto de felicidade no cotidiano de nossas práticas de saúde? Como buscar essas totalidades compreensivas para orientar ou avaliar as ações de saúde? Por tudo o que dissemos acima, teve ter ficado claro que não devemos lidar com os projetos de felicidade de indivíduos e populações como se fossem alguma espécie de “planejamento”. Antes que uma “planilha”, onde são fixados metas, recursos e estratégias, a ideia que mais se aproxima à do projeto de felicidade é o de uma obra de arte – uma *pintura*, um poema, uma escultura – pela qual se expresse a vida e o aspecto de saúde em questão.

Como autor dessa obra (projeto), o sujeito interessado na ação de saúde (o usuário, a família, a comunidade, uma população) pressupõe que ela será apreciada por alguém (o profissional, a equipe, o gestor, outros sujeitos como ele). Já se põe, então, em contato consigo mesmo e com o outro ao se expressar. Ao retratar seu projeto de felicidade, trará elementos narrativos que, embora co-existentes (e porque co-existentes), pressupõem uma história, um sentido para estarem ali. Cada elemento constrói o sentido do todo retratado e, simultaneamente, recebe deste todo o seu próprio sentido.

Além disso, na expressão do projeto de felicidade, como na produção do poema, da pintura, da escultura, misturam-se razão e afetos, luz e sombra, o explícito e o suposto, o retratado e o não-retratado, o retratável e o não-retratável. O projeto de felicidade é, no modo como se expressa, uma totalidade compreensiva. Como experiência vivida, o projeto de felicidade é aquilo que move e identifica as pessoas em seu existir concreto. Como dispositivo compreensivo-interpretativo e referência normativa para as práticas de saúde, o projeto de felicidade é o pano de fundo que confere contornos a identidades, valores, vivências dos sujeitos. É o todo que dá sentido a uma parte, sem que o todo seja absoluto, nem a parte definitiva. Sabe-se que a realidade não está toda contida ali e que aquela é apenas uma entre outras expressões possíveis da realidade, mas há uma verdade ali que, naquele momento, reclama reconhecimento, compartilhamento e ação.

Em síntese, o que o enfoque hermenêutico da saúde aqui defendido propõe para a reconstrução humanizadora das práticas de saúde é que *profissionais, serviços, programas e políticas de saúde estejam mais sensíveis e responsivos ao sucesso prático de suas ações, isto é, que orientem a busca de êxito técnico de*

*suas intervenções na direção apontada pelos projetos de felicidade dos destinatários de suas ações.*

### **Do conceito à ação: a fusão de horizontes e a hermenêutica no cuidado da saúde**

Como princípio prático-moral, a proposição acima parece bastante razoável. Como proposta de reconstrução por dentro das ações de saúde, por meio de suas técnicas e ciências, há, contudo, muito que pensar e fazer. O impacto que o giro hermenêutico produz sobre conceitos e práticas arraigadas é de tensão, estranhamentos e resistências. Muito já tem sido produzido e experimentado nessa direção, entre as diversas propostas reconstrutivas acima indicadas, mas são muitas também as dificuldades, de modo que ainda não é possível ter-se um juízo mais consistente sobre os resultados práticos de uma aplicação sistemática e extensiva dessas propostas.

Cabe, de qualquer forma, apontar a relevância de alguns dispositivos no manejo técnico dessas propostas reconstrutivas, já suficientemente evidente na experiência cotidiana dos serviços de saúde. Um elemento que se mostra central nesse sentido é o *diálogo*.

Evidentemente não nos referimos aqui ao diálogo como mero recurso para obtenção de informações requeridas pelo manejo instrumental do adoecimento, forma de produzir uma narrativa estruturada segundo esse interesse, que é o modelo típico da anamnese clássica. O sentido forte de diálogo na perspectiva hermenêutica é o de *fusão de horizontes* (Gadamer, 2004), isto é, de produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido. Não basta, nesse caso, apenas fazer o outro falar sobre aquilo

que eu, profissional de saúde, sei que é relevante saber. É preciso também ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, mostra ser indispensável que ambos saibamos para que possamos colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados.

Quando se trata do cuidado individual (Ayres, 2004), essa busca de fusão de horizontes se dá com o recurso aparentemente simples, mas pouco utilizado, de um perguntar efetivamente interessado no outro e a escuta atenta e desarmada frente à alteridade encontrada. Perguntas simples, como “O que você acha que você tem?” ou “O que você pensa que pode ser feito por você?”, por exemplo, podem ser um excelente dispositivo para desencadear a fusão de horizontes entre profissionais e usuários, porquanto permitirá aproximar as racionalidades práticas e instrumentais de que se vai precisar dispor para realizar o encontro cuidador. Mas quantas vezes nos lembramos de fazer perguntas deste tipo no cotidiano da atenção à saúde?

Outras formas de comunicação não-verbal são também relevantes para facilitar o encontro cuidador. Basta lembrar a força do olhar. Quando olhamos para alguém que busca nossos cuidados, não interessados apenas em enxergar regularidades morfo-funcionais – coloração da pele e mucosas, características da marcha, ritmo respiratório, etc. – muito nos pode ser dito. Quantos de nós, profissionais de saúde, já não tivemos a experiência de ouvir alguma coisa de um usuário, mas, ao olhar para ele, perceber que ele está dizendo outra coisa bem diferente?! Da mesma forma o nosso modo de tocar, nossa postura corporal, nosso gestual, as atitudes de responsabilidade, acolhimento e compromisso que demonstramos com nossas ações, o ambiente onde nos encontramos,

todos esses aspectos devem ser lembrados quando se trata de potencializar o diálogo no encontro cuidador.

Mas não é apenas para o encontro entre indivíduos que deve ser reclamada a centralidade do diálogo no cuidado. Por outros mecanismos, ainda que em processos certamente mais morosos e menos sutis, é possível e necessário promover a fusão de horizontes entre profissionais e gestores, de um lado, e populações, do outro. Toda a discussão em torno das análises de vulnerabilidade e correlativa construção de estratégias para sua redução têm demonstrado quanto uma efetiva resposta social, produzida por meio do envolvimento, escuta e participação ativa dos diversos segmentos populacionais envolvidos nos contextos sócio-sanitários em questão, é condição decisiva para a transformação dos cenários epidêmicos (Ayres *et al.*, 2006). Sensibilização da opinião pública, pelos meios de comunicação, a potencialização da auto-organização de grupos populacionais específicos, a construção de espaços de reflexão e fornecimento de suporte material para ação desses grupos, a abertura de canais de participação e controle social de serviços e políticas de saúde, as práticas de discussão de casos, educação permanente e avaliação de serviços pelas equipes multiprofissionais, são exemplos de processos dialógicos nesse plano mais macro, nos quais se espera igualmente que saberes práticos e instrumentais de sujeitos diversos se encontrem e enriqueçam mutuamente, fundindo seus horizontes.

Essa vocação irresistivelmente dialógica dos arranjos tecnológicos do cuidado em saúde orientado por um enfoque hermenêutico, seja no plano individual ou coletivo, corrobora a impossibilidade, que apontávamos acima, de basear em qualquer critério normativo de caráter prático uma definição *a priori* dos “Que fazer?”. Um diálogo é essencialmente uma

interação aberta. O curso de um diálogo pertence tanto a seus interlocutores quanto estes lhe pertencem. Enquanto há diálogo é porque há mais o que saber, é porque há mais a se dizer. Por isso, ao concluir esta reflexão, o máximo a que podemos chegar na procura de uma conceituação de saúde de caráter prático, não subordinada à discursividade biomédica, sem tampouco se dissociar dela, é uma proposição ao modo de uma descrição procedimental. Uma construção que nos lembre do caráter contrafático, existencial e intersubjetivo da experiência da saúde e que nos aponte caminhos produtivos para manter a fecundidade dialógica de nossa participação profissional nessa experiência. É nesse sentido que nos aventuramos a definir saúde como *a busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade.*

## Referências

- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- \_\_\_\_\_. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 5, supl. 1, p. 28-42, 2002.
- \_\_\_\_\_. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 375-417.
- BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; COSTA, C. M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.
- CAMARGO JUNIOR, K.R. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 15, supl., p. 177-201, 2005.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

DESLANDES, S.F. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

GADAMER, H.G. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 1997.

\_\_\_\_\_. Pós-fácio à 3ª edição (de *Wahrheit und method*, 1972). In: \_\_\_\_\_. *Verdade e método II*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 508-544.

GRONDIN, J. *Introdução à hermenêutica filosófica*. São Leopoldo: Unisinos, 1999.

HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus, 1988.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M. *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.

LUZ, M.T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: Hucitec, 2004.

SCHRAIBER, L.B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 1, n. 1, p. 123-138, 1997.

## Nota

- <sup>1</sup> O conceito de discurso e sua aplicação às análises aqui desenvolvidas estão amplamente apoiados na Teoria da Ação Comunicativa, de Jürgen Habermas (1988).

# Hermenêutica e humanização das práticas de saúde<sup>1</sup>

*A possibilidade de o outro ter direito  
é a alma da hermenêutica*  
Hans Georg Gadamer

## Qual humanização?

Observam-se no Brasil fecundos e relevantes debates e iniciativas em torno da noção de *humanização*, relativos à organização da atenção à saúde em diferentes aspectos e dimensões. Em recente artigo, Deslandes (2004a) identificou e discutiu diversos sentidos assumidos por esta noção em documentos veiculados pelo Ministério da Saúde, tais como: oposição à violência institucional; qualidade do atendimento, associando excelência técnica com capacidade de acolhimento e resposta; cuidado com as condições de trabalho dos profissionais; e ampliação da capacidade de comunicação entre usuários e serviços. São, portanto, bastante amplas e diversas as possíveis aproximações à questão.

A perspectiva que se busca assumir no presente estudo considera a humanização em um sentido genérico, que atravessa, na verdade, as diferentes dimensões tratadas por Deslandes. Diz respeito, fundamentalmente, a uma pers-

---

<sup>1</sup> Primeira publicação: AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

pectiva filosófica, a partir da qual o ideal de humanização pode ser genericamente definido como um *compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum.*

Há, e definição ima, lementos ue reisam er lui-luite53(e)-1-2(a)-3 ln65a (65a-19(a)-12(, )-7(H)-265a )-20(t)765nins s-41c4(-)re53Hadls nido6-2t c

conforme nós próprios, seus sujeitos, nos movemos – não é um estado, portanto, mas um devir. Da mesma forma, não podem nunca estar completos, pois as normas socialmente associadas à saúde, ao se deslocarem os horizontes, precisarão ser reconstruídas constantemente – é incompleto, portanto, é sempre um projeto em curso.

### A felicidade como horizonte normativo da humanização

A noção de “projetos de felicidade” (Ayres, 2001) aproxima-se desse horizonte normativo expandido que a discussão da humanização quer trazer. Ela remete a experiências vividas, valoradas positivamente, experiências estas que, frequentemente, independem de um *estado de completo* bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional. É justamente essa referência à estreita relação entre experiência vivida, valor e aspirações – implícita na idéia existencial de projeto (Heidegger, 1995) – e às relações entre os diversos valores que nos orientam e os processos de adoecimento e seu cuidado e prevenção, que parece ser o núcleo mais essencial das propostas de humanização e seu ideal de transformação.

É preciso, porém, assumir a noção de “projeto de felicidade” como uma construção de caráter *contrafático*. Esse neologismo, de caráter conceitual, deriva da filosofia de Habermas (1990), que lança mão da expressão sempre que busca referir-se a “valores quase-transcendentes”, isto é, a idéias ética e moralmente norteadoras, de aspirações universais, mas construídas a partir da percepção do valor para a vida humana de determinadas idéias ou práticas a partir do momento, e na exata medida, em que estas são obstaculizadas, negadas por alguma experiência concreta. Isto é, elas são percebidas justamente porque foram negadas e, ao o serem, mostraram-se

fundamentais. O que queremos dizer ao afirmar que a noção de projeto de felicidade deve ser sempre entendida como uma construção *contrafática*, portanto, é que julgamos que se deve recusar qualquer tentativa de definição *a priori* de seus conteúdos. Projetos de felicidade serão acessíveis apenas e sempre a partir de obstáculos concretos à realização dos valores associados à experiência dos indivíduos e comunidades. Isto é fundamental, se queremos evitar qualquer um de dois tipos igualmente indesejáveis de fundamentalismo. O primeiro deles seria o de querer determinar de modo objetivo e universalista o que seja a felicidade. Num outro extremo, estaria um idealismo excessivamente abstrato, descolado das experiências vividas, que criticamos na definição da OMS. A felicidade não pode ser vista, enfim, como um bem concreto, uma entidade. Mas ela tampouco é utopia. A experiência da felicidade, ou de sua falta, é uma vivência bastante concreta. Mas ela é índice de si mesma, isto é, não se deixa medir por nada fora dela, e ao mesmo tempo está em estreita relação com tudo aquilo pelo qual buscamos dimensioná-la, como uma espécie de “bússola existencial”, que nos dá o norte sem ser o norte. A felicidade nunca deixa de fazer notar sua falta e, pela sua ausência, algo que nos está faltando.

Na mesma linha acima indicada, parece claro hoje que, embora se aceite que a felicidade humana é, em essência, uma experiência de caráter singular e pessoal, a referência à validação democrática de valores que possam ser publicamente aceitos como propiciadores dessa experiência é do que parece tratar-se quando se discute a humanização da atenção à saúde como uma proposta *política* – envolvendo as instituições do Estado, mas não necessariamente restrita a elas. Nisso não nos afastamos muito do que importantes tratamentos filosóficos

da felicidade mostraram ser a indissociabilidade das idéias de felicidade, racionalidade e vida em sociedade, e isso em pensadores tão diversos, em seus caminhos e conclusões, como Kant e Espinosa. No seu racionalismo da imanência, Espinosa (1632-1677) associa a felicidade a uma experiência amorosa, de pertença produtiva a Deus, ao mundo, ao humano – o que não se confunde com uma experiência mística, mas sim com a “bem-aventurada” experiência intelectual de viver a potência criadora que se expressa num deliberado auto-refreamento das paixões (os maus afetos), decorrente da compreensão do Bem comum. “A felicidade não é o prêmio da virtude, mas a própria virtude, e não gozamos dela por refrearmos as paixões, mas ao contrário, gozamos dela por podermos refrear as paixões” (Espinosa, 1991). O iluminista Kant (1724-1804), com base na sua razão transcendental, vai ver na felicidade uma conquista (moral) da razão (prática), uma recompensa por esta conquista, e não uma condição para ela qual uma qualidade imanente da razão: “...a disposição moral é a condição que, antes de mais, torna possível a participação na felicidade e não ao contrário, a perspectiva da felicidade que torna possível a disposição moral” (Kant, 1994). De qualquer modo, em que pesem as diferenças entre o imanentismo de um e o transcendentalismo de outro, ambos situam a felicidade como um índice racionalmente inteligível de orientação prática a formas de vida que nos satisfazem desde uma perspectiva, simultaneamente, pessoal e compartilhada.

Embora não pretendamos levar mais longe aqui essa reflexão filosófica sobre a felicidade, é importante apontar essas referências mútuas. O racional é, entre outras potencialidades suas, uma forma de regulação das nossas relações intersubjetivas, da nossa vida em sociedade (Habermas, 2004). Ao mesmo tempo,

é na felicidade, isto é, no sucesso prático dessa regulação que a razão obtém a certificação última de a estar promovendo. No mesmo sentido, podemos dizer que a vida em sociedade é que fornece para nós, seres racionais, as referências objetivas pelas quais orientamos nossos projetos de felicidade.

Daí a importância de entendermos a humanização em sua inexorável politicidade e socialidade e, por conseguinte, em suas importantes implicações institucionais. A problemática de que trata a humanização não se restringe ao plano das relações pessoais entre terapeutas e pacientes, embora chegue até ele. Não se detém em rearranjos técnicos ou gerenciais das instituições, embora dependa deles. Trata-se de um projeto existencial de caráter político, trata-se de uma proposta para a “*polis*”.

Outro aspecto ainda a ser destacado nesse território onde situamos nossa compreensão filosófica sobre o assunto é o caráter contraditoriamente central das tecnociências na busca da humanização das práticas de saúde. Isto é, se as tecnociências biomédicas vêm construindo e se orientando por um horizonte normativo restrito e restritivo em relação ao que se quer entender hoje por saúde, e daí o movimento da humanização, é verdade também que são essas mesmas tecnociências que constroem a base substantiva das experiências (fatos) em relação às quais podem ser construídos (contrafaticamente) os horizontes de felicidade associados à saúde. Por isso, se não parecem fecundas as proposições que restringem o caminho para a superação dos limites atuais das práticas de saúde *exclusivamente* ao desenvolvimento e acesso científico-tecnológico, num messianismo cientificista insustentável, de nada servirá também migrar para seu oposto, num anticientificismo igualmente estéril, que ignora que os criadores e mantenedores das

tecnociências são os próprios humanos e que esta capacidade tecnocientífica distingue ontologicamente o humano, tanto quanto abre para ele renovadas e infinitas possibilidades de relacionar-se com seu mundo (Teixeira, 2003).

Por isso, seja em relação às suas finalidades, seja no que se refere aos seus meios técnicos ou gerenciais, o que este ensaio toma como o norte e desafio central da humanização não pode ser equacionado como a necessidade de “mais tecnociência”, nem tampouco de “menos tecnociência”, mas sim como o interesse por um *progressivo enriquecimento do reconhecimento e reconstrução das relações entre os fundamentos, procedimentos e resultados das tecnociências da saúde e os valores associados à felicidade a cada vez reclamados pelos projetos existenciais de indivíduos e comunidades*.

Sendo assim, sustenta-se aqui que: (1) ao buscar recolocar ativamente sob regime de validação as dimensões normativas da saúde, buscando ver, através e para além dos seus conteúdos tecnocientíficos os seus significados relacional-formativos, as propostas de humanização das práticas de saúde reclamam critérios para a construção de consensos diversos daqueles exigidos para a validação dos saberes e ações mais restritos à instrumentalidade tecnocientífica; (2) os processos de construção dessa outra natureza de consenso exigem um esforço de renovação que se expande desde a esfera normativa, para outras, nas quais ela está também apoiada, reclamando novos conhecimentos objetivos e perspectivas subjetivas capazes de sustentar as novas interações desejadas.

### **A reconstrução dos consensos nas práticas de saúde**

Sendo um projeto para a *polis*, como dizíamos acima, os processos de reconstrução orientados à humanização estendem-

se por um amplo espectro de espaços onde são socialmente construídas as práticas de saúde, desde os fóruns de definição e pactuação das políticas até o espaço assistencial. Atravessando esses diversos planos, os discursos da humanização vão se plasmando e buscando produzir entendimento público acerca do que seja correto, verdadeiro e autêntico fazer em relação à saúde de indivíduos e comunidades, ou, em termos habermasianos, construindo suas pretensões de validade intersubjetiva nas esferas normativa, proposicional e expressiva, respectivamente (Habermas, 1988; 2004).

Embora em processos comunicativos concretos as três esferas acima sejam inseparáveis umas das outras, os discursos problematizadores de um certo regime de crenças tenderão a privilegiar sempre uma dessas esferas de validade, destacando-a do pano de fundo do “mundo da vida”, embora sempre em relação com as demais esferas (Habermas, 1988). Assim, nos discursos que buscam alguma forma de problematização das normas que regulam as interações humanas, é a esfera normativa que se destacará sobre as demais. Nos discursos cognitivos, aqueles que buscam afirmar a possibilidade de aceitar algum fato ou dado objetivo como verdadeiro, como os discursos tecnocientíficos, é o plano proposicional que orientará a argumentação. Por fim, os discursos que buscam identificar ou afirmar que um sujeito se apresenta autenticamente frente a outro, ou que uma dada manifestação é autenticamente representativa de uma certa perspectiva subjetiva, será o plano expressivo que estará em processo de validação (Habermas, 1988).

Assim, também no caso da humanização das práticas de saúde, os discursos reconstrutivos admitem essas três diferentes pretensões de validade – normativa, proposicional e expressiva.

Conforme sustentamos acima, entendemos ser constitutivo do processo de discussão da humanização das práticas de saúde no Brasil a convicção de que a tarefa reconstrutiva não se restringe à esfera proposicional das tecnociências da saúde, mas estende-se ativamente aos planos normativos e, até mesmo, expressivos, como apontado por Deslandes (2004b) e Onocko-Campos (2004). Há que se atentar, entretanto, para o fato de que, no caso das práticas de saúde, sem ser exclusividade delas, mas sendo especialmente marcante nelas, a esfera proposicional das tecnociências ocupa um lugar de extraordinária importância na mediação entre interesses subjetivos e regulação moral da vida (Gadamer, 1997b; Schraiber, 1997). Os sujeitos que participam dos encontros efetivados nos espaços da saúde tendem a se reduzir à unidimensionalidade conformada por uma leitura tecnocientífica, construtora de objetos, onde um é o próprio substrato dos recortes objetivos (o paciente) e o outro aquele que produz e maneja esses recortes (o profissional). Não se trata, portanto, de uma mediação qualquer, na qual sujeitos entendem-se acerca de um objeto, ou por meio de um objeto, mas uma mediação em que o manejo de objetos tende a substituir a interação dialógica por uma intervenção mono-lógica, cujas finalidades e meios já se encontram definidas *a priori*, antes e para além dos seus participantes, tanto usuários quanto profissionais (Gadamer, 1997a). Esse “paroxismo instrumental” de uma racionalidade tecnocientificamente monopolizada (Habermas, 1987c), que coloniza de forma tão paralisante os processos interativo-formativos relacionados à saúde (Ayres, 2002a), talvez ajude a compreender por que uma das mais expressivas expressões do modo de ser do humano, o cuidado, esteja buscando... humanizar-se!

Ora, se as tecnociências biomédicas interferem sistematicamente nas possibilidades de expressão subjetiva e de regulação das interações nos processos de atenção à saúde, então será forçoso admitir que mesmo as reconstruções voltadas aos campos expressivo e normativo desses processos dependerão de um esforço dirigido à esfera proposicional. Em outras palavras, se as pretensões de validação intersubjetiva de proposições acerca da verdade sobre os fenômenos da saúde e da doença determinam tão fortemente as possibilidades (e impossibilidades) de construir consensos sobre o que é correto fazer na saúde e de pôr em cena os legítimos sujeitos dessas escolhas, então as propostas de humanização, em quaisquer dos campos e esferas sobre as quais se debrucem, precisarão se ocupar da questão do conhecimento na saúde. Mais que isso, sustentamos que nesse ocu-par-se há uma tarefa de caráter essencialmente hermenêutico, no sentido crítico, próprio da síntese dialética que caracteriza a hermenêutica contemporânea (Minayo, 2002).

### **A dupla tarefa hermenêutica da humanização**

Ainda que sem aderir às últimas conseqüências à tradicional partição de Dilthey (1980) entre ciências naturais e ciências do espírito, ou histórico-sociais, parece claro que existem diferenças significativas entre os discursos científicos. A natureza das exigências de validade que se colocam para a produção de discursos de verdade admitem uma grande variedade e que, grosso modo, podem ser agrupadas em dois grupos polares (Habermas, 1987a). Na direção de um *pólo empírico-analítico* estão aquelas ciências cujos juízos são validados com base em *relações de necessidade*, analítica e/ou empiricamente estabelecidas, que associam de modo vincu-

lante seus conteúdos proposicionais, de modo completa ou incompletamente determinado – neste último caso, através de controles probabilísticos.

Implicam regularidade e predição, configuram um saber explicativo, orientado para relações meios-fins e instruído pelo controle técnico. Nele situam-se as ciências que Dilthey chamava de ciências da natureza, ou o que se costuma chamar de ciências duras. No pólo inverso, sem que isso signifique necessariamente oposição, estão as chamadas ciências hermenêuticas, ou ciências do espírito, aquelas cujos juízos são validados pelo acordo logrado entre os sujeitos acerca da inteligibilidade e sentido de proposições que têm como origem e aplicação seu próprio auto-entendimento como sujeitos. Implicam significado e interpretação, configuram um saber compreensivo, orientado pelas relações parte-todo e motivado por interesses práticos, no sentido relacional-formativo acima discutido.

É preciso ter claro, em primeiro lugar, que não se trata aqui de uma taxonomia, de uma rígida classificação, mas sim da identificação de um eixo ao longo do qual os discursos científicos podem ser distinguidos em termos do *tipo de evidência* de que se querem fazer portadores e dos *processos de validação* que reclamam. Certamente uma série de senões cabe aqui. O primeiro deles diz respeito à artificialidade desta polarização, considerando-se o tanto de interpretação e auto-entendimento que sempre há em qualquer saber empírico-analítico, ou, na direção inversa, os diversos argumentos de base empírico-analítica envolvidos em qualquer hermenêutica, tal como apontado por filósofos de linhagens tão diversas quanto Quine (1962); Rorty (1988) e Ricoeur (1987). É de fato um artifício. Como um recurso analítico, porém, a polarização só quer indicar que, apesar de inescapáveis elementos hermenêuticos

e empíricoanalíticos em qualquer saber contemporâneo com pretensões de verdade, o aspecto nos quais esses discursos põem o acento de suas pretensões de validade, isto é, o tipo de argumento que se lhes é exigido para aceitação intersubjetiva, é de caráter bastante diverso (Granger, 1994). Uma evidência dessa diversidade é o fato mesmo de que, apesar de unidas por um sentido comum de busca de conhecimento verdadeiro, esses diferentes conteúdos e formas cognitivas vão conformar comunidades lingüísticas bastante distintas e institucionalizar-se de modo bastante independente, numa multiplicidade de disciplinas científicas, cada qual com todo um aparato institucional em que se apóiam a formação de seus pesquisadores, sua produção, seus veículos de divulgação, suas instâncias reguladoras, etc.

Outra natureza de senões diz respeito às distinções entre saberes tecnológicos e saberes científicos, entre ciências empíricas e ciências formais, entre os próprios saberes científicos e os de natureza filosófica. As fronteiras entre eles são tênues em algumas situações. Não cabe nos limites deste ensaio, contudo, entrarmos nesse tipo de discussão, até porque a tarefa hermenêutica implicada na humanização das práticas de saúde situa-se em um plano filosófico anterior a essas delimitações, e pode se desdobrar tanto em outros procedimentos propriamente filosóficos quanto científicos, de diversos matizes, e até mesmo tecnológicos. O problema de que nos ocupamos é a necessidade de revisitar os regimes de verdade que regem os saberes envolvidos nas práticas de saúde.

No presente ensaio, fazemos nós mesmos essa revisita ao modo de uma reflexão filosófica, mas no campo concreto da reconstrução das práticas de saúde será preciso seguir construindo pesquisas empíricas, recuperações históricas, análises

sociológicas, antropológicas, psicossociais, etc., desenvolvimento de tecnologias, enfim, um amplo conjunto de investigações que compreendam o que está sendo indesejavelmente “negado” na atual configuração da atenção à saúde e ajudem a reconstruí-la na direção dos valores da humanização.

Por isso dizíamos acima que há desafios reconstrutivos importantes no campo dos conhecimentos em saúde, e que frente a eles há uma importante tarefa hermenêutica. Se a necessidade de uma revisita foi suscitada pela compreensão das implicações da configuração atual dos saberes em saúde para a humanização (interesse prático), tendo como norte o diagnóstico de obstaculização instrumental de uma interação mais rica entre os sujeitos envolvidos nessas práticas (necessidade de auto-entendimento), então o pólo hermenêutico tem mesmo um relevante papel a cumprir aqui. E é uma dupla tarefa hermenêutica, como se vê. De um lado é preciso compreender os discursos tecnocientíficos hoje operantes na saúde; fazer sua hermenêutica para identificar onde e como propiciam ou obstaculizam a humanização. De outro lado, é preciso construir saberes que possam responder às novas necessidades de conhecimento e de tecnologias reclamadas pela expansão de horizontes normativos propostos com a humanização; fazer uma hermenêutica das relações entre saúde e os projetos de felicidade dos indivíduos e comunidades de que buscamos cuidar.

### Elementos conceituais para uma hermenêutica da saúde

O termo *hermenêutica* designa genericamente “a arte e a ciência da interpretação” (Runes, 1985). Etimologicamente ligado a Hermes, deus grego que traduzia as mensagens do Olimpo para os mortais, o termo tem designado práticas e

referenciais teóricos significativamente distintos, mas que têm em comum o sentido lato de interpretação e compreensão. É possível agrupar as diferentes linhas de produção em torno à hermenêutica em pelo menos três grandes grupos, que guardam entre si muitos pontos de contacto (Bleicher, 1992):

a. *Teoria hermenêutica*: originária dos movimentos do Renascimento e da Reforma, essa primeira acepção de hermenêutica referia-se a uma série de princípios e procedimentos metodológicos para a interpretação de obras não contemporâneas. Estes conjuntos regionais de regras interpretativas organizavam-se, especialmente, em três grandes áreas: a exegese dos textos bíblicos, o trabalho filológico de interpretação de obras clássicas e a adequada interpretação e aplicação jurídica do espírito das leis (Schleiermacher, 1999). Schleiermacher (1768-1834), no ambiente acadêmico do romantismo alemão, unificou estas diversas hermenêuticas regionais em uma única *ciência e arte da compreensão em geral*. Este, na verdade, foi apenas o primeiro de três movimentos de ampliação do escopo da hermenêutica, que a conduziu da condição de simples técnicas interpretativas a uma filosofia, um modo de compreender a existência (Palmer, 1989). O segundo passo nessa direção foi dado por Dilthey (1833-1911). No contexto do historicismo, esse autor expandiu a teoria hermenêutica de um ramo do conhecimento à condição de *fundamento epistemológico* de todo conhecimento objetivo dos fenômenos humanos, ou *Geisteswissenschaften* (ciências do espírito). O que Dilthey sustentava é que, de modo diverso das ciências naturais, as ciências humanas seriam sempre reflexivas, isto é, o seu objeto de estudo incluía seu sujeito e, por isso mesmo, influenciava e era influenciado diretamente por ele, ao modo de um autoconhecimento. O que propôs, então,

foi não lutar contra esta interferência, como acontecia nas ciências naturais, mas, ao contrário, tirar as conseqüências lógicas e metodológicas dessa inevitável circularidade histórica do conhecimento humanístico (que identifica e atribui significados a experiências das quais derivam suas possibilidades mesmas de identificar e significar). Confere, assim, consistência e validade epistêmica para os processos (auto)compreensivos que dão “objetividade” aos fenômenos humanos (Dilthey, 1980).

b. *Filosofia hermenêutica*: o terceiro movimento de ampliação da hermenêutica, e que a conduziu a suas feições contemporâneas, consiste numa reflexão metadiscursiva que funda na linguagem a compreensão não apenas das obras humanas, mas das próprias realidades humanas. Essa ampliação vai ter por base a proposição de Heidegger (1995) de que a compreensão, em sua circularidade e reflexividade, não é apenas um modo de se conhecer o humano, mas o próprio modo de ser humano. Ser é compreender-se. Assim, a hermenêutica filosófica incorpora uma série de princípios, conceitos e procedimentos oriundos da teoria hermenêutica, mas rompe radicalmente com sua aspiração objetivista, expandindo suas pretensões de universalidade do campo epistemológico, onde Dilthey originalmente a circunscrevera, até uma dimensão ontológica (Gadamer, 1996). Por isso, embora Gadamer (1900-2002), principal teórico da hermenêutica filosófica, indique claramente suas implicações para a epistemologia e o método científico, especialmente para as ciências humanas, ele não trata a hermenêutica como uma metodologia. Ele a entende como uma atitude filosófica, uma compreensão que conforma e sustenta procedimentos cognitivos de modo geral (Bernstein, 1983).

c. *Hermenêutica Crítica*: também chamada de crítica dialético-hermenêutica, designa proposições que atribuem à hermenêutica essa tarefa compreensiva fundamental, mas que enxergam limites na positividade lingüística para fundamentar uma interpretação efetivamente emancipadora dos fatos humanos, reclamando o movimento negador da crítica como elemento reconstrutivo dos discursos e de seu sentido prático (Habermas, 1987b; Apel 1985). Ou seja, compartilham com a hermenêutica filosófica, nos seus traços mais fundamentais, o modo como esta entende a possibilidade de acesso cognitivo aos fenômenos humanos – o círculo da compreensão, a reflexividade, a conexão entre interpretado e intérprete –, mas divergem no modo como enxergam as vocações e meios da hermenêutica nos processos concretos de conhecimento. Conforme detalharemos a seguir.

Hermenêutica filosófica e hermenêutica crítica não são, como já indicado, excludentes entre si (Minayo, 2002). Quando se trata de refletir sobre as tecnociências, seus pontos de convergência são, aliás, mais expressivos do que os de divergência. O que suas proposições têm de mais essencial é caracterizar-se como uma profunda rejeição da redução instrumental da racionalidade contemporânea, buscando resistir ao caráter fragmentário e auto-regulado a ela impresso pelo tecnicismo e reconciliar o conhecimento com seu sentido ético, moral e político (Stein, 1987). Em suma, a mais marcante contribuição de ambas, e alvo do seu interesse para os ideais da humanização, é seu compromisso com o resgate crítico do caráter histórico e social de qualquer conhecimento, inclusive o tecnocientífico.

Derivadas mais das trajetórias que levaram cada uma das escolas à hermenêutica do que a conflitos substantivos entre seus horizontes éticos, as diferenças entre filosofia hermenêutica

e hermenêutica crítica residem na esfera onde suas interpretações buscam o significado histórico e social do seu *interpretandum*. A hermenêutica filosófica vai procurá-la na própria tradição discursiva que busca compreender. O procedimento hermenêutico fará “falar de novo” essa tradução desde uma possibilidade aberta pela própria inscrição do intérprete no caudal dos efeitos dessa tradição, ou na sua “história efetual” (Gadamer, 1996). A hermenêutica crítica baseia-se em um distanciamento crítico que, a partir dos interesses práticos de reconstrução da vida social, explora dialeticamente os valores negados nos processos de comunicação que geraram, ou geram, os discursos interpretados.

Embora a questão central da filosofia hermenêutica, tal como desenvolvida por Gadamer, não tome como seu objeto de investigação a ação social, em si mesma, parece claro que também faz parte dos fundamentos de sua proposta filosófica um compromisso prático de transformação que gera a necessidade de distanciamento crítico. O princípio de *applicatio*, por exemplo, segundo o qual o “fazer falar de novo” hermenêutico depende das motivações práticas de um sujeito intérprete situado politicamente, e a assunção de que o modo de proceder hermenêutico é o de uma contínua conversação, em que a “dialética de pergunta e resposta” vincula toda interpretação às perguntas que movem o intérprete, nos dão conta da inexorável presença da crítica na filosofia hermenêutica, ainda que por caminhos diversos das formulações habermasianas (Grondin, 1999). É o próprio Gadamer quem o diz: *Habermas sente falta em mim de uma intenção crítica e do pathos da emancipação que se encontra na idéia da razão tal como é apresentada pela filosofia das Luzes. Eu diria, neste ponto, duas coisas: antes de mais nada, é verdade que a nossa cultura*

*se apóia na concepção unilateral da Razão herdada das Luzes, mas também naquilo que corrige essa unilateralidade [...] nossa herança romântica não devia opor-se ao pensamento inspirado pela tradição das Luzes. Ela mostra o contorno desta última e, a meu ver, é esse jogo de interações que abrirá caminho para um pensamento produtivo. Quanto à questão de saber se um pensamento ancorado na tradição pode ocultar uma dimensão crítica, responderei claramente: a crítica se encontra em todo o pensamento verdadeiro; não existe pensamento sem a distância que se manifesta em toda atitude de questionamento. E não existe pergunta sem a consciência de que para qualquer pergunta existem diversas respostas possíveis* (Gadamer, 1990).

É possível dizer mesmo que as hermenêuticas de Gadamer e de Habermas são necessárias uma à outra na radicalidade de seus projetos. *A filosofia hermenêutica revela-se de fato como uma parte, mais ainda, como a condição positiva de uma abertura dialética e substancial de sentido da história enquanto diálogo contínuo, só que, por suposto, se deixa mediar por sua empresa complementar: a análise, como crítica da ideologia, da práxis material correspondente a esse diálogo* (Apel, 1985/II). A mesma posição é defendida por Paul Ricoeur (1988): *[...] de forma alguma pretendo abolir a diferença entre uma hermenêutica e uma crítica das ideologias. Cada uma, repito, possui um lugar privilegiado e, diria mesmo, preferências regionais diferentes: aqui, uma atenção às heranças culturais, talvez particularizada de modo mais decidido na teoria do texto; ali, uma teoria das instituições e dos fenômenos de dominação, polarizada na análise das reificações e das alienações. Na medida em que ambas têm necessidade de sempre se regionalizar para se assegurarem o caráter concreto de suas reivindicações de universalidade, suas diferenças devem ser preservadas contra todo confucionismo. Mas é a tarefa da reflexão*

*filosófica colocar ao abrigo das oposições enganadoras o interesse pela emancipação das heranças culturais recebidas do passado e o interesse pelas projeções futuras de uma humanidade libertada. Se esses interesses se separarem radicalmente, a hermenêutica e a crítica ficarão reduzidas a meras... ideologias!.*

A posição habermasiana toma a linguagem na perspectiva da ação dos sujeitos; seu objeto central é a ação social. De acordo com Habermas (1988), a estruturação lingüística da experiência (ou o conteúdo de experiência da linguagem) já carrega consigo determinados interesses e competências discursivas que se tornam a origem de distorções sistemáticas da comunicação, isto é, de assimetrias entre os diversos sujeitos que interagem pela linguagem na conformação dos discursos, as quais reproduzem e legitimam situações de iniquidade, opressão, limitação, situações negadoras dos ideais de emancipação humana. Uma hermenêutica que não tome por tema a própria linguagem, isto é, que não se distancie dialeticamente dela para com-preendê-la, terá, segundo Habermas, seu horizonte interpretativo predeterminado por essas assimetrias inscritas na linguagem e nas suas conformações discursivas. Assim, instruído pela idéia reguladora de um diálogo livre de dominação, pedra angular de sua filosofia, Habermas postula que uma hermenêutica crítica deve buscar identificar e superar os obstáculos comunicacionais à livre e democrática expressão discursiva dos diversos sujeitos em interação.

Na obra de Gadamer (1996) serão encontradas valiosas contribuições para a realização dessa hermenêutica profunda, proposta por Habermas. O *leitmotiv* da obra de Gadamer é a superação da dicotomia sujeito-objeto na compreensão dos fatos e obras humanos. Aquilo que para concepções positivistas do fato humano constitui um vício e um obstáculo – o

círculo lógico em que se vê a compreensão, uma vez que quem compreende está incluído no que quer compreender –, para Gadamer, ao contrário, constitui a essência mesma do compreender. Essa coincidência entre conhecedor e conhecido é o que, desde Dilthey, é visto como a base de validação dos procedimentos interpretativos. É a totalidade vivida que, como pano de fundo, faz distinguir a forma particular do fenômeno humano, configurando o “círculo hermenêutico”. Só a experiência de pertença em relação a tudo o que é humano permite compreender o fato ou a obra particulares, distinguir as experiências pretéritas e alheias das próprias, identificar, a um só tempo, o si mesmo e o outro.

Mas se Dilthey e a hermenêutica teórica, ao reconhecer essa pertença, buscavam através dela chegar a conhecer *objetivamente* o outro, seu horizonte histórico, colocar-se no seu lugar, Gadamer encara esse acesso ao outro não como um resgate de seu horizonte e sim como uma  *fusão de horizontes*. Aquele que interpreta não decodifica uma experiência externa a si, a seu horizonte lingüístico, mas decodifica a sua própria experiência a partir de necessidades e possibilidades trazidas pelo horizonte lingüístico do outro. Na hermenêutica de Gadamer o interpretado suscita questões para o intérprete, mas é o intérprete que possibilita ao interpretado a proposição dessas questões. Através desta complexa *dialética de pergunta e resposta*, reali-za-se, segundo Gadamer, o compreender incessante com o qual vamos, simultaneamente, decifrando e instaurando nosso mundo.

Em meio às duas formulações contemporâneas da hermenêutica acima destacadas, há uma série de outras posições e autores, tais como Betti, Bultmann, Hirsch etc. Dentre estes diversos autores, cabe ao menos uma menção a Paul Ricoeur

(1987; 1988). Numa posição de certa forma intermediária entre Gadamer e Habermas, a hermenêutica de Ricoeur não se ocupa tanto da elucidação das tradições discursivas e dos fundamentos do compreender, como a filosofia hermenêutica, nem da crítica às deformações ideológicas que determinadas configurações discursivas reproduzem nas interações sociais e dos pressupostos comunicacionais dessas interações. A hermenêutica fenomenológica de Ricoeur ocupa-se, fundamentalmente, do modo como *sistemas interpretativos* elucidam-se mutuamente ao colocar-se em conflito na sua atualidade. Ricoeur confere à análise estrutural de um discurso um acesso importante a um sistema interpretativo que, segundo ele, só se deixa elucidar por essa via. A análise estrutural dos discursos, inspirada pela fenomenologia de Husserl, é que permite a uma tradição autenticamente “falar de novo”. Mas é o olhar para o futuro, desde os sistemas lingüísticos que buscam responder a interesses emancipatórios de aqui e agora, que permite a apropriação hermenêutica de uma tradição, numa legítima fusão de horizontes. Sobre uma base hermenêutica, Ricoeur produz, portanto, uma produtiva síntese entre estruturalismo e fenomenologia, entre explicação e compreensão, entre mergulho numa tradição discursiva e sua apropriação crítica. Se a análise estrutural é que faz autenticamente ouvir uma tradição, é a compreensão hermenêutica que dá inteligibilidade ao que ela diz, fazendo com que fale “para nós”, e permitindo reconstruir interpretações, linguagens, formas de ser e de interagir.

### **Do conceito à palavra, e de volta**

Entendendo-se a humanização sob a perspectiva filosófica acima discutida, podemos traduzila como um ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos

sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde, promovida por interações sempre mais simétricas, que permitam uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores e verdades.

A partir desta perspectiva, vê-se a importância de uma hermenêutica dos discursos científicos, estes que instruem de modo tão decisivo as práticas de saúde, para identificar a presença de aspectos de interdição desse ideal e localizar as lacunas que reclamam novos conceitos ou conhecimentos para serem preenchidos.

Com efeito, é necessário rever a impressionante penetração de conceitos e métodos das ciências empírico-analíticas e das tecnologias no campo da saúde ao longo do século 20 (Rei-ser, 1990), dando especial atenção ao impacto dessas tecnociências sobre os espaços de interação, diálogo e tomada de decisão. Toda uma vasta literatura nacional e estrangeira vem tratando, ao menos desde a segunda metade do século 20, dos limites práticos que sobrevieram aos êxitos impressionantes alcançados por uma leitura mecanicista e positivista do corpo e do adoecimento humanos e de propedêuticas e terapêuticas cada vez mais guiadas pelos aparatos tecnológicos de alta complexidade (Caprara & Franco, 1999). Aproximações hermenêuticas à questão talvez permitam avançar mais efetivamente do momento negador destas críticas a posturas mais ativamente reconstrutivas. Ao vincular-se à identificação, em contextos concretos de práticas, das perspectivas subjetivas e dos critérios reguladores envolvidos na positividade sócio-histórica de um dado discurso tecnocientífico, uma aproximação hermenêutica coloca-se em condições de reconhecer diversos interesses e resistências que se colocam naquele campo determinado

de interações, estabelecendo novas possibilidades para sua ressignificação e reconstrução (Ayres, 2002b).

Não menos importante, contudo, é a segunda tarefa construtiva da hermenêutica, e que diz respeito à sua aplicação não como um recurso metadiscursivo, isto é, uma reflexão que se debruça sobre os discursos já operantes na saúde, mas como princípio e atitude propícia-dores da construção de novos discursos.

Se, como Habermas, Gadamer e Ricoeur nos permitem pensar, todo projeto de felicidade obstaculizado sugere a problematização de algum aspecto do mundo da vida dado até então como aceito e aceitável, então parece fundamental colocarmos todos os recursos que nos fornecem a hermenêutica para estimularmos e otimizarmos a emergência de novas discursividades e novas tecnologias com vistas à humanização. Essas possibilidades reconstrutivas se abrem a um campo bastante vasto de aplicações, já desde a compreensão dos processos de saúde-doença no âmbito da interação intersubjetiva no processo terapêutico (Caprara, 2003), até os planos mais abrangentes da gestão dos serviços e das políticas de saúde (Onocko-Campos, 2003).

Aqui, mais do que fazer falar de novo, trata-se de trazer novas vozes ao campo da saúde, seja de outras áreas científicas pouco ouvidas aí, seja de áreas não científicas que raramente se fazem ouvir, como a filosofia, a arte, o direito, as sabedorias tradicionais, os saberes populares, os saberes práticos. Aliás, esse trânsito entre os conceitos e entre estes e as linguagens não conceituais – as palavras altamente significativas de nossa linguagem cotidiana – é que, segundo a hermenêutica, faz a razão humana manifestar-se mais plenamente na sua condição emancipadora. Segundo Gadamer, a vocação mais própria da

hermenêutica é alertar para a necessidade e as possibilidades desse trânsito: ... *a hermenêutica, enquanto filosofia, não é qualquer disputa de métodos com outras ciências, teorias das ciências ou coisas que tais, senão um modo de mostrar que – e isso ninguém pode negar – em cada momento que pomos nossa razão a trabalhar, não fazemos apenas ciência. Sem levar a falar os conceitos, sem uma língua comum, não podemos encontrar palavras que alcancem o outro. O caminho vai da palavra ao conceito – mas precisamos chegar do conceito à palavra, se quisermos alcançar o outro* (Gadamer, 2000).

Diversos conceitos filosóficos que levantamos aqui podem nos ajudar a adotar essa atitude, como a compreensão mesma de “ação comunicativa”, ou os conceitos de “*applicatio*”, “história efetual”, “dialética de pergunta-resposta” e “fusão de horizontes”. Tais conceitos mostram potenciais produtivos na dupla tarefa hermenêutica indicada – a metadiscursiva, de compreensão crítica das tecnociências da saúde (do conceito à palavra), e aquela que podemos chamar interdiscursiva, no sentido de uma abertura à interpenetração e recriação de saberes relevantes para a humanização da saúde (da palavra ao conceito).

Não se trata aqui, porém, apenas da disponibilidade técnica ou epistemológica de uma metodologia. Conforme apontado acima, a hermenêutica refere-se a uma espécie de ponto de partida filosófico. Trata-se mesmo do convite a uma aposta conseqüente e responsável na construção de interações progressivamente mais inclusivas e ricas no campo da saúde. Interações nas quais o horizonte normativo da normalidade morfofuncional seja ampliado à escala de uma felicidade existencial mais abrangente. Interações nas quais o conhecimento dos fatos que interessam à nossa saúde não se restrinja à positividade construída pelas ciências biomédicas, mas incluam

de modo substantivo a reflexividade dos saberes humanísticos. Interações nas quais o sentido monológico de quaisquer desses discursos cognitivos seja substituído por um aproveitamento dialógico de seus conteúdos nas interações entre profissionais e serviços, de um lado, e usuários e comunidades, de outro. Enfim, interações nas quais os dois pólos encontrem canais sempre mais ricos para sua expressão como sujeitos, em sua multiplicidade de feições e aspirações, sem receio de se colocarem, um frente ao outro, como co-construtores de uma humanização que, afinal, é de interesse de ambos.

## Referências

- ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília: MS, 2001. p. 15-17.
- APEL, K.O. *La transformación de la filosofía (I/II)*. Madri: Taurus.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 14, p. 73-91, 2004.
- \_\_\_\_\_. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo: Hucitec, 2002a.
- \_\_\_\_\_. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 1985.
- \_\_\_\_\_. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BERNSTEIN, R. J. *Beyond objectivism and relativism: science, hermeneutics and praxis*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1983.
- BLEICHER, J. *Hermenêutica contemporânea*. Lisboa: Edições 70, 1992.
- CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 923-931, 2003.
- CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.
- DESLANDES, S.F. A humanização e a construção política do lugar do sujeito no processo comunicacional. *Ciência e Saúde Coletiva* 9(1):25-29, 2004b.
- \_\_\_\_\_. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004a.
- DILTHEY, W. *Introducción a las ciencias del espíritu*. Madri: Alianza Editorial, 1980.
- ESPINOSA, B. Ética-V: Da potência, da inteligência ou da liberdade humana. In: \_\_\_\_\_. *Pensamentos metafísicos: Tratado da correção do intelecto; Ética*. São Paulo: Nova Cultural, 1991. p. 277-299. (Col. Os pensadores).
- GADAMER, H. G. Da palavra ao conceito: a tarefa da hermenêutica enquanto filosofia. In: ALMEIDA, C. L. S. (org.). *Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans Georg Gadamer*. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2000. p. 13-26.
- \_\_\_\_\_. Entrevista a P Forget e J Le Rider. *Filosofias – Entrevistas do Le Monde*. São Paulo: Ática, 1990. p. 213-221.
- \_\_\_\_\_. Experiência e objectivização do corpo. In: \_\_\_\_\_. *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Edições 70, Lisboa, 1997a. p. 73-83.
- \_\_\_\_\_. Mistério da saúde. In: \_\_\_\_\_. *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70, 1997b. p. 101-111.
- \_\_\_\_\_. *Verdad y método: fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca: Sigueme, 1996.
- GRANGER, G. G. *A ciência e as ciências*. São Paulo: EdUNESP, 1994.
- GRONDIN, J. *Introdução à hermenêutica filosófica*. São Leopoldo: Unisinos, 1999.
- HABERMAS, J. Conhecimento e interesse. In: \_\_\_\_\_. *Técnica e ciência como “ideologia”*. Lisboa: Ed. 70, 1987a. p. 129-147.
- \_\_\_\_\_. *Dialética e hermenêutica*. Porto Alegre: L&PM, 1987b.
- \_\_\_\_\_. *Pensamento pós-metafísico – estudos filosóficos*. São Paulo: Tempo Brasileiro, 1990.
- \_\_\_\_\_. Técnica e ciência como “ideologia”. In: \_\_\_\_\_. *Técnica e ciência como “ideologia”*. Lisboa: Ed. 70, 1987c. p. 45-92.
- \_\_\_\_\_. *Teoría de la acción comunicativa*. Madri: Taurus, 1988.
- \_\_\_\_\_. *Verdade e justificação*. São Paulo: Loyola, 2004.
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo I*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- KANT, E. *Crítica da razão pura*. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 1994.

LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica contemporânea*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface: comunicação, saúde, educação*, n. 6, p. 109-116, 2000.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social, próprio. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (orgs.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83-107.

ONOCKO-CAMPOS, R. Mudando os processos de subjetivação em prol da humanização da assistência. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 23-25, 2004.

\_\_\_\_\_. *O planejamento no labirinto: uma abordagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

PALMER, R. E. *Hermenêutica*. Lisboa: Edições 70, 1989.

QUINE, W. V. Dos dogmas del empirismo. In: \_\_\_\_\_. *Desde un punto de vista lógico*. Barcelona: Ariel, 1962. p. 49-81.

REISER, S. J. *La medicina y el imperio de la tecnología*. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1990.

RICOEUR, P. *Interpretação e ideologias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

\_\_\_\_\_. *Teoria da interpretação*. Lisboa: Ed. 70, 1987.

RORTY, R. *A filosofia e o espelho da natureza*. Lisboa: D. Quixote, Lisboa, 1988.

RUNES, D. D. (ed.). *Diccionario de Filosofia*. Barcelona: Grijalbo, 1985.

SCHLEIERMACHER, F. D. E. *Hermenêutica: arte e técnica da interpretação*. Petrópolis: Vozes, 1999.

SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 1, n. 1, p. 123-138, 1997.

STEIN, E. Dialética e hermenêutica, uma controvérsia sobre método em filosofia. In: HABERMAS, J. *Dialética e hermenêutica*. Porto Alegre: L&PM, 1987. p. 98-134.

TEIXEIRA, R. R. *Estudo sobre a técnica e a saúde*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

## Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo<sup>1</sup>

LUZIA APARECIDA OLIVEIRA<sup>2</sup>  
MARIA ÂNGELA SILVA LANDRONI<sup>2</sup>  
NEIDE EMY KUROKAWA E SILVA<sup>2</sup>  
JOSÉ RICARDO DE C. M. AYRES<sup>3</sup>

### Humanização e a atenção às pessoas com HIV/Aids

Sob o ideal de “humanização da atenção à saúde”, observam-se diferentes iniciativas no Brasil, tanto na forma de uma política nacional (HumanizaSus), como de propostas técnicas mais específicas (Humanização do Parto; Maternidade Segura; Método Canguru). Sem desconsiderar a centralidade do acesso à atenção à saúde e a qualidade técnica das ações desenvolvidas, as propostas de humanização têm dado especial ênfase à integralidade da atenção e, em particular, às interações entre profissionais e usuários nos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2005).

Deslandes (2004), examinando documentos oficiais sobre a humanização da atenção hospitalar, aponta que o conceito de humanização da atenção conforma-se como

<sup>1</sup> Primeira publicação: OLIVEIRA, L.A. et al. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo.

<sup>2</sup> Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids Marcos Lotenberg, Santana, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

<sup>3</sup> Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

uma diretriz de trabalho, que aspira a uma nova “práxis” para a atenção à saúde. Tal inovação, de caráter processual e complexo, prevê mudanças que podem gerar insegurança e resistências por parte dos profissionais de saúde, já que não são passíveis de padronizações nem são generalizáveis, enfatizando a singularidade dos processos de atenção à saúde, como corrobora Martins (2003).

A superação das dificuldades de interação entre profissionais e usuários de serviços de saúde, reclamadas pelas propostas de humanização, não é entendida, nesse sentido, como um desafio exclusivamente técnico. Deslandes (2004) aponta a natureza social desse desafio, destacando a importância de aspectos tais como a cultura organizacional e recursos para uma mudança na mesma, as relações assimétricas entre profissional-usuário e a hegemonia de uma objetividade científica utilitarista.

Quando se examina a questão da humanização no campo particular da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids, observa-se uma condição privilegiada, especialmente quando comparada à rede de saúde pública como um todo, tanto na oferta de insumos para o tratamento, quanto nos chamados “fatores humanos” da atenção (Nemes, 2001).

Nemes et al. (1999), tomando por base seu estudo sobre a adesão dos usuários ao tratamento anti-retroviral, ressaltam vantagens da qualidade do cuidado aos portadores de HIV/Aids sobre outros serviços do sistema público de saúde brasileiro, como: quantidade e capacitação técnica da equipe, suprimento de medicamentos, acesso a exames específicos, desempenho da equipe e satisfação do usuário.

Do ponto de vista do tratamento, além do acesso a medicamentos específicos, a atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids conta ainda com os Consensos de Terapia

(Ministério da Saúde, 2004a; 2004b; 2004c), que visam facilitar o manejo da doença, fornecendo orientações que vão desde a profilaxia da infecção pelo HIV em gestantes e bebês até a escolha dos esquemas terapêuticos medicamentosos para adultos, garantindo um padrão mínimo de qualidade técnica no conjunto dos serviços.

Quanto aos aspectos interacionais e “humanos” da atenção, contudo, identificam-se ainda muitos desafios para a construção de uma nova práxis também nos serviços de DST/Aids, sobretudo quando se tem por horizonte um novo modelo, uma nova cultura de atendimento. Visando apontar esta lacuna e contribuir para sua compreensão e superação, o presente artigo tem como objetivo refletir sobre a questão da humanização da atenção à saúde no cotidiano do trabalho de um serviço ambulatorial de atenção a pessoas vivendo com HIV/Aids na cidade de São Paulo, o SAE Marcos Lotenberg, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SAE-Santana), de cuja equipe são membros parte dos autores.

Com esse propósito, examinaremos um processo de discussão conduzido nessa unidade acerca do trabalho aí desenvolvido, tendo como horizonte as propostas de humanização em debate no Brasil, especialmente o aspecto das interações profissional-usuário. Vale esclarecer que tal processo, não concebido originalmente como um trabalho de pesquisa, foi desencadeado como uma atividade de gestão e supervisão originada da necessidade da equipe de discutir dificuldades de seu cotidiano. No entanto, a riqueza da experiência, a íntima relação dos conteúdos emergidos e trabalhados com as recentes discussões sobre humanização da atenção à saúde e, por fim, a produção ainda relativamente escassa acerca da humanização no contexto específico da atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids, levou-

nos a produzir este artigo. Não se trata, portanto, de um relato sistemático dos achados de uma investigação empírica, mas de um *ensaio reflexivo* com base em uma experiência do serviço.

Apesar de o estudo da experiência ter sido definido após seu desenvolvimento, o conteúdo aqui apresentado aproxima-se, em seu modo de produção, de uma observação participante, uma vez que os autores foram parte ativa do processo que estudam. O tratamento da experiência foi de natureza hermenêutica (Gadamer, 1997), tendo por substrato das interpretações realizadas as impressões colhidas na participação direta nas atividades de discussão, assim como os relatos de discussão de subgrupos. O quadro teórico que orientou tanto a proposição da atividade no serviço como sua reapropriação crítica na presente reflexão tem como referência central a discussão do Cuidado, tal como elaborada por Ayres (2001; 2004a; 2004b).

Para o desenvolvimento do ensaio, procuraremos, num primeiro momento, apresentar em suas linhas gerais o quadro teórico de referência. A seguir serão apresentados sumariamente e examinados criticamente o processo de discussão conduzido na equipe, em seus principais conteúdos. Para concluir, serão apontados aportes teórico-filosóficos que nos pareceram enriquecer a reflexão acerca dos caminhos para a humanização dos serviços de saúde de modo geral.

### **Técnica e humanização das práticas de saúde**

Em um estudo sobre o trabalho do médico, Schraiber (1997) destaca e analisa a clássica divisão que distingue um componente científicotecnológico e um componente humanístico na prática da medicina. A autora aponta que essa separação tem implicado uma hierarquização, segundo a qual o aspecto científico-tecnológico ocupa um papel preponderante sobre o

humanístico, tanto do ponto de vista dos próprios profissionais de saúde quanto da sociedade de modo geral.

Embora essa medicina científico-tecnológica tenda a afirmar-se como modelo hegemônico, Schraiber (1997) alerta também para o caráter interativo das práticas de saúde e para a particularidade de cada caso clínico, o que conforma uma dimensão da atenção à saúde que não pode ser inteiramente controlada e resolvida como estrita aplicação técnica de um saber de natureza científica. Essa discussão que Schraiber faz com relação à profissão médica é perfeitamente ampliável para além dela, de tal modo que podemos apontar um conjunto de contradições próprias à “racionalidade biomédica” em geral (Camargo Júnior, 1994) perpassando todas as profissões de saúde.

A dimensão biomédica da atenção à saúde lhe imprime, necessariamente, um critério normativo de êxito que reside, fundamentalmente, no controle de riscos, na correção de uma disfunção ou dismorfia ou no restabelecimento de um bem-estar físico ou psíquico. Sua inexorável dimensão não-técnica, contudo, implica que qualquer proposta de êxito técnico dependerá sempre de um “*sucesso prático*” (Ayres, 2001), isto é, da capacidade desta intervenção de atender, para além dos sentidos normativos acima listados, às aspirações cotidianas dos usuários dos serviços, relacionadas à saúde, mas também e especialmente à vida de forma mais ampla, ao bem viver de modo geral (Ayres, 2004a). São essas aspirações mais amplas ao bem viver que chamamos de “projetos de felicidade”, e os modos como estes são construídos, obstaculizados e reconstruídos ajudam a compreender não apenas a gênese dos processos de adoecimento e sofrimento que os usuários e as comunidades apresentam para os serviços de saúde, mas também o modo como são geridos e manejados no cotidiano (Ayres, 2004b).

Em outros termos, cada usuário de um serviço de saúde constituirá sempre um “caso” a ser apreciado em dois sentidos diversos, embora interligados. Será um caso no sentido de aplicação de determinadas regras ou comportamentos universalmente verificáveis à *situação particular* do indivíduo doente, caracterizando sua *condição clínica* particular (seu caso de saúde), conforme categorias utilizadas pela medicina, enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, etc. Mas será também um caso em um *sentido singular*, no qual o adoecimento ou preocupação com a saúde de um indivíduo ganha *contornos únicos no âmbito de sua biografia* (o caso da sua saúde), tanto em termos das suas origens e determinantes como de suas implicações e significados (Gadamer, 1997). Para alcançarmos esse segundo sentido de um *caso* na atenção à saúde parece claro que precisamos incorporar o primeiro a uma abordagem que extrapola o estrito manejo biomédico – embora sem abrir mão dele mas, ao contrário, procurando também aprimorar sua qualidade. É a essa ampliação de horizontes, à necessidade de abordar de forma integrada os “casos” de saúde nos dois sentidos acima, que se refere o conceito de *Cuidado* (Ayres, 2004a; 2004b; 2004c), norte teórico-filosófico deste ensaio.

Entende-se aqui que a intervenção técnica se articula verdadeiramente como um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios e seu sentido prático, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissionais e usuários dos serviços (Ayres, 2004a).

À semelhança do que ocorre com a expressão “humanização da atenção”, essa ativa incorporação de elementos

práticos que transcendem o estrito recorte biomédico do adoecimento também tem merecido distintas leituras. Isto porque tais aspectos são tratados ora como um componente da atenção completamente distinto e externo à técnica, ora como uma questão de modulação, de mera adequação da técnica à diversidade de contextos de sua aplicação. Assim, de um modo ou de outro, essa dimensão da atenção, embora considerada importante, acaba por ter seu sucesso avaliado segundo o mesmo horizonte normativo de êxitos técnicos, acima apontados. Negligencia-se a consideração do sucesso da intervenção no que se refere ao horizonte pessoal e social que, como apontado, são inseparáveis da gênese dos processos de adoecimento e das motivações e significações que levam os indivíduos a demandar atenção à sua saúde (Ayres, 2004c).

No cotidiano da atenção à saúde, um dos grandes desafios é, portanto, pensar e operar essa dimensão prática que extrapola os objetos produzidos pelas tecnociências biomédicas, incorporando-a ativamente aos objetivos e meios do projeto assistencial, e fazendo sujeitos dessa incorporação tanto os profissionais quanto os usuários dos serviços.

Afinando-se com os pressupostos acima expostos e assumindo que a reconstrução do trabalho em saúde implica um ativo envolvimento da gestão dos serviços, entendida como um processo coletivo e interativo de construção e reconstrução de subjetividades, identidades e projetos da equipe (Onocko-Campos, 2003), iniciou-se o processo de reflexão a ser sistematizado a seguir.

### **Um serviço de HIV/Aids repensa suas práticas**

Desde a sua criação, em 1996, os serviços ambulatoriais especializados em DST/Aids do município de São Paulo,

a partir de diretrizes dos Programas Nacional, Estadual e Municipal, vêm discutindo e implementando propostas específicas para a atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV/Aids, através de investimentos em capacitações, treinamentos e reciclagens dos seus profissionais.

Tais investimentos propiciaram não apenas o aprimoramento técnico no manejo das doenças sexualmente transmissíveis e da Aids, mas, sobretudo, melhorias no acolhimento ao usuário, entendido como uma ativa permeabilidade do serviço à auscultação e produção de algum tipo de resposta às diversas necessidades de cuidado trazidas pelo usuário (Franco *et al.*, 1999); na agilidade no fluxo de atendimento; no envolvimento dos profissionais com o trabalho; na motivação para o aprimoramento científico.

Não obstante os evidentes ganhos destes investimentos, ainda permanecem algumas lacunas nas práticas assistenciais, sobretudo aquelas não previstas em diretrizes, normatizações ou protocolos mais gerais de procedimentos, em um plano operatório do trabalho em saúde que Mehry (1997) chama de “tecnologias leves”. Neste plano operatório, presenciamos cotidianamente situações nas quais a busca do controle da doença colide com os projetos pessoais dos usuários, como nos problemas de adesão ao tratamento medicamentoso (Teixeira *et al.*, 2000), no desejo de engravidar de mulheres e homens soropositivos (Paiva *et al.*, 2003) ou na dificuldade de revelação do diagnóstico a crianças e adolescentes vivendo com HIV (Moreira & Cunha, 2003).

Tome-se a questão da adesão, por exemplo. Os consensos de terapia anti-retroviral são claros quanto às situações clínicas e laboratoriais que indicam a necessidade de prescrever determinadas combinações de medicamentos, usando para

isso critérios bastante objetivos, como contagem de linfócitos, magnitude da carga viral, condição clínica, etc. Não há a mesma clareza, contudo, sobre os determinantes e manejos possíveis para os casos dos usuários que não queiram ou não consigam seguir tal prescrição – padrões de não adesão, possibilidades de compreensão desses padrões, possíveis alternativas para lidar com cada um desses diferentes padrões. A não adesão ao tratamento medicamentoso não é apenas um fracasso do ponto de vista clínico e epidemiológico. Ele significa também que no “caso da saúde” daquele indivíduo, no sentido da experiência singular do seu adoecimento, a não adesão pode estar respondendo a crenças, valores, condições específicas de vida que precisam ser ativamente exploradas para serem compreendidas.

Foi a partir de desafios como os acima expostos que surgiu a proposta, na unidade de saúde a que se refere este estudo, da realização de uma série de encontros entre os profissionais da equipe, cuja pauta principal foi discutir a atenção prestada, especialmente na sua dimensão não padronizada, isto é, as ações não fixadas habitualmente em protocolos ou normas, referentes ao dia-a-dia do trabalho. Os casos se sucedem no cotidiano dos serviços e, diante das suas singularidades, os profissionais vão achando, individual e empiricamente, soluções *ad hoc* para cada um. A proposta foi refletir um pouco sobre quais eram essas soluções que já estavam sendo dadas no dia-a-dia, com base em que princípios e procedimentos, e em que medida essas soluções podiam ser sistematizadas, compartilhadas e aprimoradas pelo e para o conjunto da equipe.

A unidade ambulatorial em questão localiza-se na região norte da cidade de São Paulo, tem uma média de 2.900 usuários matriculados e recebe diariamente cerca de 250 pessoas em

atendimentos médicos, psicológicos, de assistência social, grupos, etc. Sua equipe é constituída por 70 membros, sendo nove médicos, cinco enfermeiros, dois psicólogos, cinco assistentes sociais e outros profissionais de nível técnico e administrativo.

Para o processo de discussão, foram promovidos quatro encontros na própria unidade, com intervalos de um mês e duração de três horas cada, no período de junho a setembro de 2004. Foram promovidos encontros distintos para os profissionais do turno matutino e vespertino, contando com a participação de 25 profissionais, em média, em cada um deles. Ao final dessa série de encontros, realizou-se um seminário, com a participação de 70 profissionais, dentre técnicos e administrativos. O seminário visou organizar e compreender, à luz do conceito de Cuidado, o conjunto de questionamentos e discussões levantados ao longo do processo.

Para orientar as discussões realizadas na unidade, a cada encontro propuseram-se alguns temas, discutidos em subgrupos, cujos produtos foram depois apresentados em plenárias. Temas propostos: avaliação da atenção; finalidades do serviço especializado; responsabilidades pelo tratamento e expectativas dos usuários em relação ao serviço. Os principais conteúdos das discussões realizadas nos grupos e no seminário foram organizados em três eixos, apresentados a seguir.

## **Um olhar sobre a atenção**

### ***O reconhecimento da humanização na atenção prestada***

Ao avaliarem a atenção oferecida aos usuários, os trabalhadores do SAE foram unânimes em reconhecê-la como diferenciada, em comparação a outros serviços.

Apontou-se, nesse sentido, desde a preocupação com o ambiente físico da unidade, o oferecimento de lanche aos

usuários, a disponibilidade de vagas para atendimento médico em casos de intercorrências, os agendamentos escalonados para diminuir o tempo de espera pelas consultas, até a explícita preocupação com uma atenção “humanizada”, especialmente pelo estabelecimento de relações interpessoais atenciosas e afetivas entre profissionais e usuários.

Este último aspecto teve especial destaque, com relatos dos profissionais sobre usuários que afirmavam considerar este serviço a sua própria família, podendo-se dizer, então, que as relações interpessoais, centradas nos afetos, foram tomadas como um dos principais diferenciais da atenção. A perspectiva dominante, nesse sentido, foi de que o usuário é social, econômica e culturalmente menos favorecido e, portanto, alguém que deve ser “amparado” pelos profissionais de saúde.

Ocorre que se tal prática facilita, por um lado, o estabelecimento de vínculos, por outro, baseia-se numa certa informalidade, na dependência de juízos e vontades pessoais, sobretudo por parte dos profissionais. Esta atitude muitas vezes caracteriza uma relação de dependência, reiterando assimetrias entre usuários e profissionais, assimetrias tradicionais na cultura institucional dos serviços de saúde de modo geral.

### ***A centralidade do controle da doença***

Quando convidados a refletirem sobre as finalidades do trabalho desenvolvido, os profissionais, embora levantando inúmeras dimensões da atenção, tanto econômicas quanto sociais e subjetivas, privilegiaram nitidamente os aspectos relativos ao controle clínico da infecção, como era esperado.

Condições precárias de moradia, problemas com alimentação e dificuldade para transporte foram mencionados como obstáculos para o sucesso do controle da doença, finalidade

da atenção. Diante dessas situações, foram evidenciados dois tipos de entendimento: ou esses aspectos eram apontados como limites do serviço de saúde, obrigando a circunscrever sua esfera de ação à doença, com formulações do tipo *nós estamos resolvendo a parte técnica, que sabemos fazer, não conseguimos dar conta dos outros aspectos da vida do paciente*; ou se apontava a necessidade incontornável de responder a essas demandas, para que um melhor resultado técnico pudesse ser obtido, com argumentações como *é preciso conhecer a realidade do paciente e amenizar o seu sofrimento para o sucesso do tratamento, aqui não dá para ser mecânico*.

Se alguns profissionais alertavam para o risco de imobilização da atenção diante de contextos sociais adversos, nos quais não se pode intervir diretamente, embora tenham impacto sobre o tratamento, outros apontavam a premência de tomar tais contextos como fundamentais na atenção, já que são inevitáveis e frequentes as situações nas quais os profissionais e o serviço precisam suprir algumas carências dos usuários, seja às suas próprias expensas, seja abrindo regimes de exceção nas rotinas do serviço. Em ambas as perspectivas, ficou patente o obstáculo para o controle da doença oriundo das precárias condições sociais e econômicas dos usuários do serviço, diante das quais os profissionais polarizam entre o sentimento de impotência ou de completa responsabilização – o que nem sempre implica a inclusão dos próprios usuários na busca de soluções. A responsabilidade pelo tratamento pareceu muitas vezes restrita ao profissional, associada à sua maior capacidade e capacitação para tomar as decisões pertinentes, sendo somente “transferível” ao usuário alguns aspectos marginais, como pequenos ajustes nos horários das refeições, na frequência de agendamentos, na medida em que estes correspondessem às expectativas dos técnicos.

### ***A autonomia do usuário: um outro sujeito no espaço assistencial?***

Considerando sua centralidade entre as finalidades da atenção, a adesão ao tratamento anti-retroviral foi tomada como situação privilegiada para debater o papel do usuário no projeto terapêutico.

Ao serem questionados explicitamente acerca da responsabilidade sobre a adesão, os profissionais de saúde tenderam a remetê-la a eles próprios e aos usuários (em alguns casos, aos seus familiares), mas, conforme acima apontado, frequentemente como uma “delegação”, que pode ou não ser possível, a depender de algumas condições desses usuários. Essa percepção pode ser sintetizada em falas como: *o problema é do paciente, desde que ele tenha entendimento, mas se torna nosso também porque ele irá nos trazer mais problemas, caso venha a adoecer*.

Para que o usuário possa assumir a responsabilidade pelo seu tratamento, pressupõe-se que ele deva ser informado e orientado adequadamente, de forma a, nas palavras dos profissionais, “se conscientizar” da importância de seguir suas prescrições. Para enfrentar a situação, as sugestões levantadas pelos profissionais durante as discussões transitaram entre a repetição maciça de informações esclarecendo, por exemplo, a importância da adesão ao medicamento e ao serviço, até a criação de equipes específicas com encargo de tratar dessa questão.

Mais uma vez presencia-se a preocupação com aspectos relacionais da atenção, mas ainda como um “instrumento” para a finalidade de controle da doença. Além disso, percebe-se que, quando o acompanhamento do usuário foge dos *scripts* previstos pelos profissionais, estes não escondem sua frustração diante da situação, na qual, não raro, investiram muito, inclusive afetivamente.

Um caso exemplar diz respeito a um usuário que necessitava de uma cirurgia ocular, sem a qual o prognóstico seria a perda da visão em um dos olhos. Houve uma intensa mobilização da equipe para se conseguir uma referência hospitalar o mais rápido possível. Recorreu-se até a meios não formais para garantir a cirurgia. Contudo, para a profunda decepção de todos, ele não compareceu à cirurgia agendada, alegando que, na mesma data, tivera a oportunidade de realizar um trabalho cuja remuneração garantiria o pagamento de uma conta em atraso.

Os comentários que surgiram a partir dessa história dão pistas sobre as dificuldades de trânsito da atenção entre um certo “ideal” e um “possível”, que considere outros horizontes além daquele estritamente biomédico. Ao compartilharem unanimemente a opinião de que “o melhor” para esse usuário teria sido a realização da cirurgia, considerando que ele acabou mesmo perdendo a visão no olho acometido, os profissionais de saúde interpretaram a situação como uma *ruptura* unilateral no projeto terapêutico, rotulando, de certo modo, o usuário como aquele que “não liga para a própria saúde”.

Se houve, no início do processo, uma unanimidade de que havia uma qualidade diferenciada do serviço, atribuída, sobretudo, aos aspectos relacionais da atenção, indicando uma prática compromissada com o usuário, interessada na ampliação dos seus aspectos comunicacionais, então por que a efetiva incorporação da presença autônoma deste sujeito na atenção à saúde se torna às vezes tão difícil? Por que é tão difícil para a equipe assumir que as prioridades do usuário podem não coincidir inteiramente com as da equipe? Pode o usuário ser mais que objeto da intervenção? Pode ele, como sujeito de sua saúde, ter prioridades diversas daquelas dos profissionais?

O flagrar dos conflitos, ambiguidades e contradições experimentados pela equipe ao longo do processo de reexame do modelo de atenção da unidade foi oportunidade de aprendizado para a equipe, promovendo uma grande mobilização, inclusive de caráter afetivo. “Nunca mais seremos os mesmos”, disse um dos participantes ao final do seminário de encerramento do processo de discussão. A fala expressa, por um lado, a fecundidade do debate e das reflexões realizadas, mas, por outro, a extensão e profundidade das questões levantadas quando se trata do desafio da humanização. Nesse sentido, vale concluir este artigo com uma breve reflexão filosófica suscitada pelo processo acima descrito e que se acredita poder trazer sugestões para a elaboração dos conflitos, ambiguidades e contradições levantadas.

### **Compaixão, diálogo e os sujeitos do cuidado**

Uma das questões que se impuseram à reflexão a partir dos debates realizados na equipe foi a motivação, o impulso que leva os profissionais a, diante das dificuldades sociais e subjetivas dos usuários, adotar iniciativas pessoais para sua resolução. Nesse sentido, vale um diálogo com o trabalho de Caponi (2000), que, ao analisar as motivações éticas que fundaram diversas modalidades historicamente observadas de assistência médica aos necessitados, demonstra que estiveram apoiadas na *compaixão*, ora como caridade, ora como utilitarismo filantrópico, ambos pressupondo, e recriando, relações de forte assimetria entre assistentes e assistidos.

Segundo essa autora, o grande desafio da relação estabelecida na base da compaixão é tomá-la como uma categoria moral ou social, “a ponto de nos construir como agentes morais ou quando pretendemos fundamentar nela uma

ordem social justa” (Caponi, 2000). Lembra que a justiça só pode ser compreendida em conjunto com a equidade e a imparcialidade e que *as diferenças que o compassivo reforça dificilmente podem produzir relações fundadas na equidade, até pela simples razão de que a compaixão não tem por objetivo transformar as condições materiais que conduzem à desigualdade* (Caponi, 2000). Mas será que é impossível compatibilizar compaixão com simetria, com reconhecimento do lugar do usuário como sujeito? Vimos na discussão realizada pela equipe da unidade que a “com-paixão”, o colocar-se no mesmo *pathos*, no mesmo caminho do usuário, foi um fator que mobilizou nos profissionais movimentos de acolhimento, vínculo, responsabilização, atitudes e ações altamente valorizadas pelas recentes proposições de humanização dos serviços. A questão, então, é como preservar esse potencial humanizador sem comprometer outro aspecto altamente desejável das propostas de humanização, que é a autonomia do usuário, sua condição de sujeito, relações simétricas entre profissionais-usuários.

Segundo Caponi (2000), o reconhecimento de simetria numa relação de compaixão é possível, mas apenas *quando existe proximidade e identificação com a pessoa considerada desafortunada; apenas quando podemos reconhecer naquele que sofre um semelhante, alguém com o qual seja possível argumentar e discordar, formular perguntas e respostas, alguém, enfim, que possa preferir prescindir do nosso auxílio*. A compaixão pode ser compatibilizada com simetria, em síntese, quando aquele com quem partilhamos o caminho for tomado como autêntico interlocutor e não apenas como um “objeto” de nossas iniciativas. A partir do reexame crítico da compaixão, pensamos que a avaliação da equipe sobre a atenção à saúde

pode lograr um importante salto de qualidade, na medida em que consiga colocar em relação o impulso compassivo – que, segundo a própria equipe, é uma marca sua – com o princípio de equidade (não igualdade, ressalte-se) entre profissionais e usuários – também um valor resguardado pela equipe.

Esta é uma tese a ser mais bem desenvolvida, refletida e discutida, certamente. Contudo, não é nova a ideia de que esses afetos que nos colocam em efetivo *contato* com as pessoas, fazendo-nos interessar por elas, não são elementos irracionais e que, como tais, devam ser recusados. Os afetos não são estranhos à razão, e, especialmente, não são incompatíveis com o que esta possa vir a produzir de humano para os humanos. A filosofia de Espinosa (1991) talvez seja o melhor exemplo de elaboração sobre esta relação entre afeto e razão. Segundo sua Ética, os afetos positivos, que nos ligam a um outro sujeito, orientados pela ideia de Bem, são expressões imanentes de nossa própria condição humana e a possibilidade mesma de organizarmos nossa existência de forma racional e justa. Apoiando-nos numa filosofia da saúde de inspiração espinosana (Teixeira, 2004), podemos assumir que a compaixão só se tornará um afeto negativo para o encontro entre profissionais e usuários quando diminua suas potências, isto é, quando limite, naqueles ligados pelo afeto, sua capacidade de buscar aquilo de que necessitam, de se fazerem felizes. Mas este se deixar afetar pelo outro pode ser uma oportunidade de aumento de potências de vida e de felicidade, tanto para o usuário do serviço como para o profissional, desde que a experiência proporcionada por esse encontro possa ajudar ambos a enriquecer sua percepção de quais movimentos práticos e técnicos são *convenientes* para lidar com a situação de atenção demandada.

Essa potencialidade prática da compaixão, mediada pelo vínculo entre afeto e razão, nos remete a um outro quadro filosófico bastante diverso em suas origens, mas que também traz subsídios fundamentais para esta reflexão. Trata-se da perspectiva da ação/razão comunicativa de Habermas (1988).

Embora sendo quadros muito distintos, não nos parece um mau ecletismo sustentar que esses aportes filosóficos podem se complementar e enriquecer na aplicação à questão aqui tratada. Com efeito, o próprio Espinosa (1991) nos mostra que a passagem dos encontros no/pelo afeto para ações que nos são *convenientes*, se faz por meio de constructos racionais. É aqui que se torna possível e, em nossa opinião, desejável um diálogo com Habermas (1988). Isto porque, embora estranha ao panracionalismo imanentista de Espinosa, a concepção pragmática, construtivista e intersubjetivamente construída da razão em Habermas aproxima-se da ideia de razão como potencializadora da construção compartilhada da Boa Vida, e tem como corolário as mesmas recusas fundamentais do espinosismo: a opressão, a supressão da liberdade, o empobrecimento das potencialidades humanas. Em Habermas encontramos uma radical aposta na capacidade racional do *diálogo* de nos tornar todos, solidariamente, sujeitos de nossos destinos.

A necessidade de uma interação usuários-profissionais no sentido acima defendido aponta para o que Habermas (2004) considera o sentido forte de uma ação comunicativa linguisticamente mediada. Ou seja, a busca de entendimento entre sujeitos que interagem simetricamente em diálogos que estendem suas pretensões de acordo até a esfera normativa, até um consenso racionalmente construído acerca do que seja ética e moralmente desejável pelos

participantes do diálogo. Isso significa que o usuário do serviço precisa emergir no espaço assistencial de modo não restrito a elemento apenas coadjuvante da decisão do como fazer, mas que deve participar ativamente também das escolhas do que fazer.

Assim é que, ao buscarmos humanizar as práticas de saúde, parece-nos um ideal digno de ser perseguido e construído concretamente no cotidiano do trabalho em saúde essa aposta em um “diálogo aberto e produtivo entre a arte tecnocientífica do tratar e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz” (Ayres, 2004b).

### Por um olhar desde a atenção

A experiência aqui discutida mostrou que, ao responder à complexidade da tarefa de cuidar da saúde dos usuários movidos por um movimento individual de compaixão, colocado à margem do sentido técnico que atribuem ao trabalho, os profissionais ao mesmo tempo expressam e reproduzem as tensões de um modelo de atenção à saúde quase exclusivamente centrado no êxito técnico. Viu-se, por outro lado, que o problema central não é a preocupação com o êxito técnico, em si, mas o caráter monológico, unilateral, que suas finalidades e valores podem adquirir, obstaculizando a presença do usuário como um efetivo sujeito no cuidado da sua própria saúde.

Tais tensões tornam-se especialmente evidentes quando os problemas sociais ou as aspirações e valores individuais dos usuários não coadunam com as medidas técnicas propostas, ou quando emergem dificuldades de relacionamento entre profissionais e usuários, ou entre os próprios profissionais, seja nas discussões formais, seja nas conversas informais.

O simples tematizar dessas questões, tal como ocorreu na experiência aqui discutida, já abre caminhos para um diálogo mais efetivo entre os objetos e procedimentos próprios ao mundo das ciências e técnicas biomédicas e os significados que estas adquirem no viver cotidiano dos usuários. Esse diálogo, contudo, não é fácil, como se viu. A complexidade e a dificuldade da tarefa frequentemente assustam, resultando em imobilismo ou sensação de impotência, sendo mais fácil a acomodação no já conhecido.

Nesse sentido, parece ser fundamental um continuado esforço, de equipes e usuários de serviços, gestores, representantes da sociedade civil e formuladores de políticas, de construção de espaços de efetiva comunicação, onde se possam relacionar objetivos técnicos com as finalidades mais amplas de sucesso prático de nossos usuários e populações. Assim, em que pese a importância de capacitações, treinamentos ou programas que visem a uma conscientização mais extensiva acerca da humanização das práticas de saúde, um resultado efetivo nesse sentido parece depender de questionamentos, debates, conflitos e consensos que podem ser tão mais bem compreendidos e trabalhados quanto mais se basearem no fazer cotidiano dos serviços de saúde, nos afetos, diálogos e ações que se efetuam nesse rico espaço de encontros.

### Colaboradores

Oliveira, Landroni e Silva participaram da concepção da intervenção e do estudo, da elaboração da reflexão sobre a experiência e da redação do artigo. Ayres participou de parte das atividades de intervenção, da elaboração da reflexão sobre a experiência e da redação do artigo.

### Referências

- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, 14, p. 73-91, 2004a.
- \_\_\_\_\_. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004c.
- \_\_\_\_\_. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004b.
- \_\_\_\_\_. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- CAMARGO JÚNIOR, K. R. *As ciências da Aids e a Aids das ciências: discurso médico e a construção da Aids*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- CAPONI, S. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- ESPINOSA, B. Ética – V. In: CHAUÍ, M. S. (coord.). *Espinosa*. São Paulo: Nova Cultural (Coleção Os Pensadores), 1991. p. 277-299.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1991.
- GADAMER, H. G. Mistério da saúde. In: GADAMER, H. G. *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70, 1997. P. 101-111.
- HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madri: Taurus, 1988.
- HABERMAS, J. *Verdade e justificação: ensaios filosóficos*. São Paulo: Loyola, 2004.
- MARTINS, M.C.F.N. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. *Psychiatry On-line Brasil*, n. 8, 2003. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/index.php>. Acesso em: 17 mai. 2005.
- MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, p. 109-116, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*, 2005.

\_\_\_\_\_. Programa Nacional de DST/Aids. *Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. Programa Nacional de DST/Aids. *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Programa Nacional de DST/Aids. *Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV*. Ministério da Saúde, Brasília, 2004b.

MOREIRA, M.C.N.; CUNHA, C. C. Repensando as práticas e dilemas no cotidiano de atenção à saúde de crianças e jovens vivendo com HIV/Aids. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 29, p. 73-92, 2003.

NEMES, M.I.B. *Avaliação em saúde: questões para o Programa de DST/Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

NEMES, M.I.B. et al. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais de usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à Aids no Estado de São Paulo: visão geral dos resultados da pesquisa. *Prática Hospitalar*, v. 1, n. 6, p. 15-17, 1999.

ONOCKO-CAMPOS, R. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

PAIVA, V. S. F. et al. The right to love: the desire for parenthood among men living with HIV. *Reproductive Health Matters Journal*, v. 11, n. 22, p. 91-100, 2003.

SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 1, n. 1, p. 123-138, 1997.

TEIXEIRA, R. R. *A grande saúde: uma introdução à medicina do corpo sem órgãos*. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 14, p. 35-72, 2004.

TEIXEIRA, P.R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. (orgs.). *Tá difícil de engolir?* São Paulo: NepAids, 2000.

## Adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids: cuidado e promoção à saúde no cotidiano da equipe multiprofissional<sup>1</sup>

JOSÉ RICARDO C. M. AYRES; ALUISIO AUGUSTO  
COTRIM SEGURADO; ELIANA GALANO; HELOISA  
HELENA DE SOUZA MARQUES; IVAN FRANÇA JR.;  
MARILIZA HENRIQUE DA SILVA; MARINELLA DELLA  
NEGRA; NEIDE GRAVATO DA SILVA; PILAR LECUSSAN  
GUTIERREZ; REGINA LACERDA; VERA PAIVA

### Apresentação

Este material é resultado de um projeto de pesquisa conduzido por diversos pesquisadores e instituições brasileiras no campo da Aids, integrado numa iniciativa de cooperação internacional para melhoria do cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids – *Enhancing Care Initiative* – ECI. A iniciativa é coordenada pelo *Harvard Aids Institute* e *François Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights*, da *Harvard School of Public Health*.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Primeira publicação: AYRES, J.R.C.M. et al. Adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids: cuidado e promoção a saúde no cotidiano da equipe multiprofissional. *Novos Horizontes – Edição Especial ECI*. São Paulo: Office, 2004. Trata-se de brochura de disseminação científica patrocinada pela Merck Sharp & Dohme do Brasil.

<sup>2</sup> Para maiores detalhes ver: <http://www.eci.harvard.edu> (Acesso em 23/12/2008).

O ECI-Brasil teve início em 1998 e, na sua fase inicial, dedicou-se a estudar a questão das mulheres vivendo com HIV/Aids. Em 2001 iniciou um estudo sobre a situação dos adolescentes soropositivos, população que foi aumentando significativamente nos últimos anos no Brasil, não apenas pela disseminação da epidemia mas, felizmente, também pelos expressivos incrementos nos recursos terapêuticos e a bem sucedida política de acesso universal a esses recursos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Como na etapa anterior, a investigação científica foi colocada inteiramente a serviço do compromisso técnico e político de reduzir a vulnerabilidade das populações estudadas ao adoecimento e sofrimento através da aposta em programas e serviços de qualidade cada vez maior. Por isso, nossa preocupação não é apenas divulgar os achados da pesquisa em periódicos especializados, mas buscamos traduzi-las em recomendações práticas, tendo como interlocutores privilegiados as equipes multiprofissionais e os diferentes setores que, em conjunto, podem efetivamente contribuir para a melhoria da qualidade de vida e para a emancipação dos sujeitos adolescentes.

O que o leitor encontrará nas páginas que se seguem é um conjunto de recomendações baseadas nos achados do ECI-BR, condensadas em alguns tópicos julgados centrais para ser pensadas, discutidas e, se pertinentes, implementadas pelos serviços. Para tornar mais fácil e direta a leitura deste material, procurou-se suprimir detalhes técnicos e referências bibliográficas, que poderão ser encontradas pelos interessados nos artigos científicos já publicados em periódicos do campo<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Ayres, J. R. C. M.; Paiva, V.; França Jr., I.; Gravato, N.; Lacerda, R.; Della Negra, M.; Marques, H. H. S.; Galano, E.; Lecussan, P.; Segurado, A. C.; Silva, M. H. Vulnerability, Human Rights and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/Aids. *American Journal of Public Health*. 96(6):1001-1006, 2006;

Com o mesmo intuito de tornar esse material de manual prático e objetivo procurou-se destacar (quadros) alguns trechos dos depoimentos colhidos em campo, o que exemplifica as afirmações feitas ao longo do texto e fornece ricos aportes para que os diversos profissionais e equipes elaborem mais profundamente algumas das questões levantadas. Ainda nesse sentido, foram propostas algumas técnicas, estratégias, temáticas e instrumentos que possam auxiliar as equipes a trabalhar os principais aspectos levantados em nossas recomendações no cotidiano do cuidado oferecido na unidade ou em ações intersetoriais.

### Breves informações sobre a pesquisa

O objetivo deste estudo foi conhecer as necessidades psicossociais dos adolescentes vivendo com HIV/Aids em nosso meio, com base em sua própria percepção e na de seus cuidadores e/ou responsáveis (pais, familiares e cuidadores institucionais), com vistas a contribuir para o aperfeiçoamento do cuidado oferecido pelos serviços de saúde.

O trabalho de campo foi realizado no período de setembro de 2002 a março de 2003, nas cidades de São Paulo e Santos, no Estado de São Paulo. Trata-se de estudo qualitativo, com

---

Marques, H. H. S.; Silva, N. G.; Gutierrez, P. L.; Lacerda, R.; Ayres, J. R. C. M.; NEGRA, M. D.; França Jr., I.; Galano, E.; Paiva, V.; Segurado, A. A. C.; Silva, M. H. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/Aids e seus pais e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública* 22(3):619-629, 2006; Paiva, V.; Ayres, J. R. C. M.; Segurado, A. A. C.; Lacerda, R.; Silva, N.; Galano, E.; Gutierrez, P. L.; Marques, H. H. S.; Negra, M. D.; FRANÇA Jr., I. A sexualidade de Adolescentes Vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*. Versão já disponibilizada on line na página da Revista. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2804](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2804). Acesso em 23/12/2008.

base em depoimentos pessoais e grupos focais, baseado em 3 sub-protocolos específicos:

1. A revelação do diagnóstico do HIV a adolescentes, na visão de pais e cuidadores: as experiências de Santos e São Paulo (SP1);
2. A atenção psicossocial na assistência à saúde de adolescentes vivendo com HIV/Aids: a perspectiva dos pais e cuidadores (SP2);
3. A atenção psicossocial na assistência à saúde de adolescentes vivendo com HIV/Aids: a perspectiva dos jovens. (SP3);

***SP1: A revelação do diagnóstico do HIV a adolescentes, na visão de pais e cuidadores: as experiências de Santos e São Paulo***

1. **Objetivo específico:** ampliar o conhecimento sobre o processo de revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV para crianças e adolescentes e seus familiares e cuidadores, identificando diferentes motivações, estratégias, momento ideal e aspectos positivos e negativos implicados na revelação;
2. **Método:** Estudo de caso com base em depoimentos colhidos em grupos focais com usuários de serviços de referência para o tratamento da Aids em crianças e adolescentes no Núcleo Integrado da Criança (NIC), em Santos, e no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo (3 grupos focais, 11 cuidadores).

***SP2: A atenção psicossocial na assistência à saúde de adolescentes vivendo com HIV/Aids: a perspectiva dos pais e cuidadores***

1. **Objetivo específico:** Identificar as principais necessidades de suporte para o bem-estar psicossocial de adolescentes vivendo com HIV/Aids, tais como referidas por seus cuidadores, buscando contribuir para uma maior compreensão

das demandas e dificuldades experimentadas por esses cuidadores no seu cotidiano;

2. **Método:** Entrevistas em profundidade com cuidadores familiares ou institucionais de jovens vivendo com HIV, captados a partir da clientela adscrita aos serviços pediátricos participantes da pesquisa – Núcleo Integrado da Criança (NIC); Instituto da Criança (ICR); Centro de Referência para o Tratamento da Aids (CRT) e Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER) (13 entrevistas).

***SP3: A atenção psicossocial na assistência à saúde de adolescentes vivendo com HIV/Aids: a perspectiva dos jovens***

1. **Objetivo específico:** Ampliar o conhecimento sobre a experiência e o cotidiano de adolescentes que vivem com HIV/Aids, buscando compreender suas necessidades específicas para um cuidado integral à sua saúde no que se refere a aspirações, planos e referências; processo de revelação do diagnóstico; relação com a família, escola, amigos, trabalho; saúde sexual e reprodutiva; necessidades de cuidado e acolhimento nos serviços em que são atendidos;
2. **Método:** Entrevistas em profundidade com adolescentes vivendo com HIV/Aids, com idade entre 10 e 20 anos em 31/12/2001, conhecedores de sua soropositividade atendidos na Casa da Aids, Instituto da Criança, Instituto Emílio Ribas, CRT/Aids, de São Paulo, e NIC e CRAIDS, de Santos (22 entrevistas).

***Divulgar e conscientizar jovens, cuidadores e profissionais acerca dos direitos das crianças e adolescentes***

Entre os achados de nossa pesquisa chama a atenção, e pode ser considerado talvez uma síntese dos principais

desafios enfrentados no dia a dia dos jovens que vivem com HIV e seus cuidadores, um preocupante *estreitamento dos horizontes de possibilidades e perspectivas que se abrem para o jovem vivendo com HIV* (Quadro 1).

De forma muitas vezes injustificada, as pessoas que convivem com o jovem soropositivo ou doente de Aids, e muito frequentemente o próprio jovem, tendem a restringir suas aspirações e necessidades se comparadas com aquelas de outros jovens de sua idade. É como se a condição de soropositividade fosse, por si só, razão para que o jovem devesse considerar que vida afetiva, sexual e reprodutiva, desenvolvimento pessoal, estudo, profissionalização e mesmo os auto-cuidados com saúde e estéticos não merecessem grandes planos e investimentos.

Não se deve desconhecer as limitações que o HIV pode efetivamente trazer para a vida das pessoas infectadas. Elas existem e saber reconhecê-las e lidar produtivamente com elas faz parte de uma necessária atitude realista e positiva para construir o bem viver – como, de resto, em qualquer situação. Contudo, o que se identificou e se julga importante apontar, discutir, compreender e buscar superar são as restrições *não justificáveis*. Aquelas baseadas em desconhecimento, preconceito, medo, ansiedade, desatenção, despreparo ou falta de apoio ao jovem ou aos que se relacionam com ele.

Os serviços de saúde e as equipes multiprofissionais que buscam mais do que simplesmente diagnosticar e medicar seus pacientes, isto é, que assumem que, para reduzir a vulnerabilidade das pessoas ao sofrimento e ao adoecimento, é necessário *cuidar*, então as restrições não justificáveis de horizontes devem ser identificadas precocemente e o mais consistentemente possível trabalhadas. Essa preocupação é relevante para todos os pacientes, mas muito especialmente em

relação a crianças e jovens, dada a importância dessa abertura de perspectivas para seu desenvolvimento pessoal e social.

Como identificar e trabalhar essas restrições? Dispomos já de um variado e poderoso conjunto de recursos conceituais e técnicos para diagnosticar e tratar a infecção pelo HIV e seus desdobramentos clínicos. Mas, como fazer com esses outros aspectos, que estão implicados no cuidado mas extrapolam a dimensão estritamente clínica? Que referência podemos ter para identificar os referidos estreitamentos de horizontes e atuar sobre eles?

### **Conceitos**

Do ponto de vista de uma referência objetiva que nos permita julgar quanto à existência de restrições evitáveis nos horizontes de vida dos jovens vivendo com HIV, não podemos dispor de melhor critério do que aqueles horizontes que se abrem para outro jovem qualquer, como um *direito*. De fato, as diferentes convenções de direitos humanos e suas correspondentes legislações, aceitas como legítima expressão das mais justas aspirações ao desenvolvimento e bem-estar humano, podem nos ajudar a reconhecer ativamente *quais perspectivas não estão sendo efetivamente abertas* para o jovem vivendo com HIV. Em outras palavras, poderemos identificar quais dos seus direitos estão sendo injustificadamente ignorados, desrespeitados ou desprotegidos.

### **Estratégias**

Deve ser claro para todos que, ao recorrermos a documentos de direitos humanos como orientação para trabalharmos necessidades de cuidado, amplia-se muito o leque de saberes e práticas envolvidos. O bem-estar mental e social, as questões

de educação, trabalho, e desenvolvimento pessoal são aspectos que serão trazidos à cena. Nesse sentido, é importante ressaltar a importância de que os serviços disponham de equipes multiprofissionais e, mais que isso, que se desenvolva ao máximo possível cooperações inter-setoriais, pois os serviços de saúde não podem (e não devem!) dar conta de agir em tão variadas frentes. Porém, os serviços de saúde, pela natureza de seu trabalho e pelo vínculo que os jovens fazem com suas equipes, podem tornar-se estratégicos nessa articulação; eles parecem ser o ponto de onde mais consistentemente podem surgir e se sustentar ações intersetoriais de interesse para o cuidado do jovem vivendo com HIV.

### Meios

Além da participação em ações comunitárias de caráter inter-setorial, é possível desenvolver de imediato uma série de ações no serviço de saúde que podem fazer avançar o trabalho com os direitos dos jovens. Para isso é preciso, em primeiro lugar, adotar um (ou alguns) documento de referência – O Estatuto da Criança e do Adolescente, por exemplo – e divulgá-lo e discuti-lo entre os membros das equipes. Uma vez que se tornem conhecidos seus principais princípios e conteúdos, suas diversas proposições podem ser incorporadas a estratégias gerais de cuidado no serviço e a planos de cuidado para cada um dos jovens em seguimento. Ao lado das rotinas de exames e tratamentos, podem ser assim, identificadas e trabalhadas as aspirações e necessidades de bem-estar pessoal e social do jovem. Além desse uso mais particularizado e individualizado, atividades de educação em saúde inspiradas nesses documentos e tendo como objetivo a abertura de horizontes podem ajudar também a alertar e estimular jovens e cuidadores acerca de

seus direitos, dando suporte aos planos individuais de cuidado, ao mesmo tempo em que colabora para criar uma cultura institucional voltada para a abertura de horizontes dos jovens vivendo com HIV (box 1).

#### Quadro 1. Depoimentos colhidos durante a pesquisa que exemplificam situações de restrições de horizontes de jovens vivendo com HIV/Aids

*“É doloroso conviver com HIV, não poder ter a mesma alegria das outras pessoas.” (masc., 18 anos, transmissão vertical)*

*“Ah, me sinto..., ah, eu queria morar com a minha família né? Normal, não queria ficar aqui, grande, só vendo os meus amigos, vivendo assim no orfanato, queria morar com a minha família, né?(...) ...eu acho que elas não me que (...)...Melhor do que morar na rua, mas o que eu gostaria é de morar com a minha família (masc., 16 anos, transmissão vertical)*

*“Mas aí as pessoas começa a falar sobre essa doença, e aí eu fico triste, assim, e ... Por isso que eu não me enturmo mais. (...) Eles fala que se souber que alguém da turma tem eles não vai chegar perto, porque podem pegar também, e aí eu fico ouvindo, bate a recaída, eu volto pra casa, fico triste...” (fem., 18 anos, transmissão sexual)*

*“Pra mim não é problema ter a doença, pra mim é problema conviver com ela, conviver entendendo que eu posso me relacionar(...) Não sei viver sem mulher... não é Sexual, é o psicológico (...) Tá tudo perfeito.... mas e na hora que eu chegar nela e ter que falar, é essa minha grande pulga atrás da orelha (...) meu grande problema seria esse... a parte psicológica é o grande problema... Gostando de ficar com ela, achando legal o jeito dela, e eu saio fora... vou acabar ficando sem ninguém.” (masc., 19 anos, transmissão sexual)*

*“Eu gostaria de ter um filho, uma filha, não vai dar...” (masc., 18 anos, transmissão sexual)*

*“Normal. Só que namorar, assim, eu fico com medo de namorar assim que não tenha e eu possa passar pra ele, é por isso que nem sinto vontade assim de namorar outra pessoa. (...)Fiquei muito deprimida, a ponto de abandonar o tratamento... fui eu que mudei, fiquei mais isolada, mais caseira, mais*

*depressiva(...) Já apareceu várias pessoas pra eu ficar... fico com medo... com consciência pesada.”* (Fem., 18 anos, transmissão sexual).

*“Receio o quanto a discriminação pode atrapalhar minha carreira e minhas relações pessoais.”* (fem., 14 anos, transmissão vertical)

*“Até é muito difícil ter uma família, um serviço. Às vezes até dá pra tu ter. Só que algumas pessoas discriminando...”* (fem., 13 anos, transmissão vertical)

*“Porque eu procuro não deixar ele fazer exercício na escola, porque eu tenho medo dele se machucar, eu morro de medo da diretora socorrer ele e não me chamar...”* (cuidadora, mãe de menino de 13 anos)

*“Ela quer que eu coloque ela pra fazer natação, né? Mas aí tem que passar pela médica, pra ver se ela pode. Porque tem centro comunitário lá... E eles oferecem. Então, ela tá querendo. Mas vou passar na Dra. X, pra ver se... Vai que eles pedem, né, atestado médico, pra ver o que ela pode fazer?”* (cuidadora, mãe de menina de 15 anos)

*“Ó, foi assim. Eu abri uma conta pro meu menino e não abri pra ela. Eu falei, ela vai morrer, pra quê que eu vou abrir conta? Entendeu? Então, eu não pensei no futuro dela, como eu tenho que pensar, né? Mas eu não pensei”.* (cuidadora, mãe de menina de 10 anos)

*“Ela gostaria de trabalhar, como a irmã. (...) Outro dia ela falou, ‘Ai, mãe, eu queria fazer que nem a Márcia, né? Trabalhar, ajudar a senhora, Ter as coisinhas tudo direitinho, se aparecesse uma roupa nova, bonita, aí eu ia lá, comprava pra mim, com o meu dinheiro’ ... Ela gostaria de fazer, sim, outras atividades. Mas, infelizmente ...”* (cuidadora, mãe de menina de 15 anos)

### **Box 1. Sugestão de dinâmica para trabalho em grupo educativo Sobre direitos dos jovens vivendo com HIV/Aids**

1. Dinâmica inicial de aquecimento na qual a tônica seja a solução conjunta de um problema comum.

Exemplo: Dinâmica do nó: os participantes fazem um círculo e dão-se as mãos. Cada um grava quem está segurando sua mão direita e quem está com a esquerda. Desfaz-se o círculo e todos circulam pela sala. Ao

sinal do coordenador, todos param onde estiverem e, mexendo-se o mínimo possível dão de novo as mãos a seus parceiros originais. Está formado um nó. Todos juntos, sem soltar as mãos, devem descobrir um jeito de desfazer o nó, de reconstruir o círculo original.

#### **2. Dinâmica central:**

Apresentação no grupo, ou em pequenos subgrupos, de uma ou algumas situações cotidianas envolvendo decisões cotidianas na vida de um jovem vivendo com HIV relacionada(s) a restrições de seus horizontes de desenvolvimento pessoal e social.

Distribuição e leitura no grupo de documento (ou partes) que estabeleçam direitos da criança e do adolescente.

Levar os componentes do grupo a pensar quais direitos, tratados nos artigos ou parágrafos do documento lido, não foram garantidos, promovidos ou protegidos.

Discutir com os grupos possíveis razões para o não atendimento daqueles direitos e que implicações isso pode ter sobre a qualidade de vida dos jovens do exemplo.

Levantar no grupo possíveis ações ou estratégias para evitar ou minimizar o desrespeito aos direitos nas situações discutidas.

3. Dinâmica de encerramento que estimule o grupo a perceber e compartilhar, de modo simples (eventualmente até não verbal) que emoção e atitude podem favorecer que, nas suas próprias experiências de jovens vivendo com HIV ou de cuidadores, se busque garantir o respeito aos direitos humanos.

### **Ampliar o debate acerca do estigma e discriminação relacionados à infecção pelo HIV, recusando ativamente toda exclusão ou restrição baseada no estado sorológico**

Desde seu início, a epidemia de Aids vem acompanhada de situações de estigma e discriminação. O enfrentamento da epidemia, em termos globais e nacionais, tem sido um dos

capítulos mais desafiantes, interessantes e inovadores da saúde pública, mas ainda está longe de ter equacionado, satisfatoriamente, as questões relacionadas ao estigma e à discriminação. O Brasil ainda tem muito que fazer nesta área.

O estigma e a discriminação são processos de desvalorização, produzindo e reforçando iniquidades sociais já existentes, tais como aquelas relacionadas a raça, classe, gênero e preferências sexuais.

Viver livre do estigma e de qualquer tipo de discriminação é um direito humano básico e que deve ser respeitado. Ser portador do HIV não pode e não deve ser motivo para desprezar este direito.

A literatura sobre o assunto costuma dividir o estigma em dois aspectos interrelacionados: o estigma *sentido* e o estigma *vivido*. O estigma *sentido* é caracterizado por sentimentos de vergonha associados à condição de estigmatizado e pelo medo de ser discriminado; o estigma *vivido* consiste em ações ou omissões que são danosas ou que negam bens serviços ou prerrogativas às pessoas estigmatizadas. Em poucas palavras, o estigma *vivido* é a evidência prática de ações ou atitudes discriminatórias, figura tipificada no jargão jurídico nacional e internacional.

A despeito de suas diferenças, ambos os processos causam impacto na vida dos portadores, violando seus direitos e interferindo severamente no modo como as pessoas organizam seu cotidiano e nas possibilidades de serem felizes e gozarem de boa qualidade de vida.

Em nossa pesquisa, nos foram relatados vários sentimentos e experiências de estigma pelos jovens portadores e seus cuidadores. Estes episódios ocorreram nas suas vivências em família, na vizinhança, na escola e na busca de serviços de saúde (Quadro 2).

### ***A descoberta da soropositividade e sua revelação para o jovem***

Muitos, senão a totalidade, dos jovens e cuidadores que entrevistamos, revelaram que sentiram e viveram o estigma no momento exato em que descobriram seu diagnóstico. Os sentimentos estigmatizantes mobilizam forças contraditórias. De um lado, é preciso “*levar a vida*”, reagrupar forças para cuidar de si e dos seus; de outro, emerge uma vontade de desistir, uma forte sensação de desesperança.

A descoberta da soropositividade foi relatada como um dos momentos críticos quando emergem medos, situações de rejeição e negligência, sendo particularmente doloroso para as mães portadoras do HIV.

Mesmo com todos os avanços no diagnóstico e tratamento, ainda persiste a ideia de Aids como morte, seja física ou dos projetos de futuro e felicidade. Esta ideia estigmatizante pode afastar o jovem e seus cuidadores do usufruto da sua vida pessoal e social, produzindo sofrimento físico e mental.

A atitude dos profissionais de saúde diante da revelação diagnóstica é outra situação bastante sensível para a questão do estigma. Foram relatadas situações em que a revelação foi feita de modo intempestivo. Mas felizmente também encontramos situações trabalhadas mais cuidadosamente, com planejamento, com óbvios benefícios para os jovens.

A força dos sentimentos estigmatizantes e seus impactos no modo de vida das pessoas talvez repouse no reconhecimento, por si mesmo e pelos outros, de que a condição de portador poderá ser alvo de preconceito e eventual discriminação, de agressão aberta à integridade física e mental do jovem. Os portadores percebem, de forma antecipada e internalizada, situações onde podem ser estigmatizados. Isso faz com que as pessoas mudem drasticamente suas vidas, encolhendo sua

participação afetiva e social em suas famílias e comunidades, conforme pudemos já apontar no item anterior.

### **Jovens e cuidadores enfrentando o estigma**

A luta contra o estigma é uma luta dolorosa, desgastante, diária. Nas entrevistas analisadas, parece haver uma maior disposição para o seu enfrentamento por parte de alguns cuidadores, pais não portadores, por exemplo, ou que desfrutaram de uma cidadania mais ampla (maior renda, escolaridade e acesso à justiça). Talvez, eles tenham menos dificuldades em enfrentar estas situações por não se defrontarem com o estigma dirigido a eles próprios, mas tão somente a seus filhos.

A mentira e a omissão servem, muitas vezes, como importante estratégia, especialmente na fase inicial de convívio com a soropositividade, para evitar situações de estigmatização. É um modo de manter a privacidade e o sigilo, evitando estabelecer conflitos abertos.

Vale lembrar outras estratégias com as quais os cuidadores enfrentam o estigma de modo aberto, encarando os conflitos. Em vários casos, os responsáveis recorrem aos serviços de saúde para esclarecer os medos que emergem nas escolas. O estabelecimento de relações de confiança entre usuários, serviços de saúde e escolas pode ser um dos caminhos para a minimização dos impactos do estigma.

Às vezes os cuidadores cogitam e ameaçam recorrer à justiça como modo de fazer recuar os agentes da discriminação. Em nosso estudo, o recurso efetivo à justiça não chegou a ser relatado. Mas, devemos ter em mente que a discriminação relacionada à Aids deverá ser enfrentada em várias instâncias, inclusive na justiça.

Foram identificadas situações em que até o próprio serviço de saúde agiu de modo estigmatizante, em situações que envolveram todo tipo de profissional: auxiliares de enfermagem, médicos, psicólogos e assistentes sociais.

Em alguns casos, a discriminação pode chegar a obstaculizar o acesso dos portadores a recursos ou ações disponíveis na rede de saúde. Alguns profissionais podem ser acusados de negar cuidado e tratamento para outras condições clínicas, que não a Aids, tais como cirurgias, tratamentos clínicos, etc. Apesar disso, identificamos uma grande disposição dos cuidadores em buscar todo tipo de cuidados à saúde para seus filhos ou dependentes vivendo com HIV/Aids.

Estes relatos servem para revelar as dificuldades que jovens e seus cuidadores e as estratégias de enfrentamento por eles utilizadas. Servem igualmente de alerta para identificar áreas de intervenção contra o estigma àqueles interessados em propiciar cuidado efetivo a estas pessoas. Familiares, amigos, serviços de saúde e escolas devem ter em mente esta realidade e estabelecer estratégias cuidadosas de apoio aos jovens e às pessoas de sua rede afetiva e social. Combater, por meio de ações culturais ou através de meios legais o estigma e a discriminação é uma tarefa de todos nós.

No Box 2, abaixo, trazemos um exemplo de estratégia para trabalhar esta questão em grupos, nos serviços de saúde.

#### **Quadro 2. Depoimentos colhidos durante a pesquisa que exemplificam situações de estigma e discriminação de jovens vivendo com HIV/Aids**

*“Desde pequena, onde eu morava, essa casa de apoio já orientava a gente, entendeu: ‘Você tem e tal, você vai encarar preconceito daqui para frente’, sempre mostram a realidade, entendeu? Porque se for criar uma ilusão, uma*

*ilusão, uma ilusão, e você sofre um preconceito, você fica abobada, você perde todo o sentido da vida. (...) E quando a gente era pequeno, no começo dessa epidemia, era muito preconceito. (...) ...tinha colado numas paredes nas ruas assim 'Aids mata', tinha no carro assim 'Aids, essa porra mata', entendeu? E era uma época que a gente estava na escola, aprendendo a ler ainda. E a gente lia aquelas coisas, ficava assim, sabe, a gente sabendo que tinha aquilo, e a gente lia aquilo”* (fem., 15 anos, transmissão vertical)

*“... quando eu peguei o exame, eu falei: 'Não, ela vai morrer daqui a um mês, e eu vou morrer também daqui a um mês'. O nosso ponto de vista é uma coisa, né? Falei, ah, eu vou morrer, não vou me cuidar, não quero me cuidar mais, eu vou morrer mesmo ... Tudo o que aparecia, pra mim, era da doença; se era uma cocceirinha, eu falava que era da doença; caiu um cabelo, eu falava que era da doença ...”* (mãe soropositiva, jovem fem., 10 anos, transmissão vertical)

*“Quando soube fiquei com raiva da minha mãe, me sinto incomodado, com vergonha.”* (masc., 16 anos, transmissão vertical,)

*“... Porque todo mundo pensa que a Aids é ligada a promiscuidade, né? Então acho que o pessoal já pensa assim: puxa, se essa pessoa tem Aids, que tipo de pessoa ela é, né?”* (mãe soropositiva, jovem fem., 15 anos, transmissão vertical)

*“Teve um caso mesmo que um cara tomou uma pilula, dessa pilula, escondido. Trocava de frasco. Um dia descobriram. O quê que fizeram com ele? Mandaram embora.”* (masc., 17 anos, transmissão ignorada)

*“Ela quer que eu coloque ela pra fazer natação, né? Mas aí tem que passar pela médica, pra ver se ela pode. Porque tem centro comunitário lá... E eles oferecem. Então, ela tá querendo. Mas vou passar na Dra. X, pra ver se... Vai que eles pedem, né, atestado médico, pra ver o que ela pode fazer?”* (mãe soropositiva, jovem fem., 15 anos, transmissão vertical)

*“Mas aí as pessoas começa a falar sobre essa doença, e aí eu fico triste, assim, e ... Por isso que eu não me enturmo mais. (...)Eles fala que se souber que alguém da turma tem eles não vai chegar perto, porque podem pegar também, e aí eu fico ouvindo, bate a recaída, eu volto pra casa, fico triste...”* (fem., 18 anos, transmissão sexual)

*“Eu abri uma conta pro meu menino e não abri pra ela. Eu falei, ela vai morrer, pra quê que eu vou abrir conta? Entendeu? Então, eu não pensei no futuro dela, como eu tenho que pensar, né? Mas eu não pensei. (...) Eu não pensei nisso. Pensei na morte. Pra mim só era morte, só vinha morte na frente. Hoje ela tá aí com 10, vai fazer 11, e eu não abri a poupança. Abri uma, e falei, ah, ela vai morrer, vou gastar logo. Estourei tudo. Eu não tinha ... eu não pensava que ela ia viver esse tempo todo, não.”* (mãe soropositiva, jovem fem., 10 anos, transmissão vertical)

*“Na escola não foi revelado, porque a doutora e a N. disseram também que eles não precisam saber. Eles têm que cuidar dela, como dos outros, do mesmo jeito. Se machuca, tem que ir lá, lavar, fazer um curativinho. Então, que eu não precisaria revelar. Porque talvez seria o caso de ela ser até expulsa do colégio, né? Por discriminação, né?”* (mãe soropositiva, jovem fem., 15 anos, transmissão vertical)

*“Então, nós precisávamos fazer essa cirurgia para recolocar a bolsa escrotal onde devia pôr, né? (...) Aí, o médico falou assim: 'Ah mãe, é besteira a senhora fazer essa cirurgia. Vai durar pouco'. Eu não falei nada, peguei outro médico, como uma outra visão. Fomos, conversamos tudo. Fez a cirurgia. O menino está com 17 anos.”* (mãe adotiva, jovem masc., 17 anos, transmissão vertical)

*“... na hora que as tias do parque souberam, questionaram, ela veio para mim, preocupada em perder o resto dos alunos e eu falei: 'Eu posso levar a médica, posso levar a dentista para vocês, mas agora eu vou até o final, se você quiser que eu tire a B., eu vou contratar um advogado, eu vou na televisão e eu vou fazer tudo. Dessa vez eu não vou tirar a menina da escola'. Meu medo é ela sofrer um preconceito, mas eu acho que isso eu tenho que bancar. Eu tenho que ir até o final. (...)...tudo bem, mantiveram ela na escola. Mas assim, se eu não tivesse sido... me colocado na situação, ela com certeza iria fazer com que eu tirasse a B. da escola de novo”.* (pai adotivo, jovem masc., 12 anos, transmissão vertical)

## Box 2. Sugestão de dinâmica para trabalho em grupo educativo com o tema do estigma e discriminação de jovens vivendo com HIV/Aids

### 1. Dinâmica de Aquecimento

Cada participante recebe uma etiqueta com uma “identidade rótulo” (como bacana, antipático, amistoso, agressivo, chato, simpático, etc.) cujo conteúdo não lhe é permitido ver. Cada etiqueta é fixada na testa de cada participante. Ao comando do coordenador, os participantes devem circular pela sala a esmo, e a cada um que encontrar deve reagir de acordo com a identidade-rótulo que vê (sem revelá-la ao outro). Depois de um certo tempo de interações forma-se uma roda e cada um, antes de conhecer seu rótulo, deve falar sobre como foi tratado e como se sentiu, e até, se possível, tentar adivinhar o rótulo que portou. O coordenador deve ressaltar o caráter determinante dos rótulos sobre as interações e as limitações que isso traz, especialmente os rótulos negativos, que além das limitações acarretam mal estar.

### 2. Dinâmica central

Convida-se o grupo, ou subgrupos (em caso de um número muito grande de participantes), a refletir e discutir sobre uma situação de discriminação, como a do exemplo abaixo:

*Um pai relata que teve uma grande dificuldade em uma escola. A diretora sabia que a criança era portadora, mas as professoras não sabiam. Um dia a diretora deixou a escola – e era ela que dava os remédios à sua filha no período das atividades escolares. Quando as professoras tiveram acesso aos remédios que a menina tomava, descobriram seu diagnóstico e colocaram a nova diretora na “parede”: “Ou a menina ou a gente”.*

Um roteiro de discussão pode incluir aspectos como:

- Como avaliam as atitudes do pai e da primeira diretora?
- Como compreendem essas atitudes?
- Poderiam ter agido de outra forma? Deveriam? Por quê?
- E a atitude dos professores, como a avaliam e a compreendem?

- Como acham que a diretora deve agir? E o pai?
- E como se deve proceder em relação à menina pivô da situação?
- De que forma os direitos humanos podem ajudar a compreender e lidar com a situação?
- Existem outros personagens/sujeitos que devem ser envolvidos na situação? Quais? Por quê? Como?

### 3. Dinâmica de encerramento:

Para encerrar a atividade pode-se solicitar ao grupo que procure perceber e expressar, individualmente ou em grupo, de modo simples, eventualmente até não verbal (como um gesto, uma expressão corporal ou através de objetos) que emoção ou atitude podem favorecer que, nas suas próprias experiências de cuidadores ou de jovens vivendo com HIV, se consiga evitar ou lidar do modo mais produtivo possível com situações de discriminação e estigma.

## Prover os jovens com informações, espaço de reflexão e apoios diversos, relacionados a aspectos relevantes do cuidado, para além do seguimento clínico

Tendo em vista que os adolescentes que vivem com o HIV/Aids passaram a representar uma parcela importante no cenário da infecção, torna-se fundamental que os serviços aprimorem políticas de atendimento que considerem as particularidades e necessidades que são específicas desta fase de desenvolvimento, acrescidas das complexas situações impostas pela condição de soropositividade (Quadro 3).

O que seria tecnicamente adequado, no duplo sentido de cuidado com o indivíduo vivendo com HIV e de controle da epidemia, por um lado, e de apoio ao pleno bem-estar psicossocial nesse momento tão significativo, por outro lado? Como conversar com o jovem sobre o assunto? Como cuidar sem limitar excessivamente seus horizontes ou invadir desne-

cessariamente sua privacidade? Como se posicionar diante da atividade sexual dos jovens soropositivos? Como lidar com o medo do sofrimento, da discriminação? Como trabalhar as questões cotidianas relacionadas à doença, tratamento, adesão e efeitos colaterais? Abordar e trabalhar assuntos tão delicados como esses constitui ainda um dos grandes desafios enfrentados por serviços e cuidadores (Box 3).

Associadas às preocupações acima, emergem, ainda, outras questões relacionadas a aspectos de vulnerabilidade social e individual, frequentemente envolvidas nas situações de soropositividade: jovens vivendo na rua; homossexualidade; discriminação; violência; uso de drogas ilícitas, orfandade, desestrutura familiar, gestação não planejada, DST, prostituição, entre outros. Identificar e responder de modo adequado à complexidade dessas questões é tarefa extremamente relevante no cuidado que se almeja abrangente e de qualidade ao jovem que vive com o HIV/Aids.

Em nosso estudo, identificamos uma série de pontos críticos ligados ao cuidado cotidiano de jovens vivendo com HIV/Aids que necessitam de atenção especial:

a. *Com relação à doença:* os jovens e seus cuidadores demandam informações atualizadas, claras e honestas sobre as formas de transmissão, o significado de exames como CD4 e carga viral, os tratamentos disponíveis e principais efeitos colaterais das medicações, para que servem esses medicamentos, porque devem e como tomá-los. Ainda em relação a esse tópico a questão da *adesão* mostrou-se central. A dificuldade de adesão em alguns casos mostrou-se tão dramática, que chegou a ser, em alguns casos estudados, o principal motivador de profissionais e familiares para a revelação diagnóstica. Foi uma constante, nos depoimen-

tos, a adesão surgir como o maior desafio de jovens e seus cuidadores no manejo cotidiano do cuidado. A dificuldade de adequar a posologia às rotinas dos jovens, especialmente se consideradas a manutenção do sigilo da soropositividade, a associação do tomar a medicação com o perceber-se doente, interrompendo a normalidade da vida, e os efeitos desagradáveis produzidos pela medicação, especialmente as alterações morfológicas no corpo mostraram ser importantes obstáculos à adesão. Compreender, ouvir sobre, e trabalhar ativamente esses aspectos constituem, portanto, necessidades para um adequado cuidado dos jovens soropositivos.

- b. *Com relação às vivências cotidianas:* Ligados às questões acima discutidas, relacionadas a restrições de horizontes, estigma e discriminação, há uma série de desdobramentos da condição de soropositividade sobre o cotidiano do jovem que precisam receber acolhimento e, muitas vezes, apoios de diversas ordens. O lidar com o diagnóstico é o mais preeminente, por isso será tratado em separado, adiante. O modo como se reorganizam as relações familiares e comunitárias, a questão da escola, a questão do namoro, vida sexual, casamento, todas são questões para as quais, tanto jovens quanto cuidadores, apontaram como objeto de importantes necessidades de apoio, às quais os serviços não podem se furtar.
- c. *Com relação à sexualidade e vida reprodutiva:* A sexualidade, em particular, constitui um universo de preocupações e desafios. Do mesmo modo que a adesão, ela determina, por exemplo, decisões sobre quando revelar o diagnóstico. Ela remete a significativas experiências de estigma sentido.

Ela mobiliza conflitos e ambiguidades entre o sentir-se normal ou não, entre o fazer planos para o futuro e as interdições, justificáveis ou não. Ela remete a questões bem práticas como a educação para prevenção secundária e o acesso à camisinha. Ela remete a questões da maior transcendência, como a dos direitos sexuais e reprodutivos. Ao contrário do que muitos imaginam, todos os adolescentes entrevistados parecem bem conscientes da necessidade de se protegerem, de protegerem os parceiros e filhos, entretanto, os jovens não estão de posse ou não se sentem confortáveis com todas as informações necessárias para a prevenção. Seria importante para esse grupo de jovens que cuidadores e profissionais de saúde colocassem a vida sexual e a vontade de ter filhos não como um “desvio”, assumindo uma atitude acrítica de interdição, mas os encarassem como uma demanda efetivamente posta para o cuidado, como uma parte da vida que esses jovens veem como “normal” e a qual legitimamente almejam. A sexualidade do jovem portador é vista sempre como um “problema” que merece intervenção, principalmente, porque podem representar perigo de infecção para os outros “negativos”, e podem engravidar. Ocorre que, com apoio ou não, os jovens vivendo com HIV vão provavelmente realizar essa sexualidade, buscando uma vida normal, como acontece com todos os outros jovens, e também com os adultos vivendo com HIV. É preciso que profissionais e serviços encarem esse fato com senso de realismo e abertura, o que não é, em absoluto, incompatível com a responsabilidade e compromisso com o controle médico e epidemiológico da infecção pelo HIV, isto é, sem banalizar a questão, sem desconsiderar a delicadeza da situação.

d. *Com relação aos serviços de saúde:* Fica evidente nos depoimentos a importância fundamental dos serviços de saúde para os jovens e seus cuidadores. A importância desse vínculo faz com que a qualidade de um serviço possa fazer toda a diferença para uma relação produtiva do jovem soropositivo e seus cuidadores com todos os aspectos acima levantados. Sobre esse aspecto, foi possível levantar uma série bastante grande de comentários, críticas e sugestões. Aqui, uma vez mais, é bastante amplo o espectro de temas tratados, entre eles alguns bastante objetivos: a importância do serviço ter uma boa aparência estética; de profissionais acolhedores e respeitosos; de estabelecimento de vínculo com profissionais e de um *continuum* entre as diferentes situações de atendimento (ambulatorial e hospitalar, por exemplo); de atenção a questões do conforto, como cadeiras adequadas a longas horas com medicação em hospital-dia, talheres e refeições apropriadas à situação do jovem internado, ao suporte para transporte ao serviço em momentos de debilidade física, etc.

**Quadro 3. Depoimentos colhidos durante a pesquisa que exemplificam esfera especiais de atenção no desenvolvimento do cuidado a jovens vivendo com HIV/Aids**

*“Minha preocupação assim seria ela não tomar os cuidados necessários, né, que tem que tomar. Ela já começa a querer, ela já tá pensando em namoradinho... então a gente fica com essa preocupação, né?”* (Tia, jovem fem., 12 anos, transmissão vertical)

*“Pra mim não é problema ter a doença, pra mim é problema conviver com ela, conviver entendendo que eu posso me relacionar(...) Não sei viver sem mulher... (...) ...vou acabar ficando sem ninguém. (...) ... meu grande... é*

*não ter filho, eu fico pensando, é de não ter, minha grande dúvida... Quero uma família normal.”* (masc., 19 anos, transmissão sexual).

*“Só uma coisa assim, que ela questionou, a questão de Ter filhos e tal. Numa época ela questionava muito: ‘Bom, mas como é que eu vou ter filhos? Não posso ter filhos?’. (...) E tem sempre a questão de namoro... então conversei com ela, a questão dela se relacionar com o namorado, que ela tinha o risco, quando tivesse a hora da primeira relação, que se ela não fizesse ... que tem a questão da camisinha, que senão ela poderia passar para o parceiro dela.”* (Pai adotivo, jovem fem., 12 anos, transmissão vertical)

*“Quando minha mãe me contou eu comecei a chorar. Porque assim, eu fazia um monte de coisas, e eu ainda faço, porque eu acho assim, só porque eu tenho o vírus da Aids eu não vou deixar ele me derrubar, eu brinco, eu continuo fazendo as mesmas coisas que fazia antes. Só que é aquela coisa, se você vai tomar remédio, não vai tomar só porque você está gripada, aí fica todo dia em cima daquilo ... Antes eu tomava remédio e ia brincar. Agora eu tomo o remédio e olho para um lado, fico pensando... eu penso assim: ‘Por que aconteceu isso comigo? Por que eu tenho isso? O que eu fiz?’ Aí eu tomo o remédio, vou para a rua, ando de bicicleta e aí eu esqueço.”* (fem., 14 anos, transmissão vertical, sp30104)

*“Desse jeito não dá pra namorar (...) assim magro, não dá pra namorar. (...)”* (masc., 17 anos, transmissão vertical).

*“Mesmo a questão dos medicamentos pro adolescente pesa muito, porque os medicamentos que eles tomam, mexe com o corpo deles. Tem medicamento que criam um lombo atrás assim, que o adolescente não quer ter. Até essa parte do tórax fica maior, tem meninas que tem até músculo, né? A parte até de baixo cresce menos que a parte superior do corpo, isso mexe muito com o corpo e para o adolescente mexer com o corpo é mexer com tudo, né?”* (Cuidadora institucional)

*“Ah, por eu estar aqui, ser um centro de referência, eu não gosto daqui, não gosto. (...)É, ontem já falei, aí Jesus, vou ter que ir naquela coisa lá, entendeu, é só isso. (...) Prá mim quanto menos eu pensar, Quanto menos eu lembrar é melhor prá mim, é o que eu penso.”* (fem., 20 anos, transmissão Sexual)

*“Tinha as estagiárias de psicologia que faziam um acompanhamento, mas nunca foi ... eu sempre questionava que, assim, nunca foi um profissional que ficasse o tempo inteiro na unidade, sempre todo ano mudava, então isso era quebrado, o acompanhamento da criança. (...) ...a parte psicológica devia ter um outro profissional, uma outra pessoa que não fosse a coisa de sair e tal.”* (Pai adotivo, jovem fem., 12 anos, transmissão vertical)

*“... que nem o Dr. X (da enfermaria), ele é muito bom, ele sabe tudo lá de cima, mas já não tem aquela afinidade com eles. Então, por exemplo vamos supor o Y, eu tô falando por ele, se a Dra. Z (do ambulatório) desse uma chegada uma vez por semana, ele se sentiria até mais confortável, melhor ele podia dizer assim, eu vou me abrir com ela, entendeu eu acho que falta um pouco disso.”* (mae sornegativa, jovem m, 17 anos, transmissão por transfusão)

*“Por exemplo, deveria ter uma toalha de banho pra se enxugar, que aqui a gente não consegue. Acho que ele deveria ter um sabonete pra tomar um banho... (...) Se você for lá na sala do gama hoje, tem crianças nossas, minha criança, tomando em cadeira. Não tem... acho que cada criança, cada adolescente deveria ter... como se fosse uma cadeira reclinável e que fosse um atendimento com uma qualidade um pouco melhor.”* (Cuidadora institucional)

*“Olha, eu passei por uma certa dificuldade, quando ela não estava quase caminhando. Teve uma vez que tive que traze-la de colo. Tem 1 metro e 62, de colo. Lá do metrô até aqui, isso foi um tanto difícil. Talvez ambulância num caso de necessidade. Seria isso.”* (Mãe soropositiva, jovem fem., 15 anos, transmissão vertical)

*“Ele falou: ‘Eu não gosto, veio, assim, uns pedaços de carne grande e dura’. Como que o paciente vai comer um pedaço de carne grande e dura e uma faquinha de plástico.. e também, lá... uma menina com a boca cheia de ferida e a comida era a mesma...”* (Mãe soronegativa, jovem masc., 17 anos, transmissão por transfusão)

### Box 3 . O que é necessário pensar, conhecer e fazer para melhorar a saúde e a qualidade de vida de jovens vivendo com HIV/Aids

1. Garantir espaços coletivos de interlocução para tratar de assuntos de interesse do adolescente. Um dos aspectos destacados é a relevância das atividades grupais, vista como respaldo para construção de estratégias factíveis de ação, encorajando os integrantes para discussão e enfrentamento acerca dos medos e fantasias que permeiam as situações que envolvem o adolescente soropositivo. Os mecanismos de criação de identidade entre os participantes possibilitam o redimensionamento de suas dificuldades objetivas e subjetivas a partir da troca de experiências, ajuda e apoio mútuos. Para além do aparato técnico e dos recursos sofisticados e especializados, encontramos uma outra ordem de solicitações, relativas ao lúdico, à alegria, procuradas em festas, nas possibilidades de lazer e convívio social.
2. Facilitar a discussão e troca de vivências, aproveitar todas as oportunidades cotidianas de contato para criar vínculos e desenvolver estratégias educativas específicas para o adolescente com informações claras, objetivas e científicas.
3. Criar um processo continuado de educação sexual, com a participação de profissionais capacitados para orientação e aconselhamento.
4. Instrumentalizar profissionais quanto às particularidades dos adolescentes e necessidades de abordagem diferenciada (capacitação, sensibilização, treinamento).
5. Favorecer a capacidade de cada adolescente em se responsabilizar com os cuidados com sua saúde e bem-estar Sexual, encorajando-os para buscar ajuda quando necessário.
6. Identificar os nossos sentimentos enquanto profissionais de saúde para que possamos estabelecer um relacionamento verdadeiro e solidário com esses jovens que vivem com HIV/Aids e buscarmos, também nós, os apoios de que necessitamos.
7. Quanto à adesão, deve-se negociar um plano de tratamento em que haja envolvimento e compromisso do adolescente, para isso é necessário

informá-lo, utilizando-se de uma linguagem clara e objetiva, sobre os efeitos colaterais e reações indesejáveis que podem ser causadas pelo uso dos medicamentos, adequando horários, identificando e discutindo dificuldades e buscando em conjunto meios de superá-las.

8. Garantir, na medida do possível, o vínculo dos pacientes com os mesmos profissionais da equipe ao longo de seu seguimento, procurando, inclusive, favorecer que estes mesmos profissionais acompanhem os jovens, ou pelo menos tenham algum tipo de contacto com eles, nos diferentes espaços de atendimento da mesma instituição – ambulatório, hospital-dia, enfermaria.
9. Cuidar do ambiente físico, das instalações, desde uma perspectiva estética, criando ambientes adequados para os jovens, bonitos e agradáveis, como do ponto de vista dos cuidados de higiene e assepsia.
10. Por último, ressalta-se a importância de uma assistência integral que contemple outras especialidades médicas e necessidades psicossociais dos adolescentes (atendimento psicológico, ginecológico e odontológico).

### Cuidar ativa e atentamente do processo de revelação do diagnóstico às crianças e adolescentes infectados pelo HIV

A revelação do diagnóstico apresenta-se como um momento especial no processo de atendimento às crianças e adolescentes infectados pelo HIV e suas famílias (Quadro 4). A atenção a este momento tão delicado e importante completa a escuta, investigação e análise que se desencadeia a partir do pedido de ajuda que o paciente e sua família dirigem ao profissional de saúde. Também, permite a elaboração e planejamento do seguimento, proporcionando referenciais de evolução e prognóstico. A revelação assume particularidades quando pensada a partir do ponto de vista dos pacientes, dos cuidadores e dos profissionais, entretanto é igualmente reconhecida como fundamental por todos.

Para o profissional, permite que a organização e programação das condutas sejam discutidas com seu paciente e cuidadores de maneira clara, sem ter que administrar um segredo, que, na maior parte das vezes, determina entraves em sua relação com pacientes e famílias.

Para os pacientes, a revelação de seu diagnóstico possibilita-lhes recolocar-se frente a uma nova realidade, fazendo escolhas e tomando decisões dentro de alternativas reais, com a autonomia e controle possíveis. A adesão ao tratamento e atitudes responsáveis em relação a si mesmos e seus parceiros estão diretamente relacionadas à comunicação adequada entre os pacientes, suas famílias e cuidadores e os profissionais de saúde.

Do ponto de vista dos pais e cuidadores, a revelação do diagnóstico é reconhecida como necessária, irremediável, um desafio a ser enfrentado. A manutenção do segredo é desconfortável, frequentemente angustiante.

### ***A revelação como um processo***

É bastante importante que os serviços de atendimento a crianças e adolescentes infectados pelo HIV estabeleçam e aprimorem claramente uma política de revelação de diagnóstico, incluindo os jovens infectados já na adolescência, por transmissão sexual ou uso de drogas, para os quais foi mais comum, em nossa investigação, encontrar relatos de experiências problemáticas. Este momento deve fazer parte do planejamento dos cuidados oferecidos a eles e seus cuidadores, por isso, a principal recomendação para a melhoria do cuidado dirigido aos jovens vivendo com Aids/HIV, sugerida a partir de suas falas, é que se busque sua ativa inclusão deste aspecto no planejamento rotineiro das ações de atenção à saúde. Para que isso ocorra de modo efetivo e adequado, é

preciso, também, que se estabeleça um processo contínuo de discussão envolvendo cuidadores e equipe multiprofissional a respeito dos critérios que cada família adotará para eleger qual o melhor momento e maneira de efetuar a revelação.

Esta tarefa deve ser encarada como um processo a ser desenvolvido com o envolvimento simultâneo de cuidadores e profissionais, levando em conta cada adolescente, as particularidades de seu contexto social, doméstico, seu sexo e faixa etária.

Cuidadores e equipe de saúde devem estar integrados na tarefa, entretanto os depoimentos que obtivemos mostraram que não há um perfil profissional específico mais apropriado para conduzir o processo de revelação. É importante identificar os vínculos mais significativos para os pacientes e utilizá-los como referência para o planejamento das intervenções. Em um caso pode ser o médico, em outro a psicóloga, em outro a enfermeira, etc.

É extremamente importante que equipe e cuidadores estejam, por sua vez, alertas para o fato de que a comunicação do diagnóstico determina a exposição do paciente a fatos e particularidades de sua história familiar e que esta é também questão a ser trabalhada com a família e com o jovem, e acompanhada, tanto quanto os efeitos da revelação em si mesma. Através do processo de revelação muitas vezes se chega a aspectos desconhecidos pela criança ou adolescente da vida afetiva e sexual dos pais, a histórico de uso de drogas, histórias de adoção, entre outros aspectos.

Um achado também muito expressivo, em nosso estudo, foi a importância dada pelos adolescentes que entrevistamos a que as informações a eles transmitidas sejam claras e precisas, que se use uma linguagem apropriada, incluindo dados

detalhados e concretos sobre sexo mais seguro e todas as dimensões da prevenção da infecção.

Dos relatos colhidos, destacam-se algumas consequências valorizadas positivamente nas experiências de revelação do diagnóstico:

- a. A possibilidade de trabalhar de modo mais aberto as questões referentes à adesão ao tratamento (medicamentos, consultas, exames)
- b. Maior abertura e recursos para o jovem elaborar as questões referentes a sua vida sexual e reprodutiva, tendo a oportunidade de preparar-se para as especificidades impostas por sua soropositividade e buscar alternativas e suportes que lhe pareçam mais adequados para lidar com elas.
- c. Evitar elaborações fantasiosas ou mal-entendidos decorrentes do segredo, permitindo que o jovem participe diretamente da gestão cotidiana dos desafios e dificuldades de sua condição.

Claro que devem ser consideradas também as dificuldades do processo, o que permitirá que se possa enfrentá-lo com realismo e discernimento. Entre elas destacam-se:

- a. A necessidade eventual de revelar aspectos da intimidade dos pais, em geral relativos ao modo de infecção, história sexual ou uso de drogas, fato para o qual os cuidadores devem estar dispostos.
- b. O medo de que a notícia se transforme em uma sobrecarga emocional muito grande para o jovem, que traga tristeza, desânimo, revolta.
- c. O receio de que a criança ou jovem não saiba gerenciar a notícia, expondo-se a situações de discriminação.
- d. O receio das repercussões sobre a criança ou jovem, a pos-

sibilidade de que com a revelação instalem-se as angústias referentes à possibilidade de morte precoce.

Apesar das dificuldades, consideramos que a revelação do diagnóstico é tarefa incluída no planejamento global da assistência aos jovens vivendo com HIV e um direito de nossos pacientes, devendo ser efetuada da melhor maneira possível para cada um (Box 4).

#### Quadro 4. Depoimentos colhidos durante a pesquisa relacionados à questão da revelação do diagnóstico a jovens vivendo com HIV/Aids

*“A decisão de revelar o diagnóstico foi antecipada por T., que perguntou que bichinho ela tinha? Porque tinha que tomar tanto remédio? Se ela sarar, até quando teria que tomar medicação?”* (Tia, jovem fem., 9 anos, transmissão vertical)

*“... ele tava paquerando uma menina, que ele tava namorando, aí o Dr. M. e A. (enfermeira) falaram: ‘Agora você tem que falar, por que ele já tá namorando, tá ficando.’”* (Mãe soronegativa, jovem masc., 17 anos, transmissão por transfusão)

*“Ela vai perguntar: ‘Mas como que eu peguei?’ Aí eu vou ter que falar que foi de mim. Como que eu vou explicar pra ela que eu peguei? É complicado. Fala se não é?”* (Mãe soropositiva, jovem fem., 10 anos, transmissão vertical)

*O meu filho não tinha sido preparado pra ouvir. Eu estava trabalhando, eu e o pai, para nós podermos estar bem pra contar pro menino. Como é que de repente, ela fala assim? E o menino fica assustado: ‘Mãe, eu vou morrer?’. Saiu de lá falando: ‘Eu vou morrer?’. ‘Eu vou morrer?’”* (Mãe adotiva, jovem masc., 17 anos, transmissão vertical)

*“Foi muito bom ela ter perguntado, me deu oportunidade de falar, eu odeio ter que esconder as coisas, agora a gente está feliz. Antes eu vivia irritada nervosa, cansada, agora estou sossegada, tirei um peso de dentro de mim. (...) No começo a revelação parecia um bicho de sete cabeças, porém é possível a gente matar o monstro.”* (Tia materna, jovem fem., 9 anos, transmissão vertical)

“... eu sinto que ajudou, ajuda. Com certeza hoje ela se cuida mais, é mais preocupada com relação aos remédios.” (Mãe soropositiva, jovem fem., 15 anos, transmissão vertical)

“Está feliz e amorosa... melhorou muito, está mais feliz e mais tranquila, canta, brinca, está mais afetiva. Antes da revelação era mais quieta e deprimida. Para ela foi bom saber”. (Tia materna, jovem fem., 9 anos, transmissão vertical)

“A L. falou pra mim. Só que assim, né, eu já desconfiava que eu tinha alguma doença, mas eu não sabia o nome. Aí ela falou pra mim a doença que eu tinha, mas aí depois normal (...) ela chamou eu, minha irmã e a minha bisavó, pra conversar na sala dela... que queria falar comigo sobre a doença que eu tinha porque eu não tava tomando remédio. Ela queria ver se dava pra tomar o remédio falando o que eu tinha. Ela falou pra mim que eu tinha o vírus do HIV. Aí ela perguntou se eu sabia o que era, eu falei que não. Aí ela falou que era a doença de Aids, aí ela me explicou tudo, de quem eu peguei, como eu peguei, aí foi assim que ela falou”. (fem., 15 anos, transmissão vertical)

“Aí eu fui enviado pra um infectologista, tal, e ele analisou tudo e falou: ‘Ah, vamos fazer o seguinte: vamos pedir uma bateria de exames, e junto eu vou pedir um exame de HIV prá você’. Eu falei: ‘Tudo bem’. Até então eu achava que não tinha nada, tudo bem, minha vida sempre foi normal.... (...) Eu peguei, fui, fiz o exame, e depois de quinze dias fui buscar. (...) .... a hora que eu abri deu reagente. Eu olhei ‘Ups’. Aí tinha o segundo teste, que é o anexado. Abri ele: reagente. Foi um choque na hora. Entrei em estado de choque no meio da rua. Estava sozinho no meio-fio, sem passar nada pela cabeça. Na hora “apaguei”. Fui levado para casa por um taxista que encontrou meu endereço em minha bolsa. Em casa, o porteiro me levou para o apartamento, abriu a porta e me deitou na cama. Ao acordar comecei a chorar. Foi um desespero.” (masc., 19 anos, transmissão sexual)

“O bom foi que meus tios me contaram tudo com objetividade e honestidade. A decisão de contar foi pela necessidade de explicar os medicamentos.” (fem., 15 anos, transmissão vertical)

“Então é melhor contar logo... Porque quando tem, é mais fácil falar de pequeno já, porque já vai adaptando, acostumando. Porque você tem uma

vida, se falam uma coisa, sua vida muda. Completamente assim (...)Esconder as coisas piora mais, eu acho que é assim. Porque eu não gostaria que ninguém escondesse nada pra mim. Se tiver que falar, por pior que seja, fala agora. Que depois complica mais.” (fem., 14 anos, transmissão vertical).

“Ah, podia fazer um grupo, porque tem alguns adolescentes do grupo de adolescentes aqui que não sabem, são só 4 meninas que sabem, aí a gente podia fazer um grupo, aí conversar, assim, com cada um pra falar, porque tá aqui, o que que tá fazendo no médico, porque tá tomando o remédio?” (fem., 16 anos, transmissão vertical, sp30501).

#### Box 4 . Algumas informações, sugestões e alertas relativos aos processos de revelação do diagnóstico a jovens vivendo com HIV/Aids

##### Por que revelar?

1. Efetuar a revelação do diagnóstico à criança ou adolescente pode promover benefícios, tanto do ponto de vista subjetivo, como social, melhorando a resposta e adesão ao tratamento.
2. Revelar o diagnóstico determina a possibilidade de inclusão do sujeito doente no processo de tratamento, dando espaço à mobilização de aspectos como autonomia, controle, direitos, responsabilidades.
3. A revelação fortalece os vínculos de confiança entre os envolvidos no tratamento, diminuição dos sentimentos de isolamento e tristeza vividos pelos pacientes, melhora da auto-estima e adesão ao tratamento.

##### Quando revelar?

Diferentes situações podem demandar a revelação do diagnóstico à equipe de saúde. Elas podem ser sintetizadas em três situações típicas:

- Situação espontânea: trazida pela família e/ou cuidadores a partir de percepções próprias (em geral, famílias de pré – adolescentes que tentam antecipar acontecimentos previsíveis e angustiantes);

- Estimulada e/ou determinada pela intervenção de algum membro da equipe de atendimento, a partir do reconhecimento da importância de estabelecer uma situação mais adequada e verdadeira com o cliente (a dificuldade de lidar com um segredo);
- Mista: situação mais frequente, há percepções de necessidades nos dois grupos (familiares e profissionais).

Em qualquer das situações é importante ter claro que:

- Pacientes e famílias têm seus próprios sistemas de percepção e escolhas, ou seja, são capazes de decidir o que é melhor para eles e que estas escolhas devem ser levadas em conta no atendimento global e em particular na questão da revelação do diagnóstico.

### Como revelar?

Assim que a demanda da revelação é colocada ou identificada por qualquer um dos profissionais envolvidos no atendimento, a família ou os cuidadores podem ser convidados a uma entrevista inicial com os objetivos de:

1. Abrir espaço para a discussão sobre a demanda e apresentação do posicionamento do serviço e dos cuidadores em relação à questão.
2. Conhecer como entendem a tarefa de contar à criança seu diagnóstico, como imaginam ser a "melhor maneira" (Como? Quando? Quem?).
3. Estabelecer em conjunto um plano de ação.
4. Nos casos em que não há consenso quanto à pertinência, oportunidade ou maneiras de revelar, o trabalho é todo direcionado no sentido de obter-se consenso, através de escuta e argumentação, nunca se adotando uma posição precipitada e unilateral.

**Atenção especial deve ser dada aos que se infectaram mais velhos, por transmissão sexual ou por uso de drogas: há o risco, nessas situações, de subestimarmos as necessidades de acolhimento e cuidado necessitados pelos jovens, com graves repercussões sobre sua saúde e qualidade de vida.**

### **Apoiar ativamente a tomada de decisão dos jovens e suas famílias acerca de quando, como e para quem revelar a condição de soropositividade, em particular no que se refere à vida sexual e afetiva**

O período que antecede ou sucede à revelação de que são portadores do HIV é um dos momentos mais críticos do cotidiano de quem vive com o HIV, segundo jovens e cuidadores entrevistados nessa pesquisa (Quadro 5). O medo de ser visto *apenas* como portador de um vírus e não uma pessoa inteira, o receio de ser estigmatizado, maltratado, acusado e abandonado, precisa de apoio para ser elaborado.

Como ele ou ela vão reagir? Será que eu vou conseguir? Como falar, o que falar, quando falar? Especialmente quando começam a namorar, se apaixonar, ou cresce o interesse pela dimensão sexual e afetiva da vida, como para qualquer jovem de sua idade, se perguntam: como introduzir para os parceiros, namorado ou namorada, a questão de serem soropositivos? A maioria dos entrevistados sente que precisa confiar muito na amizade, na reciprocidade de sentimentos, na capacidade do outro de acolhê-lo para se sentir confortável para revelar sua condição. Seus cuidadores (familiares, profissionais de saúde ou da casa de apoio que os acolheu) têm muito medo de que sofram discriminação. O resultado dessa interação de receios pode implicar em isolamento, tristeza, depressão; muitas vezes também em culpa e ansiedade por não estarem sendo espontâneos e inteiros em uma dada situação.

Encontramos jovens vivendo com o HIV que são mais extrovertidos ou mais tímidos; mais "atirados" ou mais preocupados com "o que os outros vão pensar". Foi possível perceber nos relatos, entretanto, que pode haver espaço de acolhimento na escola, com amigos e na vizinhança, com namorados e parceiras sexuais, independentemente do perfil dos jovens, ou da sua

história de vida. É possível co-construir um processo em que o jovem e as pessoas envolvidas na situação estejam maduros para enfrentar o medo da rejeição e a estigmatização.

Muitos jovens portadores de deficiências visíveis - paraplégias, deficiências físicas e visuais, por exemplo - adquiridas na vida ou presentes desde o nascimento, aprendem a lidar produtivamente com o estigma associado à sua condição física. Outros jovens mais vulneráveis às atitudes discriminatórias e preconceituosas - em função de sua raça, religião, origem, ou orientação sexual - têm sobrevivido produtiva e criativamente na vida social, desde antes da Aids. Podem ser inspiração para as crianças e jovens vivendo com HIV!

Observamos que os jovens portadores bem informados e conscientes de seus direitos, se são cotidianamente estimulados por seus cuidadores a planejar seu futuro em torno de seus projetos de felicidade, aumentam o estoque de energia e recursos para avaliar e enfrentar cada situação. Dependem para serem acolhidos, como nos outros grupos afetados pelo estigma, da mobilização social permanente contra o preconceito, assim como da promoção e proteção dos direitos humanos, em particular, dos direitos do adolescente e da criança. Fica muito mais tranquilo para uma comunidade - na escola ou na igreja, por exemplo - incorporar o respeito e solidariedade aos que convivem com uma condição especial mais recente na história, o viver com o HIV, se essa mobilização mais ampla acontecer.

O acolhimento dos interesses sexuais e afetivos dos jovens portadores parece ser a dimensão da vida social mais difícil de lidar, tanto do ponto de vista deles como de seus cuidadores. Os jovens entrevistados pela pesquisa têm a atitude correta de pensar na prevenção da transmissão sexual do HIV, mas

estão muito mal informados sobre como fazê-lo de fato, o que também não os diferencia muito de outros grupos adolescentes. Como quase todos os adultos que lidam com jovens, seus cuidadores têm pouco treino para falar sobre sexualidade. Além de pouco confortáveis, têm a preocupação de estarem “estimulando sexo” ao abordar o tema. Os depoimentos que recolhemos na pesquisa mostraram que essa preocupação e silêncio não têm impedido jovens de iniciarem a vida sexual, se apaixonarem ou começarem a planejar uma família. Essa dimensão sexual-afetiva da vida, aliás, apareceu como uma de suas preocupações centrais, como também acontece entre todos os grupos de jovens brasileiros. Os jovens entrevistados têm um desafio a mais: lidar com seus desejos e dificuldades considerando sua condição de portador ou portadora do HIV.

Como as equipes multidisciplinares podem enriquecer essa dimensão do cuidado e auto-cuidado junto aos jovens? Além de incorporar no acolhimento mais clínico e individualizado a dimensão sócio-afetiva da vida, tem sido possível criar oportunidades especiais para trabalhar as questões da revelação para amigos, na escola, aos namorados, e em outros espaços de interação social, para além da casa onde vivem e do serviço de saúde. Atividades especiais nessa direção podem ser muito importantes e foram avaliadas positivamente pelos entrevistados (Box 5).

### ***Alguns princípios e evidências relacionados***

1. Os jovens e adolescentes são agentes protagonistas da sua vida social e afetiva, com crescente responsabilidade sobre o seu destino;
2. Os jovens e adolescentes são portadores do direito de planejar e construir seu futuro: profissional, afetivo, sexual.

- Tem o direito de escolher sua comunidade de crenças, suas amizades, para quem falar de sua vida privada.
3. A revelação do diagnóstico é sempre um processo, também quando se decide revelar para os que convivem socialmente com jovens portadores. É possível que se lide melhor com as dificuldades que possam surgir no processo de revelação quando se consegue compartilhar com outras pessoas vivendo a mesma situação: outros jovens na mesma situação, familiares, profissionais treinados em aconselhamento;
  4. A literatura científica tem acumulado evidências de que falar de sexo com jovens, ao contrário do que se pensa, estimula o adiamento da vida sexual e uma vida sexual mais responsável e protegida. Também indica que é mais eficaz falarmos de sexualidade fora do contexto de “problema”. Falarmos dos cuidados com a vida sexual na forma como a experiência acontece: falando de namoro, prazer, constituição de família, etc. Para estabelecer o diálogo com os jovens, as recomendações para o cuidado de si e do outro, para a prevenção, devem acontecer nesse enquadre, e não falando apenas nos “perigos” e “problemas”.
  5. Os programas de prevenção devem superar a histórica abordagem focalizada no alerta aos “negativos” (pessoas que não tem o vírus) sobre como se defenderem dos “positivos” (portadores do HIV). Tal enfoque deve ser repensado diante do fato de que muitos com quem convivemos no cotidiano já são portadores. A atitude a ser promovida é a de que todos cuidem de todos, protejam a todos.
  6. O jovem vivendo com HIV, como qualquer brasileiro, tem direitos sexuais, desde que consensuais e protegendo o parceiro. Qualquer jovem tem o direito de receber

orientação detalhada de como pode fazer sexo sem se re-infectar ou infectar o parceiro.

7. Os direitos reprodutivos dos jovens vivendo com HIV e de seus parceiros devem ser reconhecidos e responsabilmente atendidos. Eles devem receber informações claras e atuais sobre riscos de infecção, transmissão vertical, método e eficácia de sua prevenção e o estado atual das técnicas de reprodução assistida, em termos de resultados e de condições de acesso.

### ***Algumas estratégias de apoio***

1. Incentivar a realização de grupos de conversa e troca sobre amizade, namoro e sexualidade nos serviços de saúde. Dezenas de publicações e modelos de trabalho com jovens foram produzidas e estão disponíveis para orientar o trabalho de pais, e cuidadores no campo da educação sexual.
2. Desenvolver material específico sobre sexualidade e reprodução para os jovens que vivem com o HIV.
3. Para aumentar o conforto na discussão da necessidade do uso do preservativo, sobre a necessidade de proteger parceiros da infecção, organizar oficinas sobre sexo mais seguro e a vida reprodutiva na condição de portador, garantindo acesso aos insumos de prevenção e a informação completa e atualizada, antes do início da vida sexual.
4. Estimular a realização de grupos de pais e cuidadores para que haja o fortalecimento das famílias, preparando-as para a revelação e o enfrentamento de eventuais situações de estigmatização, junto com os jovens.
5. Favorecer a participação das pessoas que já passaram pela experiência da revelação nos grupos, incentivando a troca de experiências junto aos que não revelaram.

6. Estimular pais, cuidadores e adolescentes lidar com a sexualidade não como problema, mas como parte da vida. A melhor abordagem é a que respeita cada crença e os valores pessoais, o sentido que elas atribuem à vida sexual – amor, desejo de constituir família, desejo de intimidade ou prazer.
7. Articular a realização de atividades especiais com outros jovens portadores para troca de experiências, criando situações que os estimulem à socialização e a sair do isolamento. Atividades com outros jovens não portadores também podem cumprir a mesma função, sempre considerando que há jovens, soropositivos ou não, que preferem espaços de apoio e aconselhamento mais individualizados.

**Quadro 5. Depoimentos colhidos durante a pesquisa relacionados à questão da revelação do diagnóstico a terceiros por jovens vivendo com HIV/Aids**

“...Não de repente ele separa de mim essas coisas né? (...) ...eu não conto para ele e nem vou contar” (fem., 14 anos, transmissão vertical)

“Foi o dia mais legal lá.... (...) ...foi todo mundo, tinha uns meninos da minha idade, era todo mundo portador, tomava remédio isso eu achei legal, viver assim a gente foi passear, a gente entrou na piscina junto, a gente brincou, andou a cavalo, um monte de coisa a gente fez... (...) A gente foi lá no parque aquático, brincamos de cavalo tudo ali não tinha nada de mal, ali. Queria até que acontecesse de novo...” (masc. 16 anos, transmissão vertical)

“Tenho medo, não vou ter amigos, vão me largar de lado” (masc., 15 anos, transmissão vertical)

“Não conto pra todo mundo, eu penso muito... é uma coisa muito pessoal. Pra outras eu não penso não, eu falo que não tenho, pronto, acabou. E se continuar falando, eu saio na porrada.” (fem., 14 anos, transmissão vertical)

“Ninguém sabe. Por opção eu preferi não contar. Estou preparando o campo pra estar passando essa informação. Mas ainda não...eu sinto que (os pais) ainda não têm preparo emocional, psicológico, pra estar recebendo essa informação (...) Tenho medo da reação das pessoas... Não que a Aids seja um bicho de 7 cabeças... Não sei qual seria a reação das pessoas(...) De quem me achava normal, preferi me afastar.” (masc., 20 anos, transmissão sexual).

“Namoro é uma coisa bem complicada. Mesmo pra quem não tem o vírus, é muito complicado, entendeu? Então, quem tem o vírus é mais complicado ainda, porque é a preocupação de você contar para o cara, entendeu? É muito difícil mesmo. Você fica com uma cara de otária, sem saber o que fazer, esperando a reação dele, entendeu? Acho que, assim, quando eu for namorar legal, sério, eu vou procurar ser sincera com ele, entendeu? Porque se a pessoa quiser namorar comigo, vai ter que aceitar do jeito que eu sou. Com doença, negra, cabelo ‘pixaim’, baixinha, gorducha, barriguda, não sei o que. Eu acho que assim, se o cara gosta de você realmente, ele tem que aceitar do jeito que você é. Independente do que você tem, inclusive a doença, entendeu? Acho que eu vou ser sincera desde o primeiro momento. Não assim, de conhecer um cara numa festa e ele: ‘Ah, quer ficar comigo?’; ‘Tenho HIV, viu?’ Não, nada disso. Eu acho que, assim, quando você perceber que o cara quer uma coisa legal mesmo.” (fem., 15 anos, transmissão vertical)

“Foi difíciloso no começo (usar camisinha)... eu não tinha me desenvolvido muito bem. Até eu saber que o preservativo entrando no pênis, isso aperta, isso foi meio difíciloso(...) Quero ter filho, mas eu teria contagiado a primeira pessoa, e que seria minha mulher. Eu não me sentiria bem.” (masc., 16 anos, transmissão vertical)

“... e eu falava para ele, o seu irmão tem um problema no sangue, né? Mas ele pensava assim que era anemia, alguma coisa assim, né, que ele precisa tomar medicação. (...) ... porque se (...) se acontece alguma coisa, ele vai falar, sai daqui seu doente, seu... né? A gente, não..., não é que a gente quer adivinhar o que vai acontecer, mas a gente tem que ser um pouco esperta, assim, pensar no futuro.” (Mãe soronegativa, jovem masc., 17 anos, transmissão por transfusão)

“Assim, vizinha... só tem uma moça lá no prédio que sabe, faz muitos anos que ela sabe, mas essas coisas assim no prédio e na escola também não. (...)”

*...eu preferi porque a gente sabe como que é a cabeça do povo, tem uns que a gente mais ou menos sabe como é, mas tem uns que... principalmente se conta pra criança, não entende, né, não vai saber lidar com isso.”* (Tia, jovem fem., 12 anos, transmissão vertical)

*“E pros vizinhos, que nem, os meus vizinhos, meus, não sabem, porque duas vizinhas eu fui tentar falar e... ‘Ai, Deus o livre, essa doença?! Ai... nem piso no quintal!’”. Ai eu comigo, né, ‘Ai coitada, né, se ela souber que o filho dela vive grudado com o meu brincando...’ Então eu falo que ele tem leucemia. E quando ele ficou sabendo da doença dele eu falei: ‘Ó X, se você quiser falar a verdade eu tô aqui, eu te peguei quando você era nenê, eu brigo agora, por você.’ E ele falou assim que ele também não quer falar porque ele tem medo do preconceito.”* (Mãe adotiva, jovem masc., 13 anos, transmissão vertical)

*“Agora eu penso muito nisso, arrumar uma namorada. Sabe eu fico pensando nisso. Eu falo pra ele: ‘Não quer falar, você vai ter que se tratar, vai ter que usar camisinha, que nem, seu irmão mais velho, ele usa direto, mas na hora vai ter que falar. Se a menina fala, ah eu quero ter um filho teu, e aí? O que é que você vai fazer? Falar a verdade, não pode mentir a esse respeito.’ Ele fala: ‘Tá doida mãe? Que quer filho o quê!’”. Ele fala assim, mas eu acho que vai ser difícil pra ele... Fugir não dá pra fugir. Se correr o bicho pega, se ficar o bicho come. Você fica triste. Eu já chorei muito mesmo. Ah, meu Deus como vai ser amanhã? Como vai ser amanhã?”* (Idem).

#### **Box 5 . Algumas sugestões de atividades para trabalhar a revelação a terceiros e socialização de jovens vivendo com HIV/Aids**

1. Role playing da revelação para um amigo, namorado, familiares, colegas. Pode ser feito em grupo ou num espaço de aconselhamento e atendimento individual.

*“Vamos imaginar (encenar, dramatizar) você falando para (fulano/a)...”*

*“Experimenta falar...”*

*“Agora se coloca no lugar dele (dela), como ele vai reagir, o que vai falar”.*

E assim sucessivamente, ajudando o jovem a concretizar seus medos e fantasmas, a afinar sua intuição sobre os outros, descobrir seus recursos pessoais e pensar nos recursos sociais com que conta. Os resultados são muito melhores quando se trabalha com cenas completas (além de falas, incluir lugares, personagens, ritmo, cor, cenário, contexto cultural etc). Deixar que as elaborações e decisões partam primordialmente dos próprios jovens, evitando conselhos e receitas não adaptadas ao contexto e a cada situação concreta ou ao estilo pessoal de cada jovem. Isto sem deixar, claro, de apoiá-los ativamente nesse processo com nossa experiência e conhecimentos.

2. Colaborar com as escolas, as igrejas e outros aparelhos sociais da comunidade servidos pela unidade de saúde, na organização de eventos de mobilização contra o preconceito, pela celebração da diversidade. Conjugando com o Dia Mundial de Luta contra a Aids (1º de Dezembro) com a comemoração da vida, da convivência e da tolerância.
3. Realização de festas temáticas (páscoa, dia da criança, festa junina, natal, aniversariantes do mês, entre outras) para jovens vivendo com HIV. Passeios a parques temáticos (parques aquáticos, de diversões, zoológico, trilhas ecológicas, aeroportos, etc.). A maioria desses locais costuma contribuir com ingressos, lanches, quando solicitado com antecedência. Passeios a pontos turísticos e históricos das cidades são interessantes e tem custo reduzido.
4. Organizar oficinas de sexo seguro e reprodução nos serviços frequentados por jovens portadores. Oficinas também para pais e cuidadores.
5. Introduzir nas atividades de prevenção – com jovens nas escolas, nas situações de trabalho, nas campanhas na mídia – a conscientização de que são muitos brasileiros vivendo com HIV e a noção de que, solidariamente, devemos nos proteger uns aos outros.

**Funcionam melhor as atividades que são decididas e planejadas de forma interativa com os jovens!**

### **Promover e estimular ações intersetoriais e apoiar grupos comunitários voltados para crianças e adolescentes**

A busca e realização de projetos de vida e felicidade dos jovens vivendo com HIV não dependem apenas de bons serviços de saúde, mas também de uma ampla rede de apoio social (Quadro 6). Respeito e apoio se constroem e se sustentam cotidianamente em cada comunidade e momento histórico, a cada geração, através de um longo e permanente processo de debate e conscientização. É grande o impacto da construção de movimentos culturais e de mobilização social, debates e ações concretas contra discriminação e pela tolerância, aumentando a conscientização em cada comunidade sobre os direitos humanos, e contra toda forma de estigma e preconceito (contra raça, religião, orientação sexual e contra os portadores de deficiência, inclusive a imunológica).

A escola e o sistema de saúde são, nesse sentido, lugares privilegiados onde esse esforço de mobilização e conscientização permanentes pode e deve ser articulado com as comunidades que servem.

Os adolescentes soropositivos em condição de risco social, por outro lado, principalmente os moradores de rua, excluídos mais que os demais do suporte da família, da escola e da saúde vivem situações mais agudas de vulnerabilidade ao HIV, ao preconceito e isolamento. Dependem mais dessa articulação intersetorial e do apoio técnico e social permanente.

Assim, é preciso que tenhamos claro que:

1. A vulnerabilidade de cada portador do HIV (individual) se articula mais ou menos intensamente com a dimensão social e programática da vulnerabilidade. A prevenção do adoecimento desses jovens, da sua re-infecção, ou da

transmissão do HIV para seus parceiros, depende de apoio social e mobilização permanente;

2. A articulação dos serviços para promoção do apoio social aos jovens e seus cuidadores tem impacto importante sobre a vulnerabilidade social ao adoecimento e à discriminação, particularmente entre os jovens vivendo em abrigos;
3. Casas de apoio, albergues e abrigos devem ser situações provisórias, mas nem por isso devem ser menos atentas à ética do cuidado, ao respeito aos direitos, e precisam de mobilização social e apoio técnico mais intenso e especial.

Por isso, é fundamental para a qualidade do cuidado oferecido aos jovens vivendo com HIV/Aids e seus cuidadores:

1. Estimular a articulação de uma rede de atendimento ao adolescente soropositivo, com fluxos claros, incluindo todos os segmentos (saúde, assistência, educação e poder judiciário). Desenvolver mecanismos claros de colaboração institucional com objetivo de disseminar informações, fortalecer o respeito às questões éticas, reduzir o preconceito e a discriminação garantindo os direitos dos jovens, criando laços de apoio e solidariedade entre os participantes.
2. Que os serviços de saúde iniciem ou apoiem fóruns de discussão e capacitação dos técnicos que atuam nos abrigos provisórios e casas de apoio, fornecendo-lhes meios de ter referências claras para o encaminhamento de demandas de: diagnóstico, aconselhamento (clínico, psicossocial, jurídico), de tratamento, além de acesso ao preservativo, gel lubrificante, kits de redução de danos e material educativo.
3. Que os direitos desses jovens (Box 6) sejam garantidos, o que pressupõe que os operadores do direito (advogados, juízes, promotores) tenham maior conhecimento das condições resultantes do diagnóstico dos jovens, bem como dos

seus sentimentos e desejos. Os serviços de saúde podem instrumentalizar esses profissionais, para que os jovens possam ter uma melhor qualidade de vida e possam ser menos discriminados.

4. Estabelecer canais institucionais para o esclarecimento de dúvidas das diversas equipes técnicas dos diferentes setores. Por exemplo: uma linha telefônica de referência, equipes educativas de referência, operadores do direito de referência, além do contato com a equipe médica que acompanha o tratamento.

**Quadro 6. Depoimentos colhidos durante a pesquisa relacionados à importância de uma rede de apoio social para jovens vivendo com HIV/Aids**

*“Desde pequena, onde eu morava, essa casa de apoio já orientava a gente, entendeu: ‘Você tem e tal, você vai encarar preconceito daqui para frente’, sempre mostram a realidade, entendeu? Porque se for criar uma ilusão, uma ilusão, uma ilusão, e você sofre um preconceito, você fica abobada, você perde todo o sentido da vida. (...) E quando a gente era pequeno, no começo dessa epidemia, era muito preconceito. Não era preconceito, é que as pessoas não tinham ideia mais ou menos do que era, entendeu? Então, assim, tinha colado numas paredes nas ruas assim ‘Aids mata’, tinha no carro assim ‘Aids, essa porra mata’, entendeu? E era uma época que a gente estava na escola, aprendendo a ler ainda. E a gente lia aquelas coisas, ficava assim, sabe, a gente sabendo que tinha aquilo, e a gente lia aquilo. Mas lá na casa de apoio orientaram a gente: ‘Não, não é assim, entendeu, isso são as pessoas que tem preconceito. Então, cabeça erguida, vocês não podem abaixar a cabeça’ e tal. (...) Ai, assim, não foi tão difícil para a gente aceitar. Não foi difícil, porque, assim, a orientação era desde pequena, não sei o que. Ai foi aquela revolta que eu tive com a minha mãe e tal, mas depois passou, entendi melhor.” (fem., 15 anos, transmissão vertical)*

*“Ah, me sinto..., ah, eu queria morar com a minha família né? Normal, não queria ficar aqui, grande, só vendo os meus amigos, vivendo assim no orfanato, queria morar com a minha família, né?(...) ...eu acho que elas não me que (...) ...Melhor do que morar na rua, mas o que eu gostaria é de morar com a minha família” (masc., 16 anos, transmissão vertical)*

*“Minha vida? Não sei explicar. (...) Uso droga o dia inteiro, não tenho atividade, não tenho nada. (...) ...não estou aguentando comigo (...) ...não tenho amigos não, só quando tenho dinheiro.” (masc., 17 anos, transmissão vertical).*

*“É uma casa legal, grandona, bonita a casa. Ai meus amigos vão lá e falam - olha a sua casa! Eu falo, se não fosse a Casa eu não sei onde estava agora... eu morava embaixo da ponte com ela... (...) Com HIV tem essa preocupação, de não ficar doente, tomar remédios na hora certa, mas fora isso é absolutamente normal. Vou ao shopping, cinema, vou passear, no parque, vou para a praia, normal... absolutamente normal (...) Minha mãe sempre teve essa vida, de fugir, fugir, fugir do problema, entendeu. E eu não quero ter essa vida pra mim. Quero fazer a minha faculdade de Direito, quero Ter uma família, entendeu?” (fem., 15 anos, transmissão vertical)*

*“Minto pra não perder a amizade. Falo que minha tia é dona daqui (da casa de apoio), não falo que eu moro aqui. Senão eles me prejudicam, ai eu fico sem amizade, fico chateado... Sou um menino alguém... como qualquer outro. Você não me vê assim como portador, essas coisas”. (masc., 16 anos, transmissão vertical)*

*“Não só vocês profissionais, mas nós, como pais e cuidadores das crianças, a gente tem que estar levantando essas questões para poderem, as crianças, poderem ter essa Qualidade de vida que estou te falando, uma qualidade de vida melhor. Que eles possam... não uma cabeça baixa, mas uma cabeça erguida, sabendo que eles tem grandes oportunidades na vida ainda, que eles tem um papel importante para cumprir. Acho que isso é fundamental”. (Pai adotivo).*

**Box 6 . Algumas referências relativas a direitos das crianças e adolescentes que podem orientar a melhoria das ações de saúde e intersetoriais voltadas ao cuidado dos jovens vivendo com HIV/Aids**

**Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC):**

**Art. 3.**

“1. Todas as ações relativas às crianças, levadas a efeito por autoridades administrativas ou órgãos legislativos, devem considerar, primordialmente, o interesse da criança.

(...)

3. Os Estados Partes se certificarão de que as instituições, os serviços e os estabelecimentos encarregados do cuidado ou da proteção das crianças cumpram com os padrões estabelecidos pelas autoridades competentes, especialmente no que diz respeito à segurança e à saúde das crianças, ao número e à competência de seu pessoal e à existência de supervisão adequada.”

**Art. 28**

1. Os Estados Partes reconhecem o direito da criança à educação e, a fim de que ela possa exercer progressivamente e em igualdade de condições esse direito, deverão especialmente:

- e. tornar o ensino primário obrigatório e disponível gratuitamente para todos;
- f. estimular o desenvolvimento do ensino secundário em suas diferentes formas, inclusive o ensino geral e profissionalizante, tornando-o disponível e acessível a todas as crianças, e adotar medidas apropriadas tais como a implantação do ensino gratuito e a concessão de assistência financeira em caso de necessidade;
- g. tornar o ensino superior acessível a todos com base na capacidade e por todos os meios adequados;

- h. tornar a informação e a orientação educacionais e profissionais disponíveis e acessíveis a todas as crianças;
- i. adotar medidas para estimular a frequência regular às escolas e a redução do índice de evasão escolar.

2. Os Estados Partes adotarão todas as medidas necessárias para assegurar que a disciplina escolar seja ministrada de maneira compatível com a dignidade humana da criança e em conformidade com a presente convenção.

3. Os Estados Partes promoverão e estimularão a cooperação internacional em questões relativas à educação, especialmente visando a contribuir para a eliminação da ignorância e do analfabetismo no mundo e facilitar o acesso aos conhecimentos científicos e técnicos e aos métodos modernos de ensino. A esse respeito, será dada atenção especial às necessidades dos países em desenvolvimento.”

**Estatuto da Criança e do Adolescente brasileiro (ECA):**

**Art. 11.** É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

**Art. 53.** A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes:

- I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;
- II - direito de ser respeitado por seus educadores;
- III - direito de contestar critérios avaliativos, podendo recorrer às instâncias escolares superiores;
- IV - direito de organização e participação em entidades estudantis;
- V - acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência.

Parágrafo único. É direito dos pais ou responsáveis ter ciência do processo pedagógico, bem como participar da definição das propostas educacionais.”

É nosso profundo desejo que o presente material possa somar-se ao exitoso trabalho que vem sendo desenvolvido no Brasil como resposta à epidemia de HIV/Aids, e que ele seja apenas uma incitação, um convite a que o desafio do Cuidar seja sempre renovado como motivação e aperfeiçoado como técnica e como política.

